**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LAÍS MARIANA DA FONSECA

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA CIDADANIA (ERPC) REALIZADAS EM CAPS**

**SÃO PAULO
2020**

LAÍS MARIANA DA FONSECA

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA CIDADANIA (ERPC) REALIZADAS EM CAPS**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

SÃO PAULO

2020

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

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Da Fonseca, Laís Mariana

Escala de avaliação das ações de reabilitação psicossocial para cidadania (ERPC) realizadas em CAPS/ Laís Mariana da Fonseca. São Paulo, 2020.

205 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EEUSP e EERPUSP

1. Saúde Mental. 2. Reabilitação Psicossocial. 3. Cidadania. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Políticas de Saúde Mental. I. Título.

Nome: Laís Mariana da Fonseca

Título: Escala de avaliação das ações de reabilitação psicossocial para cidadania (ERPC) realizadas em CAPS.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meus pais, Paulo e Beth, que me ensinaram a importância do estudo, sendo exemplo de honestidade, humildade e generosidade, incentivando e apoiando nos momentos de dificuldade, sempre com amor e devoção;

A meu irmão e meus sobrinhos que souberam compreender minha ausência e pelos momentos de alegria que passamos juntos.

AGRADECIMENTOS

À estimada Profa. Dra. Sônia Barros por possibilitar a realização deste doutorado, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual;

A minhas queridas amigas e companheiras nesse processo Anaísa e Lara pelos momentos de carinho, apoio e incentivo em minha vida e na pesquisa;

À minha querida Ana Claudia que me acompanhou durante minha trajetória acadêmica, me acolhendo em momentos de angústia e dúvidas, ajudando na concretização deste sonho;

Aos juízes do comitê de especialistas, pelas contribuições à ERPC;

Aos meus colegas do grupo de pesquisa “Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental”, pelo carinho, trocas e palavras de apoio.

Às queridas amigas Thaís Rojas, Jussara Santos, Manu, Jéssica pelos momentos de acolhimento e apoio.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação pelos esclarecimentos ao longo do doutorado.

Aos funcionários da secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e psiquiátrica, pelo acolhimento e suporte ao longo desses quatro anos.

Ao Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem, pela oportunidade de aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de doutorado que viabilizou a realização desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela autorização institucional para coleta de dados.

Aos usuários, trabalhadores e gestores do CAPS Itaim Bibi, por tornar esta pesquisa possível.

Divino Maravilhoso

Atenção ao dobrar uma esquina
Uma alegria, atenção menina
Você vem, quantos anos você tem?
Atenção, precisa ter olhos firmes
Pra este sol, para esta escuridão
Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino maravilhoso

Atenção para o refrão
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte
Atenção para a estrofe e pro refrão
Pro palavrão, para a palavra de ordem
Atenção para o samba exaltação

Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino maravilhoso

Atenção para o refrão
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte
Atenção para as janelas no alto
Atenção ao pisar o asfalto, o mangue
Atenção para o sangue sobre o chão

Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino maravilhoso

Atenção para o refrão
É preciso estar atento e forte

Caetano Veloso e Gilberto G

Da Donseca LM. AC. Escala de avaliação das ações de reabilitação psicossocial para cidadania (ERPC) realizadas em CAPS. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

No Brasil a partir da década de 90, realça-se a proposta de assistência centrada na reabilitação, autonomia e melhora da qualidade de vida das pessoas com doença mental junto à sociedade. Em 2001, a Lei Federal 10.216 consolidou o movimento da reforma psiquiátrica ao redirecionar a assistência em saúde mental, tornando-se um marco legal da reforma psiquiátrica brasileira. Dentre estes serviços de saúde, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles são os dispositivos estratégicos da Política brasileira de saúde mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental. Estes dispositivos têm como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtorno mental severo e persistente, residentes em sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico, e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. No contexto assistencial, o enfoque se desloca da exclusão, centrando-se na reabilitação psicossocial. Os serviços como os CAPS passam a ser representativos da Reabilitação Psicossocial quando possibilitam ao sujeito oportunidade de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, através da integração às atividades do projeto terapêutico, com o intuito de estimular a autonomia, resgatar sua cidadania e inseri-lo à sociedade. Eles são os dispositivos estratégicos da Política Brasileira de Saúde Mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental. Na década de 90, no Brasil, buscou-se avaliar os serviços substitutivos de saúde mental com o intuito de assegurar a melhor assistência aos usuários destes serviços e para assegurar que o que foi proposto na lei estava sendo cumprido. As primeiras avaliações se restringiam à estrutura do serviço e após, às práticas terapêuticas, à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental, à satisfação dos usuários e familiares, e em outro momento passaram a avaliar a qualidade de vida dos usuários e seus direitos propostos pela Reabilitação Psicossocial. É neste momento que este trabalho se insere, com o intuito de avaliar o processo de Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS. O intuito desta pesquisa foi construir uma escala que avalie as ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Trata-se de estudo psicométrico, no qual a meta é alcançar um instrumento preciso e utilizável, e que possa ser empregado por outros pesquisadores, tratando da elaboração, validação do instrumento em sua construção. Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado. A realização deste estudo se deu em três etapas: Revisão integrativa de literatura e Conceito de Reabilitação Psicossocial de Saraceno e, Realização de Grupos Focais com a Associação Vida em Ação (AVA), na busca de desvelar elementos importantes para a construção de uma escala, que avaliem ações que promovam a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial; Elaboração de uma escala de avaliação de ações, a partir da revisão integrativa de literatura, da realização dos Grupos Focais e do Conceito de Reabilitação Psicossocial de Saraceno contendo dimensões e itens que considerem o construto do qual parte este estudo e; Verificação da Validade de conteúdo da Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Foi desenvolvida uma escala de 113 itens e avaliada pelo comitê de juízes que sugeriu alterações na escrita de 7 itens e o pesquisador acatou as sugestões.

Palavras-chave: reabilitação Psicossocial; cidadania, políticas de saúde mental, serviços de saúde mental, pessoas com transtorno mental.

Pinto AC. Quality assessment scale of mental and psychiatric health actions for citizenship (ERPC) performed in CAPS [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

In Brazil since the 1990s, the proposal of assistance focused on rehabilitation, autonomy and improvement of the quality of life of people with mental illness in society is highlighted. In 2001, Federal Law 10.216 consolidated the psychiatric reform movement by redirecting mental health care, becoming a legal framework for Brazilian psychiatric reform. Among these health services, the Centers of Psychosocial Attention (CAPS) stand out. They are the strategic devices of the Brazilian Mental Health Policy and constitute the organizing nucleus of the Mental Health care network. These devices have the objective of offering assistance to people with severe and persistent mental disorder, residents in their area of coverage, through clinical follow-up, and social reinsertion of users through access to leisure, work, exercise of citizenship and strengthening of family and community ties. In the welfare context, the focus shifts from exclusion to psychosocial rehabilitation. Services such as CAPS become representative of Psychosocial Rehabilitation when they allow the subject the opportunity to face the tasks of daily life, through the integration to the activities of the therapeutic project, in order to stimulate autonomy, rescue his citizenship and insert him into society. They are the strategic devices of the Brazilian Mental Health Policy and constitute the organizing nucleus of the Mental Health assistance network. In the 90's, in Brazil, it was sought to evaluate the substitute mental health services in order to ensure the best assistance to the users of these services and to ensure that what was proposed in the law was being fulfilled. The first evaluations were restricted to the structure of the service and after, to the therapeutic practices, to the work overload of mental health professionals, to the satisfaction of the users and their families, and at another time they started to evaluate the quality of life of the users and their rights proposed by Psychosocial Rehabilitation. It is at this moment that this work is inserted, with the purpose of evaluating the process of Psychosocial Rehabilitation with a focus on citizenship developed with people with mental disorders in CAPS. The purpose of this research was to build a scale that evaluates the actions of Psychosocial Rehabilitation for citizenship with people with mental disorders who use Psychosocial Attention Centers. It is a psychometric study, in which the goal is to achieve a precise and usable instrument that can be used by other researchers, dealing with the elaboration, validation of the instrument in its construction. Methodological studies aim at investigating methods for data collection and organization, such as: development, validation and evaluation of research tools and methods, which favors the conduction of investigations with marked rigor. This study was carried out in three stages: Integrative literature review and Concept of Psychosocial Rehabilitation of Saraceno and, Conducting Focus Groups with the Association Life in Action (AVA), in order to unveil important elements for the construction of a scale, which evaluate actions that promote the citizenship of people with mental disorders users of Psychosocial Attention Centers; Elaboration of a scale for the evaluation of actions, based on the integrative review of literature, the realization of Focus Groups and the Concept of Psychosocial Rehabilitation of Saraceno containing dimensions and items that consider the construction of which this study starts; Verification of the Validity of the content of Psychosocial Rehabilitation for citizenship with people with mental disorders who are users of Psychosocial Attention Centers. A scale of 113 items was developed and evaluated by the committee of judges who suggested changes in the writing of 7 (6.2%) items and the researcher accepted the suggestions. The process of building the ERPC was extensive and resulted in a scale with a Content Validity Coefficient (CVC) above the average required. Regarding CVC - Practical Relevance and CVC - Theoretical Relevance the items were with very good grades and CVC - Language Clarity was the only one that was evaluated by the judges and made changes according to their suggestions. The ERPC presented evidence of above average content validity.

key words: psychosocial rehabilitation; citizenship; mental health policies, mental health services, people with mental disorder.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Descritores estabelecidos pelo Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH). São Paulo, SP, 2019. ...39
Quadro 2 -	Possíveis resposta da Escala.....58
Quadro 3 -	Distribuição dos estudos analisados quanto ao autor, título e fonte – São Paulo, 2019.....68
Quadro 4 -	Distribuição dos estudos analisados quanto ao número, objetivo, método, resultado e conclusão. São Paulo, 2019.71
Quadro 5 -	Categorias provenientes dos artigos analisados e seus respectivos desfechos. São Paulo, 2019.92
Quadro 6 -	Notas dos Juízes para o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) 112
Quadro 7 -	Cores que identificam os índices dos itens 113
Quadro 8 -	Itens considerados inadequados..... 119
Quadro 9 -	Julgamento dos itens considerados inadequados, índices de avaliação e justificativa para permanência no instrumento – São Paulo, SP, 2019. 119
Tabela 1 -	1º Pré-teste do Nvivo – consulta de palavras, unidade de registro e percentual ponderado. 100
Figura 1 -	Nuvem de palavras. 103
Figura 2 -	Diagrama da Análise de Cluster. 104

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	BREVE HISTÓRICO	14
1.1.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	14
1.1.2	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	16
1.1.3	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM OLHAR PARA A CIDADANIA..	19
1.1.4	CIDADANIA	22
1.2	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL E DE SUAS AÇÕES.....	24
1.2.1	ESCALAS DE MEDIDAS PSICOSSOCIAIS VALIDADAS NO BRASIL.	27
1.3	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DESTE ESTUDO	28
2	OBJETIVOS	32
2.1	OBJETIVO GERAL	32
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	34
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	34
3.2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	34
3.3	GERAÇÃO DO CONJUNTO DE ITENS.....	37
3.3.1	FONTE DE DADOS.....	37
3.3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	38
3.3.3	REDAÇÃO DOS ITENS.....	54
3.3.4	DETERMINAR O FORMATO PARA MEDIÇÃO	57
3.3.5	LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO.	59
3.3.6	VERIFICAÇÃO DA APLICABILIDADE DA ESCALA ERPC	64
4	RESULTADOS	67
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	67
4.2	GRUPO FOCAL	93
4.2.1	CRÔNICAS DAS SESSÕES DO GRUPO FOCAL	93
4.2.2	CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE CODIFICAÇÃO	100
4.3	EVIDÊNCIAS DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	105

4.3.1	APRESENTAÇÃO DA ESCALA	105
4.3.2	COMITÊ DE JUÍZES	110
5	DISCUSSÃO	127
5.1	PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	127
5.2	O MORAR E O PERTENCER	133
5.3	REDE SOCIAL	137
5.4	TRABALHO COM VALOR SOCIAL	142
5.5	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL SEGUNDO O GRUPO FOCAL.....	147
5.6	ERPC	151
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
	REFERÊNCIAS.....	156
	APÊNDICES	168
	ANEXOS	196

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, em meados de 1970, impulsionou um processo de transformações dos saberes e práticas em saúde mental. Este movimento priorizou a atenção em saúde mental articulada com os demais setores da saúde e da sociedade, objetivando a reinserção social do usuário e a recuperação de sua cidadania, diretamente relacionado à humanização da assistência em saúde mental (WHO, 2001).

A Psiquiatria Democrática Italiana, desenvolvida por Franco Basaglia, foi um dos principais fundamentos para a reforma psiquiátrica brasileira, a qual enfatizava a dignidade das pessoas com transtornos mentais e o exercício de seus direitos humanos. A partir da década de 1990, realça-se a proposta de assistência centrada na reabilitação, autonomia e melhora da qualidade de vida das pessoas com doença mental junto à sociedade (Amarante, 2007).

Em 2001, a Lei Federal 10.216/2001 consolidou o movimento da reforma psiquiátrica ao legitimar o redirecionamento da assistência em saúde mental, tornando-se um marco legal da reforma psiquiátrica brasileira. Determina a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por instituições abertas, tais como: unidades de Saúde Mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidade de atenção intensiva em Saúde Mental em regime de hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territoriais que funcionem 24 horas (NAPS), pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que preservem a integridade do cidadão (Brasil, 2005).

Dentre estes serviços de saúde, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles são os dispositivos estratégicos da Política brasileira de saúde mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (Brasil, 2004). Estes dispositivos têm como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtorno mental severo e persistente, residentes em sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania e fortalecimento dos

laços familiares e comunitários. No contexto assistencial, o enfoque se desloca da exclusão, centrando-se na reabilitação psicossocial.

Os serviços, como os CAPS, passam a ser representativos da Reabilitação Psicossocial quando possibilitam ao sujeito oportunidade de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, por meio da integração às atividades do projeto terapêutico com o intuito de estimular a autonomia, resgatar sua cidadania e inseri-lo à sociedade. Eles são os dispositivos estratégicos da Política Brasileira de Saúde Mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (Brasil, 2004; Salles, 2011; Santos, 2013).

A partir da década de 1990, no Brasil, buscou-se avaliar os serviços substitutivos de saúde mental com o intuito de assegurar a melhor assistência aos usuários destes serviços e para verificar que, o que foi proposto na lei, estava sendo cumprido. As primeiras avaliações se restringiam à estrutura do serviço e após, às práticas terapêuticas, à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental, à satisfação dos usuários e familiares e, em outro momento, passaram a avaliar a qualidade de vida dos usuários e seus direitos propostos pela Reabilitação Psicossocial. É neste momento que este trabalho se insere com o objetivo de avaliar o processo de Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS.

1.1 BREVE HISTÓRICO

1.1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

As más condições em que as pessoas com transtornos mentais eram submetidas nos hospitais psiquiátricos impulsionaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Havia superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, péssimas condições físicas, higiene precária, sem propostas de reinserção da pessoa com transtorno mental à sociedade e o tratamento era a base de camisa de força, eletrochoque, medicação em excesso e inadequada, e psicocirurgias, como a lobotomia.

Com o golpe militar em 1964, a saúde no Brasil foi privatizada e a psiquiatria foi alvo de exploração das empresas privadas, e os doentes mentais não possuíam

autonomia, direitos, além da baixa exigência de qualidade no setor, o que propiciava a construção ou transformação de velhos galpões em "enfermarias", surgindo então a "indústria da loucura", como ficou conhecida. O número de leitos psiquiátricos aumentou de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir. No final dos anos 80, havia 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos (20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS) (Amarante, 2009).

Neste momento, surgem críticas diversas a essa situação, trabalhadores insatisfeitos com o que viam e vivenciavam no trabalho, condições de trabalho e tratamento, denúncias de fraudes, os quais se organizaram, apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país, propondo formas de trabalho que pudessem romper com esse modelo.

Assim sendo, considera-se a reforma psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática com os objetivos e as estratégias de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge, principalmente, a partir da redemocratização do país, no final da década de 1970. Fundamentou-se na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracterizou a conjuntura de redemocratização (Amarante, 2009; Alves et al., 2009).

A reorientação da assistência psiquiátrica brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) se consolidaram com a aprovação da Lei n.º 10.216/2001, que teve como eixo norteador a garantia de dignidade e de liberdade para pessoas com transtornos mentais. O processo de desinstitucionalização é impulsionado, caracterizado por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário.

O período caracterizou-se, assim, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (Brasil, 2005, Andrade, Maluf, 2017).

Dentre os serviços de saúde mental substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles são os dispositivos

estratégicos da Política Brasileira de Saúde Mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (Brasil, 2004; Salles, 2011; Santos, 2013). Estes dispositivos têm como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtorno mental severo e persistente, residentes em sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico, e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. No contexto assistencial, o enfoque se desloca da exclusão, centrando-se na reabilitação psicossocial.

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

Os serviços, como os CAPS, passam a ser representativos da Reabilitação Psicossocial quando possibilitam ao sujeito oportunidade de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, através da integração às atividades do projeto terapêutico com o intuito de estimular a autonomia, resgatar sua cidadania e inseri-lo à sociedade.

1.1.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A reabilitação psicossocial pode ser compreendida pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, reduzir o dano (Saraceno, 2001).

Também pode ser considerada como um “processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade” (Pitta, 2001).

Entende-se como um processo de remoção de barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo a sua comunidade e ao exercício de seus direitos, da sua cidadania (Bertolote, 1996).

As atividades de reabilitação objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento

social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer (Saraceno, 2001).

Conceitos de reabilitação psicossocial têm sido discutido nos últimos cinquenta anos em todo mundo, dentre eles, podem-se destacar os dos teóricos da Reforma Democrática Italiana, como Basaglia (1985), Rotelli (2001) e Saraceno (2001).

Para Saraceno (2001), a reabilitação precisa estar em evidência, devido à complexidade epistemológica contemporânea sobre a loucura e o ser louco.

Para Pitta (2001), a reabilitação psicossocial pode ser definida como uma

ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade (p. 9)

Ou seja, visa à reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental.

Os modelos clássicos da Reabilitação Psicossocial acreditam que ela se dá após a remissão de sintomas, porém as experiências brasileiras de empoderamento da clínica ampliada – entendida como o trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto com o objetivo de produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade nos dispositivos substitutivos de cuidados em atenção psicossocial – tem garantido chances de sobrevivência através do “bom cuidado” aos portadores de transtornos severos e persistentes (Saraceno, 2001).

Para Kantorski (2007), no contexto atual de transformação das práticas psiquiátricas, a reabilitação psicossocial redefine-se como um saber fazer que nos permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito, ou seja, um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família, que é portador de um transtorno severo e persistente, que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida.

Ainda, para Saraceno (2001, p.112):

a reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e de recursos de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Assim sendo, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de

negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muito e reciprocamente multiplicantes.

Saraceno (2001) afirma que a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha apenas ética e, sim, é uma escolha técnica, pois somente um cidadão pleno poderá exercer as suas trocas. Ou seja, no momento quando é permitido ao outro exercer seu poder de negociação nas diversas esferas de sua vida, abre-se a possibilidade de caminhar sozinho, recuperar o direito a cidadania e ser respeitado por suas diferenças.

Para este autor, o modelo de reabilitação não pode ser *darwinista*, em que só os fortes sobreviverão; ao contrário, o modelo necessita ser o das redes múltiplas de negociação, buscando a participação de todos e não colocando a autonomia plena dos sujeitos como eixo norteador. Pois é este mito, de autonomia plena, que tende a fazer hiperseleção dos sujeitos (mais capazes, menos capazes), o que torna necessário desmistificar este objetivo e compreender que o caminho da autonomia é construído, diferentemente, para cada caso.

Goldberg (1994) propõe que o termo de autonomia seja compreendido como algo singular para cada sujeito, não estando preso a modelos estabelecidos. Para uns, ela pode estar ligada a trabalhar, administrar seu dinheiro, mas, para outros, está no reconhecimento da chegada de crises e em como administrar este momento. Deste modo, para que alcancemos práticas reabilitadoras para o sujeito com transtorno psíquico, devemos considerar sua história de vida, a comunidade em que vive, suas relações sociais (considerando as possibilidades e impossibilidades, ou limites de estabelecer trocas), as características dos seus serviços de saúde mental, as características do cuidado a ele dispensado, assim como suas necessidades de saúde.

Além disso, para que haja superação nas práticas reabilitadoras, torna-se necessário romper com o conceito de Reabilitação, proposto pelo modelo psiquiátrico tradicional, que se restringe à remissão dos sintomas, à normalidade social e que não considera o sujeito além de seu quadro clínico. Ao contrário, precisamos entender a reabilitação, no modo psicossocial, ou seja, com práticas que efetivem transformações nas condições de vida dos sujeitos, mas que respeitem seu momento e sua singularidade.

1.1.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM OLHAR PARA A CIDADANIA

A Reabilitação Psicossocial tem avançado na construção de uma sociedade que permite às pessoas com transtornos mentais vivenciar processos de inclusão e o CAPS constitui-se em um local onde essa população pode ser respeitada, estar em conexão com os outros e receber incentivos para lutar pelos seus direitos e para realizar os seus projetos de vida. Porém, parece que o CAPS pouco consegue criar oportunidades de inclusão para essa população na comunidade, e a sociedade oferece poucas possibilidades para integrar as pessoas com transtornos mentais no cotidiano social (Salles, Barros, 2014).

Saraceno (1996) acredita que cada um tem um poder de aquisição no mundo, em que, às vezes, somos mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados, mas que também há a desabilidade por falta de poder contratual, sendo este o modelo de referência para a reabilitação.

[...] muitas pessoas com transtorno mental têm um nível de contratualidade no seu espaço habitacional que tende a zero, ou porque não têm casa e isso é um marco, ou porque têm casa e isso é um marco, ou porque não têm rede social, ou porque não sabem, não podem, ou porque têm uma capacidade de produção social muito baixa, muito limitada, e então perdem no nível da contratualidade, essa é a grande troca afetiva e material do ser humano; a habilidade do indivíduo em efetuar suas trocas. (Saraceno, 1996, pág.16)

Para o sujeito historicamente tratado como não cidadão, a participação na sociedade, por mínima que seja, já é um avanço. Para alcançar a cidadania, é preciso convencer o sistema legal a incluir direitos e oportunidades para essas pessoas para que elas tenham acesso a trabalho, moradia, participação em programas educacionais e o direito ao voto - isso requer uma visão que vá além do paradigma médico (Hamer, Finlayson, Warren, 2014; Hamer, Finlayson, 2015).

Dentre os direitos assegurados pela lei aos doentes mentais, destacamos os direitos sociais, bem descritos pela constituição federal como sendo educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados. É fundamental compreender que a cidadania é a pré-condição de qualquer processo de cuidar.

A cidadania é um direito em si: soma dos direitos negativos (não ser excluído, não ser abandonado, não ser violentado) e dos direitos positivos (ser atendido nos

serviços de saúde, ser bem atendido, ser reconhecido em suas necessidades) (Saraceno, 2001).

No entanto, pesquisadores constataram que apesar de todos os direitos estarem assegurados por lei, as pessoas com transtornos mentais ainda encontram dificuldades para garanti-los enquanto cidadãos, enfrentando desafios para atender suas necessidades básicas de vida e vivenciam a exclusão e o estigma social, e o CAPS, apesar dos esforços, ainda pouco consegue integrar as pessoas com transtornos mentais no cotidiano social (Salles, Barros, 2013; Ventura, Brito, 2012; Van Hees et al., 2015).

Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade. Para reabilitar, o indivíduo precisa restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar seus direitos na comunidade e reconquistar seu poder social. Reabilitação Psicossocial passa a ser entendida a partir da ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social (Saraceno, 2001).

O novo modelo de atenção psicossocial, segundo Salles e Barros (2013), regido pelos CAPS, promove a cidadania, iniciando um processo de construção do lugar social das pessoas com doença mental e, conseqüentemente, a inclusão social delas. Ainda, segundo as autoras, isso tem convergido com os discursos dos usuários, cujos desejos são cuidar da própria saúde, construir família, trabalhar, isto é, almejam um cotidiano inserido na comunidade. Porém, observaram contradições nos relatos de usuários, pois a vida social dessas pessoas permanece centrada no contexto familiar e no ambiente do CAPS, revelando dificuldades para interação social com a comunidade.

Pode-se inferir que, dos avanços alcançados pelos usuários do sistema na transição de modelo assistencial do manicômio à comunidade, o direito humano de ir e vir, de ser escutado nas suas diversas linguagens, de ser reconhecido nas suas experiências intersubjetivas de identidades e alteridades, considerando suas crenças, valores e hábitos, e uma ética de solidariedade cidadã no enfrentamento do preconceito e nas barreiras da exclusão são evidências, nas quais é preciso avançar e, espera-se, que sejam irreversíveis (Pitta, 2015, Perron, Rudge, Holmes, 2010).

Apesar de a integração na comunidade ser essencial, a construção da cidadania apresenta grande efetividade no processo de inclusão social. Alguns

indicadores de cidadania são o seguro social, o emprego, a residência, a saúde, a educação e o acesso a serviços comunitários (Huxley, Thornicroft, 2003).

A inclusão social de pessoas com transtornos mentais implica no exercício da cidadania, na participação no mercado de trabalho e no contexto social. Assim, a atenção aos usuários em saúde mental pressupõe que eles possam usufruir de seus direitos básicos, como liberdade, moradia e trabalho (Leão, Barros, 2011).

Apesar de todos os avanços relatados em relação às possibilidades de constituir a rede social que o CAPS oferece, existe a crítica de que esta rede pouco se estende para pessoas de fora, da comunidade, e que pouco tem ajudado os usuários a interagir em outros locais da sociedade, formando uma rede social fechada, que só acontece dentro do serviço.

Esta crítica aponta para o próximo passo a ser desenvolvido pelos serviços de saúde mental na construção da reabilitação psicossocial. Um dos maiores esforços para as pessoas com transtornos mentais é restabelecer o seu lugar em sua comunidade. Neste sentido, é importante estabelecer contatos que não estão relacionados à sua doença, assumindo papéis e responsabilidades que promovam a oportunidade de não apenas receber cuidados, mas, também, de contribuir com a sociedade (Salles, Barros, 2013; Hamer, Finlayson, Warren, 2014).

1.1.3.1 CONCEITO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE SARACENO (2001)

Segundo Saraceno (1998), a Reabilitação Psicossocial trata de um conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo suas desabilitações e a deficiência, podendo ainda diminuir dano, ou seja, destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental. Ela visa minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, por meio do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (WHO, 1987).

Para Saraceno (2001), a desabilitação tem mais a ver com a resposta que a organização social dá ao sujeito do que a sua desabilidade em si. Assim, o intuito da reabilitação psicossocial é aumentar as habilidades ou diminuir as desabilitações. Uma das maneiras de se alcançar isto seria pelo aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, que resulta na abertura de espaços de negociação para a pessoa com transtorno mental, sua família, comunidade e serviços que se ocupam

dela, porque é o que pode viabilizar “*o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade*” (Pitta, 2001, p. 9).

A reabilitação é um processo que implica abertura de espaços de negociação para a pessoa com transtorno mental e para sua família, entre outros atores, ou seja, a Reabilitação Psicossocial visa a recuperação da contratualidade da pessoa com doença mental, isto é, que essas pessoas possam recuperar ou construir recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Isso ocorre, por exemplo, quando o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação, ou seja, quando um sujeito “fraco” pode entrar na dinâmica da negociação com trocas permanentes de competências e de interesses (Saraceno, 2001).

Para Saraceno (2001), existem três eixos alicerces da reabilitação psicossocial: o habitar (moradia), rede social e trabalho. O habitar refere-se à apropriação sobre o espaço onde se vive. A rede social trata da participação nas trocas de sociais. O trabalho é fundamental para promover a articulação dos interesses, necessidades e desejos. O “trabalho com valor social” é considerado uma função de produção de sentido econômico, social e psicológico (Saraceno, 2001).

Para a pessoa com transtorno mental ter poder de negociação e possuir recursos para trocas sociais, ela necessita estar alicerçada, segundo Saraceno (2001), nos três eixos citados; a partir disso, ela exercerá seus direitos e deveres, tornando-se, assim, um cidadão.

1.1.4 CIDADANIA

Ser cidadão significa ter direitos e deveres. Na proposição da cidadania, todos os homens são iguais perante a lei e cabe a todos o domínio sobre o seu corpo e sua vida, o acesso a um salário, o direito a educação, saúde, habitação e lazer, o direito de expressar-se livremente e o de participar de movimentos sociais; enfim, todos têm o direito de ter uma vida digna como ser humano (Cerquier-Manzini, 2010).

A cidadania, hoje, perpassa pela condição de igualdade civil e política, chegando à questão dos direitos humanos, associado à justiça social. No entanto, a consciência dos direitos iguais está intrinsecamente relacionada ao sentir-se igual

aos outros. Significa tomar decisões, opinar sobre sua vida e reivindicar seus direitos. Significa fazer-se sujeito, ser protagonista da própria existência dentro de uma sociedade e, sobretudo, significa manejar o conhecimento, apropriar-se dele e reconstruí-lo. Segundo Dallari (1998), quem não exerce sua cidadania está à margem de sua vida social, adquirindo uma posição de inferioridade dentro da sociedade (Figueiredo et al., 2009).

Conforme Marshall (1967), cidadania é um *status* conferido aos indivíduos que são membros integrais de uma comunidade, onde todos que possuem tal *status* são iguais tendo em vista os direitos e deveres – estes amarrados ao conceito de cidadão.

Marshall compreende a cidadania em três categorias: direitos civis, direitos políticos e direitos sociais, conforme a evolução histórica da criação dos direitos civis no século XVIII, e se estende para o século XIX com os direitos políticos e alcança, no século XX, os direitos sociais.

O país produziu todo um processo de Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1990 com o surgimento de muitas legislações em saúde mental, as quais preconizam os direitos humanos e a cidadania, além da construção de modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Tendo em vista que a cidadania não é somente os direitos políticos, entendemos que os direitos sociais, em muito, ficam por conta da efetivação das políticas em saúde mental – e os direitos civis dos indivíduos com transtornos mentais também podem ser entendidos como que articulados a essa mesma política. Sendo assim, a implementação de uma efetiva cidadania para a loucura pode passar por uma política de saúde mental que aprimore os dispositivos necessários para que os chamados loucos não voltem à condição de exclusão social (Caldas, Nobre, 2012).

Hirdes (2009) considera que não se pode perder de vista de que a cidadania é fruto de uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz. Compreende que a cidadania se constitui como um processo em andamento em que a sociedade deve estar empenhada na luta e problematização da realidade desigual que se encontra. A cidadania não é algo dado e acabado, mas necessita estar em permanente afirmação e construção. Sob esse olhar, ser cidadão é, segundo a autora, ter a competência de fazer-se sujeito histórico assumindo a condução do seu destino.

Carvalho (2002), ao analisar a cidadania no Brasil, afirma que uma cidadania plena está relacionada a um ideal inatingível, desenvolvido pela cultura ocidental, entretanto não é mera utopia desvinculada da realidade, uma vez que se aplica como parâmetro de avaliação da qualidade da cidadania em cada local e momento histórico. Por cidadania plena, este autor compreende uma combinação de liberdade, participação e igualdade.

Atualmente, admite-se, quase que automaticamente, uma relação de cidadania com direitos. Cidadão pleno seria aquele indivíduo titular dos direitos civis (liberdade, igualdade perante a lei e direito de propriedade), políticos (participação no governo da sociedade) e sociais (participação na riqueza coletiva).

Como efeito da discriminação, as pessoas com transtornos mentais sofrem algum nível de exclusão e privação de seus direitos, mesmo quando vivem na comunidade, encontrando seu lugar social junto a outros grupos excluídos socialmente (Mezzina et al., 2006). Nesse sentido, a inclusão social de pessoas com transtornos mentais implica no exercício da cidadania, na participação no mercado de trabalho e no contexto social. (Hamer, Finlayson, 2015).

1.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL E DE SUAS AÇÕES

A necessidade de avaliação dos serviços de saúde foi preconizada pela OMS no início do século XX, ressaltando a importância de avaliar e monitorar os serviços de saúde mental relacionados à qualidade da assistência prestada garantindo, deste modo, tratamento universal e equitativo a todas as pessoas com transtorno mental.

A avaliação passou a ser considerada como uma ferramenta para procurar soluções para as dificuldades encontradas, devido à crise pela qual sistemas de saúde têm passado nas últimas décadas. Países como EUA, Canadá, Austrália, Itália e Reino Unido têm se empenhado em avaliar a qualidade de seus serviços de saúde na tentativa de diminuir custos e aumentar a eficácia e os benefícios das ações desempenhadas nestas instituições. E, na mesma direção, a avaliação da qualidade também se voltou aos serviços de saúde mental.

A avaliação de serviços de saúde mental deve ser uma atividade contínua, realizada periodicamente com o intuito de identificar aspectos da assistência aos

pacientes que necessitam ser reajustados, promovendo qualidade dos serviços e melhoria do tratamento oferecido (WHO, 2001).

Entre as dez recomendações da Organização Mundial da Saúde para a saúde mental, encontra-se o desenvolvimento da pesquisa e do monitoramento dos serviços com indicadores da qualidade do acesso, da adequação da assistência, da qualidade das intervenções preventivas e terapêuticas e da avaliação dos resultados do tratamento, direitos humanos, autonomia, entre outros (WHO, 2001).

Sendo assim, vários países desenvolvidos – dentre eles, EUA, países do Reino Unido, Itália, Canadá e Austrália – têm buscado avaliar seus serviços de saúde mental de base comunitária com a finalidade de assegurar a melhor assistência aos usuários destes serviços (Barbato et al., 2014).

São estudos que buscam avaliar: a satisfação do usuário (Rogers, Pilgrim, 1993; Marshall et al., 2007) a estrutura dos serviços de saúde mental (Weinstein, 2006), o acesso ao serviço (Groenewegen et al., 2005), a adequação da assistência e das intervenções terapêuticas (Roth, Crane-Ross, 2002), avaliação dos resultados das ações promovidas por estes serviços (Bajoni et al., 2010; Barbato et al., 2014). Muitos destes estudos empregaram instrumentos que mensurassem o que almejavam avaliar no serviço de saúde mental estipulado.

As primeiras pesquisas se limitaram a estudar gestores e profissionais da área, após incluíram os usuários de forma a promover sua participação efetiva no planejamento terapêutico e na própria avaliação dos serviços de saúde mental e da sua inclusão social (Schröder, Larsson, Ahlström, 2007; Yanos et al., 2008; Corrigan, Larson, Rüsch, 2009; Huxley et al., 2012; Barbato et al., 2014).

As pesquisas no Brasil iniciaram na década de 1990, restringindo-se ao âmbito dos hospitais e, mais tarde, se estendeu para a atenção básica. Pesquisadores no Brasil recomendaram diversas avaliações para os serviços de saúde mental, mas estas foram realizadas de forma isolada. Estas pesquisas ocorreram observando a preocupação da União e da OMS, seguindo a tendência internacional em relação à necessidade de avaliações de serviços de saúde.

Alguns destes estudos procuram avaliar desde a satisfação do usuário em relação a seu atendimento (WHO-SATIS-BR) e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental – estudos do grupo de pesquisa da UFJF em parceria com a USP e OMS (Bandeira, Pitta, Mercier 2000) – bem como avaliar as

experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial na região sul do país (Wetzel, Kantorski, 2004).

Também houve trabalhos que avaliaram a estrutura dos CAPS do município de São Paulo (Nascimento, Galvanese, 2009) e outros procuraram avaliar a qualidade de vida dos usuários de serviços de saúde (WHOQoL/WHOQoL-Brief) (Fleck, 2000). Outros dois estudos - um na cidade de Cuiabá, MT, e outro em Campinas, SP - buscaram avaliar as práticas terapêuticas desempenhadas pelos CAPS adultos (Onocko-Campos, Furtado, 2006; Ribeiro, Silva, Oliveira, 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde brasileiro avaliou a qualidade dos CAPS, por meio da terceira versão do programa AVALIAR CAPS, cujo objetivo foi o de levantar informação sobre estes serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores. Entre seus resultados, o estudo apontou que *“é preciso, no entanto, intensificar e sistematizar as parcerias com outros serviços e setores, além das ações de geração de renda, para potencializar a qualidade de vida dos usuários as suas possibilidades de autonomia”*.

A pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo” do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), realizada em 2010 em 85 CAPS do Estado de São Paulo, revelou o descompasso entre o que diz a lei e o que acontece nos serviços. Os CAPS articulam pouco, muito menos do que seu objetivo relacionado à reabilitação psicossocial: pouco mais de 40% das unidades pesquisadas realizavam trabalho junto à comunidade para reintegração profissional dos usuários do serviço; e 27,4% não desenvolviam nenhum tipo de ação neste sentido. No geral, 30% dos CAPS não apresentaram integração com os recursos comunitários.

Com o objetivo de avaliar as práticas dos Centros de Atenção Psicossocial em relação ao respeito aos direitos dos usuários, incluindo a existência e a participação em assembleias nos CAPS como exercício de cidadania. Por meio da análise de dados etno-epidemiológicos do Projeto Avaliar-CAPS Nordeste, aplicação de questionários e observação direta, à luz do *QualityRights* (WHO, 2012), verificou-se que os Centros de Atenção Psicossocial influenciam positivamente a vida dos usuários ao estimular-lhes a autonomia, a corresponsabilização no cuidado e o protagonismo sociocultural e político nos serviços e nas suas comunidades; no entanto, ainda há muito o que se conquistar (Pitta, 2015).

1.2.1 ESCALAS DE MEDIDAS PSICOSSOCIAIS VALIDADAS NO BRASIL

Existem estudos que avaliam alguns aspectos da reabilitação psicossocial, tal como um instrumento que avalia o funcionamento social de usuários de serviços substitutivos; outra escala, *Independent Living Skills Survey (ILSS-BR)*, que avalia a autonomia de pacientes crônicos em diversas áreas do funcionamento social (Bandeira, Lima, Gonçalves, 2003); a *Escala de Avaliação da Competência Social (EACS)* avalia a competência social de pacientes psiquiátricos, por meio da observação sistemática do comportamento em desempenho de papéis (Bandeira, 2002) e a SBS-BR avalia as limitações no comportamento social de pacientes psiquiátricos (Lima et al., 2003).

O instrumento desenvolvido por Pais-Ribeiro (1999, 2001) tem como objetivo verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais, avaliando deste modo o suporte social; já o *Personal and Social Performance Scale (PSP)* consiste numa ferramenta viável para avaliar rapidamente o desenvolvimento social e pessoal de pessoas com transtornos mentais (Brissos et al., 2012). Ainda, o **Psychiatric Rehabilitation Fidelity Toolkit** (Bond et al., 2000) avalia a implementação de modelos de programas de reabilitação psiquiátrica e o **Toolkit for Measuring Psychosocial Rehabilitation Outcomes** (Arns et al., 2001), desenvolvido pela Associação Internacional de Serviços de Reabilitação Psicossocial (IAPSRs), avalia os resultados dos programas e serviços de reabilitação psicossocial.

Os instrumentos acima citados avaliam o funcionamento social e a qualidade de vida dos usuários em hospitais psiquiátricos e em alguns serviços substitutivos, embasados em modelos e teorias que focam na doença, na cronicidade psiquiátrica, na descrição de comportamentos e processos que levam à dessocialização progressiva, a qual tem como base, possivelmente, um déficit de competência pessoal e social; no entanto, não encontramos referências na literatura de um instrumento que avalie ações de reabilitação psicossocial para cidadania em serviços substitutivos.

Duas pesquisas de validação de instrumentos foram encontradas com o intuito de avaliar a qualidade de ações de saúde mental realizadas nos CAPS no Brasil, no entanto nenhum deles avalia a Reabilitação Psicossocial para a Cidadania. Uma pesquisa, com o intuito de validar e produzir uma versão confiável

do instrumento *Quality in Psychiatric Care – Outpatients* (QPC-OP) na língua portuguesa, propõe mensurar a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência em CAPS; outra, com o objetivo de adaptar culturalmente e validar a escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE) para o contexto brasileiro, propõe a avaliação das ações de inclusão social de pessoas com transtorno mental (Silva, 2017; Santos, 2018).

Considerando que não encontramos trabalhos brasileiros e internacionais que abordem a avaliação de ações de reabilitação psicossocial para cidadania em serviços substitutivos com usuários de transtornos mentais, torna-se indispensável elaborar instrumento para mensurar essas práticas. Neste sentido, pretende-se realizar no Brasil a construção de uma escala que avalie o processo de reabilitação psicossocial para cidadania desenvolvida nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais.

Considerando os conceitos acima expostos, define-se que o construto desta pesquisa é a cidadania e os três eixos do conceito de Reabilitação Psicossocial serão considerados nas dimensões para a elaboração da versão preliminar do instrumento.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DESTE ESTUDO

A proposta de criação de um instrumento que avalie as ações de Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania é algo pioneiro no Brasil. A reforma psiquiátrica brasileira, embora incorpore, em sua formulação e prática, iniciativas e experiências internacionais, tomou para si características teórico, jurídicas, normativas e práticas exitosas que exigem um olhar específico para avaliação; os Centros de Atenção Psicossocial têm características próprias e seguem a Política Nacional de Saúde Mental.

Para se elaborar um instrumento de avaliação das ações de promoção da cidadania neste país é necessário que se considere as questões que emergiram neste contexto. Este estudo compreende o conceito de cidadania proposto por Carvalho (2002), já descrito acima, que será o construto da elaboração do instrumento. Então, diante do apresentado surgiram questões, complementares as que já havíamos elaborado:

- Estão sendo desenvolvidas ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania nos CAPS com indivíduos com transtornos mentais?
- As ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania nos CAPS com indivíduos com transtornos mentais estão promovendo o exercício da cidadania?
- As ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania realizadas nos CAPS são reconhecidas pelos usuários dos serviços?

Para responder essas questões, seria importante avaliar os serviços, no entanto, não foram encontrados instrumentos de medidas brasileiros que mensurem a qualidade da assistência experimentada por usuários de CAPS. Quando o pesquisador não encontra na literatura nacional instrumentos que mensurem as informações específicas que deseja, ele tem duas opções: 1) desenvolver um instrumento; ou 2) traduzir, adaptar transcultural e validar um instrumento já validado em outra cultura (Lage, Levy, Ciconelli, 2006).

Também deve-se levar em consideração que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, embora tenha se baseado em experiências internacionais, mais especificamente a Reforma Psiquiátrica italiana, ela assumiu características próprias, dado os aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais e o contexto no qual ela ocorreu, também, são exclusivos do Brasil. O modelo de serviços substitutivos no Brasil foi desenvolvido para as necessidades da população brasileira, portanto escalas desenvolvidas em outros contextos, com serviços diferentes dos brasileiros, podem não se adequar à realidade brasileira.

Este projeto poderá servir de subsídio para que ações sejam avaliadas e repensadas, no sentido de melhorar a assistência prestada nos CAPS, podendo contribuir, por meio dos resultados, com sugestões para que os documentos das políticas de Saúde Mental e os Projetos Institucionais incluam ações específicas voltadas para a Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania. Desta maneira, eles podem melhorar a assistência prestada às pessoas com transtornos mentais com ações orientadas para o exercício da cidadania.

A avaliação das ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania nos CAPS, por meio da escala, poderá elucidar como são tratados os direitos e direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e em quais aspectos para que se possa realizar intervenções específicas, seja na lei, seja nos CAPS, estimulando e facilitando essas pessoas a exercerem seus direitos como cidadãos.

Corroborar-se com Dantas e Oda (2014) sobre o reconhecimento da necessidade de avaliar sistemática e amplamente os resultados advindos do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, podendo reforçar os acertos e potencialidades e corrigir as deficiências e fragilidades, bem como para subsidiar novos processos decisórios na política de saúde mental.

Esta proposta assume o referencial do campo psicossocial e o conceito de Reabilitação Psicossocial que favorece autonomia para a vida na comunidade e o exercício pleno da cidadania da pessoa com transtorno mental, considerando o modelo biomédico e hospitalocêntrico ultrapassado, pois não considera a integralidade e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de não enquadrar-se com a Política Nacional de Saúde Mental construída nos últimos trinta anos.

No entanto, desde 2017, as políticas de saúde mental vêm sofrendo profundas transformações. O governo federal vem operando uma contrarreforma baseada na mercantilização do sofrimento e na criminalização da pobreza, desconsiderando toda a trajetória histórica e popular da luta antimanicomial que possibilitou a construção das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

A partir do marco de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT n.º 32/2017 e Portaria n.º 3.588/2017), novas diretrizes foram estabelecidas no âmbito da saúde mental. A Nota Técnica n.º 11/2019 do Ministério da Saúde, que dá esclarecimentos sobre as mudanças, propõe investir novamente em hospitais psiquiátricos entre outras medidas. O recente Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas, suprime a política de Redução de Danos, coloca a abstinência como centro da política pública e prioriza as comunidades terapêuticas como instituições de internação.

A Nova Política está alinhada com o governo ultraconservador vigente que também coloca em risco a sobrevivência do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a própria democracia. Este é um momento de grande atenção e resistência para que as conquistas da reforma psiquiátrica e da luta manicomial, realizada com o apoio da sociedade, não sejam sufocadas pelo obscurantismo presente no governo atual, que pretende calar a voz de todos que lutam pela garantia dos direitos humanos e do estado democrático de direito.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma escala que avalie a Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar os itens de um instrumento com vistas à construção de uma escala de avaliação;
- Verificar a validade de conteúdo da versão preliminar do instrumento;
- Realizar um teste-piloto em uma parcela da população para verificar a validade semântica e a compreensão no preenchimento do instrumento.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo psicométrico, que visa alcançar um instrumento preciso e utilizável, e que possa ser empregado por outros pesquisadores (...) , tratando da elaboração, validação do instrumento em sua construção (Polit, Beck, 2006). A realização deste estudo se deu em três etapas: Revisão integrativa de literatura e Conceito de Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001) e, Realização de Grupos Focais com a Associação Vida em Ação (AVA), na busca de desvelar elementos importantes para a construção de uma escala, que avaliem ações que promovam a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial; Elaboração de uma escala de avaliação de ações, a partir da revisão integrativa de literatura, da realização dos Grupos Focais e do Conceito de Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001), contendo dimensões e itens que considerem o construto do qual parte este estudo e; Verificação da Validade de conteúdo da Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Estas três etapas estão descritas e aprofundadas nos tópicos seguintes.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico metodológico deste estudo é a psicometria. Ela se trata de um conjunto de modelos e métodos estatísticos para resumir, descrever e extrair inferências de dados coletados. Ela explica os comportamentos e aptidões usando testes cuja mensuração é feita por meio das respostas fornecidas aos itens (Hair et al., 2009; Pasquali, 2013).

A psicometria surgiu por meio da estatística, mas atualmente é considerada uma área da psicologia com uma concepção estatística que explica os comportamentos e aptidões por meio de testes cuja mensuração é feita por meio das respostas que os indivíduos fornecem aos itens. (Pasquali, 2013). Apesar de ser uma área da Psicologia, os métodos da Psicometria são amplamente utilizados por diversas áreas do conhecimento.

O processo de construção de instrumentos de avaliação psicológica demanda várias etapas até que atinja níveis aceitáveis de validade e de precisão (Pasquali, 1999). A maioria dos autores concorda que as etapas vão desde a conceituação do teste, revisão da literatura acerca do construto, criação dos itens, aplicação desses a uma amostra, análise dos itens e revisão do teste (Cohen, Swerdlick, Sturman, 2014).

O processo de construção de instrumentos psicométricos é feito em algumas etapas. Em primeiro lugar, é necessário definir qual será o fenômeno que se pretende medir com a escala. No caso do presente estudo, o fenômeno são ações de reabilitação psicossocial para a cidadania realizadas em CAPS com pessoas com transtornos mentais. Depois, é importante que o pesquisador especifique o modelo teórico que guiou a construção da escala de avaliação. No caso do presente estudo, a teoria foi a da Reabilitação Psicossocial.

Teoria: Reabilitação Psicossocial

A teoria que fundamenta este estudo, já explicitado no decorrer desta tese, é o da Reabilitação Psicossocial apoiado, principalmente, nos textos de Benedetto Saraceno

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos [...]. Daí, podemos dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (Saraceno, 2001a, p. 111- 112).

Esta concepção é encontrada no modelo de redes múltiplas de negociação, que coloca em cena a participação, de modo que o intuito não deve ser o de segregar os considerados fracos da condição de fracos para estarem no jogo com os fortes “[...] e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que deste participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses” (Saraceno, 2001, p. 113). É somente a partir desta dinâmica de trocas que se pode construir um verdadeiro efeito “habilitador” (Saraceno, 2001).

Considera-se essencial um investimento no contexto, nas relações e na comunidade como um todo para que o diferente seja capaz de habitar, visto que

poder trocar e participar é, como menciona Saraceno (2001), pré-condição para que haja o estabelecimento de relações entre as pessoas.

O que está posto nas práticas que se norteiam por esta concepção é a noção de negociação, ou seja, “[...] as oportunidades de trocas materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito” (Saraceno, 2001c, p.151). Nesse sentido, a palavra negócio refere-se à negação do ócio, este compreendido como isolamento, solidão, exclusão, portanto, negociar refere-se ao processo de troca entre pessoas, seja esta afetiva ou material (Saraceno, 2011), retirando o sujeito da exclusão, solidão e marginalidade social.

Assim, o que se deve almejar é a reconstrução dos vínculos sociais, da contratualidade e do acesso às trocas. Para que se alcance esta condição, a reabilitação deve se envolver com a reconstrução da cidadania e da contratualidade dos sujeitos nos três principais cenários da vida: o habitat, a rede social e o trabalho (Saraceno, 2001b).

Os três cenários apresentados pelo autor proporcionam à concepção de Reabilitação Psicossocial um eixo estruturante em torno do qual se articulam os principais conceitos, dando forma à teoria e possibilitando o discernimento sobre como proceder com esta no cotidiano da prática profissional. Além disso, são estes cenários que, quando devidamente trabalhados, possibilitam a experiência do “Reabilitar”. Esta argumentação encontra respaldo na afirmação de Saraceno (2016, p. 25) para o qual,

A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra, ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. Tudo que está contra isso, está contra a reabilitação. Tudo que está a favor disso, é uma variável que coopera para reabilitação.

Variável Latente (construto)

Depois da definição da teoria, é necessário definir o construto (ou variável latente) da escala, que é o conceito de cidadania.

A noção de uma variável latente implica uma certa relação entre ela e os itens que a tocam. A variável latente é considerada como uma causa da pontuação do item, que é a força ou quantidade da variável latente (ou seja, valor de seu escore verdadeiro) é presumido para causar um item ou conjunto de itens para assumir um certo valor. Em outras palavras, cada item deve dar uma indicação de quão forte é a variável latente (DeVellis, 2017).

Uma relação causal entre uma variável latente e uma medida implica certas relações empíricas. Por exemplo, se um valor de item é causado por uma variável latente, então deve haver uma correlação entre esse valor e o escore real da variável latente. Como consequência de cada um dos indicadores correlacionados com a variável latente, eles também devem correlacionar-se uns com os outros. Não se pode avaliar diretamente a verdadeira pontuação, não se pode calcular uma correlação entre ela e o item. No entanto, pela mesma variável latente, pode-se examinar suas relações umas com as outras (Furr Bacharach, 2014).

3.3 GERAÇÃO DO CONJUNTO DE ITENS

Para orientar o processo de escrita dos itens, é necessário que se faça uma descrição exata do objetivo da escala (Furr, Bacharach, 2018). O objetivo da escala foi o de *avaliar a qualidade de ações de reabilitação psicossocial para a cidadania em CAPS com pessoas com transtornos mentais*. O que se espera, nessa fase inicial é demonstrar uma variedade de maneiras que o conceito central da escala pode ser declarado. Ao escrever os itens, pode-se buscar formas alternativas de expressar ideias (Furr, Bacharach, 2018).

3.3.1 FONTE DE DADOS

Para alcançar o objetivo da escala, considerou-se importante verificar a literatura da área na busca de ações de reabilitação psicossocial para a cidadania realizadas em CAPS. Então, em um primeiro momento, foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Além disto, também se considerou importante verificar as ações de reabilitação psicossocial para a cidadania com pessoas engajadas na luta antimanicomial, que trabalharam ou trabalham na área de saúde mental e usuários de CAPS. Assim, foram realizados dois grupos focais com estas pessoas. Estes procedimentos de coletas de dados serão apresentados nos tópicos a seguir.

3.3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.3.2.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Quando se pretende revisar a literatura, almeja-se buscar, analisar e descrever um corpo do conhecimento, buscando resposta a uma pergunta específica. A literatura cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (Botucatu, 2015, p.1).

A revisão integrativa da literatura destina-se a fazer uma ampla análise da literatura, incluindo estudos com diversos delineamentos de pesquisa, o que proporciona uma compreensão mais abrangente sobre o tema de interesse, resultando em um aumento na profundidade das suas conclusões, em um retrato compreensivo do tópico de interesse (Whittemore, 2005) e em um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos à saúde e relevantes para a Enfermagem (Broome, 2000). Este tipo de revisão deve ser realizado com rigor metodológico. O seu propósito é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores (Broome, 2000; Beyea, 1998).

A opção por usar esse tipo de revisão se deu porque favorece a síntese do conhecimento dos estudos incluídos. Isto reduz as incertezas sobre recomendações práticas, permite que sejam feitas generalizações precisas sobre o fenômeno, a partir das informações disponíveis, e contribui para a tomada de decisões relacionadas às intervenções que poderiam resultar numa melhora da qualidade do objeto recortado para a revisão (Stetler et al., 1998).

Com isto posto, para levantamento do material impresso, foi realizada uma busca nas bibliotecas da USP de materiais que abordem o tema.

Para o levantamento do material *online*, foi realizada uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Pubmed, Web of Science, Scopus, Cinahl com os descritores estabelecidos pelo Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH):

Quadro 1 - Descritores estabelecidos pelo Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH). São Paulo, SP, 2019.

DeCS	MeSH	Palavras-chave
Psicometria	Psychometrics	
“Participação Cidadã”	“Citizen Participation”	Cidadania Citizenship
“Saúde Mental” “Serviços de Saúde Mental”	“Mental Health” “Mental Health Services”	“Centros de Atenção Psicossocial” “Centro de Atenção Psicossocial” CAPS
“Reabilitação Psiquiátrica”	“Psychiatric Rehabilitation”	“Reabilitação psicossocial”
“Transtornos Mentais”	“Mental Disorders”	

Foram excluídos desta revisão estudos que não estavam relacionados ao objetivo desta pesquisa, porém forneceu dados de pesquisas existentes sobre o tema para orientar o pesquisador a iniciar o desenvolvimento da escala.

Questão Norteadora: A presente revisão integrativa foi pautada na seguinte questão: “Quais são as ações de Reabilitação psicossocial para cidadania desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em CAPS?”

Critérios de Inclusão e Exclusão

O material de estudo é constituído por artigos, sem restrições de literatura nacional e internacional, disponíveis nas bases de dados PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PSYCOINFO, CINAHL, Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA), SCOPUS E SOCIOLOGICAL ABSTRACT. A estratégia de busca foi desenvolvida no período de 13 de junho a 20 de agosto de 2018, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

Optou-se por não fazer parte do material teses e dissertações por haver uma gama muito grande de estudos na literatura nacional e internacional - a maioria produz artigos resultantes destes trabalhos.

Foram excluídos estudos que não correspondiam à pergunta de pesquisa, como também estudos que contivessem populações ou situações específicas ou

com enfoque na nosologia de cada doença referente aos transtornos mentais. Foram descartados os estudos em duplicidade e que abordavam os temas a seguir: criança e adolescente, Recovery, álcool e outras drogas e hospitais.

Definições

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa até 12 anos incompletos, e o adolescente, entre 12 e 18 anos de idade. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1989 considera a criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade. Já para o Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses (Brasil, 2015b, art. 3º). Essa definição da primeira infância está alinhada com o Marco Legal da Primeira Infância, Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016 (Brasil, 2016).

Criança é um ser humano no início de seu desenvolvimento, um período em que há o desenvolvimento cognitivo, físico, socioemocional, motor e de linguagem, além do desenvolvimento psicológico, da personalidade e comportamental.

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela OMS entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (*young adults*). Sendo assim, crianças e adolescentes não farão parte do estudo por não fazerem parte dos critérios de inclusão.

Recovery é um conceito utilizado em outros países como Austrália, EUA e Canadá e não há um consenso na tradução do termo para o português, que pode

ser cura ou recuperação. O conceito de *recovery* é considerado como um estado de recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento cotidiano, que pode ou não ser temporário. Seus teóricos julgam que o conceito ultrapassa as noções de cura e de remissão de sintomas como objetivos para o tratamento do sofrimento mental, sendo embasado na recuperação da esperança, re aquisição de algo perdido com a doença e melhora na qualidade de vida (Vandekinderen et al., 2012). Neste estudo, usamos o conceito de Reabilitação Psicossocial de Benedetto Saraceno.

No Brasil, existe a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a qual compreende estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas). Existem duas abordagens, as quais os profissionais e pesquisadores podem seguir: a abstinência e a redução de danos, cada uma com seus conceitos e especificidades.

Existem características próprias em relação ao tratamento para pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas em relação ao de pessoas com transtornos mentais, um critério de exclusão.

Em um hospital, pode ocorrer a institucionalização por haver internações de longa duração, tratamento desumanizado com exclusão social das pessoas com transtorno mental, cujo modelo utilizado não está de acordo com o marco conceitual deste estudo. Entendemos que, em hospitais psiquiátricos, não é possível fazer reabilitação psicossocial.

Estratégias de busca

A estratégia de busca foi desenvolvida no período de 13 de junho a 20 de agosto de 2018 num primeiro momento, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Foram encontrados obstáculos devido às palavras “Reabilitação Psicossocial” e “Cidadania” não fazerem parte dos descritores válidos. Assim, foi necessário buscar os descritores que mais se aproximavam e utilizados pelos autores. Após primeira busca, foi realizada outra mais abrangente para que fosse possível captar um maior número de material.

3.3.2.1.1 ANÁLISE DOS DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

A análise dos resultados foi feita a partir dos elementos evidenciados como importantes para a Reabilitação Psicossocial e para a cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Esses elementos foram organizados em núcleos de sentidos.

A organização e análise desses dados foram realizadas pela análise de conteúdo (Minayo, 2004), que busca produzir ou reelaborar conhecimentos, criando novas formas de compreender os fenômenos (Sá-Silva, Almeida, Guindan, 2009). A leitura do material foi realizada em quatro fases, conforme sugerido por Gil (2010): leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

Na leitura exploratória, os textos selecionados foram lidos na íntegra e analisados em busca de uma relação entre o conteúdo desses e o tema da pesquisa. Para Gil (2010), essa fase tem o intuito de identificar dados que possam responder à pergunta de pesquisa.

A etapa da leitura seletiva buscou o material de interesse à pesquisa, atendendo a seus objetivos (Gil, 2010). Neste momento, foram destacados, nesses textos, trechos em que estejam localizadas as questões pertinentes à pesquisa.

O próximo momento compreendeu a leitura analítica do material. Nessa etapa, foram elaborados quadros para organizar os dados. A última etapa foi a leitura interpretativa do material, que atribuiu significado mais amplo aos resultados obtidos pela leitura analítica (Gil, 2010). Os resultados desta fase foram interpretados à luz do construto adotado para esta pesquisa que é o referencial teórico da Cidadania, de Carvalho (2002), relacionado ao marco conceitual que adotamos, que é o da reabilitação psicossocial.

A análise dos dados requer a leitura exaustiva e criteriosa dos estudos para que se verifique a adequação ao tema e à questão norteadora. A primeira busca foi realizada no período de 13 de junho a 20 de agosto de 2018. Após uma primeira triagem, por meio de leitura de títulos e resumos, os estudos selecionados foram organizados, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

PUBMED/MEDLINE: foram encontrados vinte (20) estudos na base de dado que após leitura e seleção, diminuiu para onze (11) estudos, mas somente seis (6) estavam disponíveis na íntegra.

BVS: foram encontrados vinte e sete (27) estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, o número foi reduzido para doze (12), sendo que apenas nove (9) estavam disponíveis na íntegra.

SOCIOLOGICAL ABSTRACTS: foram achados dezoito (18). Após a leitura dos títulos e resumos, o número diminuiu para quatro (4), todos disponíveis, no entanto, um texto estava em esloveno, sendo excluído pela pesquisadora por não possuir habilidades para traduzir. Totalizando três (3) artigos completos.

APPLIED SOCIAL SCIENCES INDEX & ABSTRACTS (ASSIA): foram achados trinta e cinco (35) artigos, após leitura e seleção, ficaram seis (6), sendo que um (01) não estava disponível na íntegra, totalizando cinco (5).

CINAHL: a busca encontrou quatorze (14) artigos, destes foram selecionados oito (8), sendo que dois (2) não estavam disponíveis e um (01) era pago. Total cinco (5).

SCOPUS: foram encontrados dezoito (18) artigos, sendo selecionados treze (13), no entanto apenas dez (10) estavam disponíveis na íntegra.

PSYCiNFO: foram encontrados quatorze (14) estudos na base de dado que após leitura e seleção, diminuiu para sete (7) estudos, mas somente seis (4) estavam disponíveis na íntegra.

Após o término da primeira etapa, percebeu-se que analisar apenas o conceito de cidadania era insuficiente e seria necessário acrescentar o conceito de inclusão social. Esta decisão se justifica por se encontrar várias referências à cidadania como estratégia fundamental para a inclusão social. Deste modo, a nova busca foi realizada no período de 12 de novembro a 20 de dezembro de 2018. Após uma primeira triagem, por meio de leitura de títulos e resumos, os estudos selecionados foram organizados, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

PUBMED/MEDLINE: foram encontrados cento e quarenta (140) estudos na base de dado que após leitura e seleção, diminuiu para dezesseis (16) estudos. Nesta busca utilizaram-se os descritores propostos na língua inglesa.

BVS: foram encontrados cento e três (103) estudos. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados trinta e dois (32).

SOCIOLOGICAL ABSTRACTS: foram achados dezoito (18). Após a leitura dos títulos e resumos, o número diminuiu para quatro (4), todos disponíveis, no entanto, um texto estava em esloveno, sendo excluído pela pesquisadora por não possuir habilidades para traduzir. Totalizando três (3) artigos selecionados.

APPLIED SOCIAL SCIENCES INDEX & ABSTRACTS (ASSIA): foram encontrados trinta e cinco (35) artigos, após leitura e seleção foram captados cinco (5) estudos.

CINAHL: a busca encontrou quatorze (14) estudos resultando após leitura e seleção em cinco (5) estudos. Utilizaram-se os descritores propostos na língua inglesa.

SCOPUS: foram encontrados dezoito (18) artigos, dez (10) estavam disponíveis na íntegra.

PSYCiNFO: foram encontrados quatorze (14) estudos na base de dados que após leitura e seleção, foram selecionados quatro (4).

Após a seleção e exclusão dos estudos que estavam presentes em mais de uma base de dados, o número resultante foi de trinta e seis (36).

A busca bibliográfica desta revisão integrativa sinalizou que a inclusão social é um conceito no qual os estudos achados demonstram profundidade teórica, conceitual e importantes discussões reflexivas frente à prática. É preciso analisar as ações de Reabilitação Psicossocial realizadas nos CAPS para que, através de críticas e reflexões, se torne possível construir uma práxis coerente com seu modelo teórico e conceitual com a intenção de desconstruir o paradigma psiquiátrico e promover a Reabilitação Psicossocial como cidadania.

3.3.2.2 GRUPO FOCAL

Streiner e Norman (2006) esclarecem que, uma vez decidido pelo desenvolvimento de um novo instrumento, uma das fontes possíveis para a obtenção de questões, nesse trabalho de construção do novo instrumento, são os grupos focais.

Grupos focais usam a interação grupal explicitamente como parte do método. Isso significa que, ao invés do pesquisador ficar perguntando a cada pessoa as perguntas que ele julga pertinentes, os participantes são encorajados pelo pesquisador a compartilhar experiências, observações e pontos de vista sobre o tema em estudo. O método é particularmente interessante para que se saiba não somente o que as pessoas pensam sobre determinado tema, mas como e porque elas pensam daquela forma (Kitzinger, 1995).

De acordo com Minayo (2010), é possível que o investigador utilize as discussões em grupo como o instrumento principal de abordagem e considera que o Grupo Focal pode ter objetivo exploratório para coleta de dados, provocando discussões e aprofundamento em temas selecionados.

O grupo focal foi conduzido a partir do roteiro elaborado (Apêndice A), após a revisão de literatura aliada ao conceito de reabilitação psicossocial. O objetivo deste foi apreender o ponto de vista, juízos e relevâncias dos participantes sobre o tema, sendo um instrumento que conduziu o pesquisador em seu trabalho de coleta de dados, possibilitando que os atributos fossem trabalhados em amplitude e profundidade.

3.3.2.2.1 PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Foram realizados dois grupos focais com membros da Associação Vida em Ação (AVA), fundada em 2004, dentro do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial. O principal eixo de atuação e missão desta associação é o de promover, difundir e garantir os direitos humanos especialmente de pessoas com transtornos mentais, por meio da geração de renda e inclusão social pelo trabalho e pela cultura. A escolha desta organização se deu por agregar usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, atores do processo da reforma e sujeitos fundamentais para a obtenção de questões relacionadas ao instrumento de avaliação.

Os objetivos específicos da associação são: promover desenvolvimento econômico e social; apoiar atividades econômicas de experimentação de novos modelos sócio produtivos e de sistemas solidários de produção, comércio e trabalho; promover a ética, a paz, a cidadania, os direitos humanos, a democracia e outros valores universais; promover a valorização pessoal e a reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental; promover a inclusão e capacitação de pessoas com transtorno mental, egressos de instituições manicomiais ou usuários dos serviços públicos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial; realizar parcerias com organizações e empresas públicas e privadas para atingir seus fins.

Dessa forma, a AVA é um ator institucional que busca o fortalecimento e a recomposição do lugar social desta população, historicamente estigmatizada e excluída, por meio de ações que ampliem sua autonomia, melhorem suas condições concretas de vida e resgatem sua cidadania.

3.3.2.2.2 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA E ANÁLISE

Inicialmente, foi feito um primeiro contato com a presidente e vice-presidente da AVA, apresentando a proposta do estudo e solicitando uma autorização. A presidente da associação forneceu a autorização institucional (Apêndice B) para que pudesse prosseguir. Após a identificação dos integrantes da AVA, foi efetuado o contato com cada um deles para o agendamento de uma data comum a todos para a realização da primeira sessão do grupo focal. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) que foi assinado nas duas vias e rubricado em todas as folhas.

Houve dificuldade do pesquisador em acessar o grupo, o qual discutiu e solicitou várias vezes um resumo e informações sobre o trabalho e de agendar horários compatíveis. Foram agendadas três sessões e canceladas por revezes dos participantes.

O grupo focal foi realizado em duas sessões, em torno da temática principal da discussão, sobre as ações de Reabilitação Psicossocial para Cidadania. As sessões foram coordenadas pela pesquisadora, que atuou como moderadora das discussões, buscando introduzir o assunto, manter o foco nos temas e garantir oportunidades para a participação de todos.

Moderador

Debus (1988) coloca que a escolha do moderador do grupo focal é vital para a realização de um debate eficaz - neste caso, foi o pesquisador. Essa escolha deve considerar:

- 1) características pessoais;
- 2) estilos de moderação;
- 3) experiência e antecedentes.

Esses elementos auxiliam na análise da implicação do moderador, já que normalmente este é também o pesquisador responsável pela investigação. Dentre as características pessoais, ressaltam-se a abertura para a discussão e a postura de acolhimento diante dos participantes, o distanciamento com relação ao tema, de forma a acolher posições contrárias de maneira respeitosa e hábil para escutar os integrantes e a consciência das suas intervenções verbais e não-verbais.

O estilo de moderação diz respeito à atitude e ao comportamento do moderador diante do grupo (mais amigável, provocativo, mais ativo, menos ativo etc.). Muitas vezes, é o ritmo do grupo que determina o estilo de moderação.

Quanto à experiência e aos antecedentes, vale marcar que, tendo o moderador conhecimento especializado no tema de estudo, há a possibilidade de uma mediação mais fluida. Debus (1988, p. 63) chama a atenção para o fato de que o moderador não é mestre, juiz, condescendente, indutivo, parcial. Por sua vez, o grupo focal não é um texto com respostas certas e erradas, espaço para preleções pedagógicas ou para persuasão. A tarefa básica do moderador é manter o grupo em interação por um tempo de 60 a 90 minutos com a finalidade de obter dados acerca do tema da pesquisa.

Observador

O observador é fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal. Um dos papéis mais importantes do observador é analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal. Cabe a ele, também, apontar as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações.

O observador deve ter posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas que seja considerada importante. No entanto, o observador não deve esperar que tudo seja significativo. Assim como no caso do moderador, o conhecimento prévio do tema auxilia no registro que cabe ao observador. O papel principal do observador é viabilizar a discussão após o término do grupo com o moderador, quando o primeiro expõe suas impressões e registros com o intuito de redefinir o temário, evitar conclusões precipitadas por parte do moderador, avaliar as intervenções feitas, etc.

Não houve a participação do observador, pois o grupo teve dificuldade em aceitar a presença da pesquisadora em seu meio e o moderador seria mais um impedimento para a realização da atividade. Para Gomes e Barbosa (1999), deve-se evitar a presença de pessoas estranhas ao grupo, fato que poderia produzir nos participantes a sensação de estarem sendo observados.

O ambiente em que ocorreram as sessões do grupo focal foi no Ponto Benedito, local em que os integrantes da AVA se reúnem e realizam algumas atividades. Apesar da recomendação encontrada na literatura quanto ao ambiente

para a realização do grupo focal não ser o mesmo do trabalho dos participantes, foi respeitada a opinião do grupo sobre a inviabilidade de deslocamento para outro local. Contudo, consideramos que o uso do espaço do serviço não influenciou no desenvolvimento e na dinâmica das sessões.

A duração de cada sessão grupal foi de aproximadamente uma hora, das quais participaram seis integrantes da AVA, que foram gravadas e transcritas na íntegra. A realização das sessões de grupo focal teve como fundamento teórico técnico o Grupo Operativo. Para Pichon Riviére, autor da teoria que analisa os fenômenos grupais, Grupo Operativo é definido como um conjunto de pessoas que tenham um objetivo em comum e esse objetivo é a realização da tarefa.

A tarefa, que pode ser explícita (motivo pelo qual as pessoas se reúnem) ou implícita (é o pano de fundo da interação grupal, relaciona-se à elaboração das ansiedades básicas que representam resistência às mudanças); na verdade, consiste no aprendizado e no treinamento do próprio trabalho em equipe. O objetivo do Grupo Operativo pode ser resumido como o enriquecimento do ser humano na realização da tarefa (Bleger, 1989; Dall'Agnol, Trench, 1999).

A centralidade da tarefa demanda do grupo o aprender a pensar com a finalidade de resolver as dificuldades que surgem no campo grupal. A tarefa é um conceito dinâmico e dialético, que representa a própria operatividade do grupo em que estão presentes elementos como o nível de aprendizagem dos integrantes e os instrumentos que são mobilizados no processo da aprendizagem da realidade (Lucchese, Barros, 2007).

No processo da dinâmica grupal, estão presentes papéis desempenhados por parte dos sujeitos no contexto do grupo operativo, tais como: porta voz, bode expiatório, líder e sabotador. Ainda, para a interpretação do acontecer grupal, estão presentes seis pontos de referência que são os vetores, dispositivos qualitativos utilizados para examinar a relação entre os conteúdos implícitos e explícitos do grupo: afiliação e pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele (Lucchese, Barros, 2007).

Os papéis, encontrados naturalmente em qualquer tipo de grupo que tenha um objetivo comum, são desempenhados em forma de rodízio entre os integrantes, pois, se um papel é assumido por muito tempo por um único membro, isso indica que o grupo não age operativamente, há a cristalização dos papéis, o que bloqueia o aprendizado e faz com que não se cumpra a tarefa (Grando, 2007).

Na medida em que o uso do Grupo Operativo proporciona trocas de vivências entre as pessoas, permite revisitar e refletir sobre o cotidiano, exteriorizar sentimentos latentes, apropriar-se e reconstruir a realidade. É possível fazer a sua aproximação com o uso do grupo focal, pois, como uma estratégia metodológica qualitativa, o mesmo busca respostas a partir do que as pessoas sentem ou pensam sobre determinado assunto (Lucchese, Barros, 2007).

Por esses motivos, propomos a descrição das dinâmicas estabelecidas nas sessões do grupo focal, baseada no referencial Pichoniano de Grupo Operativo, buscando identificar os principais elementos com o auxílio do roteiro para elaboração de crônicas proposto por Lucchese e Barros (2007).

3.3.2.2.3 ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL

O conteúdo obtido pelo grupo focal foi transcrito e a análise dos resultados foi feita através dos elementos que a literatura traz como importantes para a cidadania, assim como para a reabilitação psicossocial e seu conceito, segundo Saraceno (2001).

Optou-se pela utilização da metodologia de Análise de Conteúdo Qualitativa (ACQ) para organização e análise dos dados, instrumento que possibilita ao pesquisador estudar os conteúdos inseridos em diferentes modelos de documentos, sendo usada nas diversas formas de comunicação, quer seja a escrita, som ou imagem (Elo, Kyngäs, 2008).

“É um método para descrever sistematicamente o significado do material qualitativo, classificando o material como instâncias das categorias de um quadro de codificação” (Schreier, 2012, p. 15).

Este método faculta a descrição sistemática dos significados dos materiais recolhidos pelo investigador, cujo objetivo é proveniente de múltiplos fatores, tais como a sua própria interpretação, as suas percepções, as decisões tomadas durante a construção do quadro de codificação e respectivas categorias, bem como o conhecimento existente acerca do tema.

O investigador nas suas interações com o universo de influências que o rodeia, possui um papel decodificador e tradutor de significados do material de investigação e, conseqüentemente, a interpretação própria e única da sua análise relativamente às várias formas e materiais de comunicação, quer sejam entrevistas,

livros, websites, diários, artigos de jornal, comunicados de imprensa, entre outros (Elo, Kyngäs, 2008).

A Análise de Conteúdo Qualitativa exige que se "traduza" todos os significados do material de interesse para as categorias de um quadro de codificação; em segundo lugar, é necessário classificar as partes sucessivas do material de acordo com as categorias selecionadas. A forma como é feito destaca três características importantes: é um método sistemático, é flexível e reduz os dados (Schreier, 2012, p. 21).

De fato, a Análise de Conteúdo Qualitativa não tem a finalidade da descrição de todo o conteúdo dos materiais e respectivas categorias escolhidos pelo investigador, pretendendo-se que esta metodologia defina determinados aspetos de uma forma específica, com a finalidade de facultar as respostas à pergunta de partida. A pergunta de partida especifica o ângulo a partir do qual se examina os dados. Se outros aspetos importantes aparecerem durante a análise, pode alterar-se o quadro de codificação e incluí-los também. Mas estes serão novamente aspetos específicos e selecionados. A ACQ não dá uma visão holística do material. (Schreier, 2012, p. 19).

3.3.2.2.4 FASES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO QUALITATIVA

A execução da Análise de Conteúdo Qualitativa ocorreu de acordo com um determinado conjunto de fases, que especifica os procedimentos necessários para a criação de categorias num quadro de codificação com os significados referentes ao material de análise selecionado para responder à questão de partida.

Para além da sua característica sistemática, a Análise de Conteúdo Qualitativa é também flexível, permitindo ao investigador o reajustamento, sempre que necessário, do quadro de codificação e das suas categorias. Esta metodologia visa a possibilidade para que o quadro de codificação seja confiável e detenha um caráter válido, no qual as categorias representem convenientemente os conceitos que permitam responder à pergunta de partida.

Por outro lado, a característica da redução dos dados admite a sua seleção, focando-se o investigador verdadeiramente nos significados importantes, os quais devem estar de acordo com o propósito da análise, permitindo que esta seleção permita uma redução dos dados a investigar conduza à resposta da pergunta de partida (Schreier, 2012; Elo, Kyngäs, 2008).

“É flexível no sentido de que o quadro de codificação deve ser adaptado de modo a utilizar o material, (...) reduz o material limitando a análise a aspetos relevantes” (Schreier, 2012, p. 19).

3.3.2.2.5 SOFTWARE DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: NVIVO

No intuito de efetuar a Análise de Conteúdo Qualitativa neste estudo, no que diz respeito à segmentação e codificação do material de investigação, foi utilizado o programa de computador especializado, denominado NVivo, o qual permite recolher e tratar a informação de acordo com as necessidades e preferências do investigador, atendendo, também, às parametrizações e funcionalidades proporcionadas pelo próprio programa de computador.

“A capacidade do computador para gravar, classificar, combinar e ligar a informação pode ser aproveitada para ajudar a responder às perguntas de pesquisa a partir dos dados, sem perder o acesso aos dados de origem...” (Bazeley, Jackson, 2013, p. 29).

Os autores Bazeley e Jackson (2013) mencionam que

em alguns casos, os investigadores relataram que o software abriu novas formas de ver os dados”, e que a utilização do NVivo pelo investigador “não se limita a exceder as tradicionais formas de análise de dados, mas a aumentar a eficiência e a eficácia da análise.

“Organizar os dados qualitativos de uma forma sistemática antes da análise formal começar... dados mais ordenados levarão a análises mais fortes e, em última análise, a uma pesquisa qualitativa mais rigorosa” (Yin, 2011, p. 182).

Assim, atendendo a estes argumentos, considera-se que os atributos e as funcionalidades proporcionadas pelo programa de computador *NVivo* apoiaram o investigador a criar e a inovar formas de tratamento e análise do seu material de investigação que, nesta etapa, foi o material resultante do grupo focal.

Para iniciar a construção do quadro de codificação, o investigador deve acompanhar um processo composto por quatro etapas (Schreier, 2012, p. 146).

- ✓ A. Seleção;
- ✓ B. Estruturação e geração;
- ✓ C. Definição;
- ✓ D. Revisão e expansão.

A. Seleção

A seleção permite limitar as partes importantes do material de investigação, as quais efetivamente respondem à pergunta de partida e aos objetivos da investigação, desarticulando as partes não significativas e as quais não deverão ser

consideradas na investigação. A pergunta de partida dessa pesquisa é: “Quais são as ações de Reabilitação psicossocial para cidadania desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em CAPS?”.

Para a etapa da seleção, utilizou-se a transcrição das duas sessões dos grupos focais para construir o quadro de codificação no intuito de dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos da investigação.

B. Estruturação e geração

A segunda etapa é a elaboração do quadro de codificação, determinando quais categorias serão utilizadas para interpretar o material de investigação em análise, gerando seguidamente as subcategorias.

3.3.2.2.6 O QUADRO DE CODIFICAÇÃO

O quadro de codificação foi constituído por categorias, também denominadas por dimensões e por subcategorias, sendo organizado de forma a corresponder à pergunta de partida e aos objetivos designados da investigação, podendo o quadro de codificação ter, ou não, maior complexidade na sua estrutura e maior ou menor abrangência no foco, nos processos e nos aspetos da sua análise.

Um quadro de codificação é uma forma de estruturar o seu material. Consiste em categorias principais que especificam aspectos relevantes e de subcategorias para cada categoria principal, especificando os significados relevantes sobre o aspecto em questão (Schreier, 2012, p. 117).

O objetivo principal do quadro de codificação é o de estruturar o material selecionado para a investigação, de modo a distinguir os diferentes significados em relação à pergunta de partida, obtendo-se o efeito da segmentação e redução do material de investigação.

“A estrutura deve ser apropriada para responder à pergunta de partida. Ao construir um quadro de codificação, reduz-se a variedade de significados em seu material para as distinções especificadas pelas categorias selecionadas” (Schreier, 2012, p. 117).

Assim, de acordo com Schreier (2012), na construção e estruturação de quadros de codificação no âmbito da investigação em Análise de Conteúdo Qualitativa, os critérios de avaliação devem assegurar a confiabilidade e a validade

do quadro de codificação do grupo focal, existindo a obrigatoriedade de cumprir um conjunto de requisitos:

- ✓ Unidimensionalidade: cada uma das categorias do quadro de codificação deve observar apenas um aspecto do material;
- ✓ Exclusividade Mútua: refere-se às subcategorias dentro de uma categoria, cada unidade de codificação deve ser considerada em apenas uma subcategoria;
- ✓ Exaustividade: as unidades de codificação¹ do material de investigação devem ser atribuídas a, pelo menos, uma subcategoria do quadro de codificação;
- ✓ Saturação: cada subcategoria deve ser utilizada pelo menos uma vez, não devendo ficar vazia no final da investigação.

A pesquisa em questão cumpriu todos os requisitos referentes a ACQ.

A confiabilidade (*reliability*) do quadro de codificação convencionou a consistência da codificação que poderá ser realizada comparando a codificação feita por pessoas diferentes ou pelo meio de espaços de tempo diferenciados (Schreier, 2012, p. 289). Nesta pesquisa, a confiabilidade foi assegurada com a realização do quadro de codificação em dois momentos diferentes.

A validade (*validity*) pode ser considerada como um instrumento de validação em relação ao que se pretende captar, ou seja, validando-se as categorias e subcategorias que representam adequadamente os conceitos em estudo (Schreier, 2012, p. 301). As dimensões foram validadas com a representação dos conceitos da pesquisa.

3.3.2.3 QUESTÕES ÉTICAS

Nesta etapa, o estudo utilizou seres humanos, associados da AVA, portanto foi solicitado pedido de autorização à AVA (Apêndice B). Obedecendo à Resolução CNS n.º 466/12 do Ministério da Saúde, o projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, filiado ao Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), através de carta e Folha de Rosto para Pesquisa

¹ Unidades de codificação: são as unidades de análise que incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros (Schreier, 2012).

Envolvendo Seres Humanos sob número 3.081.206/2019 (Anexo A) e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde sob número 3.734.530/2019 (Anexo B). O projeto foi aprovado em ambos os Comitês de Ética em Pesquisa.

A partir desses resultados foi possível iniciar a construir dos itens.

3.3.3 REDAÇÃO DOS ITENS

No momento em que se iniciou a escrita dos itens, este conjunto foi uma fonte rica a partir da qual a escala surgiu, a qual deve conter uma grande quantidade de itens relevantes para o conteúdo de interesse. Começar a escrever itens é muitas vezes a parte mais difícil do processo de geração. O objetivo nessa fase inicial é simplesmente identificar uma grande variedade de maneiras que o conceito central do instrumento pretendido pode ser declarado. Ao escrever, pode-se buscar formas alternativas de expressar ideias críticas. Depois de gerar talvez três ou quatro vezes o número de itens que se antecipou, inclusive no instrumento final, examina-se o que foi escrito de maneira crítica. Tais itens podem ser examinados quanto ao que eles apreendem das ideias centrais e a clareza de expressão (Furr, Bacharach, 2014).

O primeiro passo foi gerar um grande conjunto de itens que são candidatos para eventual inclusão na escala (DeVellis, 2017). A partir desses itens desenvolveu-se a primeira versão da escala com 120 itens e, após análises e duas novas versões, chegou-se à versão, cujos itens foram examinados de maneira crítica.

Para a construção dos itens, primeiramente, foi realizado um *brainstorm*. Durante o processo de criação, os itens foram adequados para que estivessem com clareza de expressão, objetivos, usassem palavras positivas em vez de negativas, pois podem causar confusão; apresentasse apenas uma ideia em cada item, se um item contivesse mais de uma ideia era desmembrado, criando um item para cada ideia; os itens apresentassem as ideias centrais, o quanto representavam o construto e a teoria que embasaram a construção da escala. Após estes processos, foi possível chegar na versão da escala que foi submetida à validação de conteúdo (Apêndice D).

Em geral, quanto maior o agrupamento de itens, melhor. No entanto, é possível desenvolver um conjunto muito grande para administrar em uma única ocasião a qualquer conjunto de assuntos. Se o conjunto for excepcionalmente grande, o pesquisador pode eliminar alguns itens com base em critérios a priori, como falta de clareza, relevância questionável ou similaridade indesejável com outros itens (DeVellis, 2017). Respeitando os critérios acima, os itens foram avaliados diversas vezes e elaborados de outra maneira se necessário.

É necessário lembrar que todos os itens que compõem uma escala homogênea devem refletir a variável latente ou construto subjacente a eles. Cada item pode ser pensado como um teste, em seu próprio direito da força da variável latente. Portanto, o conteúdo de cada item deve refletir principalmente a construção de interesse. Múltiplos itens constituem um teste mais confiável do que os itens individuais, mas cada um deve ainda ser sensível ao escore verdadeiro da variável latente (Furr, 2011; Furr, Bacharach, 2014; DeVellis, 2017).

De acordo com DeVellis (2017), um bom conjunto de itens é escolhido aleatoriamente a partir do universo de itens relacionados à construção de interesse. Deste modo, ainda que os itens não se arrisquem além dos limites da construção de definição, eles devem esgotar as possibilidades de tipos de itens dentro desses limites. Entende-se que as propriedades de uma escala são determinadas pelos itens que a compõem. Se eles são um reflexo fraco do conceito em que se trabalhou para articular, então a escala não capturará com precisão a essência do construto (DeVellis, 2017; Furr, Bacharach, 2014; Streiner, Norman, Cairney, 2015).

É importante salientar que os modelos de desenvolvimento consideram os itens como manifestações abertas de uma variável latente comum que é sua causa. As pontuações em itens relacionados a um construto comum são determinadas pelo escore verdadeiro desse construto. No entanto, apenas porque os itens se relacionam com uma categoria comum, isso não garante que eles tenham a mesma variável latente subjacente (DeVellis, 2017).

Tais termos, como atitudes, barreiras à conformidade ou eventos de vida, geralmente definem categorias de construtos em oposição a construtos próprios. Um conjunto de itens que eventualmente é a base de uma escala unidimensional não deve simplesmente compartilhar um foco em atitudes. Pode-se supostamente imaginar uma característica da pessoa - uma variável latente, que "causaria" respostas aos itens (Furr, Bacharach, 2014).

As barreiras à conformidade geralmente são de muitos tipos e cada um pode representar uma variável latente, o qual pode até haver correlações não triviais entre algumas das variáveis latente. No entanto, cada uma dessas barreiras é uma construção separada. O termo barreiras descreve uma categoria de construto ao invés de uma construção individual relacionada a uma única variável latente. Não se deve esperar que os itens que medem diferentes construções se enquadrem na mesma categoria, de modo que não funcionem da mesma maneira de quando os itens são manifestações de uma variável latente comum (Streiner, Normam, Cairney, 2015).

A redundância é uma questão a ser analisada em uma escala também. Antagonicamente, a redundância pode ser uma característica boa e ruim de um item dentro de uma escala. Resolver esse paradoxo implica distinguir entre características de itens que fortalecem uma escala através da repetição e as que não o fazem. Primeiramente, deve-se tornar o caso a favor da redundância.

Nesta fase do processo de desenvolvimento da escala, é mais adequado ser mais inclusivo. Pode haver uma tentativa de capturar o fenômeno de interesse, desenvolvendo um conjunto de itens que revele o fenômeno de diferentes maneiras. Ao usar itens múltiplos e aparentemente redundantes, o conteúdo comum aos itens somou vários itens, enquanto suas idiossincrasias irrelevantes foram canceladas (Furr, 2011; Furr, Bacharach, 2014; DeVellis, 2017).

Em relação ao número de itens, não há como definir o número que deve estar em um conjunto inicial. Como a natureza das correlações geralmente não são conhecidas neste estágio de desenvolvimento da escala, ter muitos itens é uma forma de segurança contra a consistência interna deficiente. Sabe-se que quanto mais itens se tem em seu conjunto, mais confuso se pode ficar sobre os itens que farão parte do trabalho. Normalmente, um conjunto de itens são três ou quatro vezes maior que a escala final. Assim, uma escala de dez itens pode evoluir de um conjunto de quarenta itens (DeVellis, 2017).

Sobre a etapa de redação de itens, deve ser executada com cuidado e buscando a clareza, pertinência e relevância dos itens, pois as propriedades psicométricas de uma escala são determinadas pelos itens que a compõem (Furr, Bacharach, 2014; DeVellis, 2017; Streiner, Norman, Cairney, 2015).

Se os itens são particularmente difíceis de gerar para uma determinada área de conteúdo ou se os dados empíricos indicam que inúmeros itens não são necessários para alcançar uma boa consistência interna, então o conjunto inicial pode ser tão pequeno quanto 50% maior do que a escala final (Devellis, 2017).

3.3.4 DETERMINAR O FORMATO PARA MEDIÇÃO

De acordo com vários autores, existem muitos formatos para as questões (DeVellis, 2017; Furr, Bacharach, 2014; Streiner, Norman, Cairney, 2015). O pesquisador deve considerar no início da pesquisa, qual será o formato que utilizará em sua pesquisa. Esse passo deve ocorrer simultaneamente com a geração de itens para que os dois sejam compatíveis. Além disso, alguns modelos teóricos podem ser mais consistentes com alguns formatos de resposta do que com outros (Furr, 2011).

Um dos formatos de itens mais comumente utilizado em pesquisas é a escala Likert e o formato escolhido para esta escala. Quando uma escala de Likert é usada, o item é apresentado como uma sentença declarativa, seguindo opções de resposta que indicam vários graus de concordância ou aprovação da declaração. Dependendo do fenômeno investigado e dos objetivos do investigador, um número ímpar ou opções ímpares de resposta pode acompanhar cada declaração. As opções de resposta devem ser redigidas de modo a ter intervalos aproximadamente iguais em relação ao acordo. Ou seja, a diferença de concordância entre qualquer par de respostas adjacentes deve ser aproximadamente igual à de qualquer outro par adjacente de opções de resposta (DeVellis, 2017).

DeVellis (2017) expõe a utilização de seis possíveis respostas: “discorda fortemente”, “discorda moderadamente”, “discretamente discorda”, “concorda suavemente”, “concorda moderadamente” e “concorda fortemente”. Elas formam um contínuo de forte desacordo a forte acordo e um ponto médio neutro também pode ser adicionado. As escolhas comuns para um ponto médio incluem “nem concordar nem discordar” e “concordar e discordar igualmente”. Este trabalho assume a escolha do ponto médio, apresentando cinco possíveis respostas: “discorda fortemente”, “discorda”, “nem concorda nem discorda”, “concorda” e “concorda fortemente”.

Quadro 2 - Possíveis resposta da Escala

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente

Há uma lista legítima para discussão sobre a equivalência desses dois pontos médios. O primeiro implica desinteresse apático, enquanto o último sugere atração forte, mas igual, tanto para o acordo como para o desacordo. A maioria dos entrevistados pode não atentar muito sobre as sutilezas da linguagem, mas apenas considera qualquer opção de resposta razoável no centro do alcance como ponto médio, independentemente, se é a sua formulação precisa (DeVellis, 2017).

“A escala de Likert é amplamente utilizada em instrumentos que medem opiniões, crenças e atitudes” (DeVellis, 2017). Também podem ser usadas no formato tipo Likert, do qual este estudo se valerá. Presumivelmente, a moderação da opinião é expressa na escolha da opção de resposta. Em última análise, refletir as verdadeiras diferenças de opinião é o mais adequado e, em geral, declarações muito suaves podem suscitar concordâncias quando usadas em escalas Likert. Evitar a ofensa é provavelmente uma boa ideia; no entanto, o autor citado alerta que isso pode levar a favorecer itens que quase todos acharão agradáveis.

Deve-se desconfiar dos itens que são considerados suaves, pois podem representar a ausência de crença ou opinião (DeVellis, 2017; Furr, Bacharach, 2014; Streiner, Normam, Cairney, 2015). A maneira mais adequada para avaliar como uma afirmação deve ser redigida é imaginar para quem a escala se destina, tentando imaginar como essa pessoa responderia a itens de diferente força (Furr, 2011; Furr, Bacharach, 2014; DeVellis, 2017).

Logo, um bom item de Likert deve indicar a opinião, a crença ou atitude ou outra construção do estudo em termos claros. Não se faz necessário e nem mesmo é apropriado para este tipo de escala abranger todos os tipos de afirmações. As opções de resposta proporcionam a oportunidade para gradações (Streiner, Normam, Cairney, 2015).

3.3.5 LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO

Após ser feita a operacionalização do construto em questão por intermédio de itens, a hipótese é que eles representem adequadamente tal construto, no entanto essa hipótese precisa ser testada com outras opiniões para se assegurar que ela apresenta garantias de evidências de validade. A validade é um dos critérios psicométricos mais importantes a ser obtida durante o processo de construção do instrumento: ela se refere ao que o teste mede e o quão bem ele faz isso (Anastasi, Urbina, 2000). Essa avaliação ou análise da hipótese (análise dos itens) é ainda teórica, pois consiste apenas em pedir outras opiniões sobre os itens. Essa análise teórica, sobre a pertinência dos itens ao construto que representam, pode ser feita por juízes (Pasquali, 2010).

De acordo com (Nunes e Primi (2010, p. 113), as evidências de validade baseadas na análise de conteúdo visam

demonstrar que o conteúdo dos itens no instrumento é adequado para representar um domínio de comportamentos a serem mensurados, isso é, se os itens constituem-se em amostras abrangentes e representativas do domínio que se pretende avaliar com o teste.

Sabendo que o teste de validade é o todo, o objetivo é inferencial. Uma medida que inclui uma amostra mais representativa do comportamento do alvo presta-se a inferências mais precisas; isto é, inferências que são verdadeiras em uma ampla gama de circunstâncias. Se houver aspectos importantes do resultado que são perdidos pelas escalas, é provável que se faça algumas inferências que se revelarão erradas e, portanto, as inferências (e não os instrumentos) serão inválidas (Furr, Bacharach, 2014). Assim, quanto maior a validade de conteúdo de uma medida, mais ampla são as inferências que podemos extrair validamente sobre a pessoa sob uma variedade de condições e em diferentes situações, exceto na medida em que esses índices estão correlacionados com a força de apreensão. Quanto maior a validade do conteúdo de uma medida, mais amplas são as inferências que podemos extrair validamente sobre a pessoa sob uma variedade de situações diferentes. Limite superior válido (Furr, 2011).

Sabe-se que a confiabilidade coloca a sua integridade, de modo que, quanto maior a confiabilidade, maior a validade máxima possível. Existe uma exceção notável a esta regra geral: a relação entre conectividade interna (um índice de confiabilidade) e validade de conteúdo. O objetivo final da escala é inferencial, o que depende mais da validade do conteúdo que a consistência interna (DeVellis, 2017).

A validação do conteúdo difere de outras formas de teste de validade em um aspecto importante: não se baseia nos escores da escala, diferenças de desempenho entre pessoas, ou mudanças com base em alguma intervenção; apenas no julgamento de especialistas quanto ao conteúdo dos itens. Por esse motivo, alguns teóricos não consideram que isso seja um aspecto de validade, embora a relevância e a representatividade afetem as inferências que podem ser obtidas a partir de uma pontuação (Messick, 1989).

3.3.5.1 COMITÊ DE JUÍZES

Para validação do conteúdo, a versão preliminar desta escala foi enviada a um comitê de juízes. Não existe unanimidade na literatura sobre a qualificação e o número de juízes que devam compor o comitê, porém o número mínimo de um comitê de juízes é de três pessoas, não sendo necessária uma amostra tão grande (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010). A qualificação dos juízes considera experiência, disponibilidade, qualificação acadêmica dos sujeitos, além das características do instrumento.

É desejável que o pesquisador não conheça o juiz para evitar conflitos de interesses. É desejável a maior diversidade de características possíveis na seleção dos juízes, assim, o grupo deve ser multidisciplinar. Também é desejável que sejam incluídas pessoas ligadas e não ligadas à academia, que sejam consumidoras do produto do instrumento e peritos na construção de instrumentos psicológicos (Alexandre, Coluci, 2011; Pasquali, 2013).

Para esta pesquisa, foi convidado um Comitê de Especialistas constituído por: pesquisadores da área; pesquisadores de outras áreas; professores da área; professores de outras áreas; trabalhadores.

3.3.5.1.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS: COMITÊ DE JUÍZES

Para a validação do conteúdo da versão preliminar da escala (Apêndice X), foram feitos convites a nove pessoas para comporem o comitê de juízes especialistas no período de 25 de novembro a 6 de dezembro de 2019.

Foi realizado, primeiro, contato telefônico para convidar os juízes a participarem do estudo. Após o aceite, era explicado: ao que a tese se destina; o intuito de elaborar a escala; que parâmetros foram utilizados para a sua construção; qual era o seu construto; qual era a quantidade de itens da escala; como o juiz deveria avaliar cada um deles; que o tempo médio de resposta era de uma hora; que a pesquisadora estaria à disposição, em qualquer momento para sanar as dúvidas que surgissem; e a importância da contribuição do juiz.

Após este momento, eram endereçados *e-mails* para estas pessoas com a uma carta convite e o reforço de tudo o que foi dito por telefone, um resumo do estudo (Apêndice X), um TCLE (Apêndice X), que deveria ser assinado e devolvido via *e-mail* (e, se isto não fosse possível, a pesquisadora levaria o termo até o juiz) e com o questionário de avaliação da escala pelo juiz (elaborado no programa Microsoft Excel) com os itens da escala e as explicações sobre o preenchimento da escala e os domínios que deveriam ser avaliados (Apêndice).

A qualificação das pessoas selecionadas considerou experiência, disponibilidade e qualificação acadêmica, além das características da escala. Foram chamadas nove pessoas para comporem o comitê, a fim de garantir a participação de, pelo menos, três juízes.

Cinco pessoas aceitaram participar do comitê de juízes, todas mulheres. A seguir, apresentar-se-á a qualificação de cada uma delas:

1. Doutora; orientadora de mestrado e doutorado na área de saúde mental e psiquiatria; professora associada de um curso público de Enfermagem (na área de saúde mental e psiquiatria); especialista em saúde mental e psiquiatria;
2. Doutora em Enfermagem em saúde mental e psiquiatria; especialista em saúde mental e psiquiatria;
3. Doutora em Enfermagem em saúde mental e psiquiatria; especialista em saúde mental e psiquiatria; já ministrou aulas em cursos de graduação em Enfermagem, na área de saúde mental e psiquiatria;

4. Doutoranda em Enfermagem em saúde mental e psiquiatria; especialista em saúde mental e psiquiatria;

5. Doutoranda em Enfermagem; professora de um curso público de enfermagem

Considerou-se que especialistas, pesquisadoras, profissionais e professoras de graduação e pós-graduação poderiam trazer olhares distintos e, deste modo, contribuir para o melhoramento da escala.

O papel das juízas foi o de avaliar os itens da escala, por meio de notas de 1 a 5 (sendo 1 muito ruim, 2 ruim, 3 razoável, 4 bom e 5 muito bom) para cada um dos itens, em relação aos domínios:

Clareza de linguagem: Avaliação do quanto o juiz considerava a linguagem do item compreensível (clara, direta, adequada e objetiva), tendo em vista as características da população respondente. O juiz deveria responder em que nível acreditava que o item tinha clareza de linguagem, considerando a população respondente;

Pertinência Prática: Avaliação do quanto o juiz considerava que o item era pertinente. Analisava se, de fato, cada item possuía importância para o instrumento. O juiz deveria responder em que nível acreditava que o item era pertinente para o que ele se propõe, considerando a população respondente;

Relevância Teórica: Avaliação do quanto o juiz considerava que o item era relevante. Visava analisar o grau de associação entre item e construto. O juiz deveria responder em que nível acreditava que o conteúdo do item era representativo do comportamento que se quer medir.

Depois da coleta de respostas dos juízes, o próximo passo foi o de definir os itens que ficariam e sairiam da escala. Isto foi determinado pela concordância de respostas que os juízes deram a cada um dos domínios em cada item, por meio de análises estatísticas das propriedades psicométricas da escala (Borsa, Damásio, Bandeira, 2012). Este processo teve a intencionalidade de avaliar em que medida a escala poderia ter seu conteúdo considerado válido.

3.3.5.1.2 ANÁLISE DE DADOS DO COMITÊ DE JUÍZES: COEFICIENTE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (CVC)

A avaliação de conteúdo é um processo de muita importância no desenvolvimento de instrumentos de medida, porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e

mensuráveis de fenômenos específicos (Wynd et al., 2003). Consiste em julgar em que proporção os itens selecionados para medir uma construção teórica representa bem todas as facetas importantes do conceito a ser medido (Costa, 2012).

O coeficiente de validade de conteúdo foi criado com o intuito de mensurar a porcentagem de juízes que estão em concordância no que se refere a representatividade, clareza, correspondência dos fatores para cada um dos itens do instrumento e compreensão da medida como um todo. Os itens e o instrumento serão considerados válidos se obtiverem um CVC de 0,80 (Rubio et al., 2003; Costa, 2012).

Por meio do CVC, pretende-se calcular se a proporção dos itens selecionados para medir a cidadania ou reabilitação, representam bem todas as facetas do conceito: representatividade de cada item, clareza e dimensão teórica do fator (Pasquali, 2010; Alexandre, Coluci, 2011):

- **Representatividade do item:** refere-se à capacidade do item para representar e descrever a definição teórica; neste caso, a Reabilitação Psicossocial;
- **Clareza de cada item:** a redação das frases é de fácil compreensão;
- **Pertinência prática:** os itens devem referir-se ao construto, considerando a população avaliada;
- **Relevância teórica do fator:** indica se o item corresponde à categoria, onde está localizado.

3.3.5.1.3 ASPECTOS ÉTICOS DO COMITÊ DE JUÍZES

Os juízes receberam via telefone e e-mail um convite para participarem do estudo (Apêndice I), um TCLE (Apêndice G) que foi assinado nas duas vias e rubricado em todas as folhas, o questionário de avaliação da escala e a escala (Apêndice D).

Esta pesquisa atendeu à Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) sob o CAAE 91861718.7.3001.0086 (Anexo A).

3.3.6 VERIFICAÇÃO DA APLICABILIDADE DA ESCALA ERPC

3.3.6.1 FONTES DE DADOS

Para verificar a aplicabilidade da escala ERPC 5 usuários do CAPS Itaim Bibi responderam ao instrumento.

3.3.6.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA ERPC

Os sujeitos foram contatados pela pesquisadora. Num primeiro momento o pesquisador explicou o objetivo do estudo solicitando que eles avaliem a cidadania em relação a compreensão dos itens e a dificuldade no preenchimento. Para isso, responderam um questionário de validação com duas perguntas dicotômicas, uma que avaliou a compreensão de cada item da escala e a segunda que avaliou a dificuldade de preenchimento da escala (em construção), seguindo-se um espaço para sugestões e críticas caso apresentem alguma dificuldade na compreensão dos itens da escala, ou em seu preenchimento.

3.3.6.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os participantes foram contatados pessoalmente ou via fone. Após a explicação do objetivo da pesquisa, foi realizado o convite verbal seguido pela entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, uma vez aceita a participação e assinado o TCLE, foi entregue um envelope com as instruções para o preenchimento dessa versão do instrumento.

3.3.6.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA

Após os ajustes necessários, a versão obtida na etapa anterior foi aplicada numa amostra de 5 usuários do CAPS Itaim Bibi com a finalidade de verificar a compreensão dos itens. Deste modo, além das respostas à ERPC, foram analisados as dúvidas e informações colhidas durante o preenchimento dela que foram analisadas nos resultados e discussão.

3.3.6.5 ASPECTOS ÉTICOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA

Os participantes foram contatados via telefone e e-mail para participarem do estudo, após o aceite foi entregue o TCLE (Apêndice J) que foi assinado nas duas vias e rubricado em todas as folhas. Esta pesquisa atendeu à Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) sob o número 3.081.206/2019 (Anexo A) e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde sob número 3.734.530/2019 (Anexo B).

2 INTRODUÇÃO

4 RESULTADOS

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Nesta investigação, a revisão integrativa foi realizada com o objetivo de investigar nas publicações em periódicos reconhecidos, a descrição das ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em Centros de Atenção Psicossocial.

Para o levantamento do material, foi feita uma busca, focando nas ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS, PSYCOINFO, CINAHL, Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA), SCOPUS E SOCIOLOGICAL ABSTRACT com os descritores estabelecidos pelo Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH).

A organização dos resultados foi feita a partir dos elementos evidenciados como importantes para a Reabilitação Psicossocial e para a cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Esses elementos foram organizados em núcleos de sentidos.

A organização e análise desses dados foram realizadas por meio da análise de conteúdo (Minayo, 2004), que busca produzir ou reelaborar conhecimentos, criando novas formas de compreender os fenômenos (Sá-Silva, Almeida, Guindan, 2009).

Os resultados desta fase foram interpretados à luz do construto adotado para esta pesquisa que é o referencial teórico da Cidadania, de Carvalho (2002), relacionado ao marco conceitual que adotamos, o da reabilitação psicossocial.

Os resultados serão apresentados por meio de quadros, correspondendo à questão norteadora, ou seja, com apresentação dos estudos selecionados que corresponderam à intenção de busca de publicações sobre o tema Reabilitação Psicossocial em Cidadania com pessoas com transtorno mental.

Quadro 3 - Distribuição dos estudos analisados quanto ao autor, título e fonte – São Paulo, 2019.

Estudo	Autor(es)	Título	Fonte
1	Barreira, P. J et al	Social Value of Supported Employment for Psychosocial Program Participants	Psychiatr Q n. 82, p. 69–84, 2011.
2	Kloos, B; Townley, G	Investigating the Relationship Between Neighborhood experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness	Adm Policy Ment Health (2011) 38:105–116
3	Pelletier J F et al	The Global Model of Public Mental Health through the WHO Quality Rights project	Journal of Public Mental Health J Vol. 12 NO. 4 2013, pp. 212-223
4	Monteiro, R. L.; Loyola, C. M. D.	Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes	Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jul-Set; 18(3): 436-42.
5	Cruz, M. P.; Monteiro, C. F. S.; Ibiapina, A. R. S.	Therapeutic workshops about mental health as a tool for psychosocial rehabilitation: perception of family members	J Nurs UFPE online., Recife, 10(11):3996-4002, Nov., 2016
6	Hirdes A.; Kantorski L. P	Care systematization in psychiatric nursing within the psychiatric reform context	(2002) Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9, 81–86
7	Chamberlin, J	Citizenship Rights and Psychiatric Disability	Psychiatry Rehabilitation Journal, Springer 1998, Volume 21, Number 4
8	Allison N. Ponce, Ashley Clayton, Matthew Gambino, And Michael Rowe	Social and Clinical Dimensions of Citizenship from the Mental Health-Care Provider Perspective	Psychiatric Rehabilitation Journal. 2016, Vol. 39, No. 2, 161–166
9	Koukia E; Madianos MG.	Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005, 12, 415–422
10	Stephen J. Bartels, Sarah Pratt	Psychosocial Rehabilitation and Quality of Life for Older Adults with Serious Mental Illness: Recent Findings and Future Research Directions	Curr Opin Psychiatry. 2009 July ; 22(4): 381–385

Estudo	Autor(es)	Título	Fonte
11	Chatterjee et al	Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India	The British Journal of Psychiatry (2009) 195, 433–439, 2009
12	Whitehorn, D.; Lazier, L.; Kopala, L.	Psychosocial Rehabilitation Early After the Onset of Psychosis	Psychiatric Services September 1998 Vol. 49 No. 9
13	A. Pereira, Jr. And M. A. Ornellas Pereira	The Flower Workshop in Psychosocial Rehabilitation: A Pilot Study	Issues in Mental Health Nursing, 30:47–50, 2009
14	Leão, A.; Barros, S.	Social inclusion and exclusion: the social representations of mental health professionals.	Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.
15	Hirdes, A	Autonomy and citizenship in psychosocial rehabilitation: a reflection	Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):165-171, 2009
16	Barros S, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL.	Práticas inovadoras para o cuidado em saúde	Rev Esc Enferm USP 2007; 41(Esp):815-9
17	Detomini, V. C.; Bellenzani, R	Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 661-672, 2015
18	Costa, A. et al	Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.7 Porto jun. 2012
19	Salles, Mariana Moraes; Barros, Sônia.	Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social	Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2011, Volume 21 Nº 2
20	Leão, A; Barros, S.	Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira	Saúde e Sociedade, Set 2012, Volume 21 Nº 3
21	Galvanese, A.T. C. Et Al	Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial	Revista de Saúde Pública, Jun 2013, Volume 47 Nº 2

Estudo	Autor(es)	Título	Fonte
22	Caçapava, J. R; Colvero, L. A; Pereira, I. M. T. B.	A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde	Saúde e Sociedade, Set 2009, Volume 18 Nº 3
23	Pinho, E. S; Souza, A.C.S; Esperidião, E.	Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa	Ciência & Saúde Coletiva, Jan 2018, Volume 23 Nº 1
24	Barros, S. et al.	Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território?	J Nurs Health. 2015;5(2):82-95.
25	Irma Maria De Moraes Santos ¹ Sônia Barros ² Jussara Carvalho Dos Santos ³	Projetos Culturais Nos Centros De Atenção Psicossocial: Um Desafio Em Direção À Cidadania.	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.20, p.118-141, 2016.
26	Salles MM, Barros S	Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana	Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2129-2138, 2013.
27	Salles MM, Barros S	Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1275-1292, 2014
28	Salles MM, Barros S	The social exclusion/inclusion of users of a psychosocial care center in everyday life	Text Context Nursing, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 704-12.
29	Salles MM, Barros S	Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social.	Saúde e Sociedade (USP. Impresso), v. 22, p. 1059-1071, 2013
30	Mota TD, Barros S	Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social	Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(2):220-6
31	Salles MM, Barros S, Matsukura, T S	The Brazilian Community Mental Health Care Services: Social Inclusion and Psychosocial Rehabilitation.	Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, v. 3, p. 89-94, 2016.
32	Cortes, H. M; Barros, S.	Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico	J Nurs Health. 2017;7(2):148-63

Estudo	Autor(es)	Título	Fonte
33	Nóbrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR.	Psychosocial rehabilitation in the west network of the municipality of São Paulo: potentialities and challenges	Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0231
34	Barros S, Claro HG	Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania	Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):70
35	Cortes JM, Kantorski LP, Barros S	O Laço Social de Indivíduos em Sofrimento Psíquico: Contribuições para Enfermagem Psiquiátrica.	Rev enferm UFPE online., Recife, 9(4):7322-9, abr., 2015
36	Matsumoto LSO, Barros S, Cortes JM.	Moradores de um serviço residencial terapêutico: as histórias que imprimem um perfil	Rev enferm UFPE online., Recife, 10(Supl. 5):4198-207, nov., 2016

Quadro 4 - Distribuição dos estudos analisados quanto ao número, objetivo, método, resultado e conclusão. São Paulo, 2019.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
1	Avaliar se um programa interativo de reabilitação psicossocial pode melhorar a vida social dos participantes, incentivando o contato social entre pares em contextos naturais da comunidade.	Estudo naturalístico as hipóteses de pesquisa foram testadas em duas análises de regressão hierárquica separadas.	Os resultados deste estudo de 62 adultos com doença mental grave sugerem que um programa psicossocial pode melhorar a vida social de seus membros encorajando primeiro amizades de colegas e apoio mútuo, e então encorajando a transferência dessas amizades entre pares para ambientes comunitários locais. Os resultados da análise de regressão hierárquica sugerem ainda que os programas psicossociais podem melhorar a vida social dos membros fornecendo serviços de emprego apoiados que os ajudam a encontrar empregos regulares, porque o trabalho geral parece encorajar a transferência de amizades entre pares para ambientes comunitários, fortalecendo assim a qualidade dessas amizades. os empregos regulares que exigiam contato rotineiro com indivíduos sem	Os resultados de uma análise de regressão hierárquica (N = 62) que explorou essa correlação positiva entre o trabalho convencional, o contato comunitário com colegas e a satisfação com a vida social sugerem que trabalhar em um ambiente integrado que pagou pelo menos o salário mínimo encorajou os participantes do programa a atender e interagir em locais da comunidade, fortalecendo assim o apoio mútuo entre pares, promovendo a integração social. Esse padrão único de descobertas requer replicação, e recomendamos que outros programas psicossociais conduzam estudos de melhoria de qualidade semelhantes para fornecer informações adicionais sobre a relação entre o apoio dos pares e a integração da comunidade.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			deficiência fortalecessem a autoconfiança social e os fundos discricionários necessários para comer fora, ver filmes, fazer compras ou participar de grupos de esportes e hobbies.	
2	Examinar as relações entre o modo como os participantes da pesquisa vivenciavam sua vizinhança, seu clima social de vizinhança e bem-estar psicológico.	Pesquisa quanti-qualitativa com o uso de 4 escalas.	Parece que quanto mais esses indivíduos sentem que pertencem e são aceitos em seus bairros, menos sofrimento psíquico eles relatam. Este achado é importante para indivíduos que vivem em ambientes comunitários, porque destaca um mecanismo potencial para diminuir os efeitos deletérios da sintomatologia psiquiátrica e da rejeição social para apoiar os processos de recuperação de doença mental. Os achados deste estudo também ajudam a reforçar a afirmação de que as conexões sociais são vitais para o bem-estar dos indivíduos com doença mental grave. Por fim, a análise da mediação sugere que o clima social da vizinhança medeia completamente (ou seja, é responsável por) a relação entre os fatores da vizinhança e o bem-estar psicológico. Como hipotetizado, parece que as percepções do clima social da vizinhança, em vez das avaliações dos fatores de experiência na vizinhança, explicam diretamente o bem-estar dos residentes. Embora os indivíduos possam gostar de interagir com os vizinhos, perceber que a vizinhança é segura e estar satisfeita com o local onde vivem, é a experiência acumulada de um grupo de apoio. clima social de vizinhança que resulta desses componentes individuais que realmente impactam seu bem-estar.	Os resultados sugerem que as relações de vizinhança, as percepções de segurança do bairro e a satisfação do bairro foram significativamente associadas às percepções do clima social da vizinhança; e o clima social da vizinhança representou uma quantidade significativa da variação no sofrimento psiquiátrico. De particular interesse, as percepções do clima social da vizinhança mediam completamente a relação entre as experiências específicas relatadas na vizinhança e o sofrimento psiquiátrico. Estes resultados têm implicações para intervenções e políticas destinadas a promover a integração de indivíduos com doença mental grave em ambientes comunitários.
3	Atualizar o Modelo Global de Saúde Mental Pública (GMPMH)	qualitativo	A transição da marginalização social para a cidadania plena representa um desafio assustador nos cuidados de saúde mental públicos. Uma abordagem que se concentre principalmente em	O GMPMH é o resultado de um cruzamento conceitual entre recuperação e saúde promoção (OMS, 1986). O GMPMH é um descendente da abordagem ecológica nos programas de promoção

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	à luz do projeto QualityRights da OMS.		indivíduos não é suficiente para criar acesso a papéis valorizados que esses indivíduos poderão ocupar em ambientes comunitários. Em vez disso, a intervenção pública e o debate são necessários para promover e monitorar o vínculo de cidadania que conecta as pessoas às suas comunidades.	da saúde, acrescentando a essa abordagem os indivíduos como agentes de transformação da saúde mental. Refere-se a convenções internacionais e padrões de direitos humanos como um componente central de uma abordagem global genuína. Um projeto de pesquisa participativa baseado na comunidade é bem adequado, o que inclui um Fórum Cívico para as comunidades locais se envolverem e apoiarem os usuários do serviço em suas avaliações de qualidade e direitos humanos.
4	Apontar as características de qualidade das oficinas terapêuticas, a partir da fala dos pacientes.	Estudo descritivo, de natureza qualitativa, tipo estudo de caso	Os pacientes têm satisfação em trabalhar por saberem que, ao final de cada mês, vão receber uma quantia em dinheiro. Porém, alguns se queixam de que o dinheiro é pouco e que gostariam de receber mais. que o paciente não deseja uma renda qualquer, mas uma quantia considerada suficiente para se sentir investido de poder contratual, que o permita participar das trocas sociais. Uma vez que, possuir uma fonte de renda pode traduzir maior autonomia, aqui entendida como a capacidade de criar normas e ordens para sua vida. Necessidade de um lugar prazeroso, melhoria da qualidade de vida e das relações sociais. Conviver com pessoas que os aceitam e compreendem. parecer menos doente. A liberdade de ações e pensamentos diz respeito ao desejo que os sujeitos têm de colocar em prática o que pensam, e de decidir sobre o que consideram fundamental para si.	Apresentar o resultado de questões instigantes na aproximação conceitual sobre reabilitação psicossocial, suas leituras e críticas a envolver o processo de reabilitar <i>versus</i> entreter <i>versus</i> afastamento positivo. Eles querem alguma ajuda, mas com muito respeito; querem ser valorizados e aumentar as suas opções de relacionamentos pessoais; o dinheiro é importante, mas não é o fundamental. Seus trabalhos são reconhecidos pelo que são, e não por pena, por ter sido feito por um paciente psiquiátrico, o que para eles, significa reconhecimento profissional.
5	Analisar a aplicabilidade das oficinas terapêuticas como instrumento de	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	Foi possível avaliar a percepção dos familiares acerca da importância do tratamento dentro do CAPS, bem como pontuando estas oficinas como atividades primordiais para a reinserção, reabilitação e resgate da cidadania deste indivíduo portador de	Oficinas terapêuticas representam instrumentos importantes de (re) socialização e reabilitação psicossocial, admitindo a importância da interação de forma efetiva de toda equipe de saúde aliada à cooperação destes no

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	inserção social da pessoa com transtorno mental.		transtorno psíquico na sociedade. Proporcionam uma melhoria no resgate da autonomia, melhor relação no ciclo social e familiar, bem como no resgate das habilidades. Possibilitam o resgate do desejo pelo trabalho por parte de usuário as oficinas possibilitam aos usuários à sua influência mútua na sociedade com autonomia e reconhecimento de um cidadão. Observa-se que os familiares também passaram a contribuir com sua participação no tratamento de seus familiares que fazem acompanhamento diariamente no CAPS.	tratamento.
6	Verificar a sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica em dois pacientes com transtornos psiquiátricos que compareceram à Nossa Casa, São Lourenço do Sul, RS, Brasil.	Conceitos e pressupostos da reforma psiquiátrica e do processo de enfermagem de Irving foram utilizados como referenciais teórico-metodológicos para elaborar essa sistematização	O comprometimento dos indivíduos envolvidos (equipe), fazer com / estar com permite intervenções educativas participativas que levam os doentes mentais à autonomia, descoberta de suas potencialidades, criando e experienciando novas situações. Isso nos traz, dentro do objetivo deste projeto, para a meta final, ou seja, reabilitação e reinserção social dos pacientes psiquiátricos na comunidade / sociedade - em suma, "resgatar sua cidadania".	Os autores concluíram que um projeto terapêutico individualizado baseado na reabilitação psicossocial leva a uma assistência consistente, compreensiva, dialética e ética na saúde mental, reintegrando, assim, a cidadania dos pacientes psiquiátricos.
7	Entender por que os direitos são negados a pessoas com transtorno mental	Artigo reflexivo	Em muitos países do mundo, pessoas que sofreram tratamento psiquiátrico estão falando sobre essas questões. Nossas organizações representam pessoas que se recusam a permanecer sem voz e sem poder. Não estamos mais dispostos a deixar que os outros falem por nós, sejam eles psiquiatras, advogados, parentes ou políticos. é nosso trabalho	Nos meus anos de ativismo no movimento dos pacientes, vi muitas mudanças. Não há muitos anos, antigos pacientes não foram convidados a participar de fóruns e organizações que detêm o poder sobre nossas vidas. Hoje, nossa participação é bem-vinda em pelo menos alguns desses fóruns, nossas opiniões são solicitadas, nossas vozes

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			servir como o foco moral deste debate, para representar os impotentes em nossa luta pela justiça fundamental. É claro que não podemos deixar nosso destino nas mãos de advogados, juízes e psiquiatras, que parecem dispostos a sacrificar nossa liberdade em nome do paternalismo benevolente. As lutas contra a escravidão, contra a subjugação das mulheres e contra a discriminação racial e étnica são, em última análise, questões morais. Como pessoas que foram rotuladas com “doença mental”, nós também estamos lutando por nossos direitos. Não podemos esperar que os advogados e juízes decidam quando ou se estamos “prontos” para a liberdade. Querer ser livre não é uma ilusão.	estão sendo ouvidas. Mas a continuação da existência de compromisso involuntário, de instituições mentais de tipo prisional, de discriminação e segregação, mostra até que ponto ainda temos que ir para alcançar nossos objetivos: plena cidadania, igualdade e dignidade humana.
8	Compreender o conceito de cidadania para profissionais médicos, na perspectiva do cuidado à saúde	Qualitativa com Oito grupos focais	Dois temas foram apresentados: social, incluindo parentesco, estigma e escolhas significativas, e clínicos, incluindo capacitação do cliente e barreiras ao trabalho de cidadania em contextos clínicos. Esses temas são discutidos em relação à introdução de práticas orientadas para a cidadania na atenção à saúde mental. Os comentários dos participantes refletem a abertura ao conceito de cidadania e a necessidade de maior acesso à vida comunitária normativa para os clientes, mas também o ceticismo em relação à capacidade dos provedores e centros de saúde mental de incorporar abordagens de cidadania nos modelos de atenção atuais. Os resultados sugerem que os provedores de saúde mental reconhecem necessidades sociais dos clientes e o potencial de serviços e apoios relacionados com a cidadania para ajudá-los a obter um maior acesso a uma vida na comunidade.	Os resultados sugerem que há desafios para o desenvolvimento e implementação de apoios à cidadania em contextos públicos de saúde mental com base em fatores e limitações sociais e clínicas. No entanto, também é notado que os esforços para enfrentar os desafios através da consulta e educação dos provedores podem apoiar o objetivo de uma vida na comunidade para pessoas com doença mental.
9	Comparar a possível carga	Descritivo exploratório	Parece que as atividades socioterapêuticas reabilitadoras, em creches ou centros de oficinas pré-	Para concluir, torna-se aparente, a partir dos achados, que a participação de pacientes com

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	percebida por cuidadores de pacientes com esquizofrenia, que estavam participando de um programa de reabilitação baseado na comunidade com cuidadores de pacientes em tratamento ambulatorial regular.		profissionais, provavelmente melhoram as habilidades de comunicação. Reduz o tempo gasto em casa, e diminuir o grau de dependência dos pacientes em seus parentes. Em alguns casos, a renda do paciente pode ser aumentada por incentivos financeiros. Esses programas de reabilitação centrados no paciente têm efeito significativo no bem-estar emocional dos cuidadores (sobrecarga subjetiva) quando sentem que podem confiar nos profissionais. Dentro do contexto da cultura grega de desvio, essas famílias sentem que podem depender de um sistema de apoio para o alívio dos fenômenos relacionados ao estigma e do fardo percebido.	transtornos mentais graves nos programas de reabilitação previne o fardo do cuidado entre seus parentes-chave. No entanto, este estudo não sugere que apenas a reabilitação é necessária para a prevenção da sobrecarga familiar, mas em caso de falta de programas especializados de intervenção familiar, o processo de reabilitação em si pode ajudar o paciente participante e o cuidador no alívio da percepção fardo.
10	1. Identificar modelos conceituais que podem ser usados para descrever resultados positivos no funcionamento psicossocial e qualidade de vida entre idosos com Transtorno mental grave	Revisão seletiva	Estudos descritivos publicados recentemente sugerem que os desfechos clínicos e a baixa qualidade de vida entre os idosos com transtorno mental grave estão fortemente associados ao isolamento social, depressão, comprometimento cognitivo e doenças crônicas. Pesquisas recentes sobre intervenções psicossociais incluem avaliações de três modelos diferentes de treinamento de habilidades, uma intervenção de emprego e remediação cognitiva. Esta pesquisa estabelece a reabilitação psicossocial como viável e potencialmente eficaz na melhoria da funcionalidade e qualidade de vida em idosos com transtorno mental grave.	Várias orientações importantes para futuras pesquisas focadas em adultos mais velhos com transtorno mental grave são sugeridas por esta visão geral. Eles incluem: reabilitação individualizada, intervenções que otimizam a integração social e diminuem os sintomas depressivos, técnicas que combinam a remediação cognitiva com a reabilitação vocacional e a integração da promoção da saúde com a reabilitação psicossocial.
11	Descrever a ampliação e o impacto de um programa de reabilitação	Estudo longitudinal	O programa Pati (Índia) demonstra que a prestação de serviços é viável em tal cenário. O programa facilitou a participação social de pessoas com transtornos psicóticos e ajudou a resolver suas preocupações econômicas através de ligações com	A reabilitação baseada na comunidade é uma intervenção viável e aceitável, com um impacto benéfico na incapacidade para a maioria das pessoas com transtornos psicóticos em ambientes de poucos recursos. O impacto na deficiência é

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	baseado na comunidade para pessoas com transtornos psicóticos em um ambiente de recursos muito baixos.		esquemas de empregos existentes e instalações de microcrédito. Uma combinação de métodos, serviços acessíveis e domiciliares, psicoeducação, apoio da família e da comunidade, foram usados para promover a adesão e engajamento com serviços. Os grupos de autoajuda foram a base estrutural do apoio da comunidade e os membros do grupo assumiram um papel cada vez mais ativo em fazer encaminhamentos para o programa, apoiaram e prestaram assistência prática às famílias e concederam empréstimos preferenciais a pessoas que se recuperavam de sua doença para melhorar sua situação, meios de subsistência, esses grupos apoiaram a inclusão social de pessoas com psicose nas principais atividades comunitárias e reduziram a discriminação. O serviço de reabilitação baseado na comunidade também foi razoavelmente bem-sucedido ao abordar algumas das barreiras comuns ao acesso equitativo em programas de saúde, como sexo feminino, pobreza e pertencer a um grupo social desfavorecido.	influenciado por uma combinação de determinantes clínicos, programáticos e sociais. Os resultados fornecem evidências de que os programas de reabilitação que dependem principalmente de profissionais de saúde não especializados são aceitáveis e viáveis, e têm um impacto no funcionamento social e econômico de pessoas com transtornos psicóticos e suas famílias. A reabilitação baseada na comunidade é uma abordagem promissora para fechar a lacuna de tratamento para pessoas com transtornos mentais graves em países de baixa e média renda.
12	Descrever um programa de reabilitação que serve para ajudar pessoas nos estágios iniciais de recuperação de transtornos psicóticos.	Estudo de caso	Programa de psicose precoce da Nova Escócia a recuperação do funcionamento social e ocupacional requer um período de tempo maior do que a redução dos sintomas. A nossa experiência tem sido que os resultados funcionais são fortemente influenciados pela idade do cliente e pelo nível de funcionamento alcançado antes do início da psicose. Clientes que tinham menos de 19 anos quando entraram no programa (20% de todos os clientes) quase todos viviam com a família de origem. A maioria dessas famílias relatou que seu parente doente mostrou melhora no funcionamento em casa e capacidade de continuar sua educação. A maioria dos clientes com mais de 27 anos (20 por cento) havia estabelecido	Embora os resultados dos estudos de seguimento a longo prazo ainda não estejam disponíveis, os resultados clínicos para as pessoas com um primeiro episódio de psicose parecem ter melhorado consideravelmente nos últimos anos. Se a tendência atual para melhores resultados com detecção precoce e tratamento for confirmada, deveremos ver uma redução substancial no grau de incapacidade psiquiátrica a longo prazo. Os princípios de reabilitação psicossocial, aplicados às necessidades únicas das pessoas que se recuperam de um primeiro episódio de psicose, podem desempenhar um papel fundamental nessa oportunidade estimulante de prevenção. Espera-se

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			algum grau de independência social e ocupacional para a qual puderam retornar. No entanto, muitos clientes com idade entre 19 e 27 anos ainda não haviam saído de casa ou desenvolvido uma situação de trabalho consistente, muitas vezes devido a disfunção prodrômica ou período de psicose não tratada. Este grupo parece ter menos sucesso em recuperar o funcionamento social e ocupacional e exigirá uma reabilitação psicossocial mais intensiva.	que os programas de psicose precoce facilitem os esforços de jovens clientes à medida que tentam percorrer as etapas de recuperação e reabilitação para alcançar seu objetivo pessoal de uma vida normal.
13	Fornecer facilitação cognitiva e socioafetiva para a tarefa de fazer arranjos florais.	Qualitativa	Essas atividades permitiram que eles expressassem e elaborassem suas emoções e superar dificuldades nas interações sociais com os outros membros do grupo. O workshop aparentemente ofereceu uma oportunidade para controlar os sentimentos de ansiedade e angústia que dificulta esse tipo de interação social. As oficinas são adequadas às condições de assistência de saúde pública no Brasil, por ser uma atividade de baixo custo e fácil de transportar, utilizando materiais disponíveis, não necessitando de especialização dos profissionais. A trajetória terapêutica dos quatro pacientes com esquizofrenia, observamos que o Workshop foi aparentemente benéfico para o processo de desenvolvimento de laços sociais.	Acreditamos que o Workshop foi bem-sucedido em fornecer um contexto adequado com facilitações que compensam uma suposta vulnerabilidade biológica dos participantes, e em colaborar com o surgimento de novas formas de promover a reabilitação psicossocial. Ajuda a coordenação cognitiva dos participantes na tarefa de agrupamento dinâmico de objetos e cria um ambiente social que promove a desenvolvimento de vínculos afetivos. Pode ser usado em uma variedade de condições na assistência de saúde mental para pessoas com e sem esquizofrenia.
14	Analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos trabalhadores.	qualitativa	Os discursos revelaram concepções concordantes com preceitos da reabilitação psicossocial, como o exercício da cidadania e a inserção no trabalho. Construir conjuntamente com o usuário seu projeto terapêutico é uma das formas de estimular a sua autonomia. O cuidado para além de contenções, como parte da cidadania, bem como a possibilidade de usufruir os direitos básicos, como liberdade, moradia e trabalho formal, também são considerados necessários ao processo de inclusão social na	Consideramos que os CAPS apresentam possibilidades para a promoção da inclusão social ao terem, como proposta, a Reabilitação Psicossocial, que preconiza intervenções nos três eixos norteadores: a rede social, a moradia e o trabalho.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			compreensão dos profissionais entrevistados O trabalho se configura como um fator de inclusão social, mesmo que não haja um posto no mercado de trabalho formal, é necessário o retorno financeiro em alguma medida. Mas proporcionar ações nesse sentido não faz ainda parte das práticas dos profissionais.	
15	Entender como é possível projetar trabalho para pessoas que têm uma dificuldade de competir, uma vez que o paradigma da modernidade é a competitividade desenfreada?	Qualitativo	Cidadania tutelada e assistida o grande desafio imposto para a desmitificação e aceitação dos portadores de distúrbios psiquiátricos no mercado de trabalho deverá ser travado com a sociedade. O conceito de cidadania poderá se dar em termos de produção, como também em termos da qualidade de vida alcançada com o processo reabilitativo, mas, sobretudo, quando as pessoas se reconhecerem como sujeitos históricos que podem intervir para mudar a realidade. Da cidadania francamente tutelada à cidadania emancipada sobrepõem-se desafios éticos que deverão ser respondidos pela construção de uma sociedade mais tolerante, em que a possibilidade venha substituir a centralização na razão. Para alcançar a reabilitação diversos eixos precisam ser trabalhados: o eixo casa, trabalho, família e rede social. De todos os eixos citados, o trabalho se revela como um dos pontos frágeis e difíceis de ser operacionalizado. Principalmente o trabalho formal, que requer a inserção no mercado de trabalho extremamente competitivo. Essas alternativas poderão vir de setores empresariais mais comprometidos com a questão social, através do estabelecimento de parcerias.	Um dos maiores obstáculos diz respeito à inserção no mercado de trabalho formal, em razão da competitividade e da necessidade do estabelecimento de uma nova perspectiva na relação doença mental e sociedade. A estagnação resulta em institucionalismo, cronicidade. Fazer as pessoas tornarem-se empreendedoras e sujeitos da própria história deverá se constituir, por excelência, num compromisso primordial assumido pelos reabilitadores.
16	Refletir sobre o cuidar em saúde	qualitativo	Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de	Pode-se dizer que as transformações necessárias na prática em saúde mental estão avançando, na

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	mental.		responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro. Cuidar é uma atitude de responsabilização. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. A tomada de responsabilidade é um conceito derivado da psiquiatria democrática italiana que se tornou premente na reforma psiquiátrica brasileira. Ela pode ser pensada como uma atitude de implicação, do tipo <i>tudo o que diz respeito a este sujeito me importa, me diz respeito diretamente</i> . A tomada de responsabilidade significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros. Reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. A contratualidade do usuário vai estar determinada pela relação estabelecida pelos profissionais que o atendem, ou seja, se esses profissionais usarem do seu poder para aumentar o poder do usuário ou não, denominado na prática como emprestar poder contratual. É fundamental compreender que a cidadania é a pré-condição de qualquer processo de cuidar. A cidadania é um direito em si: soma dos direitos negativos (não ser excluído, não ser abandonado e não ser violentado) e dos direitos positivos (ser atendido nos serviços de saúde, ser bem atendido e ser reconhecido em suas necessidades).	medida em que os conhecimentos produzidos nesta área incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais. Desta forma, os profissionais da saúde tentam sair de um modelo prescritivo de instrumentalização e de técnicas para operar um modelo ético comprometido com as necessidades do sujeito social doente.
17	Identificar a participação social, especificamente	Relato de experiência	Efetivar a participação social não era uma premissa institucional e, dentre os principais entraves, estavam o modelo ambulatorial/médico-centrado e as	O direito dos usuários de saúde mental de participar das decisões que afetam o funcionamento dos serviços tem amplo respaldo na legislação. Se gestores estaduais e municipais,

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	no âmbito dos CAPS		representações dos “loucos” / “usuários de CAPS” como incapazes. Fazem-se necessários: i) integrar “clínica” e “política”; ii) intensificar o cuidado interdisciplinar e psicossocial; iii) respeitar a cidadania dos usuários de saúde mental e, finalmente, iv) que os espaços coletivos de participação não se esgotem em si mesmos. É necessário, portanto, que os espaços coletivos de participação derivem em encaminhamentos práticos, a fim de aprimorar as estruturas e os processos de trabalho, contemplando solicitações legítimas dos usuários.	juntamente com as equipes dos CAPS, estiverem implicados em trabalhar conforme as diretrizes, possibilitando e incentivando espaços de participação social nos serviços, a qualidade da atenção tende a melhorar.
18	Descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde	Revisão bibliográfica não sistemática	Se partirmos do princípio de que o lugar de todo portador de sofrimento psíquico é na comunidade – “...”- o reconhecimento de sua condição de ser único, particular, bem como de sua cidadania é fundamental para sua circulação no espaço público. Com isso, responsabilização e vínculo ganham espaço privilegiado quando compreendidos na acepção de ações que tem como objetivo a autonomia e não a alienação do portador de sofrimento psíquico ao serviço ou ao profissional de saúde e seu saber. A ressignificação dos sintomas não pode anular o sujeito, mas necessita que convocá-lo a dizer sobre si, sobre o que deseja, o que consegue fazer, convidá-lo a ressignificar algo de seu sofrimento, a exercer sua cidadania.	A Atenção Psicossocial na rede de cuidados em saúde é uma realidade ainda incipiente que convoca e exige mudanças individuais, sociais e institucionais. O desafio é político e exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico.
19	Conhecer a rede social desta população e analisar as possibilidades de inclusão social encontradas pelos	Abordagem qualitativa	a família expandida pode constituir suporte em alguns casos, principalmente em relação à questão financeira, uma ajuda que faz parte da rede de relações pessoais das cuidadoras e que auxiliam nos cuidados com o familiar com problemas mentais devido ao apoio material. Os vizinhos também representam uma referência para algumas famílias,	A rede social nos informa sobre quem somos nos oferece uma resposta a nossa forma de estar no mundo, e o olhar do outro nos informa sobre nossa forma particular de ser. Existe uma correlação entre a qualidade da rede social e a qualidade da saúde; a pobreza das relações sociais constitui um risco para a saúde. Existem evidências de que quando

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	sujeitos da pesquisa.		há uma solidariedade no bairro, mais uma vez, a ajuda é oferecida para as cuidadoras, como parte de sua rede social. Elas estabelecem no bairro uma relação de troca de favores, de amizade, contam com o empréstimo de um transporte para ir ao hospital; alguém de fora da família para conversar com o usuário, auxiliar a administrar a medicação; um lugar para ir quando a convivência com o usuário está difícil. Os discursos também revelam situações em que a rede social possibilitou a entrada no mercado de trabalho ou suporte material, como alimentos. Essa trama de relacionamentos muitas vezes vai além dos contatos pessoais mais próximos, formando uma rede social expandida, que melhora as possibilidades de inserção social.	estamos doentes, a presença de membros da família auxilia como redutor do estresse.
20	Compreender a representação que a equipe multiprofissional tem sobre "território" e "serviço de saúde mental de base territorial	Metodologia qualitativa	Os discursos apontam a importância das ações que são desenvolvidas no território para o cotidiano do serviço. O projeto institucional contempla como uma de suas diretrizes o trabalho no território. O funcionamento do serviço, pautado pela relação com o território, como o significado atribuído para as ações no cotidiano de trabalho do CAPS. É expresso nos discursos que o serviço, ao ampliar as possibilidades de relações no território, busca também fazer com que a comunidade se aproprie de recursos comunitários. Como consequência, a comunidade toma o CAPS como uma dessas possibilidades, havendo uma permeabilidade. Conforme analisamos nas frases temáticas, inicialmente os deveres do CAPS, no que tange ao território, são conhecer os recursos presentes e possibilitar a apropriação dos mesmos por parte da comunidade, ou seja, estar integrado ao território de modo a permitir a permeabilidade interna e externa. São tarefas que vão ao encontro de premissas da	O uso do território pelos serviços de saúde mental de base comunitária é pré-condição para o desenvolvimento de ações quando a finalidade das mesmas seja estimular os processos de inclusão social e de exercício da cidadania. Na análise crítica dos discursos desses atores do processo da Reforma Psiquiátrica, as ações no território é que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância dessas intervenções, as quais diferenciam um hospital psiquiátrico de um serviço comunitário, e permitem um outro olhar para a pessoa em condição de grave adoecimento psíquico.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			Reabilitação Psicossocial.	
21	Analisar o processo de cuidado desenvolvido por meio de arte e cultura em centros de atenção psicossocial.	Pesquisa de avaliação	Em menor proporção, a “tendência psicossocial” deu visibilidade a uma perspectiva clínica desenvolvida na interface entre a arte e a saúde, com desdobramentos em direção ao território. A “tendência psicossocial” deu visibilidade a uma perspectiva clínica desenvolvida na interface entre a arte e a saúde, com desdobramentos em direção ao território. Na tendência psicossocial os destaques foram os desejos envolvidos na construção de projetos	O cuidado mediado pela arte e cultura nos CAPS de São Paulo pareceu contemplar predominantemente a ampliação de competências pessoais e a convivência no interior dos serviços, e, em menor medida, o aproveitamento do potencial de relações propiciadas por essas práticas, em diferentes cenários da vida.
22	Analisar as estratégias de produção de cuidado em saúde mental de um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)	Pesquisa qualitativa	Através do diálogo com as políticas de saúde mental e de promoção da saúde, "recortadas" a partir dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, e a proposta do CECCO estudado, percebe-se que este serviço - por meio de suas ações e estratégias que foram foco deste artigo, direcionadas ao portador de sofrimento psíquico - opera na autonomia e na cidadania dessas pessoas, com base na diretriz da intersetorialidade. A produção da autonomia e cidadania está presente nos depoimentos, tendo em vista o contexto de exclusão social do Distrito de Saúde e o reconhecimento da pluralidade dos determinantes do processo saúde-doença mental, e a intersetorialidade se apresenta como componente fundamental na construção/operacionalização de uma rede de atenção de base comunitária em saúde mental.	Verificou-se que, por meio de ações intersetoriais, que visam ao fortalecimento da participação social, do empoderamento de indivíduos e comunidade e da equidade, o CECCO articula pressupostos da saúde mental e da promoção da saúde, produzindo autonomia e cidadania e tornando-se um lugar que constrói sentido de vida às pessoas.
23	Demonstrar como os processos de trabalho estão sendo desenvolvidos	Revisão integrativa da literatura	O acolhimento, que pressupõe a escuta qualificada e o vínculo, foi o desfecho mais frequente nos últimos cinco anos nas publicações analisadas. Desenvolver o acolhimento na perspectiva da valorização do saber do outro implica na produção de efeito	Familiares e usuários avaliam os Centros de Atenção Psicossocial positivamente, evidenciando que a proposta da PNSM vem sendo alcançada. As vivências retratadas pelos autores da saúde mental são relatadas como transformadoras de um modo

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	pelos profissionais dos CAPS		terapêutico em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico. O Projeto Terapêutico Singular, compreendido como norteador da assistência. Precisa ser construído junto com o usuário como estratégia de corresponsabilização e estímulo à sua autonomia, com vistas ao resgate da cidadania, autoestima e poder contratual, tendo como pilar o projeto de vida de cada um. Atividades grupais e oficinas. Matriciamento. dificuldades de inserção dos usuários dos serviços no mercado de trabalho formal.	de viver autônomo e inclusivo na sociedade. Contudo ainda há muito a aperfeiçoar neste processo de inclusão, destaca-se a reinserção dos usuários pelo trabalho e a articulação e efetivação da RAPS, integrando os serviços de saúde para melhor assistir os usuários e familiares da saúde mental.
24	Identificar ações da equipe ESF com relação a pessoas com transtornos mentais e compreender as necessidades dessa equipe para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade.	Estudo descritivo/exploratório	As ações e os instrumentos evidenciados foram a formação de vínculo, VD, acolhimento, e grupos de educação em saúde, configurando-se como possibilidades de inclusão social no território. O vínculo entre profissional/usuário foi reconhecido pela equipe, visto que estimula a autonomia e a cidadania, ampliando, assim, a eficácia e a corresponsabilização das ações de saúde, favorecendo a participação do usuário durante o cuidado. Os profissionais citaram, ainda, os grupos de educação em saúde, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF, em espaços convencionais, como os grupos educativos, ou informais, como consultas realizadas na casa das famílias por ocasião da VD, expressando assimilação do princípio da integralidade.	Foram identificadas ações da ESF com pessoas com transtornos mentais, tais como a formação de vínculo, a VD, o acolhimento, os grupos de educação em saúde, que se configuram como possibilidades concretas de inclusão social no território. Observou-se que, na visão dos entrevistados, a inclusão social dos usuários perpassa pelo exercício da cidadania e de sua inserção no mercado de trabalho, concepções estas que vão ao encontro com as propostas de reabilitação psicossocial.
25	Compreender e explicitar como projetos culturais, no âmbito do SUS, podem se constituir em um instrumento de inserção e	Pesquisa qualitativa	O projeto cultural possibilita o surgimento de outro projeto que é um projeto de geração de renda e se retroalimentam no movimento de produção de suas atividades. Outro resultado para o serviço é a possibilidade de se reunir, encontrar com outros serviços em torno de um objetivo em comum, que o projeto cultural proporciona. Parece permitir lidar com trocas de vida que não pelo sofrimento, mas pela	Entendemos que projetos culturais são um instrumento que possibilita a inclusão social e promove a cidadania da pessoa com transtorno mental. Constitui, desta forma, uma ferramenta importante para a Reabilitação Psicossocial. Contudo, apresenta contradições quanto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e também ao Programa Mais Cultura, mais Saúde. Ambas

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	transformação social dos usuários dos serviços territoriais de saúde mental do município de São Paulo.		criação, pela festa. Esse momento parece permitir viver a criatividade, os sonhos, os desejos em uma trama de relações - relação mais horizontal do que vertical, entre todos. E isso parece estimular o trabalho. O que se pode observar, é que o projeto cultural proporciona um momento diferenciado no cotidiano dos serviços e dos envolvidos com o mesmo, além de ampliar os lugares dos usuários e do próprio serviço. Mas carece de critérios para a avaliação da condição de ampliação de direitos e cidadania, assim como inclusão social dos sujeitos com sofrimento psíquico.	possuem determinantes fundamentais para a questão da qualidade de vida, da cidadania, o desafio de assumir através de suas intervenções e ações, o que determina os direitos humanos.
26	Identificar e analisar as dificuldades e possibilidades de usuários de um CAPS) em construir sua rede social ampliada, na perspectiva da inclusão social.	Pesquisa qualitativa	Ao mesmo tempo em que a sociedade exclui a pessoa com transtorno mental, também há relatos de experiências nas quais as pessoas do convívio social dos usuários têm uma atitude inclusiva. A atitude de vizinhos, familiares ou profissionais que estão em contato com os usuários, de aceitá-los como eles são, acolhendo suas dificuldades e diferenças, é uma atitude de inclusão. A postura das pessoas da rede dos usuários, de se relacionar com a pessoa e não com a doença, facilita a inclusão social, permitindo aos usuários pertencer ao ambiente em que vivem. Esta é a experiência da comunidade de incluir a pessoa com transtorno mental. Os ambientes ligados a alguma religião foram indicados como espaços acolhedores e favoráveis ao processo de inclusão social. Também foi identificada nos discursos a compreensão de que a participação em Organizações Não Governamentais (ONGs) e Associações tem ajudado os usuários a melhorar a sua interação com os outros e a ampliar a sua rede social.	O CAPS foi frisado nos discursos como facilitador da constituição das redes sociais, local de encontro, de realizar atividades e de trocas com outras pessoas. É um espaço aberto, onde alguns pressupostos da sociedade, que determinam a discriminação em relação a doença mental, estão diminuídos, é um local onde a constituição de relacionamentos pode acontecer. Percebe-se que quanto mais os usuários circulam pela sociedade, participando de diferentes ambientes sociais, mais eles fazem uso das possibilidades do contexto para construir uma rede de relações. É possível verificar que as pessoas com transtornos mentais têm potencial para fazer e manter amigos, e para conviver com outras pessoas na sociedade.
27	Identificar e	Pesquisa	Os entrevistados relataram que a participação na	Percebeu-se que as pessoas com transtornos

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	analisar as possibilidades e dificuldades de usuários de um (CAPS) em relação à cidadania e à construção de projetos de vida na perspectiva da promoção da inclusão social.	qualitativa	sociedade, como cidadão, é uma forma de inclusão social. Os entrevistados relataram ser muito importante receber auxílio financeiro devido à doença mental. Uma vez que se tornou difícil a entrada no mercado de trabalho, é essencial outra fonte de renda que garanta as condições mínimas de vida. Nesse sentido, o CAPS tem oferecido apoio aos usuários para que eles tenham os direitos de assistência social garantidos, informando e auxiliando os usuários nos caminhos de acesso aos direitos sociais. O direito à renda é uma forma de garantir a autonomia dos usuários. Sem renda, eles se tornam dependentes financeiramente dos familiares, que muitas vezes os consideram uma sobrecarga. No entanto os usuários sentem-se envergonhados de receber os benefícios. O desejo de trabalhar e ter uma boa condição financeira, sem ficar estagnado no desemprego e dependente da assistência social, foi relatado como aspecto que favorece a inclusão social. A participação nas lutas por direitos sociais é uma forma de promover a inclusão social, e, ao mesmo tempo, fazer parte de um processo de social é a atuação ativa por uma vida melhor.	mentais encontram dificuldades para ter garantidos seus direitos enquanto cidadãos. Eles enfrentam desafios para atender suas necessidades básicas de vida, para ter acesso ao trabalho e à renda, e vivenciam a exclusão e o estigma social. Contudo, também encontram avanços e possibilidades, principalmente com o auxílio do CAPS. Além disso, eles lutam por seus direitos e pela sua cidadania, engajando-se nos movimentos sociais, promovendo seus próprios processos de inclusão social. O CAPS tem avançado na construção de uma sociedade que permite às pessoas com transtornos mentais vivenciar processos de inclusão, sendo um local onde essa população pode ser respeitada, estar em conexão com os outros e receber incentivos para lutar pelos seus direitos e para realizar os seus projetos de vida. Porém, o CAPS pouco consegue criar oportunidades de inclusão para essa população na comunidade, e a sociedade oferece poucas possibilidades para integrar as pessoas com transtornos mentais no cotidiano social.
28	Identificar as experiências da vida cotidiana de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial relacionadas a processos de exclusão e inclusão social.	Pesquisa qualitativa	A atitude de vizinhos, familiares ou profissionais que estão em contato com os usuários, de aceitá-los como eles são, acolhendo suas dificuldades e diferenças, é uma atitude de inclusão. A postura das pessoas da rede dos usuários, de se relacionar com a pessoa e não com a doença. Participação e circulação por espaços sociais. O fato de serem bem recebidos nos lugares que frequentam é uma experiência de inclusão social; de se sentir aceito e capaz de interagir com os outros em uma relação de igualdade. O CAPS também foi ressaltado como	Percebem-se transformações na dialética dos processos de exclusão e inclusão social; antes as pessoas com transtornos mentais desapareciam do cenário social, sendo internadas nos hospitais psiquiátricos; agora, elas têm alcançado visibilidade para as pessoas de sua rede social, nos ambientes de saúde mental na comunidade e começam a participar de diferentes cenários sociais.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			local no qual usuários vivenciam a inclusão social, se sentem acolhidos, fazem amigos e se sentem pertencendo ao ambiente. Existem possibilidades de interação com usuários e profissionais do serviço, e também com outras pessoas, como familiares e pessoas interessadas nas atividades promovidas pelo CAPS.	
29	Identificar e analisar as concepções expressas pelos entrevistados sobre inclusão social e doença mental.	Pesquisa qualitativa	Os usuários relataram que a participação no mercado de trabalho é um dos elementos centrais para a inclusão social. O estudo também foi apontado como sendo importante. Ter alguma renda, pois nossa sociedade é considerada uma sociedade de consumo, e a renda permite que se viva com dignidade, independência e acesso às possibilidades oferecidas pelo contexto e também pela possibilidade de autonomia, de não depender de outras pessoas para sobreviver. A autonomia financeira é valorizada especialmente pelas pessoas da rede social dos usuários, que, pela idade avançada ou pelas mudanças na vida, em algum momento não poderão mais ajudar o usuário. Neste sentido, a possibilidade de profissionalização é um aspecto considerado relevante, que retira o usuário da condição de dependência financeira da família ou de pessoas da rede social. A possibilidade de ter amigos e conviver com os outros foi considerada pelos entrevistados como um fator que influencia positivamente para a inclusão social. Alguém que tem poder contratual nas relações de troca, que pode decidir sobre sua própria vida e usufruir as possibilidades oferecidas pelo contexto social.	Uma forma de contribuir para mudanças nas concepções sobre as possibilidades de inclusão social desta população, é ter como exemplo pessoas com transtornos mentais bem sucedidas, que, de alguma forma, tenham vivenciado processos de inclusão social, tornando evidente que são pessoas que podem estudar, trabalhar, ter amigos ou cuidar de seus filhos. Assim, é possível favorecer uma nova representação social sobre a loucura, criada a partir da racionalidade e da experiência vivida.
30	Caracterizar o usuário do Escritório e	Pesquisa qualitativa	A reestruturação da Saúde Mental torna-se necessária e, com ela a construção de um novo saber técnico-científico, que enfoque a garantia dos	O Escritório de advocacia para direitos, saúde mental e cidadania pode ser considerado como agência para inclusão social de pessoas portadoras

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	verificar a importância dessa intervenção para eles.		direitos do cidadão em sofrimento mental e sua família e a constituição de uma rede de amparo social, que garanta condições mínimas de sobrevivência, tais como, moradia, alimentação, acesso ao mercado de trabalho. Um primeiro aspecto levantado pelos sujeitos desta pesquisa, abordado de forma positiva, é o fato de o Escritório ser um meio de garantir a moradia. A dificuldade de ter seu direito social atendido é percebida por muitos dos atores deste estudo. O atendimento realizado no Escritório é bem avaliado, pois é percebido como um espaço de reivindicação para quem está desamparado socialmente. Outra característica apontada como positiva é o fato de o Serviço ter um bom padrão de orientação; há um consenso entre a equipe do Escritório em orientar detalhadamente, tanto usuário, quanto familiar, quanto os passos a serem seguidos e o tempo de espera.	de transtornos mentais severos, para os indivíduos que participaram deste trabalho. Ele funcionou como um intermediário entre as necessidades individuais desses sujeitos e as ações necessárias para atendê-las. Pode-se perceber que na opinião dos sujeitos desta pesquisa, suas necessidades foram parcialmente atendidas. As necessidades individuais que não geram <i>ônus</i> para o Estado foram atendidas: local para morar, pedido de divórcio, entre outras. No entanto as necessidades macroestruturais, relacionadas aos direitos do cidadão, que tem como principal representante o pedido de aposentadoria revelou grande dificuldade de serem atendidas.
31	Examinar os potenciais e limitações de um CAPS para promover a inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental.	Pesquisa qualitativa	Além de um ambiente acolhedor, os CAPS proporcionam aos usuários o apoio de seus programas e equipes profissionais, auxiliando as pessoas com problemas de saúde mental a viverem em suas comunidades. Assim, o CAPS tornou-se um ponto de referência para os momentos difíceis da vida cotidiana; com esse apoio, os usuários se tornaram mais fortes e capazes de superar os obstáculos objetivos e subjetivos de seu cotidiano. A qualidade do CAPS foi reconhecida pelos entrevistados, que valorizaram os serviços prestados. O CAPS também ajuda as famílias de pessoas com problemas de saúde mental, compartilhando a responsabilidade de lhes dar atenção e cuidar delas. Este é o apoio que não é oferecido apenas em tempos de crise, mas também a longo prazo, acompanhando os usuários em todos	Não é provável que, apenas com o CAPS, os usuários gerem resultados concretos, uma vez que a inclusão social em suas múltiplas dimensões envolve diferentes setores. É necessário que outros serviços e a sociedade como um todo participem do processo de inclusão, pois os usuários precisam de um contexto social mais favorável. Novos costumes e leis precisam ser criados, assim como novas políticas públicas que influenciam o cotidiano das pessoas com problemas de saúde mental. Mesmo assim, os espaços de acolhimento e apoio oferecidos pelos CAPS no Brasil têm sido de suma importância na construção e reinvenção de uma sociedade inclusiva.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			os aspectos de suas vidas diárias. O apoio oferecido pelo CAPS oferece uma atitude diferente para as pessoas das redes sociais dos usuários.	
32	Analisar o processo de reabilitação psicossocial dos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico	Estudo de caso	A não-interferência dos profissionais do SRT a todo momento na vida cotidiana dos moradores, contribui para o espontaneísmo e, desta forma, possibilita a superação da alienação cotidiana. A possibilidade de relacionar-se afetivamente, em um nível mais íntimo, possibilita que o morador rompa com a alienação cotidiana, cultuada no hospício, de que o louco não tem o direito de ter relações sexuais. Ter a possibilidade de estudar e qualificar-se para o mundo do trabalho, alavanca o morador no seu cotidiano.	Habitar, concretamente, uma casa implica em gastos financeiros. Ter meios financeiros para subsidiar-se contribui para superar a alienação cotidiana, pois reposiciona o sujeito no meio social, estabelecendo poder de compra, de troca concreta no meio social capitalista. Urge uma política pública que regulamente, rigorosamente, o direito à moradia e os benefícios devidos aos pacientes egressos de longas internações psiquiátricas e/ou que tenham uma doença mental grave, severa e persistente que, porventura, impossibilite-os para o trabalho.
33	Descrever as estratégias de Reabilitação Psicossocial conduzidas na Rede de Atenção Psicossocial da região Oeste do município de São Paulo.	Estudo qualitativo descritivo	Para os profissionais da RAPS Oeste, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) são cenários para o exercício de retomada da vida cotidiana dos usuários, e enquanto intermediários nesse processo, precisam se comprometer e lidar com os desafios do ponto de vista da relação e das fragilidades sustentação desse dispositivo. No propósito de conduzir ações de Reabilitação Psicossocial (RP), manifestam-se na cobrança de novos SRT's para fortalecer o empoderamento e construção de identidades de seus moradores. As indicações de atividades artístico-culturais constituem uma estratégia de RP que transcende o espaço da clínica e se articula ao eixo rede social como fundamentais para estimular a troca de identidades. Colocam os Cecco's em evidência e os mesmos favorecem a circulação da própria autonomia pela cidade, atuam como lugar de reconhecimento da diversidade e da convivência cidadã, de resgate dos espaços	O estudo mostra que as estratégias de RP na coordenadoria de Saúde da região Oeste sustentam o cuidado em saúde mental conforme preconizado na PNSM e nas diretrizes da portaria da RAPS. Essas são constituídas por meio de Atividades Culturais (rede social), Economia Solidária (trabalho com valor social) Serviços Residenciais Terapêuticos (morar), ancoradas no referencial da Reabilitação Psicossocial. Ratifica-se que o êxito da RP depende de uma RAPS fortalecida e bem articulada, que também garanta os princípios da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental e do Sistema Único de Saúde.

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
			públicos, e além de ofertar atividades de arte e cultura. Os profissionais apontam a Economia Solidária (ECOSOL) como forte estratégia para potencializar o resgate do poder contratual dos usuários, que para além de gerar renda e capacitação por meio do trabalho, constrói espaços de socialização, aprendizagem e cooperação entre os envolvidos	
34	Analisar a representação dos alunos sobre o conceito de cidadania, no ensino da disciplina enfermagem psiquiátrica e de saúde mental e quais recursos (saberes e habilidades) os alunos identificam como necessários para a prática da reabilitação psicossocial.	Estudo qualitativo norteado pelo referencial teórico da pedagogia das competências	Considerando os objetivos da disciplina de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na Saúde do adulto, entre eles o desenvolvimento do conceito de RP, identificamos que os alunos possuem dificuldade para compreender este conteúdo e conceituá-lo de forma adequada. No entanto, buscam ter uma atitude terapêutica, que é pressuposto fundamental para a utilização de estratégias com finalidade de RP. O mesmo acontece com o conceito de cidadania, considerando que muitos afirmaram não saber o que era ou que não lembravam-se de em nenhum momento ter observado os usuários exercendo sua cidadania. Entre os alunos que responderam quando questionados, muitos emitiram conceitos relacionados à moralidade e comportamento agressivo dos usuários. Os alunos que relacionaram as atividades dos usuários ao exercício da cidadania, relataram, sobretudo, a respeito do exercício do direito ao transporte, atenção à saúde e lazer do usuário.	Os estudantes esforçaram-se no sentido de fazer junto ao paciente, e não por ele, mostrando que reconhecem o usuário como um ator do próprio cuidado. Apesar de não dominarem os conceitos de reabilitação abordados em aula, possuem uma atitude reabilitatória.
35	Compreender a constituição dos laços sociais dos indivíduos em sofrimento	Estudo qualitativo do tipo estudo de caso caracterizado	A equipe de profissionais possui um vínculo importante com os moradores, os impulsionando para uma vida mais autônoma o que leva a confirmar o pressuposto deste estudo de que os laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico, que foram	Conclui-se que os laços sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico, moradores deste serviço-casa denominado SRT, podem ser fortalecidos inserindo-os na rua, no comércio local, no bairro, na cidade, na comunidade

Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
	psíquico moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos	como observacional.	rompidos ou fragilizados, são reconstituídos tendo por base as trocas relacionais entre os próprios moradores do SRT e também entre os moradores e os profissionais do SRT, formando uma rede social, os impulsionando para uma vida fora do serviço e assim possibilitando que transitem em outras redes sociais.	
36	Compreender as representações nos relatos das vidas de usuários de um Serviço Residencial Terapêutico.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	os resultados revelam o perfil sociodemográfico destes e mostra que este local é visto pela maioria deles como o lugar em que moram e recebem afetos; onde são bem-vindos e aceitos por todos. Alguns veem o SRT como o lar que nunca tiveram e, apesar de todas as dificuldades da convivência nesta casa mista, o que se percebe neste híbrido “serviço-casa” é que estes moradores que antes eram completamente estranhos uns aos outros hoje tem uma interação bem semelhante ao que vemos na maioria das casas: períodos alegres, de brigas, de afetos. As redes familiar e social destes usuários são bastante escassas e, na questão de trabalho, nenhum morador trabalha e há poucos com motivação para tal.	Os resultados indicam a necessidade de melhorar as políticas públicas de saúde para os usuários de saúde mental, favorecendo a inclusão social desses indivíduos na comunidade e garantindo-lhes seus direitos de ir e vir.

Após análise detalhada dos artigos, foi possível identificar temas e agrupá-los formando subcategorias, as quais resultaram em categorias que serão discutidas adiante.

Quadro 5 - Categorias provenientes dos artigos analisados e seus respectivos desfechos. São Paulo, 2019.

Categorias	Desfechos
Trabalho	Possuir Renda Inserção no Mercado de Trabalho Reconhecimento profissional Oficina geradora de renda Benefícios sociais Economia Solidária (ECOSOL) Estudo
Rede Social	Família Amigos Profissionais do Caps Ocupar Espaços na comunidade Movimentos sociais Igrejas Ongs Associações Participação social Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)
Moradia	Possuir Casa Pertencer Serviços Residenciais Terapêuticos
Práticas desenvolvidas no CAPS	Acolhimento Grupos, oficinas e artes Grupos de educação em saúde Práticas educativas Matriciamento Atividades socioterapêuticas reabilitadoras Programas de reabilitação Ações no território RAPS PTS VD Inclusão social no território Vínculo

4.2 GRUPO FOCAL

Nesta fase, dedicamo-nos à análise e discussão dos dados, a partir das crônicas das sessões do grupo focal.

4.2.1 CRÔNICAS DAS SESSÕES DO GRUPO FOCAL

Na primeira sessão do grupo focal, procedeu-se a apresentação da moderadora, ou seja, da pesquisadora, o fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a sua leitura e assinatura por todos os colaboradores.

Inicialmente, foi feita uma apresentação acerca da temática a ser tratada pelos participantes, ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania, a apresentação breve do projeto de pesquisa e os esclarecimentos gerais sobre o funcionamento do grupo focal (formas de registro, desenvolvimento em duas sessões, garantia do anonimato, entre outros).

Posteriormente, foi colocada a questão norteadora: estão sendo desenvolvidas ações de reabilitação psicossocial para cidadania nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais?

O grupo fez um breve silêncio, denotando reflexão em torno da questão e um dos participantes iniciou sua fala sobre questões relacionadas ao acesso a direitos. Outro participante fala de sua experiência como trabalhador em um CAPS e docente em universidade e acha que os CAPS tendem a desenvolver muito poucas ações territoriais ou que se coloquem na perspectiva da Reabilitação Psicossocial e que ainda existe as concepções do paradigma biomédico na prática de alguns trabalhadores do CAPS, inclusive a institucionalizante.

Após sua fala, outro integrante complementa colocando sua opinião, em que há uma distância entre o discurso e a práticas dos profissionais de saúde. Os outros participantes concordam com a afirmação de um participante que disse estarmos vivendo um momento em que a concepção é hospitalocêntrica. Essa concordância foi expressa também na gestualidade dos integrantes.

Em seguida, foram abordados os tópicos específicos em torno do tema principal, planejado para esse encontro: ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania. As questões norteadoras foram: Quais ações vocês acham que o CAPS

realiza para que a cidadania dos usuários seja respeitada? Quais ações vocês acham que o CAPS realiza para que os usuários conquistem ou reconquistem os direitos que foram perdidos? O que vocês acham sobre o espaço que os usuários do CAPS conquistaram em relação as redes sociais, trabalho e moradia?

A discussão desses pontos ocorreu de forma dinâmica. As ações realizadas foram pontuadas com exemplos de vivências dos participantes, complementadas uns pelos outros com a lembrança de detalhes das situações. Houve uma grande sintonia no desencadeamento das ideias, com as quais se mostraram majoritariamente concordantes.

Os principais aspectos explorados nessa sessão que apresentam relevância para o nosso estudo foram elencados na ordem em que os assuntos foram discutidos: parcerias no território, acesso e garantia de direitos, trabalho, documentos, discurso diferente das práticas, CAPS que estão centrados na perspectiva biomédica, institucionalizante, RAPS, atenção básica, território, diversidade, problemas no SUS, cidadania, protagonismo, comprometimento do acesso a direitos, familiares, usuários, pessoas de direitos, associações, conquista por direitos, da luta por direitos, economia solidária, moradia, projetos de geração de trabalho e renda, circulação das pessoas no território, CAPS é onde se organiza o trabalho, trabalhadores.

Uma participante do grupo faz uma análise sobre a Economia Solidária e diz que, se não se constitui como política pública, ocorrem iniciativas muito pontuais, pois há pessoas que conseguem trabalhar em algumas empresas com cotas, alguns em trabalhos assistidos. Há algumas parcerias locais, como as frentes de trabalho da Secretaria de Trabalho, mas não há um programa instituído de acesso a direitos, de reconhecimento, só parcerias. Na frente de trabalho, ganha-se muito pouco, bem menos do que um funcionário recebe, o que colabora para a precarização do trabalho e a violação de direitos. Os outros participantes concordam e dão continuidade à discussão.

A mesma participante informa que os projetos de geração de trabalho e renda acabam gerando muito pouca renda, pouquíssimos projetos tem um ganho mais real mesmo e que uma das coisas que as pessoas apontam é que a convivência no projeto de geração de trabalho e renda são redes sociais, de afeto, pertencimento – aí, sim, são constituídos grupos de pertencimento, de trocas afetivas, de reconhecimento, as pessoas não ganham dinheiro, mas se sentem reconhecidas.

Outra participante relata que as ações que o CAPS realiza, para que os usuários resgatem seus direitos, ainda estão longe da realidade, mas é necessário refletir que os CAPS existem no atual contexto social e político do momento, então, para além dos modelos que a política pública se apoia para elaborar as suas propostas, existem os momentos mais macropolíticos que também influenciam esta realidade.

Em sua opinião, a sociedade está em um momento, em que a questão do acesso a direitos está comprometida, pois leis estão sendo anuladas, além do comprometimento no acesso à moradia, bem como no acesso a dinheiro. “Não há uma avaliação mais pormenorizada das situações ou acesso a financiamento de moradia ou acesso a possibilidade de se deslocar na cidade com os bilhetes negados aos Transportes, então tem retrocesso em várias áreas, quando a gente fala do que que o CAPS tá fazendo também tá dentro desse sistema tem uma tendência nesse momento ter práticas mais médicas, práticas mais prescritivas...”. Todos os participantes concordam e há um sobressalto de indignação sobre a situação atual que o país vive.

Outro participante, retomando alguns fatos histórico, comenta que “O CAPS passa a ser o local de louco que antes era dos Hospitais Psiquiátricos, que foi uma superação, de ter e acesso a direitos, à vida, das pessoas estarem e circularem em outros lugares, pela cidade. No entanto há um abismo de acesso da Saúde Mental na Atenção Básica a qual é assustadora então ou a pessoa tem que estar muito mal para estar no CAPS, mas chega no CAPS está muito mal, tem que ser internado pelo CAPS e se a pessoa está mal mas não cabe no CAPS, não cabe internação, ela não está em lugar nenhum, porque ela não está na atenção básica e eu acho que esse desenho do lugar especializado, que eu concordo plenamente que tem que ter efetividade no Cuidado, agora a gravidade das pessoas em saúde mental que estamos vivendo no mundo, nesse país, não tem lugar no CAPS, não tem lugar na atenção básica, porque a gente foi criando esse abismo...”.

Ocorreu a presença de falas sobrepostas, predominantemente, como “ecos” do que estava sendo dito. Os ecos, compreendidos como imitação ou repetição de palavras ou ideias, deram-se principalmente em relação aos seguintes aspectos: quando se fala do funcionamento do CAPS e o que ele deveria fazer, retrocesso na saúde e na esfera política, existência de um discurso a favor da Reforma Psiquiátrica, mas as práticas são manicomialistas, dificuldades de acesso aos

direitos, economia solidária, frentes de trabalho que colaboram para a precarização do trabalho e da violação de direitos, circulação na cidade.

Quanto aos papéis emergentes, destacamos o líder, compreendido como o depositário de aspectos positivos do grupo e que obtém, por intermédio dos fenômenos grupais, a liderança dos demais (Lucchese, Barros, 2007). Foram observados, claramente, dois momentos de posicionamento de liderança no grupo: um deles por uma enfermeira (Lucchese, 2005), cuja liderança alternava com uma psicóloga.

Vetores: são definidos por Pichon-Rivière (1983) como indicadores da avaliação que nos permitem analisar a relação entre conteúdos explícitos e implícitos do grupo no decorrer de seu desenvolvimento.

Afiliação e pertença: afiliação ou identificação que representa o primeiro momento da história do grupo, em que a pessoa guarda uma distância até se integrar ao grupo. Ao acontecer a integração, a afiliação torna-se pertença, contribuindo para um mútuo reconhecimento, resultando na melhoria de vínculos, consequentemente, aumentando o compromisso e a oportunidade grupal.

Cooperação: representa a articulação das necessidades grupais e individuais, tendo como base os papéis diferenciados. Papéis que, em prol da operatividade do grupo, devem ser assumidos por diferentes pessoas do grupo, indicando um caráter flexível e interdisciplinar. Neste momento, é que se encontram a confrontação da verticalidade e horizontalidade (história individual e história grupal) no grupo, discriminando distinções e elucidando diferenças neste espaço.

Pertinência: refere-se ao grau de “centramento” do grupo na tarefa, e o quanto é capaz de esclarecer a mesma. Este indicador permite avaliar a tarefa e está interligado à intensidade da pré-tarefa com a criatividade e produtividade do grupo e suas aberturas para um projeto.

Comunicação: aqui, abrange qualquer tipo de comunicação com seus elementos essenciais (emissor, receptor, mensagens, codificação e decodificação), constituindo um processo de mútua influência. Por este indicador, podem-se avaliar: os papéis e as características comunicacionais, metacomunicacionais e os ruídos; assim como a elaboração das contradições e seus pares que representam possíveis obstáculos à elaboração de vínculos e de conhecimento.

Aprendizagem: é a mudança qualitativa do grupo, refletindo o grau de plasticidade do grupo diante dos obstáculos, da resolução de ansiedade, adaptação

ativa à realidade, criatividade, possibilidade de integração, superação de contradições. Assim, o grupo é capaz de elucidar seu próprio processo, em um espiral, acessando seu desenvolvimento, transformando dialeticamente quantidade em qualidade.

Tele: está localizado no vértice do cone, no implícito, representando os aspectos latentes da história dos sujeitos e do grupo. Termo que significa distância, isto é, como as distâncias entre as pessoas são ampliadas ou diminuídas. No contexto do grupo operativo, traduz-se como transferência positiva ou negativa que se dá entre os membros do grupo e com o coordenador, em uma situação em que o grupo se encontra ante a mudança, despertando atitudes, que podem estereotipar ou mobilizar o “centramento” da tarefa. É um momento sensível que atinge as ansiedades básicas, necessitando de melhor habilidade do coordenador em interpretá-los (Lucchese, 2005, p. 33-35).

Os principais vetores (Lucchese, Barros, 2007) identificados, no grupo, foram:

Pertença: formou o grupo diante de uma tarefa e reafirmou o compromisso na discussão do tema disparador.

Cooperação: articulou-se, complementando as colocações uns dos outros, confrontando as divergências e compartilhando vivências.

Comunicação: o tipo predominante foi a comunicação verbal que, na maioria do período, fluiu dinamicamente, havendo momento de ruídos acompanhados de atitudes para reduzi-los na busca de se fazer compreendido.

Aprendizagem: pode-se perceber pelas falas que é um grupo plástico, reflexivo, preocupado em compreender a temática, retomando-a com frequência.

Tele: estabeleceu-se clima favorável para a expressão de opiniões e sentimentos convergentes e divergentes.

A sessão foi finalizada com a síntese dos pontos discutidos pelo grupo, alguns esclarecimentos, o acordo para o próximo encontro e os agradecimentos.

Na segunda sessão do grupo focal, foram retomados os principais aspectos da sessão anterior após prévia análise. Os integrantes da AVA acharam imprescindível relatar o nascimento da associação e, para isso, fizeram uma contextualizam histórica relacionada às políticas de saúde mental. Informam que a Associação Vida em Ação (AVA) foi fundada em 2004 e consideram-na um segundo momento de surgimento das associações.

Os integrantes da AVA consideram que a “primeira geração das associações” eram muito “endogâmicas” aos serviços e que possuíam uma característica de suprir, oferecer respostas às falhas do Estado. Neste momento, não havia políticas públicas que viabilizasse a questão do trabalho, da moradia e da possibilidade de organização social, tanto dos familiares quanto dos usuários e a Associação Franco Basaglia faz essa proposta a partir dos serviços que nasceram dentro dos CAPS e foram ampliando na perspectiva da clínica ampliada.

Os integrantes relataram que a AVA nasce em um outro momento, a qual consideram ser a “segunda geração das associações” e, desde o seu princípio, tem o caráter de militância, da luta e garantia de direitos, de consolidação, de validação. Surge com o propósito de ser uma entidade jurídica para dar suporte a diversos empreendimentos e a rede de economia solidaria é uma parceira. Apresenta-se como um ator social importante e um “possibilitador” para que os empreendimentos se emancipem, ganhem mais dinheiro e se formalizem.

Seus integrantes trabalham ou trabalharam em CAPS na função de técnicos e/ou gestores, os quais forneceram dados e fizeram uma análise crítica sobre seu funcionamento e ações que promovem reabilitação psicossocial para cidadania. Uma das principais características que os integrantes relataram é sobre o funcionamento do CAPS. Apesar de não haver protocolo para a realização do trabalho, a maioria dos CAPS trabalha de modo semelhante, considerando as nuances de território e população atendida. E, por conseguinte, na maioria das vezes, não existe um processo de trabalho organizado evidenciado pela não realização de reunião de equipe em alguns serviços.

A integrante, que se destaca como líder, ressalta que o CAPS serviu de instrumento para que houvesse a superação do modelo asilar e a inclusão social dos indivíduos com transtorno mental com o intuito de resgatar sua cidadania. Outro integrante enfatiza que os CAPS, após a superação do modelo asilar, se tornou manicomial e passa a ser o lugar de louco, porque captura a vida do sujeito. Circula menos no território, na cidade e, na verdade, tem que ser ao contrário.

A crítica feita pela líder é que o CAPS deixa de fazer aliança com um ator fundamental - os familiares dos usuários do serviço. Na opinião dela, “Se o serviço ao invés de culpabilizar os familiares, se aliançasse, possibilitaria a desconstrução da questão pineliana, da relação do saber, [...] quando se estabelece uma aliança com as pessoas que de fato vivem essa experiencia começa a anunciar pessoas de

direito”. Os outros participantes concordam com a líder e complementam a discussão.

Uma ação positiva realizada pelos CAPS, apontada pelos integrantes, é a realização de projetos e empreendimentos ligados à economia solidária. Os integrantes fazem questão de explicar todas as ações e funções da associação: AVA é uma associação que possibilita o desenvolvimento de projetos de economia solidária (ECOSOL), além de ajuda burocrática para emissão de nota fiscal. Os projetos de economia solidária surgem com o objetivo de inserir pessoas usuárias de serviços públicos de saúde mental no mundo do trabalho, organizando-se como um projeto de geração de trabalho e renda, alinhado às políticas públicas de saúde mental do SUS.

Para terminar a sessão, foram elencados os principais tópicos tratados e foram feitos os devidos agradecimentos pela participação dos trabalhadores. Os vetores (Lucchese, Barros, 2007) identificados na sessão referem-se à:

Cooperação: como na sessão anterior, continuou a complementação das falas uns dos outros, havendo o agrupamento de opiniões concordantes.

Pertinência: apesar de entrarem rapidamente na tarefa proposta, houve desvio no decorrer da sessão, mas logo retornaram sem a necessidade de assinalar ao grupo.

Comunicação: predominou o modo verbal, associado à comunicação gestual em algumas ocasiões; houve momentos de grande interação.

Aprendizagem: o grupo apresentou-se reflexivo durante as discussões com momentos de silêncio produtivo, o qual buscou superar os obstáculos, observado pela integração de todos na discussão.

Tele: houve clima favorável para expressão de visões convergentes e divergentes em torno da temática discutida.

Observou-se a presença de liderança de forma mais equilibrada nessa sessão do que na anterior, uma liderança compartilhada, em que foi assumido o protagonismo da discussão por mais de um integrante (Lucchese, Barros, 2007).

O grupo manteve como principal característica a coesão na discussão da temática, tecendo reflexões críticas em torno do assunto. A devolutiva para os colaboradores da pesquisa deverá ser efetuada após a sua conclusão, por meio da discussão dos resultados e a entrega de um exemplar desta tese.

4.2.2 CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE CODIFICAÇÃO

Para etapa de seleção, utilizou-se as crônicas das sessões dos grupos focais para construir o quadro de codificação no intuito de dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos da investigação.

Estruturação e geração

A segunda etapa é a elaboração do quadro de codificação que determina as dimensões para interpretar o material de investigação em análise, gerando subcategorias.

O primeiro pré-teste, realizado no software Nvivo, gerou um quadro de codificação que apresenta as palavras mais frequentes, excluindo as “palavras de parada”, menos significativas, como conjunções ou preposições, e não são significativas para a análise. O quadro fornece também unidades de registro apresentando o número de vezes que a palavra apareceu nas fontes de dados e o percentual ponderado delas. A finalidade principal do quadro de codificação é o de estruturar o material selecionado para a investigação.

Tabela 1 - 1º Pré-teste do Nvivo – consulta de palavras, unidade de registro e percentual ponderado.

(continua)

Palavra	Unidade de Registro	Percentual ponderado (%)
Caps	99	1,36
Cidade	54	0,74
Trabalho	49	0,68
Ava	46	0,63
Serviço	44	0,61
Associação	37	0,51
Direitos	28	0,39
Gestão	25	0,34
Serviços	25	0,34
Ponto	23	0,32
Discussão	22	0,30
Vida	22	0,30
Acesso	19	0,26
Café	19	0,26
Saúde	19	0,26
Usuários	19	0,26
Experiência	18	0,25
Projeto	18	0,25
História	17	0,23
Maio	17	0,23

Tabela 1 - 1º Pré-teste do Nvivo – consulta de palavras, unidade de registro e percentual ponderado.

(continua)

Palavra	Unidade de Registro	Percentual ponderado (%)
Sentido	17	0,23
Relação	16	0,22
Cuidado	15	0,21
Mental	15	0,21
Reabilitação	15	0,21
Saúde	15	0,21
Bar	14	0,19
Dinheiro	14	0,19
Diversidade	14	0,19
Basaglia	13	0,18
Espaço	13	0,18
Festa	13	0,18
Formação	13	0,18
Fórum	13	0,18
Geração	13	0,18
Grupo	13	0,18
Organização	13	0,18
Projetos	13	0,18
Associações	12	0,17
Casa	12	0,17
Ocupar	12	0,17
Social	12	0,17
Festas	11	0,15
Perspectiva	11	0,15
Rede	11	0,15
Ações	10	0,14
Economia	10	0,14
Atenção	9	0,12
Ideia	9	0,12
Parcerias	9	0,12
Poder	9	0,12
Possível	9	0,12
Renda	9	0,12
Saci	9	0,12
Trabalhar	9	0,12
Ator	8	0,11
Direito	8	0,11
Empreendimentos	8	0,11
Estudo	8	0,11
Experiencia	8	0,11

(conclusão)

Definição

Neste contexto e para este objeto de estudo, descrevem-se, em seguida, as dimensão e subcategorias com o nome e respectiva descrição.

- Dimensão “Reabilitação Psicossocial”: incluem-se, nesta dimensão, todas as unidades de registo referentes às ações de Reabilitação Psicossocial;

- ❖ Subcategoria “CAPS”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas com as ações e atividades realizadas nos CAPS;
- ❖ Subcategoria “Trabalho e Renda”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas à economia solidária, trabalho e renda;
- ❖ Subcategoria “Inserção/Inclusão”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas à inserção social dos usuários;
- ❖ Subcategoria “Direitos”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas ao acesso a direitos e direitos adquiridos;
- Dimensão/ Categoria “Cidadania”: incluem-se, nesta dimensão, todas as unidades de registo, referentes às ações e à efetivação da cidadania;
 - ❖ Subcategoria “Território”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas ao território e como se relacionam com ele;
 - ❖ Subcategoria “Ocupar espaços/cidade”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas à ocupação da cidade e a outros espaços que não sejam unidades de saúde apenas;
 - ❖ Subcategoria “Parcerias”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas às parcerias realizadas com parcerias público privadas, governamentais e não governamentais;
 - ❖ Subcategoria “Movimentos Sociais”: incluem-se, nesta subcategoria, todas as unidades de registo relacionadas aos movimentos sociais nos quais os profissionais, familiares e usuários já atuaram ou continuam atuando;

- ## B. Revisão e Expansão

Na fase de revisão e expansão, executou-se um segundo pré-teste no Nvivo para verificação da sua consistência, por meio da validação (validity) das dimensões e subcategorias no enquadramento proposto. Utilizou-se também este segundo pré-teste para melhorar a confiabilidade (reliability). Desta forma, confirma-se a estratégia utilizada na construção do quadro de codificação para a análise de conteúdo da investigação proposta. O segundo pré-teste gerou uma “Nuvem de Palavras”, cujas palavras em fontes maiores são as de maior frequência.

Figura 1 - Nuvem de palavras.

A apresentação dos resultados emerge das etapas de codificação e da segmentação dos materiais selecionados para a investigação, realizada com o software de análise de conteúdo qualitativo NVivo.

Pode-se observar o resultado referente à distribuição das unidades de registo pelas dimensões e respectivas subcategorias de todas as fontes de dados. O

resultado foi apresentado em forma de dendograma horizontal, em que as palavras que co-ocorrem são agrupadas.

Figura 2 - Diagrama da Análise de Cluster.

As palavras que aparecem com mais frequência e se interrelacionam estão apresentadas em suas respectivas dimensões.

Reabilitação Psicossocial: essa dimensão elencou as seguintes palavras como mais relevantes - CAPS, trabalho, renda, moradia, inclusão, direitos, vida, acesso, cuidado, rede, saúde, serviço.

Cidadania: as seguintes palavras foram apresentadas - território, ocupar, cidade, espaço, parcerias, organização, associação, atores, usuários, lugar, experiência, diversidade.

A análise dos resultados foi apresentada de acordo com as dimensões Reabilitação Psicossocial e Cidadania definidas anteriormente, que possibilitaram confirmar alguns itens que já haviam sido construídos e construir outros que se julgaram necessários. Ao total, foram construídos 111 itens.

4.3 EVIDÊNCIAS DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

4.3.1 APRESENTAÇÃO DA ESCALA

Depois desse longo processo de construção da escala chegou-se à versão que foi enviada aos juízes (Apêndice D). Essa versão com 05 (cinco) dimensões e 113 (cento e treze) itens passou pela correção do português com um gramático e após, foi enviada para a avaliação dos juízes.

ESCALA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CIDADANIA (ERPC)

Na sua opinião você acha que o CAPS:	1	2	3	4	5
1.Realiza acolhimento					
2.Realiza grupos					
3.Realiza oficinas					
4.Realiza assembleias					
5.Realiza visitas domiciliares					
6.Realiza matriciamento					
7.Realiza parceria com UBS/ESF					
8.Realiza parceria com Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)					
9.Realiza o Projeto Terapêutico Singular					
10.Realiza o Projeto Terapêutico Singular, junto aos usuários					
11.Avalia o Projeto Terapêutico Singular regularmente					
12.Reformula o Projeto Terapêutico singular regularmente					
13.Reformula o Projeto Terapêutico Singular junto aos usuários					
14.Possibilita que os usuários escolham as atividades que desejam participar					
15. Oferece opções de tratamento individual					
16. Oferece opções de tratamento em grupo					
17. Possibilita que os usuários participem da organização das atividades					
18. Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece					
Na sua opinião:	1	2	3	4	5

19. Você reconhece a importância das atividades que o CAPS oferece					
20. Você está satisfeito com as atividades que o CAPS oferece					
21. Você reconhece a importância do tratamento que o CAPS oferece					
22. Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS oferece					
23. Você reconhece a importância o seu Projeto Terapêutico Singular					
24. Você está satisfeito com o seu Projeto Terapêutico Singular					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos USUÁRIOS					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião	1	2	3	4	5
25. Os profissionais incentivam os usuários a procurarem moradia					
26. Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso à moradia adequada às suas necessidades					
27. Os profissionais consideram a preferência do usuário na busca de moradia					
28. Os profissionais dão apoio os usuários na manutenção de sua moradia					
29. Você está satisfeito com o incentivo que os profissionais oferecem para moradia					
30. Você entende que a moradia é fundamental para a sua qualidade de vida					
31. Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que você vive					
32. Você considera que habita o local onde você vive					
33. Você entende que tem direito a ter uma casa					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
34. Os profissionais o incentivam a participar de atividades sociais na comunidade					
35. Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade					
36. Os profissionais o incentivam a participar de atividades culturais na comunidade					
37. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades culturais na comunidade					
38. Os profissionais o incentivam a participar de atividades religiosas na comunidade					
39. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades religiosas na comunidade					
40. Os profissionais o incentivam a participar de atividades de lazer na					

comunidade					
41. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades de lazer na comunidade					
42. Você acha que os profissionais têm conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
43. Os profissionais o incentivam a participar de atividades da sociedade civil - organizada					
44. Os profissionais promovem ações que o ajudam o ter acesso em atividades da sociedade civil -organizada					
45. Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem no seu acesso às atividades da sociedade civil -organizada					
46. Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem no seu acesso às atividades da sociedade civil -organizada					
47. Você acha que os profissionais o incentivam a se relacionar com sua rede social					
48. Você acha que os profissionais promovem ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais					
49. Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem a você na construção de sua rede social					
50. Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem na construção de sua rede social					
51. Você entende que a família é uma das estruturas que fazem parte da sua rede social					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
52. Os profissionais o ajudam a ter acesso ao trabalho					
53. Os profissionais promovem ações que o ajudam a conquistar o trabalho					
54. Os profissionais o incentivam a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
55. Os profissionais promovem ações que o ajudam a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
56. Os profissionais lhe informam sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
57. Você reconhece o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho					
58. Você está satisfeito com o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho					
59. Os profissionais lhe ajudaram na conquista do direito de obtenção de benefícios/aposentadoria					

60. Os profissionais fornecem lhe informações sobre oportunidades de educação na comunidade.					
61. Os profissionais o incentivam a frequentar a escola, quando há o desejo de estudar					
62. Os profissionais promovem ações que o ajudam no acesso à escola					
63. Você reconhece o apoio que os profissionais oferecem para a sua educação					
64. Você está satisfeito com o apoio que os profissionais lhe oferecem para a educação					
65. Você entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho					
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	1	2	3	4	5
66. Os profissionais o estimulam a exercer a sua cidadania pelo voto					
67. Você acha que as suas conquistas são reconhecidas pelos profissionais					
68. Você acha que os profissionais entendem a importância de garantir que seus direitos sejam respeitados					
69. Você acha que os profissionais entendem a importância da necessidade de restituir os seus direitos, quando eles não são respeitados					
70. Você acha que os profissionais entendem que é seu dever trabalhar para a sua reinserção social					
71. Você acha que os profissionais acreditam que você pode fazer as suas próprias escolhas de vida					
72. Você acha que os profissionais acreditam que você pode ter autonomia em sua vida					
73. Você acha que os profissionais o reconhecem como cidadão					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos PROFISSIONAIS					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
74. O CAPS incentiva os usuários a procurarem moradia					
75. O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso a moradia às suas necessidades.					
76. O CAPS considera a preferência do usuário na busca de moradia					
77. O CAPS dá apoio aos usuários na manutenção de sua moradia					
78. Você acha que os usuários estão satisfeitos com o incentivo que os profissionais oferecem para a moradia					
79. Você entende que a moradia é fundamental para a qualidade de vida do usuário					
80. Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que se vive					

81. Você considera que o usuário habita o local onde vive					
82. Você acha que o usuário entende que ter casa é um direito					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Rede Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
83. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades sociais na comunidade					
84. O CAPS promove ações para auxiliar a na participação do usuário em atividades sociais na comunidade					
85. O CAPS o incentiva o usuário a participar de atividades culturais na comunidade					
86. O CAPS promove ações para auxiliar na participação do usuário em atividades culturais na comunidade					
87. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades religiosas na comunidade					
88. O CAPS promove ações para auxiliar o usuário a participar de atividades re comunidade					
89. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades de lazer na comunidade					
90. O CAPS promove ações para auxiliar o a participação do usuário em ativ lazer na comunidade					
91. Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
92. O CAPS incentiva a participação de usuários em atividades da sociedade organizada					
93. O CAPS promove ações que ajudam o usuário a ter acesso nas atividades sociedade civil -organizada					
94. O CAPS incentiva o usuário a se relacionar com sua rede social					
95. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na construção de suas rede					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
96. O CAPS ajuda os usuários no acesso ao trabalho					
97. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na conquista do trabalho					
98. O CAPS incentiva os usuários a participarem de projetos de geração de renda					
99. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na participação de p geração de trabalho e renda					

100. O CAPS informa os usuários sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
101. O CAPS ajuda os usuários na conquista do direito de obtenção de benefícios/aposentadoria					
102. O CAPS fornece informações aos usuários sobre oportunidades de educação na comunidade					
103. O CAPS incentiva o usuário a frequentar a escola, quando há o desejo de estudar					
104. O CAPS promove ações que ajudam o usuário a ter acesso à escola					
105. O CAPS entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho					
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	1	2	3	4	5
106. O CAPS estimula o usuário a exercer a sua cidadania pelo voto					
107. O CAPS reconhece as conquistas dos usuários					
108. O CAPS entende a importância de garantir que os direitos dos usuários sejam respeitados					
109. O CAPS entende a importância da necessidade de restituir os direitos dos usuários, quando eles não são respeitados					
110. O CAPS entende que é seu dever trabalhar para a reinserção social dos usuários					
111. O CAPS acredita que o usuário pode fazer as suas próprias escolhas de vida					
112. O CAPS acredita que os usuários podem ter autonomia em sua vida					
113. O CAPS reconhece os usuários como cidadãos					

4.3.2 COMITÊ DE JUÍZES

A análise de caracterização dos juízes mostrou que todos eram do sexo feminino (100%), com idade entre 28 e 57 anos e média de 38 anos, três residentes na região Sudeste, uma no Estado da Bahia e outra no estado de Minas Gerais, quatro juizes com título de doutor (80%) e uma realizando o doutorado, três enfermeiras (60%) e duas psicólogas (40%) todas tem, ou tiveram em algum momento, atuação na docência e pesquisa (86%). Observou-se também que 80% trabalhavam na área de saúde mental.

Para realizar o preenchimento da Escala foi desenvolvida as seguintes instruções:

INSTRUÇÕES:

1. Leia o instrumento atentamente;
2. Sempre que o termo **Profissional** for citado, refere-se aos profissionais de saúde que atuam no CAPS.
3. Sempre que o termo **Acolhimento** for citado, refere-se ao espaço para escuta qualificada do usuário.
4. Sempre que o termo **Oficina** for citado, refere-se aos espaços que proporcionam trocas afetivas e materiais.
5. Sempre que o termo **Grupo** for citado, refere-se ao lugar de apoio.
6. Sempre que o termo **UBS** for citado, refere-se à Unidade Básica de Saúde.
7. Sempre que o termo **ESF (Estratégia Saúde da Família)** for utilizado, trata-se do modelo assistencial da Atenção Básica.
8. Sempre que o termo **PTS (Projeto Terapêutico Singular)** for utilizado, trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo.
9. Sempre que o termo **Matriciamento** for utilizado, trata-se da equipe da saúde mental que oferece suporte às equipes de UBS/ESF
10. Sempre que o termo **CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa)** for utilizado, trata-se do espaço de convivência das pessoas com transtorno mental e a comunidade.
11. Sempre que o termo **Atividades** for utilizado, trata-se de tudo aquilo que o CAPS realiza para a Reabilitação Psicossocial e Cidadania.
12. Sempre que o termo **Rede Social** for utilizado, trata-se da dimensão da Reabilitação Psicossocial que se refere à família, vizinhos, amigos etc.
13. Sempre que o termo **Movimentos da Sociedade Civil-Organizada** for utilizado, trata-se das organizações políticas, associações, movimentos sociais e organizações não governamentais.
14. Sempre que o termo **Habitar** for utilizado, refere-se a uma apropriação concreta e simbólica do espaço onde se mora.

Após as instruções gerais de preenchimento da escala, foram desenvolvidas instruções específicas para os juízes:

15. A coluna **Opções de Respostas** refere-se às alternativas que as pessoas poderão assinalar, quando forem responder a escala. Assim, não precisam ser preenchidas neste momento.
16. Lembre-se de que responderão esta escala, professores e pesquisadores de saúde mental e outras áreas e trabalhadores da área.
17. Analise cada item que compõe a escala quanto aos domínios: Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica.
18. Na aba **domínios**, localizada no canto inferior esquerdo deste documento estão as explicações referentes a cada um dos domínios.
19. Atribua notas de 1 a 5, a cada um dos itens, para o quanto você considera que o item atende aos domínios. Sendo: **1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 - razoável; 4 - bom e 5 - muito bom.**
20. Quando pertinente, deixe observações que nos ajude a melhorar cada item (relate dificuldades, aponte os itens que considerar irrelevantes, deixe sugestões de escrita, entre outras questões que considerar importantes).

A escala foi avaliada de acordo com os seguintes domínios:

§ *Clareza de Linguagem*: Avaliação do quanto você considera a linguagem do item compreensível (clara, direta, adequada e objetiva), tendo em vista as

características da população respondente. Responder em que nível você acredita que o item apresenta clareza de linguagem, considerando a população respondente;

§ *Pertinência Prática*: Avaliação do quanto você considera que o item é pertinente. Analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento. Responder em que nível você acredita que o item é pertinente ao que se propõe (avaliar as ações de Reabilitação psicossocial para Cidadania desenvolvida em CAPS), considerando a população respondente;

§ *Relevância Teórica*: Avaliação do quanto você considera que o item é relevante. Visa analisar o grau de associação entre item e construto (os três eixos do conceito de Reabilitação Psicossocial e a Cidadania). Responder em que nível você acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir (ações).

Os juízes avaliaram cada um desses domínios com nota de 1 a 5 sendo que 1 é muito ruim, 2 é ruim, 3 é razoável, 4 é bom e 5 é muito bom.

3.3.2.1 LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

Para que as propriedades psicométricas da escala fossem avaliadas foi preciso passar por um comitê de juízes e este avaliou cada um dos itens que gerou o quadro a seguir.

Quadro 6 - Notas dos Juízes para o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC)

	Nota mínima	Nota Máxima	Média geral de CVC do domínio
CVC_CL	0,60	1,00	0,80
CVC_PP	0,90	1,00	0,95
CVC_RT	0,88	1,00	0,94

Os resultados mostram que a nota mínima do CVC da clareza de linguagem foi 0,60, a nota máxima, 1,00 e representou uma média geral, 0,8. As notas do CVC da pertinência prática foram: mínima 0,90; máxima 1,00 e a média geral foi 0,95. O CVC da relevância teórica apresentou mínima de 0,88; máxima de 1,00 e média geral de 0,94. Os índices estão dentro da nota de corte sendo assim a escala apresentou evidência de validade de conteúdo pela estrutura interna dela.

Avaliação dos Itens

Trinta e nove (39) itens ficaram com nota um (1) em todos os domínios; quarenta e cinco (45) itens obtiveram nota um (1) em dois (2) dos domínios e onze (11) itens tiveram nota um (1) em apenas um domínio. Cinco (5) itens apresentaram nota limítrofe.

De 113 itens, apenas sete (7) foram considerados inadequados somente no Coeficiente de validade de conteúdo: clareza de linguagem. A pertinência prática e a relevância teórica apresentaram-se adequados. Estes itens foram readequados conforme as sugestões dos juizes.

Quadro 7 - Cores que identificam os índices dos itens

Cores dos índices	Índices dos itens
	= 1,00
	>0,9 e < 1,00
	> 0,8 e < 0,9
	> 0,6 e < 0,8

Sobre o Coeficiente de validade de conteúdo: Clareza de linguagem

Quarenta e quatro (44) itens apresentaram índices igual a 1,00 sendo considerados excelentes e estão destacados em verde.

Sessenta (60) itens apresentaram índices superior a 0,8 e inferior a 1,00 sendo considerados adequados e estão destacados em laranja.

Sobre o Coeficiente de validade de conteúdo: Pertinência Prática

Oitenta e seis (86) itens apresentaram índices igual a 1,00 sendo considerados excelentes e estão destacados em verde.

Vinte e Cinco (25) itens apresentaram índices superior a 0,8 e inferior a 1,00 sendo considerados adequados e estão destacados em laranja.

Sobre o Coeficiente de validade de conteúdo: Relevância Teórica

Oitenta e sete (87) itens apresentaram índices igual a 1,00 sendo considerados excelentes e estão destacados em verde.

Vinte e quatro (24) itens apresentaram índices superior a 0,8 e inferior a 1,00 sendo considerados adequados e estão destacados em laranja.

Número do Item	Item	CVCf_CL	CVCf_PP	CVCf_RT
0	Na sua opinião você acha que o CAPS:	0,60	1,00	1,00
1	Realiza acolhimento.	1,00	0,96	0,96
2	Realiza grupos.	1,00	1,00	1,00
3	Realiza oficinas.	1,00	1,00	1,00
4	Realiza assembleias.	0,92	0,92	0,92
5	Realiza visitas domiciliares.	1,00	1,00	1,00
6	Realiza matriciamento.	0,88	1,00	1,00
7	Realiza parceria com UBS/ESF.	0,92	0,96	1,00
8	Realiza parceria com Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).	0,92	0,96	1,00
9	Realiza o Projeto Terapêutico Singular.	0,96	1,00	1,00
10	Realiza o Projeto Terapêutico Singular, junto aos usuários.	0,92	1,00	1,00
11	Avalia o Projeto Terapêutico Singular regularmente.	1,00	1,00	1,00
12	Reformula o Projeto Terapêutico Singular regularmente.	0,96	1,00	1,00
13	Reformula o Projeto Terapêutico Singular junto aos usuários.	0,88	1,00	0,96
14	Possibilita que os usuários escolham as atividades que desejam participar.	1,00	1,00	1,00
15	Oferece opções de tratamento individual.	0,92	0,92	0,92
16	Oferece opções de tratamento em grupo.	0,88	0,96	1,00
17	Possibilita que os usuários participem da organização das atividades.	0,96	1,00	1,00
18	Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece.	0,68	0,90	0,90
19	Você reconhece a importância das atividades que o CAPS oferece.	0,84	1,00	0,96
20	Você está satisfeito com as atividades que o CAPS oferece.	1,00	1,00	1,00
21	Você reconhece a importância do tratamento que o CAPS oferece.	0,80	1,00	1,00
22	Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS oferece.	0,96	1,00	1,00
23	Você reconhece a importância do seu Projeto Terapêutico Singular.	0,84	1,00	1,00
24	Você está satisfeito com o seu Projeto Terapêutico Singular.	0,96	1,00	1,00
25	Os profissionais incentivam a procurar moradia.	0,96	1,00	1,00
26	Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso à moradia adequada às suas necessidades.	0,84	0,96	0,96
27	Os profissionais consideram a sua preferência na busca de moradia.	0,92	1,00	1,00

28	Os profissionais lhe dão apoio na manutenção de sua moradia.	0,84	0,96	0,96
29	Você está satisfeito com o incentivo que os profissionais lhe oferecem para moradia.	0,88	1,00	1,00
30	Você entende que a moradia é fundamental para a sua qualidade de vida.	1,00	1,00	1,00
31	Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que você vive.	0,80	0,92	0,92
32	Você considera que habita o local onde você vive.	0,84	1,00	1,00
33	Você entende que tem direito a ter uma casa.	1,00	1,00	1,00
34	Os profissionais o incentivam a participar de atividades sociais na comunidade.	0,88	1,00	1,00
35	Os profissionais promovem ações para o auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade.	0,68	0,92	0,92
36	Os profissionais o incentivam a participar de atividades culturais na comunidade.	1,00	1,00	1,00
37	Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades culturais na comunidade.	0,76	1,00	1,00
38	Os profissionais o incentivam a participar de atividades religiosas na comunidade.	1,00	0,96	0,92
39	Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades religiosas na comunidade.	0,84	0,92	0,92
40	Os profissionais o incentivam a participar de atividades de lazer na comunidade.	1,00	1,00	1,00
41	Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades de lazer na comunidade.	0,88	1,00	0,96
42	Você acha que os profissionais têm conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece.	0,84	0,92	0,88
43	Os profissionais o incentivam a participar de atividades da sociedade civil-organizada.	0,80	1,00	1,00
44	Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	0,84	1,00	1,00
45	Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	0,64	0,88	0,92
46	Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	0,72	0,92	0,88
47	Você acha que os profissionais o incentivam a se relacionar com sua rede social.	0,92	1,00	1,00
48	Você acha que os profissionais promovem ações que o ajudam na construção de	1,00	1,00	1,00

	suas redes sociais.			
	Você reconhece o auxílio que os profissionais lhe oferecem na construção de sua			
49	rede social.	0,92	0,96	1,00
	Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem na construção de			
50	sua rede social.	1,00	1,00	1,00
51	Você entende que a família é uma das estruturas que faz parte da sua rede social.	1,00	1,00	1,00
52	Os profissionais o ajudam a ter acesso ao trabalho.	0,96	1,00	1,00
53	Os profissionais promovem ações que o ajudam a conquistar o trabalho.	0,84	1,00	1,00
	Os profissionais o incentivam a participar de projetos de geração de trabalho e			
54	renda.	0,88	1,00	1,00
	Os profissionais promovem ações que o ajudam a participar de projetos de			
55	geração de trabalho e renda.	1,00	1,00	1,00
56	Os profissionais lhe informam sobre oportunidades de trabalho na comunidade.	1,00	1,00	0,96
57	Você reconhece o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho.	0,80	0,96	0,96
	Você está satisfeito com o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao			
58	trabalho.	0,96	1,00	1,00
59	Os profissionais lhe ajudaram na obtenção de benefícios/aposentadoria .	1,00	1,00	1,00
	Os profissionais lhe fornecem informações sobre oportunidades de educação na			
60	comunidade.	0,88	1,00	1,00
61	Os profissionais o incentivam a frequentar escola, quando há o desejo de estudar.	0,92	1,00	1,00
62	Os profissionais promovem ações que o ajudam no acesso à escola.	0,88	0,96	0,96
63	Você reconhece o apoio que os profissionais oferecem para a sua educação.	0,84	1,00	1,00
	Você está satisfeito com o apoio que os profissionais lhe oferecem para a			
64	educação.	0,92	1,00	1,00
65	Você entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho.	0,92	0,96	1,00
66	Os profissionais o estimulam a exercer a sua cidadania pelo voto.	0,96	1,00	1,00
67	Você acha que as suas conquistas são reconhecidas pelos profissionais.	0,92	0,92	0,88
	Você acha que os profissionais entendem a importância de garantir que seus			
68	direitos sejam respeitados.	0,96	1,00	1,00
	Você acha que os profissionais entendem a importância da necessidade de			
69	restituir os seus direitos, quando eles não são respeitados.	0,96	1,00	1,00
70	Você acha que os profissionais entendem que é seu dever trabalhar para a sua	0,80	1,00	1,00

	reinserção social.			
71	Você acha que os profissionais acreditam que você pode fazer as suas próprias escolhas de vida.	1,00	1,00	1,00
72	Você acha que os profissionais acreditam que você pode ter autonomia em sua vida.	1,00	1,00	1,00
73	Você acha que os profissionais o reconhecem como cidadão.	1,00	1,00	1,00
74	O CAPS incentiva os usuários a procurarem moradia.	1,00	1,00	1,00
75	O CAPS promove ações ajudam os usuários a terem acesso a moradia adequada às suas necessidades.	0,84	1,00	1,00
76	O CAPS considera a preferência dos usuários na busca de moradia.	0,96	1,00	1,00
77	O CAPS dá apoio aos usuários na manutenção de sua moradia.	0,92	1,00	1,00
78	Você entende que a moradia é fundamental para a qualidade de vida dos usuários.	1,00	1,00	1,00
79	Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que os usuários vivem.	0,96	1,00	1,00
80	Você considera que os usuários habitam o local onde vivem.	1,00	1,00	1,00
81	O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades sociais na comunidade.	0,92	1,00	1,00
82	O CAPS promove ações para auxiliar a participação dos usuários em atividades sociais na comunidade.	0,92	1,00	1,00
83	O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades culturais na comunidade.	1,00	1,00	1,00
84	O CAPS promove ações para auxiliar a participação dos usuários em atividades culturais na comunidade.	1,00	1,00	1,00
85	O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades religiosas na comunidade.	1,00	0,92	0,92
86	O CAPS promove ações para auxiliar os usuários a participarem de atividades religiosas na comunidade.	0,92	0,92	0,92
87	O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades de lazer na comunidade.	1,00	1,00	1,00
88	O CAPS promove ações para auxiliar a participação dos usuários em atividades de lazer na comunidade.	0,96	1,00	1,00
89	Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece.	0,76	0,96	0,96
90	O CAPS incentiva a participação dos usuários em atividades da sociedade civil-	1,00	1,00	1,00

	organizada.			
	O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso às atividades da			
91	sociedade civil-organizada.	0,92	1,00	1,00
92	O CAPS incentiva os usuários a se relacionarem com sua rede social.	1,00	1,00	1,00
	O CAPS promove ações que ajudam os usuários na construção de suas redes			
93	sociais.	0,92	1,00	1,00
94	O CAPS ajuda os usuários no acesso ao trabalho.	1,00	1,00	1,00
95	O CAPS promove ações que ajudam os usuários na conquista do trabalho.	0,96	1,00	1,00
	O CAPS incentiva os usuários a participarem de projetos de geração de trabalho e			
96	renda.	1,00	1,00	1,00
	O CAPS promove ações que ajudam os usuários a participar de projetos de			
97	geração de trabalho e renda.	1,00	1,00	1,00
98	O CAPS informa os usuários sobre oportunidades de trabalho na comunidade.	1,00	1,00	1,00
99	O CAPS ajuda os usuários na obtenção de benefícios/aposentadoria.	1,00	1,00	1,00
	O CAPS fornece informações aos usuários sobre oportunidades de educação na			
100	comunidade.	0,88	1,00	1,00
	O CAPS incentiva os usuários a frequentarem a escola, quando há o desejo de			
101	estudar.	1,00	1,00	1,00
102	O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso à escola.	0,96	1,00	1,00
103	O CAPS entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho.	0,92	1,00	1,00
104	O CAPS estimula os usuários a exercerem a sua cidadania pelo voto.	1,00	1,00	1,00
105	O CAPS reconhece as conquistas dos usuários.	0,92	0,92	0,92
	O CAPS entende a importância de garantir que os direitos dos usuários sejam			
106	respeitados.	1,00	1,00	1,00
	O CAPS entende a importância da necessidade de restituir os direitos dos			
107	usuários, quando eles não são respeitados.	1,00	1,00	1,00
108	O CAPS entende que é seu dever trabalhar para a reinserção social dos usuários.	1,00	1,00	1,00
109	O CAPS acredita que os usuários podem fazer as suas próprias escolhas de vida.	1,00	1,00	1,00
110	O CAPS acredita que os usuários podem ter autonomia em sua vida.	1,00	1,00	1,00
111	O CAPS reconhece os usuários como cidadãos.	1,00	1,00	1,00

O quadro abaixo apresenta os itens que foram considerados inadequados na clareza de linguagem.

Quadro 8 - Itens considerados inadequados.

Número na Escala	Item
0	Na sua opinião você acha que o CAPS:
18	Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece.
35	Os profissionais promovem ações para o auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade.
37	Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades culturais na comunidade.
45	Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada.
46	Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada.
89	Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece.

No quadro 9, apresentou-se o índice de CVC de cada item, a sugestão dos juízes e se o pesquisador a aceitou ou não. A maioria das sugestões dos juízes foi para modificar a escrita a fim de melhorar a compreensão e dúvidas sobre o item, sendo necessário melhorar sua escrita. O pesquisador aceitou todas as sugestões dos juízes.

Quadro 9 - Julgamento dos itens considerados inadequados, índices de avaliação e justificativa para permanência no instrumento – São Paulo, SP, 2019.

ITENS	CVC	Sugestão dos Juízes	Aceite do Pesquisador
0	0,60	Completar o enunciado	Sim
18	0,68	Modificar escrita	Sim
35	0,68	Modificar escrita	Sim
37	0,76	Modificar escrita	Sim
45	0,64	Dúvida	Sim
46	0,72	Dúvida	Sim
89	0,76	Dúvida	Sim

Escala de Reabilitação Psicossocial para Cidadania (ERPC)

INSTRUÇÕES:

1. Leia o instrumento atentamente;
2. Sempre que o termo **Profissional** for citado, refere-se aos profissionais de saúde que atuam no CAPS.
3. Sempre que o termo **Acolhimento** for citado, refere-se ao espaço para escuta qualificada do usuário.
4. Sempre que o termo **Oficina** for citado, refere-se aos espaços que proporcionam trocas afetivas e materiais.
5. Sempre que o termo **Grupo** for citado, refere-se ao lugar de apoio.
6. Sempre que o termo **UBS** for citado, refere-se à Unidade Básica de Saúde.
7. Sempre que o termo **ESF (Estratégia Saúde da Família)** for utilizado, trata-se do modelo assistencial da Atenção Básica.
8. Sempre que o termo **PTS (Projeto Terapêutico Singular)** for utilizado, trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo.
9. Sempre que o termo **Matriciamento** for utilizado, trata-se da equipe da saúde mental que oferece suporte às equipes de UBS/ESF.
10. Sempre que o termo **CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa)** for utilizado, trata-se do espaço de convivência das pessoas com transtorno mental e a comunidade.
11. Sempre que o termo **Atividades** for utilizado, trata-se de tudo aquilo que o CAPS realiza para a Reabilitação Psicossocial e Cidadania como atividades culturais, passeios, participação em campeonato de futebol, cinema, museu, aula de informática, aula de inglês.
12. Sempre que o termo **Rede Social** for utilizado, trata-se da dimensão da Reabilitação Psicossocial que se refere à família, vizinhos, amigos etc.
13. Sempre que o termo **Movimentos da Sociedade Civil-Organizada** for utilizado, trata-se das organizações políticas, associações, movimentos sociais e organizações não governamentais.
14. Sempre que o termo **Habitar** for utilizado, refere-se a uma apropriação concreta e simbólica do espaço onde se mora.

Indique o grau em que você acha que os itens a seguir refletem a sua opinião:

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente

Tempo estimado para a resposta:

Na sua opinião, o CAPS:	1	2	3	4	5
1. Realiza acolhimento					
2. Realiza grupos					
3. Realiza oficinas					
4. Realiza assembleias					
5. Realiza visitas domiciliares					
6. Realiza matriciamento					
7. Realiza parceria com UBS/ESF					
8. Realiza parceria com Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)					

9. Realiza o Projeto Terapêutico Singular					
10. Realiza o Projeto Terapêutico Singular, junto aos usuários					
11. Avalia o Projeto Terapêutico Singular regularmente					
12. Reformula o Projeto Terapêutico singular regularmente					
13. Reformula o Projeto Terapêutico Singular junto aos usuários					
14. Possibilita que os usuários escolham as atividades que desejam participar					
15. Oferece opções de tratamento individual					
16. Oferece opções de tratamento em grupo					
17. Possibilita que os usuários participem da organização das atividades					
18 A. Você acha que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece					
Na sua opinião:	1	2	3	4	5
18 B. Você reconhece as atividades que o CAPS oferece					
19. Você reconhece a importância das atividades que o CAPS oferece					
20. Você está satisfeito com as atividades que o CAPS oferece					
21. Você reconhece a importância do tratamento que o CAPS oferece					
22. Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS oferece					
23. Você reconhece a importância o seu Projeto Terapêutico Singular					
24. Você está satisfeito com o seu Projeto Terapêutico Singular					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos USUÁRIOS					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião	1	2	3	4	5
25. Os profissionais incentivam os usuários a procurarem moradia					
26. Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso à moradia adequada às suas necessidades					
27. Os profissionais consideram a preferência do usuário na busca de moradia					
28. Os profissionais dão apoio os usuários na manutenção de sua moradia					
29. Você está satisfeito com o incentivo que os profissionais oferecem para moradia					
30. Você entende que a moradia é fundamental para a sua qualidade de vida					
31. Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que você vive					
32. Você considera que habita o local onde você vive					
33. Você entende que tem direito a ter uma casa					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
34. Os profissionais o incentivam a participar de atividades sociais na comunidade					
35. Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade					
36. Os profissionais o incentivam a participar de atividades culturais na					

comunidade					
37. Os profissionais promovem ações para ajudá-lo a participar de atividades culturais na comunidade					
38. Os profissionais o incentivam a participar de atividades religiosas na comunidade					
39. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades religiosas na comunidade					
40. Os profissionais o incentivam a participar de atividades de lazer na comunidade					
41. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades de lazer na comunidade					
42. Você acha que os profissionais têm conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
43. Os profissionais o incentivam a participar de atividades da sociedade civil - organizada					
44. Os profissionais promovem ações que o ajudam o ter acesso em atividades da sociedade civil -organizada					
45. Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem no seu acesso às atividades da sociedade civil -organizada					
46. Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem no seu acesso às atividades da sociedade civil -organizada					
47. Você acha que os profissionais o incentivam a se relacionar com sua rede social					
48. Você acha que os profissionais promovem ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais					
49. Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem a você na construção de sua rede social					
50. Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem na construção de sua rede social					
51. Você entende que a família é uma das estruturas que fazem parte da sua rede social					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
52. Os profissionais o ajudam a ter acesso ao trabalho					
53. Os profissionais promovem ações que o ajudam a conquistar o trabalho					
54. Os profissionais o incentivam a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
55. Os profissionais promovem ações que o ajudam a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
56. Os profissionais lhe informam sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
57. Você reconhece o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho					
58. Você está satisfeito com o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação a trabalho					
59. Os profissionais lhe ajudaram na conquista do direito de obtenção de benefícios/aposentadoria					
60. Os profissionais fornecem lhe informações sobre oportunidades de educação na comunidade.					

61. Os profissionais o incentivam a frequentar a escola, quando há o desejo de estudar					
62. Os profissionais promovem ações que o ajudam no acesso à escola					
63. Você reconhece o apoio que os profissionais oferecem para a sua educação					
64. Você está satisfeito com o apoio que os profissionais lhe oferecem para a educação					
65. Você entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho					
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	1	2	3	4	5
66. Os profissionais o estimulam a exercer a sua cidadania pelo voto					
67. Você acha que as suas conquistas são reconhecidas pelos profissionais					
68. Você acha que os profissionais entendem a importância de garantir que seus direitos sejam respeitados					
69. Você acha que os profissionais entendem a importância da necessidade de restituir os seus direitos, quando eles não são respeitados					
70. Você acha que os profissionais entendem que é seu dever trabalhar para a sua reinserção social					
71. Você acha que os profissionais acreditam que você pode fazer as suas próprias escolhas de vida					
72. Você acha que os profissionais acreditam que você pode ter autonomia em sua vida					
73. Você acha que os profissionais o reconhecem como cidadão					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos PROFISSIONAIS					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
74. O CAPS incentiva os usuários a procurarem moradia					
75. O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso a moradia adequada às suas necessidades.					
76. O CAPS considera a preferência do usuário na busca de moradia					
77. O CAPS dá apoio aos usuários na manutenção de sua moradia					
78. Você acha que os usuários estão satisfeitos com o incentivo que os profissionais oferecem para a moradia					
79. Você entende que a moradia é fundamental para a qualidade de vida do usuário					
80. Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que se vive					
81. Você considera que o usuário habita o local onde vive					
82. Você acha que o usuário entende que ter casa é um direito					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
83. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades sociais na comunidade					
84. O CAPS promove ações para auxiliar a na participação do usuário em atividades sociais na comunidade					
85. O CAPS o incentiva o usuário a participar de atividades culturais na comunidade					

86. O CAPS promove ações para auxiliar na participação do usuário em atividades culturais na comunidade					
87. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades religiosas na comunidade					
88. O CAPS promove ações para auxiliar o usuário a participar de atividades religiosas na comunidade					
89. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades de lazer na comunidade					
90. O CAPS promove ações para auxiliar o a participação do usuário em atividades de lazer na comunidade					
91. Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
92. O CAPS incentiva a participação de usuários em atividades da sociedade civil -organizada					
93. O CAPS promove ações que ajudam o usuário a ter acesso nas atividades da sociedade civil -organizada					
94. O CAPS incentiva o usuário a se relacionar com sua rede social					
95. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
96. O CAPS ajuda os usuários no acesso ao trabalho					
97. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na conquista do trabalho					
98. O CAPS incentiva os usuários a participarem de projetos de geração de trabalho e renda					
99. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na participação de projetos de geração de trabalho e renda					
100. O CAPS informa os usuários sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
101. O CAPS ajuda os usuários na conquista do direito de obtenção de benefícios/aposentadoria					
102. O CAPS fornece informações aos usuários sobre oportunidades de educação na comunidade					
103. O CAPS incentiva o usuário a frequentar a escola, quando há o desejo de estudar					
104. O CAPS promove ações que ajudam o usuário a ter acesso à escola					
105. O CAPS entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho					
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	1	2	3	4	5
106. O CAPS estimula o usuário a exercer a sua cidadania pelo voto					
107. O CAPS reconhece as conquistas dos usuários					
108. O CAPS entende a importância de garantir que os direitos dos usuários sejam respeitados					
109. O CAPS entende a importância da necessidade de restituir os direitos dos usuários, quando eles não são respeitados					
110. O CAPS entende que é seu dever trabalhar para a reinserção social dos usuários					

111. O CAPS acredita que o usuário pode fazer as suas próprias escolhas de vida					
112. O CAPS acredita que os usuários podem ter autonomia em sua vida					
113. O CAPS reconhece os usuários como cidadãos					

Apesar de para fins de levantamento de evidências de validade de conteúdo de uma escala, a aplicação com o comitê de juízes seja suficiente optou-se por testar a escala para avaliar a sua aplicabilidade.

Aplicação da ERPC

Os usuários que aceitaram responder a ERPC, após assinar TCLE tiveram as seguintes impressões: 3 usuários acharam a escala um pouco longa; 2 usuários acharam que o CAPS não dá incentivo algum em relação a moradia e outros 2 em relação aos estudos. Dois usuários referiram que a dimensão “Reabilitação Psicossocial para Cidadania” está aquém das necessidades e todos concordam que em relação ao trabalho o CAPS estimula e promove ações para que os usuários conquistem trabalho e estão satisfeitos e que a ERPC é importante para a melhoria da assistência nos CAPS.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A análise dos temas identificados nos artigos, que formaram a categoria Práticas desenvolvidas nos centros de atenção psicossocial, revela que as ações de Reabilitação Psicossocial para cidadania desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em CAPS são variadas e tendem a ser intramuros. Os profissionais pouco utilizam o território para realizar as ações, entretanto as mais realizadas fora do CAPS são as visitas domiciliares e a de apoio matricial. Algumas ações ainda não implementadas como reabilitatórias, mas, sim, como recreacionais, e o comprometimento, a prática para o estímulo da inclusão social e o exercício da cidadania ainda são muito sutis, como exemplificaremos com alguns artigos analisados a seguir.

O estudo realizado por Salles e Barros (2013) revela que, para as pessoas com transtorno mental, o tratamento em um CAPS proporciona melhora na qualidade de vida e nova perspectiva em seus projetos pessoais. Apresentam-se como local seguro, um lugar de acolhimento, o primeiro espaço social e subjetivo em que as pessoas com transtornos mentais podem ser quem são, estabelecer novas formas de relação e procurar caminhos para uma vida cotidiana em sociedade.

No processo de trabalho desenvolvido nos CAPS algumas ações se destacaram, como o acolhimento, vínculo, grupos, oficinas e visitas domiciliares. Os profissionais reconhecem a importância do vínculo entre profissional/usuário, os quais fazem com que as ações tenham maior impacto nas pessoas com transtorno mental, incentivando a participação dos mesmos durante o cuidado e estimulando, por conseguinte, a autonomia e a cidadania (Barros et al., 2015, Pinho, Souza, Esperidião, 2018).

O acolhimento é considerado um primeiro e fundamental ato de cuidado, mas que também ultrapassa a questão do cuidado em si, situando-se como um direito de todo cidadão (Costa et al., 2012). As oficinas terapêuticas são consideradas espaços bem definidos para a realização de ações de reabilitação por constituir um espaço que oportuniza trocas (Ribeiro, Bezerra, 2015).

O grupo é tido como lugar de apoio, onde se debate as necessidades e pode haver compartilhamentos que contribuem para a valorização das atitudes positivas das pessoas com transtorno mental e na maneira de se posicionarem no mundo. No entanto, grupo e outras atividades realizadas no CAPS não devem ser objetivados como recreacionais, apenas para preencher o tempo, mas, sim, como importantes espaços para trabalhar a concentração, criatividade e ansiedades do indivíduo ou do grupo. Devem, pois, estender ao campo socioeconômico, configurando-se como oportunidades de aprendizagem de técnicas artesanais que podem ser posteriormente utilizadas como atividades de geração de renda (Miranda, Onocko-Campos, 2010).

Todas as atividades desenvolvidas nos CAPS são muito importantes no processo reabilitatório dos usuários, no entanto ficar restrita ao ambiente do CAPS e entre os usuários acaba sendo um fator limitador para a reabilitação e o resgate da cidadania.

Nos estudos realizados, os profissionais apontaram, também, os grupos de educação em saúde, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), como os grupos educativos, consultas realizadas na casa das famílias por ocasião da Visita Domiciliar, ou seja, apoio matricial, expressando assimilação do princípio da integralidade. Evidenciaram-se também os grupos de socialização e de acompanhamento dos usuários com doença mental, realizados pela ESF com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), desenvolvidos na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em espaços da comunidade. Esses espaços e as parcerias estabelecidas denotaram potentes instrumentos de inclusão social, e o uso do território pelo CAPS é essencial para o desenvolvimento de ações, quando a finalidade das mesmas é estimular os processos de inclusão social e do exercício da cidadania (Leão, Barros, 2012; Barros et al., 2015, Pinho, Souza, Esperidião, 2018).

Essas atividades citadas acima fazem parte do matriciamento, prática em que a equipe da saúde mental oferece suporte às equipes de Saúde da Família, promovendo a articulação dos serviços especializados em rede horizontalizada com vistas à interlocução mais profunda entre serviços de saúde, ao promover maior capilaridade das ações em saúde mental no território, articulando-se com outros setores sociais (Quinderé, Jorge, Franco 2014).

As parcerias com a Atenção Básica e ESF são essenciais para a melhoria da

assistência prestada aos usuários de CAPS realizando o compartilhamento e corresponsabilização do tratamento. Apesar disso, o SUS vem sofrendo ataques constantes do atual governo com o intuito de realizar o seu desmonte. O modo como era realizado o financiamento do SUS foi alterado com congelamento de repasses federais, modificação na forma de distribuição de recursos para a atenção básica pelo Ministério da Saúde, prejudicando a equipe multidisciplinar que poderá diminuir o número de profissionais. Todas essas ações por parte do governo estão colocando em xeque todas as conquistas e direitos dos cidadãos, justamente o oposto ao que esse trabalho se propõe.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta no apoio matricial que pode ser utilizada conjuntamente entre a equipe da saúde da família e a equipe do CAPS, sendo um dispositivo de cuidado que tende a fortalecer vínculos e construir pontes entre sujeitos, serviços e sociedade (Pinho, Souza, Esperidião, 2018).

Pessoas com transtorno mental que participam de projetos culturais indicam que o projeto proporciona produção de atos de vida, de socialização, e possibilita viver uma experiência nova que parece estimular os usuários, além de ser um recurso para lidar com o sofrimento e promover o bem-estar, autoestima, confiança, autonomia e sociabilidade. Os projetos culturais são um instrumento que possibilita a inclusão social e promove a cidadania da pessoa com transtorno mental. Constitui, por conseguinte, em uma ferramenta importante para a Reabilitação Psicossocial (Santos, Barros, Santos, 2016, Costa et al., 2012).

Há também o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) que desenvolve ações de promoção da saúde em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do território. Os serviços conjuntamente realizam atividades nos espaços de convivência, cultura, lazer e esporte do território, como a casa de cultura e o centro esportivo. O CECCO utiliza essa estratégia para captar o usuário do CAPS que está saindo da crise para incitá-lo a participar de algumas oficinas, já que grande parte da demanda que esse serviço recebe é proveniente do CAPS. Esta ferramenta utiliza o território e está integrado à rede de saúde que realiza ações de proteção, promoção, prevenção e recuperação em saúde mental, além de estimular os processos de reabilitação psicossocial e de exercício da cidadania (Caçapava, Colvero, Pereira, 2009, Leão, Barros, 2012, Brasil, 2002).

As assembleias são outra ferramenta considerada importante pelos usuários, familiares, profissionais e pessoas da comunidade por terem a oportunidade de

manifestar-se abertamente sobre questões relativas ao serviço, possibilitando a participação e reintegração social. Locais onde as solicitações dos usuários são escutadas e atendidas e vivenciam as mudanças a partir de suas reivindicações. Local também que pode surgir o interesse em alguns usuários de participar de movimentos sociais, a partir de discussões e enfoque político-participativo, pois um dos papéis do CAPS é não coibir esse tipo de discussão e interesse, mas, sim, orientá-lo para que possa integrar movimentos sociais em que se enquadrem, realizando efetivamente a participação social (Detomini, Bellenzani, 2015; Pinho, Souza, Esperidião, 2018).

Uma das formas de participação social dos usuários é integrar o movimento em saúde mental, uma participação específica na luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais (Salles, Barros, 2014). O resgate da cidadania é o resultado esperado nas práticas desenvolvidas pelo processo de reabilitação psicossocial. No entanto, é preciso entender que essa cidadania reivindicada pelas novas perspectivas de cuidado em saúde mental organiza-se em novos exercícios e em novas formas de cidadania e construção de direitos na coletividade; alguns autores (Santos, 2010, Saraceno, 1999) apontam ser por meio do exercício da cidadania que se dá a (re)condução das relações e direitos sociais que, ao longo da história de aprisionamento imposto aos doentes mentais, foram-lhes arrancados (Ribeiro, Bezerra, 2015).

A participação social dos usuários é outra estratégia para o resgate da cidadania dos usuários e garantido pela Constituição de 1988 que também vem sendo atacada pelo atual governo. Desrespeitando a Constituição, a Presidência da República instituiu o Decreto 9.759/2019 que extingue praticamente todos os colegiados da administração pública federal criados pelo governo para assegurar a participação popular nas decisões fundamentais que afetam toda a sociedade.

Os alvos do decreto são as comissões de participação e controle social tem áreas como a erradicação do trabalho escravo e a pessoa com deficiência, os direitos da comunidade LGBT (diversidade sexual), dos idosos, da transparência e combate à corrupção), política sobre álcool e drogas e trabalho infantil. O decreto atinge e cerceia diretamente os direitos dos cidadãos, assegurados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948.

A cidadania reflete um conjunto de direitos e deveres que permite que a pessoa se exprima e tenha a possibilidade de participar ativamente da vida e do

governo. Quem não goza de cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social (Barros, Claro, 2011).

É fundamental compreender que a cidadania é a pré-condição de qualquer processo de cuidar. A cidadania é um direito em si: soma dos direitos negativos (não ser excluído, não ser abandonado, não ser violentado) e dos direitos positivos (ser atendido nos serviços de saúde, ser bem atendido, ser reconhecido em suas necessidades) (Saraceno, 1999; Brasil, 1999; Barros, Claro, 2011). É a cidadania ativa que institui o cidadão portador de direitos e deveres, o qual atua no sentido de abrir espaços de participação, tornando-os novos sujeitos políticos (Barros, Oliveira, Aranha e Silva, 2007).

Hirdes (2009) faz uma reflexão em seu trabalho sobre cidadania tutelada e cidadania assistida:

A cidadania tutelada é a decorrente do clientelismo e paternalismo, cultivada pela elite econômica e política de direita como dádiva ou uma concessão de cima. Este tipo de cidadania se configura como resultado, na reprodução histórica da mesma elite, através da negação/repressão. A cidadania assistida expressa um relativo conhecimento político, o do direito à assistência. Esta também trabalha na reprodução da pobreza política, ao não se comprometer em equalizar as oportunidades, identificada com correntes de esquerda. Nesse caso, temos a população atrelada ao sistema de benefícios estatais. Enquanto a cidadania emancipada remete à condição de, através da competência, fazer-se sujeito histórico e assumir a condução do destino. Nesse processo, está implicada a superação da pobreza política, que capacitará à superação da pobreza material.

Demo (1995) sugere que não há a possibilidade de emancipação sem que perpassse pelas relações de mercado. Não obstante, na cidadania emancipada, o mercado se posiciona como um instrumento e a cidadania, como um fim.

Para Hirdes (2009),

o conceito de cidadania poderá se dar em termos de produção, como também em termos da qualidade de vida alcançada com o processo reabilitativo, mas, sobretudo, quando as pessoas se reconhecerem como sujeitos históricos que podem intervir para mudar a realidade. Da cidadania francamente tutelada à cidadania emancipada sobrepõem-se desafios éticos que deverão ser respondidos pela construção de uma sociedade mais tolerante, em que a possibilidade venha substituir a centralização na razão.

Outros países que apresentam programas de reabilitação possuem características específicas de sua cultura, etnia e resultados semelhantes aos apresentados em estudos realizados em CAPS no Brasil.

Um estudo americano demonstrou que os programas psicossociais podem melhorar a vida social das pessoas com transtorno mental fornecendo serviços de emprego apoiados que os ajudem a encontrar empregos regulares, porque o trabalho geral parece encorajar a transferência de amizades entre pares para ambientes comunitários, fortalecendo assim a qualidade dessas amizades. As pessoas com transtorno mental que vivem nos EUA apresentam os mesmos desejos e projetos dos brasileiros, como possuir rede social, emprego e renda para comer fora, ver filmes, fazer compras ou participar de grupos de esportes e hobbies (Barreira et al., 2011).

Na Grécia, foi realizada uma pesquisa que destacou que programas de reabilitação centrados no paciente têm efeito significativo no bem-estar emocional dos cuidadores (sobrecarga subjetiva), quando sentem que podem confiar nos profissionais. Dentro do contexto da cultura grega de desvio, essas famílias sentem que podem depender de um sistema de apoio para o alívio dos fenômenos relacionados ao estigma e do fardo percebido (Koukia, Madianos, 2005).

O programa Pati, na Índia, facilitou a participação social de pessoas com transtornos psicóticos e ajudou a resolver suas preocupações econômicas, por meio de ligações com esquemas de empregos existentes e instalações de microcrédito. Uma combinação de métodos, serviços acessíveis e domiciliares, psicoeducação, apoio da família e da comunidade foi usada para promover a adesão e engajamento com serviços. Os grupos de autoajuda foram a base estrutural do apoio da comunidade e os membros do grupo assumiram um papel cada vez mais ativo nos encaminhamentos para o programa, apoiaram e prestaram assistência prática às famílias e concederam empréstimos preferenciais a pessoas que se recuperavam de sua doença para melhorar sua situação, meios de subsistência. Esses grupos apoiaram a inclusão social de pessoas com psicose nas principais atividades comunitárias e reduziram a discriminação. O serviço de reabilitação baseado na comunidade também foi razoavelmente bem-sucedido ao abordar algumas das barreiras comuns ao acesso equitativo em programas de saúde, como sexo feminino, pobreza e pertencer a um grupo social desfavorecido (Chatterjee et al., 2009).

5.2 O MORAR E O PERTENCER

Os estudos analisados mostram várias facetas do eixo morar da Reabilitação Psicossocial proposta por Saraceno. Ele foi apresentado com o sentido de pertencimento, como ambiente acolhedor com a pessoa com transtorno mental inserida no contexto familiar, mas, ao mesmo tempo, pode significar exclusão, enclausuramento, local de asilamento, como veremos a seguir.

Algumas pessoas com transtorno mental vão morar na casa dos familiares, mas, ao mesmo tempo, não estão inseridas no contexto familiar. Sendo assim, o lugar de refúgio, que acolhe, agrega, também é o local que não tem nada para fazer no cotidiano, com quem falar, que apresenta falta de rede social, o que causa momentos de isolamento e pode configurar em um lugar de enclausuramento e segregação social (Salles, Barros, 2006).

Em contrapartida, outras pessoas com transtornos mentais e suas famílias apontam que o morar tem o sentido de pertencer ao local, como um ambiente acolhedor. O “estar em casa” tem o significado de liberdade em oposição à opressão da internação e do confinamento. O “estar em casa” também significa estar com a família, inserido em um núcleo familiar, é estar livre para a construção de uma vida na sociedade (Salles, Barros, 2006).

Para aqueles que não possuem família para acolhê-los após a internação, torna-se primordial a questão da moradia para sua reabilitação psicossocial, pois entende-se que o direito à moradia não é apenas o direito de residir em local apropriado, mas também um desejo pessoal de conquistar melhores condições de moradia, além de possuir uma vida cotidiana com qualidade e a possibilidade de realização pessoal (Salles, Barros, 2006).

Deste modo, reitera-se a importância das políticas de saúde mental e dos Serviços Residências Terapêuticas instaurados por meio das Portarias n.º 106/2000 e n.º 3.090/2011 e de ações de reabilitação psicossocial intermediadas por CAPS e serviços comunitários de saúde mental para que pessoas com transtornos mentais possam morar dignamente, resgatando seus direitos e cidadania.

No entanto, com os ataques ao SUS e a contra-reforma psiquiátrica, as verbas destinadas aos CAPS e aos dispositivos da Reforma Psiquiátrica estão sendo redirecionados para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Esta

é mais uma forma do atual governo extinguir os direitos dos cidadãos.

Um estudo realizado por Cortes et al. (2015) concluiu que os laços sociais das pessoas com transtorno mental, moradores de serviço/casa denominado Serviços Residências Terapêuticos (SRT) podem ser fortalecidos, inserindo-os na rua, no comércio local, no bairro, na cidade, na comunidade. Como mecanismos de fortalecimentos, de trocas sociais entre os próprios moradores, por meio da convivência no cotidiano, em relações de parceria, de amizade, de afeto, bem como em relações conflituosas por vezes, visto que a vida de relações de qualquer pessoa é pautada por conflitos e afetos. Destaca-se que é a equipe de profissionais que os impulsiona para uma vida fora do SRT, o que pode contribuir para introduzir o morador a uma vida de pertencimento ao meio social, depois dos longos anos dentro das instituições asilares.

De acordo com a pesquisa realizada por Nóbrega e Veiga (2017) para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Oeste, os SRT's são locais onde as pessoas com transtornos mentais podem exercer a retomada da vida cotidiana, e os profissionais devem posicionar-se como intermediários, auxiliando no enfrentamento de desafios, dificuldades e de relações. Considerando seu potencial, o SRT representa um lar, uma casa, com possibilidade de contratualidade em relação à organização material e simbólica dos espaços e objetos, e é nesse espaço onde se exercita reabilitação psicossocial, que o poder de fazer escolhas é exercido.

Os trabalhadores do SRT precisam ver cada morador como um ser único e, a partir disso, construir meios de intervenção específicos para cada cidadão com o objetivo de possibilitar a retomada de uma vida, que também deve ser vista como única. É preciso ter em mente que o SRT é um espaço de moradia que busca a desinstitucionalização dos sujeitos e, este, depois de tantos anos 'protegido' da vida pelos muros, pode não ter o enfrentamento necessário para ultrapassar algumas barreiras impostas pela vida. Por isso, a equipe e seu saber, mais uma vez, mostram-se importantes nesse processo (Cortes, Barros, 2017).

As pessoas com transtorno mental, que não têm casa ou sua rede social é fraca, ou têm uma capacidade de produção social muito baixa, apresentam um poder de contratualidade que tende a zero. É baseado nas oportunidades de troca, no poder contratual do sujeito, que se cria espaço para a relação entre os membros da comunidade (Saraceno, 2001). Assim, o processo de reabilitação é um processo de restituição do poder contratual do usuário (Kinoshita, 2000).

Estas pessoas precisam de ajuda para aumentar o seu poder contratual e estabelecer relações de igualdade. Nesse sentido, segundo Kinoshita (2000), a equipe de saúde mental pode intervir neste processo, “emprestando” poder contratual ao usuário, utilizando o seu prestígio, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários.

Na qualidade de estratégia de Reabilitação Psicossocial, a Residência Terapêutica resgata a livre circulação e o empoderamento de seus moradores e os conduz ao processo de retomada de decisões, além de estar associada à ideia de um lugar de direitos e de respeito à individualidade. Espaço de valorização da autonomia, enquanto sujeitos de direito, ultrapassando, assim, a lógica asilar. Por ser constituída no entorno do CAPS, possibilita acesso de diferentes profissionais, que zelam por seus moradores na constante supervisão e suporte às possíveis demandas e no privilégio de sua autonomia. Ter direito a decidir é um ganho na luta contra a supressão da vida compulsoriamente negada (Matsumoto, Barros, Cortes, 2016).

Deve-se enfatizar que há diferença clara entre “estar” e “habitar”, em que esta implica escassa ou nula propriedade ou pertencimento do espaço por parte do indivíduo, enquanto o habitar, ao contrário, revela uma apropriação concreta e simbólica do espaço onde se mora (Saraceno 2001). O habitar implica em um grande poder de contratualidade e de troca (Matsumoto, Barros, Cortes, 2016).

Em outra pesquisa, a maior parte das pessoas com transtornos mentais apontam os SRTs como um local de grande afeto, o qual proporciona o lar que nunca tiveram quando moraram com seus familiares, onde sentem-se acolhidos, bem-vindos e aceitos, além de assegurar aos moradores a possibilidade de ir e vir no território que habitam, exercitando seus direitos e deveres como qualquer outro cidadão (Antonacci et al., 2017).

A Nota Técnica 11/2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas” tem como tema principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ajuste do valor das Autorizações de Internação Hospitalares (AIHs). O governo afirma que a rede substitutiva não se sustenta, já que nenhum serviço substitui outro. A verba vinda de altas ou fechamento de unidades hospitalares que antes eram destinadas aos serviços

comunitários, agora há a possibilidade que sejam reaplicados na própria rede hospitalar psiquiátrica.

Desta forma, o documento parece ignorar as conquistas da Reforma Psiquiátrica que focou em serviços substitutivos ao invés de hospitais psiquiátricos permitindo assim, a criação de vários dispositivos – com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –, garantindo o acesso a tratamento em liberdade e próximo ao local de moradia de usuários, com prioridade para aqueles com transtornos mentais graves e/ou egressos de longas internações.

Um aspecto importante da reabilitação psicossocial é o doente mental ter garantido um local para morar/viver, onde possa sentir-se seguro e confortável nesse ambiente e que, além disso, tenha o direito de sair, caso não se sinta bem-vindo, mas com um outro local garantido para morar (Saraceno, 1999).

Um estudo realizado por Mota, Barros (2008) investigou o Escritório de Advocacia para direitos, saúde mental e cidadania, que funcionou no CAPS Prof. Luiz Cerqueira, durante um Programa de Integração docente – Assistencial USP/SES/SP, considerado como agência para inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais severos. Funcionou como um intermediário entre as necessidades individuais desses sujeitos e as ações necessárias para atendê-las. Percebe-se que, na opinião das pessoas que recebiam atendimento, suas necessidades foram parcialmente atendidas. As necessidades individuais que não geram ônus para o Estado foram atendidas: local para morar, pedido de divórcio, entre outras. No entanto, as necessidades macroestruturais, relacionadas aos direitos do cidadão, que tem como principal representante o pedido de aposentadoria, revelou grande dificuldade de serem atendidas.

Constata-se, portanto, a necessidade da reestruturação da Saúde Mental, principalmente, nos momentos atuais em que as políticas públicas que garantem necessidades básicas de todos os cidadãos são suprimidas, as condições das pessoas com transtornos mentais se precarizam ainda mais e não garantem condições mínimas de sobrevivência, tais como, moradia, alimentação, acesso ao mercado de trabalho.

5.3 REDE SOCIAL

As redes sociais foram descritas como aspectos importantes para as ações de reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania. Os artigos analisados, que seguem abaixo, apresentaram vários aspectos de como a presença e ausência de rede social pode influenciar na vida das pessoas com transtornos mentais.

O fato de possuir rede social influencia positivamente, pois proporciona a reabilitação psicossocial com a possibilidade de ter amigos e conviver com os outros, fato considerado pelas pessoas com transtornos mentais como um fator positivo. Muitas das pessoas com transtornos mentais sentem-se abandonadas e afastadas do contato social com outras pessoas e também podem se afastar do convívio social, devido às experiências negativas que sofreram (Salles, Barros, 2013 b).

Assim, a rede social das pessoas com transtornos mentais tende a diminuir e se tornar frágil; algumas vezes, limitando-se à família e a contatos com outras pessoas com o mesmo problema. Fonseca, Galera (2012) observaram que o relacionamento social fica restrito aos cuidadores, os quais dispensam um tempo considerável para cuidar da pessoa com transtorno mental. Entretanto, o isolamento destas pessoas não pode ser considerado como uma característica da doença, mas como uma consequência da condição social que vivem, pois estão impregnadas pela estigmatização e empobrecimento (Salles, Barros, 2013 b).

A questão deles manterem uma rede social, ou não, está mais ligada ao contexto social do que à doença em si. Quando as diferenças são aceitas e cada um tem a liberdade de ser como é, encontramos um contexto social que favorece a formação de redes sociais, permitindo que a pessoa com transtorno mental seja incluída na sociedade, conquistando sua cidadania (Salles, Barros, 2011, Salles, Barros, 2013 b).

A atitude de vizinhos, familiares ou profissionais que estão em contato com os usuários, de aceitá-los como eles são, acolhendo suas dificuldades e diferenças, é uma atitude reabilitatória. A postura das pessoas da rede das pessoas com transtornos mentais, de se relacionar com a pessoa e não com a doença, facilita a inclusão social, permitindo a eles pertencer ao ambiente em que vivem (Salles, Barros, 2011, Salles, Barros, 2013 a).

O fato de serem bem recebidos nos lugares que frequentam é uma experiência de cidadania; de se sentir aceito e capaz de interagir com os outros em uma relação de igualdade. Assim, a possibilidade de frequentar espaços que não são exclusivos para pessoas com transtornos mentais é uma importante forma de vivência da reabilitação psicossocial (Salles, Barros, 2011, Salles, Barros, 2013c).

Se a concepção sobre a loucura e suas formas de tratamento é algo construído historicamente, isto não significa que, ao surgir uma nova estratégia de atenção à saúde mental, como a Reabilitação Psicossocial, o antigo modelo centrado na internação irá desaparecer. Para muitos pacientes e familiares, a internação é a melhor forma de tratamento, explicitando quanto a ideologia manicomial persiste na sociedade, coexistindo com outras formas de pensar e buscar tratamento por esta mesma população (Salles, Barros, 2011).

Por conseguinte, se a proposta da Reabilitação Psicossocial é tratar o doente mental na comunidade, a família faz parte do ambiente social do usuário e é um importante elo com outros espaços sociais (Salles, Barros, 2011). Sendo assim, a família passa a ser a principal referência da rede de relações pessoais próxima as pessoas com transtornos mentais, seu primeiro núcleo de inserção social. É ela quem cuida e constitui a rede social com a qual os usuários podem contar. Consequentemente, é ela que oferece suporte material e afetivo para a vida da pessoa com transtorno mental na sociedade, além de emprestar poder contratual ao usuário (Salles, Barros, 2011; Salles, Barros, 2013a).

Saraceno (1999) fala que o processo reabilitador da pessoa com transtorno mental passa em primeiro lugar pela família, espaço social na qual ela convive de forma mais intensa, ocupando posição fundamental no que se refere ao suporte à essa pessoa e que apresentam um poder de contratualidade que tende a zero. A família pode auxiliar na restituição do poder contratual e/ou emprestar poder contratual à pessoa com transtorno mental para que esta possa realizar trocas materiais e afetivas, de acordo com as suas possibilidades.

Foi observado, nos estudos analisados, em algumas famílias, a dificuldade de comunicação entre a pessoa com transtorno mental e os familiares, o que dificulta a integração no núcleo familiar (Salles, Barros, 2011). Com a exclusão social decorrente do preconceito e estigma, a família acaba sendo a única rede social dessa pessoa, contudo a mesma também pode ser um importante elemento para romper estes processos de exclusão social (Salles, Barros, 2013).

Os artigos identificam que os parentes mais próximos, mães e avós, assumem os cuidados com a pessoa com transtorno mental, e o incluem na família, no entanto são excluídos com os filhos do meio social, ao mesmo tempo em que emprestam poder contratual para a pessoa com transtorno mental. Já a família expandida, como tios e em alguns casos irmãos, muitas vezes rejeita e exclui a pessoa com transtorno mental, formando subsistemas familiares (Salles, Barros, 2011, Salles, Barros, 2013c).

Os estudos analisados revelaram que as pessoas com transtornos mentais demandam cuidados e atenção no dia a dia e, para alguns familiares, isso pode significar sobrecarga, mas outros se mostram disponíveis, adaptando a sua rotina para cuidar e estar com o familiar com transtorno mental. Esse cuidado pode dificultar a continuidade do familiar no trabalho, acarretando dificuldades socioeconômicas (Salles, Barros, 2011).

Vários autores relatam sobre a sobrecarga emocional e financeira que o cuidado de uma pessoa com transtorno mental acarreta em seus familiares, pois eles mudam a sua rotina para poder cuidar de seu familiar com transtorno mental, ocorrendo o acúmulo de responsabilidades: muitas vezes, o cuidador abandona o trabalho para se dedicar ao cuidado da pessoa com transtorno mental, resultando em dificuldades financeiras para toda a família (Ramos, Calais, Zotesso, 2019; Oliveira, 2017; Demarco, Jardim, Kantorski, 2017).

Há relatos nos estudos de que os vizinhos representam uma referência para algumas famílias, pois estabelecem no bairro uma relação de troca de favores, de amizade, muitas vezes constituindo uma rede de suporte e possibilidades de trocas como parte de sua rede social. As cuidadoras também ajudam os vizinhos com o que podem, sendo uma relação de vizinhança em que um sabe das dificuldades do outro e se dispõe a ajudar, em um sistema de troca. A comunidade assegura uma solidariedade mínima entre seus membros, movimentando seus próprios recursos (Salles, Barros, 2011; Salles, Barros, 2013; Kloos, Townley, 2011).

Algumas pessoas da rede social do usuário irão permanecer próximas e ajudá-los a enfrentar as dificuldades da vida cotidiana depois do adoecimento mental, mesmo que muitas vezes se sintam impotentes nesta tarefa. Porém, outros irão se afastar para não ter contato com o sofrimento e as perdas das pessoas com transtornos mentais (Salles, 2013b).

Em alguns estudos, há relatos de isolamento social da pessoa com transtorno mental. O fato desta pessoa desenvolver poucas atividades influencia negativamente na constituição da rede social. Relatam que quase não têm amigos e que ficam muito tempo sozinhos, não têm com quem conversar, passear, ou com quem compartilhar a vida. Isto evidencia o processo de exclusão social, pois mesmo vivendo na comunidade, esta população está segregada, isolada da convivência com outras pessoas (Salles, Barros, 2013; Salles, Barros, 2011; Salles, Barros, 2013c; Barreira, et al., 2011).

Ao mesmo tempo, há relatos da necessidade de um lugar prazeroso, melhoria da qualidade de vida e das relações sociais (Monteiro, Loyola, 2009; Salles, Barros, 2013; Salles, Barros, 2011), além da possibilidade de ter amigos e conviver com os outros, frequentar diferentes espaços na cidade na construção da cidadania, e de uma vida autônoma (Salles, Barros, 2013c; Salles, Barros, 2013a).

Ainda, o CAPS foi relatado como um lugar onde as pessoas com transtornos mentais podem fazer novos amigos, o que favorece a possibilidade de criar relacionamentos com qualidade, em que podem vivenciar relações de trocas igualitárias, fazer coisas juntos, ampliando as possibilidades de atividades e a circulação deles na cidade. Essas amizades podem se estender para fora do CAPS, não dependendo desse espaço para existir (Salles, Barros, 2013; Salles, Barros, 2013a).

Além das amizades entre os usuários do serviço, os estudos evidenciam o vínculo constituído com os profissionais e a equipe técnica do CAPS como sendo um fator importante na constituição da rede social deles. As pessoas com transtornos mentais e as de sua rede social relataram que são cuidados pelos profissionais do CAPS, com as quais eles podem confiar e contar (Salles, Barros, 2013).

Para Saraceno (2001), o processo de reabilitação é um processo de restituição do poder contratual do usuário e que apresenta variáveis relacionadas ao usuário, a sua família, ao serviço que presta assistência e a comunidade. O principal aspecto que muda de um contexto para o outro é a passagem da lógica manicomial para a lógica da inclusão. Na lógica da inclusão, a comunidade é um recurso a ser utilizado pelas equipes de saúde.

As instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, rede de lugares, recursos, oportunidades é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido de contratualidade e bem-estar (Saraceno, 2001, p. 103).

A Reabilitação Psicossocial é um processo composto por um conjunto de estratégias com a finalidade de aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. Para tanto, são três os grandes cenários em que se deve aumentar a capacidade contratual das pessoas: a rede social, o habitar e o trabalho. Nessa perspectiva, compreende-se que a rede social é o lugar das trocas sociais, o habitat é mais do que simplesmente morar, compreendido como o estar em uma casa, é apropriar-se dos espaços que habita, e o trabalho é o espaço de produção de sentidos e de valores subjetivos de troca (Saraceno, 1999, 2001).

O CAPS foi frisado nos discursos como facilitador da constituição das redes sociais, local de encontro, de realizar atividades e de trocas com outras pessoas. É um espaço aberto, onde alguns pressupostos da sociedade, que determinam a discriminação em relação a doença mental, estão diminuídos, portanto é um local onde a constituição de relacionamentos pode acontecer (Salles, Barros 2013b).

Os estudos também revelaram experiências de participação das pessoas com transtornos mentais em organizações não-governamentais, a qual ajuda a melhorar interação destas com os outros e a ampliar a sua rede social. Ao participar destas ONGs e associações os usuários, os familiares e os profissionais de saúde mental criam a possibilidade de integração com a comunidade, conquistam espaço para agir conforme suas necessidades, assumindo uma postura ativa, além de poder exercer sua cidadania (Salles, Barros, 2013).

Constatou-se também que a participação em Organizações Não Governamentais (ONGs) e associações tem ajudado as pessoas com transtornos mentais a melhorar a sua interação com os outros e a ampliar a sua rede social. No atual contexto social brasileiro, as ONGs formadas a partir da iniciativa de usuários e familiares podem constituir um elemento essencial de estratégia mais ampla de articulação política, de inovação e de melhoria do potencial da sociedade para lidar com a diversidade e a complexidade das necessidades por serviços sociais de saúde e de saúde mental (Salles, Barros 2013b).

No entanto, atualmente o retrocesso que vem golpeando a saúde mental brasileira atinge diretamente as redes sociais dos usuários por priorizar internações ao invés de serviços comunitários, o que afasta do convívio com a sociedade e familiares, estimulando a segregação e exclusão social, e consequentemente o estigma em relação as pessoas com transtorno mental. Fatos que prejudicaram por um longo período a reinserção social e Reabilitação Psicossocial dessas pessoas e que havia uma luta constante para a sua superação estão sendo resgatados.

5.4 TRABALHO COM VALOR SOCIAL

A experiência de possuir trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais como uma vivência de reabilitação psicossocial foi um tema muito discutido nos artigos analisados. A renda foi relatada como possibilidade de inclusão social, não só pelo acesso a bens materiais e atividades, mas pela possibilidade de autonomia e de não depender de outras pessoas para sobreviver. A autonomia financeira é valorizada especialmente pelas pessoas da rede social das pessoas com transtornos mentais que, pela idade avançada ou pelas mudanças na vida, em algum momento não poderão mais ajudar a pessoa com transtorno mental (Salles, Barros, 2013a; Salles, Barros, 2013c).

Rodrigues et al. (2010), em seu estudo, observou que possuir recursos financeiros permite que a pessoa com transtorno mental se sustente e conquiste mais autonomia, o que pode deixar de ser um motivo para conflitos e sobrecarga financeira e levar à inclusão na família, constatando como é importante para as famílias superar o fardo de ter que sustentar seu ente, principalmente, as de baixa renda.

Também se observou a necessidade de possuir dinheiro para adquirir bens e ter a possibilidade efetiva de construir a independência, mas o desejo de que se reconheça a sua capacidade produtiva, seu potencial de estar inserido no mercado (Salles, Barros, 2009), pois as pessoas com transtornos mentais querem ser valorizadas e aumentar suas opções de relacionamentos pessoais; o dinheiro é importante, mas não é o fundamental. Desejam que seus trabalhos sejam reconhecidos pelo que são e não por pena, por ter sido feito por uma pessoa com

transtorno mental, o que, para eles, significa reconhecimento profissional (Monteiro, Loyola, 2009).

No Brasil as pessoas com transtornos mentais ainda apresentam dificuldade em conseguir trabalho por preconceito e estigma. As possibilidades de emprego são garantidas pela Lei de Cotas para Deficientes 8213, Lei 8213/91 que mesmo assim são insuficientes. Neste momento, com os retrocessos da contra-reforma, a lei de cotas que já não era cumprida anteriormente, agora pode estar ameaçada pelo governo priorizar “as maiorias em detrimento das minorias.

Outra questão ressaltada como significativa para o processo de reabilitação psicossocial foi a possibilidade de a pessoa se sentir importante, capaz, alguém que tem poder contratual nas relações de troca, que pode decidir sobre sua própria vida e usufruir as possibilidades oferecidas pelo contexto social. Na construção da cidadania, é importante a participação social e a possibilidade de ter uma vida autônoma (Salles, Barros, 2013a).

Aceitar as diferenças entre as pessoas também foi relatada pelos indivíduos da rede social do usuário como fator importante para promover a reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania. Esta mudança social pode ocorrer como resultado da diminuição do estigma e do preconceito em relação à doença mental. Nesse sentido, deve ser trabalhada a forma de a sociedade lidar com a diferença, construindo um contexto social acolhedor, que permita e facilite a vida e a circulação de todos (Salles, Barros, 2013a, Salles, Barros, 2013b).

Observa-se que as pessoas com transtornos mentais tendem a ser vistas como incompetentes, incapazes de participar da sociedade e tomar suas próprias decisões (Salles, Barros, 2013c). O modelo manicomial, que, durante longo período, foi prevalente na história da psiquiatria, incentivava esta forma de compreender a loucura como algo apenas negativo, ao segregar as pessoas com transtornos mentais da sociedade e declará-los inaptos para a convivência social. Esta forma de tratamento ajudou a criar o imaginário que a pessoa com transtorno mental deve ser temida e excluída.

Para os excluídos devido ao transtorno mental, o trabalho é ainda mais importante na medida em que pode diminuir o isolamento, oferecendo propósito para o dia e uma identidade para o trabalhador (Perkins, Repper, 2003). De acordo com Basaglia (1985, p. 47), a função da instituição psiquiátrica não é tratar o doente, mas “proteger os sãos dos excessos e da periculosidade do louco”, o doente mental é

considerado perigoso para si e para os outros, e as regras dos hospitais psiquiátricos se edificam em função desta periculosidade.

Os relatos nos artigos analisados evidenciam discriminação social em relação às pessoas com transtornos mentais por existir a crença de que essas pessoas são incapazes de trabalhar (Salles, Barros, 2009). Esses relatos corroboram com a literatura que aponta que as pessoas com transtornos mentais sofrem estigma, preconceito e discriminação decorrentes da lógica manicomial na qual - o louco apresenta periculosidade e inadequações, o que, por conseguinte, dificulta a inserção no mercado de trabalho (Nascimento, 2009; Martins, 2009, Jussara, Gofman).

No trabalho de Bürke, Bianchessi (2013), as pessoas com transtornos mentais veem o trabalho como um meio que possibilita interações sociais, evitando que fiquem sozinhas e isoladas em casa, pois esse comportamento, característico do adoecimento mental, dificulta a criação de laços afetivos. Outro sentido importante atribuído pelos usuários ao trabalho, que está em consonância com a equipe do serviço, é de que o trabalho está diretamente ligado a uma produção de autonomia, além de devolver a autoestima, um desejo de participar da sociedade, de estar inserido, de exercer sua cidadania.

Além disso, as pessoas com transtornos mentais do serviço de saúde mental que tem demanda por trabalho, experimenta a exclusão social que se dá, entre outros motivos, por sua marginalidade no processo de produção. Entendendo isto, o conceito de trabalho e geração de renda aparece como forma de promover a reabilitação do usuário e sua reinserção na sociedade, reconquistando seus direitos de consumo, reavendo, assim, parte de seu poder contratual (Barros, Claro, 2011).

As oficinas de trabalho, geração de renda e cooperativas representam trabalhos de valor social, ao trazer a aceitação humana do indivíduo, respeitando a sua subjetividade. Falas versaram também sobre as práticas de inclusão social via desenvolvimento do mercado de trabalho, de modo a não criarem-se “guetos” (Pinho, Souza, Esperidião, 2018).

Nos artigos, os projetos de geração de trabalho e renda desenvolvidos na rede, e as possibilidades para a retomada do poder contratual dos usuários aproximam-se do eixo trabalho-valor social proposto pela Reforma Psiquiátrica. Os profissionais apontam a Economia Solidária (ECOSOL) como forte estratégia para potencializar o resgate do poder contratual dos usuários que, para além de gerar

renda e capacitação por meio do trabalho, constrói espaços de socialização, aprendizagem e cooperação entre os envolvidos. Os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) buscam fortalecer o trabalho como valor social, o qual, desenvolvido de forma solidária, impulsiona a reestruturação da autonomia individual e coletiva, igualmente, estimula o potencial e a superação de limitações decorrentes do processo de adoecimento dos usuários (Nóbrega, Silva, Sena, 2018; Pinho, Souza, Esperidião, 2018; Leão, Barros, 2011).

As cooperativas de trabalho são apontadas por Saraceno (1999) como meios eficientes e necessários para se enfrentar a desvinculação do mercado de trabalho. Constituem uma alternativa valiosa, não apenas para os usuários de serviços de saúde mental, mas também para as demais pessoas em situação de desvantagem social.

Nas cooperativas sociais, o vínculo que se estabelece entre profissionais e usuários nas oficinas é extremamente significativo. Por meio do diálogo, das trocas simbólicas e da análise da realidade sociopolítica e econômica, as pessoas com transtornos mentais ressignificam sua identidade e, conseqüentemente, minimizam o estigma social da doença ao participarem das oficinas de trabalho e das feiras de economia solidária (Volz et al., 2015).

As análises apontam que as pessoas com transtornos mentais têm satisfação em trabalhar nas oficinas geradoras de renda por saberem que, ao final de cada mês, vão receber uma quantia em dinheiro. Além disso, eles não desejam uma renda qualquer, mas uma quantia considerada suficiente para se sentir investido de poder contratual, que o permita participar das trocas sociais, uma vez que, possuir uma fonte de renda pode traduzir mais autonomia (Monteiro, Loyola, 2009).

Também se observou a importância de receber auxílio financeiro devido à doença mental. Uma vez que se tornou difícil a entrada no mercado de trabalho, é essencial outra fonte de renda que garanta as condições mínimas de vida. Nesse sentido, o CAPS tem oferecido apoio aos usuários para que eles tenham os direitos de assistência social garantidos. Sem renda, eles se tornam dependentes financeiramente dos familiares, que, muitas vezes, os consideram uma sobrecarga (Salles, Barros, 2014).

Ademais, consideram que a efetiva reabilitação psicossocial não é a oferecida pelo sistema de assistência social, acham que é uma inclusão social marginalizada.

O auxílio financeiro reafirma a baixa autoestima e o estigma em relação à doença mental e coloca as pessoas com transtornos mentais em uma posição passiva e de não participação (Salles, Barros, 2009, Salles, Barros, 2014).

A aposentadoria por invalidez apresenta uma conotação negativa, pois, além de tirar a oportunidade de trabalhar carrega no nome um sentido de incapacidade, inutilidade e impotência, o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC/LOAS) pode revelar-se insuficiente e até mesmo humilhante. A assistência permanente é um direito de cidadania para pessoas que não podem trabalhar, no entanto a inclusão no mercado faz parte do processo de reabilitação dando o status de cidadão (Salles, Barros, 2009).

Para receber o BPC/LOAS, as pessoas com transtornos mentais são induzidas a assinar o pedido de termo de curatela/tutela. O que se verifica é que, contrariando os objetivos de cidadania, pessoas com transtornos mentais são induzidas a abrir mão de seu direito civil sem saber o que isto representa, através de curatelas e tutelas, para, paradoxalmente, ter acesso a um direito social (Rodrigues et al., 2010). A partir de 2019, com alterações nas leis, ficou ainda mais difícil conseguir um auxílio financeiro.

Além do mais, há o desejo de trabalhar e ter uma boa condição financeira, sem ficar estagnado no desemprego e dependente da assistência social para que a pessoa com transtorno mental se sinta um cidadão inserido socialmente. Em uma sociedade de consumo, aqueles que não possuem poder de compra se sentem excluídos, impossibilitados de participar das trocas sociais e sem as condições materiais mínimas para a sobrevivência. Consequentemente, a limitação financeira dos usuários afeta a sua habilidade de interagir com a sua rede social, enfatizando a imagem de que eles são diferentes e o sentimento de exclusão da sociedade (Salles, Barros, 2009).

A entrada no mercado de trabalho representa um marco para a construção da vida adulta para a constituição de uma rede social, para o reconhecimento de ser alguém capaz. O trabalho é uma forma de conquistar um lugar de integração social, além de ser reconhecido como um meio que possibilita ao ser humano reproduzir a sua vida material (comer, beber, vestir) e social (lazer, convivência e liberdade), tendo em vista que nossa sociedade é considerada uma sociedade de consumo, e a renda permite que se viva com dignidade, independência e acesso às possibilidades oferecidas pelo contexto (Salles, Barros, 2009).

As categorias obtidas após análise dos artigos visitados e a análise do conteúdo de cada categoria permitiram a elaboração de itens da versão preliminar da escala.

5.5 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL SEGUNDO O GRUPO FOCAL

A reabilitação psicossocial se define enquanto conjunto de estratégias designada a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, processo que implica na abertura de espaços de negociação para o usuário, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços envolvidos em seu tratamento. Desta forma, seu conceito pode ser ampliado como processo que permite e estimula a inserção social e o desenvolvimento de potencialidades que, ao longo do convívio com a pessoa com transtorno mental, ficaram encobertas (Saraceno, 2001).

Segundo Ribeiro e Bezerra (2015), o conceito de reabilitação psicossocial deve estar alinhado às práticas exercidas na clínica ampliada. O resgate da cidadania também foi apontado como resultado esperado nas práticas desenvolvidas pelo processo de reabilitação psicossocial. Dessa forma, é preciso compreender que a estratégia de desenvolvimento dos serviços substitutivos passa pela inserção da instituição junto à comunidade e que cabe aos profissionais o papel de interlocutores de seus usuários, de forma temporária, já que devem emprestar o seu poder contratual na medida em que os usuários apresentem dificuldades na interação com o campo social. Porém, o objetivo dessa interlocução é favorecer a habilidade das pessoas com transtorno mental para fazerem essa interação de forma cada vez mais autônoma.

Nos relatos nota-se que o CAPS proporciona um ambiente acolhedor sendo considerado o local de referência que os usuários buscam em momentos de dificuldade, no entanto os processos de reabilitação ainda deixam a desejar pelos profissionais que se restringem ao ambiente do CAPS e realizam poucas interações com outros setores da sociedade.

Assumir uma posição de abertura para experimentar diferentes práticas, aliada à adoção de uma postura crítica permanente, podem ajudar os profissionais a se perceberem como construtores também do processo de Reabilitação e, com isso, ao invés de sentirem-se afastados desse processo, apropriarem-se dele na

construção de uma nova identidade profissional, sendo reabilitadores. No entanto, é preciso zelar para que as condutas da instituição não priorizem apenas intervenções dentro do serviço, mas, sim, estimular a interação com a comunidade, a família, entre outros (Ribeiro, Bezerra, 2015).

Muitas vezes, o que ocorre dentro dos serviços é a institucionalização dos profissionais, que apresentam dificuldade em abandonar o campo da prática institucional conhecida rumo ao desafio de uma prática inovadora. No entanto, para esses profissionais, inseridos nos serviços substitutivos, é necessário e urgente o entendimento de que não é possível a desinstitucionalização de seus usuários sem a presença da instituição na comunidade (Ribeiro, Bezerra, 2015). Isto foi percebido nos discursos dos integrantes do grupo focal que relataram práticas manicomiais dentro dos CAPS.

Segundo Barros et al. (2019), as ações realizadas pelos profissionais da ESF são feitas tanto pelo cuidado individual que ocorre dentro do próprio serviço ou por meio de visitas domiciliares, as quais resultam na construção de vínculo com a pessoa com transtorno mental e seus familiares, evidenciando a presença do modelo de atenção psicossocial.

Divergindo do paradigma adotado pelo SUS referente à atenção psicossocial, existem ações individuais pautadas no paradigma médico centrado/biologicista. Há, ainda, ações que são contrárias às diretrizes do SUS, uma vez que encaminham pessoas do seu território que devem ser assistidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e não, simplesmente, encaminhadas pela Atenção Primária à Atenção Terciária. Pelo contrário, no paradigma da RAS, a Atenção Primária deve estar ciente de todo o percurso de cada usuário dentro da rede.

Desta maneira, notamos que há dificuldade de prestar assistência qualificada às pessoas com transtornos mentais por falta de conhecimento da área de saúde mental. Isso faz com que realizem encaminhamentos para outros serviços e mantenha a lógica do tratamento compartimentalizado, divergindo do que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental.

Os usuários relataram que a participação no mercado de trabalho é um dos elementos centrais para a inclusão social, pois nossa sociedade é considerada uma sociedade de consumo, e a renda permite que se viva com dignidade, independência e acesso às possibilidades oferecidas pelo contexto e também pela possibilidade de autonomia de não depender de outras pessoas para sobreviver.

A autonomia financeira é valorizada especialmente pelas pessoas da rede social dos usuários, que, pela idade avançada ou pelas mudanças na vida, em algum momento não poderão mais ajudar o usuário. Neste sentido, a possibilidade de profissionalização é um aspecto considerado relevante, que retira o usuário da condição de dependência financeira da família ou de pessoas da rede social. (Salles, Barros, 2013).

Observamos que o tema do trabalho figura nas falas como um horizonte, ainda que pouco discutido pela equipe, pois, como podemos observar no trecho que segue, o enfrentamento do estigma do transtorno mental é uma prática de inclusão social anterior ao aspecto do trabalho.

Não é possível fazer a separação indicada na fala – primeiro, enfrentar o estigma e, depois, a inserção no trabalho - visto que os estigmas fortemente relacionados ao transtorno mental são os de improdutividade e incapacidade. Dessa forma, seu enfrentamento, por meio de práticas que contemplem o aspecto do trabalho, é o caminho mais adequado. Nesse sentido, alguns caminhos já foram delineados.

É o que se verifica na obra de Paul Singer (2003), um dos principais autores sobre a Economia Solidária no contexto brasileiro. Contemplamos, em nossa realidade, experiências de geração de renda que são iniciativas bastante concretas e mostram as possibilidades de se intervir no aspecto do trabalho no contexto do tratamento em saúde mental. Nesse sentido, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, juntamente com a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, foi firmada a Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária para a discussão e o enfrentamento dessa questão.

Além disso, a Portaria GM n.º 1.169, em 07/07/2005, prevê um incentivo financeiro para os municípios que tenham projetos de inclusão social vinculados a uma rede de cuidados em saúde mental (Brasil, 2006). As iniciativas são importantes, tendo em vista que o investimento em ações dessa natureza garante novas perspectivas na atenção à saúde mental, efetivando uma abordagem em que o usuário atue como um indivíduo capaz de exercer os seus direitos, dentre os quais o trabalho como um dos aspectos necessários na promoção da inclusão social.

A inclusão social é uma bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e todas as suas proposições e programas buscam efetivar ações com essa finalidade, o que

representa um importante desafio, já que no processo de exclusão social estão imbricados aspectos políticos, econômicos e sociais que não podem ser enfrentados apenas por meio da área da saúde.

Contudo, consideramos que os CAPS apresentam possibilidades para a promoção da inclusão social ao terem, como proposta, a Reabilitação Psicossocial, que preconiza intervenções nos três eixos norteadores: a rede social, a moradia e o trabalho (Leão, Barros, 2011).

A construção de projetos de geração de trabalho e renda por meio da economia solidária é uma oportunidade para a realização de atividades de trabalho que podem ser estratégias para a construção de contratualidades sociais, isto é, atividades em que são disponibilizados recursos materiais e imateriais para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social plena de sujeitos trabalhadores, que podem assim exercer o papel de protagonistas em suas vidas (Santiago, Yasui, 2015).

Uma pesquisa com o objetivo de refletir sobre a importância da inclusão social pelo trabalho no processo de redução do estigma social pela doença observou que as mulheres reconhecidas pelo trabalho desenvolvido nas oficinas, ressignificam sua identidade, elevam sua autoestima e minimizam a estigmatização social pela doença. Para elas, o grupo assume a representação de uma segunda família. Ao verem seu trabalho reconhecido e suas limitações respeitadas, essas mulheres têm sua identidade positivada e seu destino social novamente alterado (Volz et al., 2015).

Em um estudo realizado por Nóbrega Silva e Sena (2018) com o objetivo de descrever as estratégias de Reabilitação Psicossocial conduzidas na Rede de Atenção Psicossocial da região Oeste do município de São Paulo, identificou que os profissionais apontam a Economia Solidária (ECOSOL) como forte estratégia para potencializar o resgate do poder contratual dos usuários, que, para além de gerar renda e capacitação por meio do trabalho, constrói espaços de socialização, aprendizagem e cooperação entre os envolvidos.

A construção de projetos de geração de trabalho e renda por meio da economia solidária é uma oportunidade para a realização de atividades de trabalho que podem ser estratégias para a construção de contratualidades sociais, isto é, atividades em que são disponibilizados recursos materiais e imateriais para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social plena de sujeitos trabalhadores,

que podem assim exercer o papel de protagonistas em suas vidas (Santiago, Yasui, 2015).

Uma pesquisa com o objetivo de refletir sobre a importância da inclusão social pelo trabalho, no processo de redução do estigma social pela doença, observou que as mulheres ao serem reconhecidas pelo trabalho desenvolvido nas oficinas, ressignificam sua identidade, elevam sua autoestima e minimizam a estigmatização social pela doença. Para elas, o grupo assume a representação de uma segunda família. Ao verem seu trabalho reconhecido e suas limitações respeitadas, essas mulheres têm sua identidade positivada e seu destino social novamente alterado (Volz et al, 2015).

5.6 ERPC

O processo da construção da ERPC foi extenso e resultou numa escala com CVCs acima da média necessária. Na etapa de validação de conteúdo 6,2 % dos itens ficaram com nota baixa, 39,8% obtiveram notas um (1) em dois dos domínios e 34,5% dos itens apresentaram nota alta em todos os domínios.

Em relação a Pertinência prática, e Relevância teórica os itens estavam com notas muito boas e o domínio clareza de linguagem foi o único que foi avaliado pelos juízes e feito alterações conforme suas sugestões.

A Clareza de linguagem é uma questão de redação, quando for feito validação de construto outras maneiras de redigir o item pode ser testado em outro momento. Esse processo é muito longo, demanda muita modificação, que precisa estar mergulhada no material e que foi importante não fazer a validade de construto nesse momento pq para fim de doutorado, 4 anos é pouco tempo.

Corroborar-se com os juízes na modificação da escrita dos itens para melhorar a clareza. O item 0: *“Na sua opinião você acha que o CAPS”* alterou-se para *“Na sua opinião o CAPS”*. O item 18: *“Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece”* Um juiz orientou desmembrar e fazer dois itens, um para o usuário e outro para o profissional. *“Você reconhece?”* (no caso dos usuários) *E você acha que os usuários reconhecem?* (no caso do profissional).

Item 35: *“Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade.”* Um juiz sugeriu mudar “auxiliar” para “para

auxiliá-lo” e outro “a sua participação” para “na sua participação”. A sugestão do segundo juiz foi aceita adequando o item. Item 37: *“Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades culturais na comunidade.”* Um juiz não entendeu e escreveu: “promovem atividades culturais?”. Diante disto foi modificado o item para *“Os profissionais promovem ações para ajudá-lo a participar de atividades culturais na comunidade.”*

Item 45: *“Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada”* e item 46: *“Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada”* um juiz orientou descrever o significado de *sociedade civil-organizada* no cabeçalho acima da escala pois tanto alguns usuarios como profissionais podem não entender o significado. Item 89: *“Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece”* um juiz orientou definir quais atividades o item se refere.

Inicialmente seria construída uma mesma versão da escala para ser aplicada em usuarios e profissionais de saúde. Com o decorrer do processo de criação, optou-se por diferenciar a linguagem para se adequar a população alvo. A Autorização foi pedida apenas para ser aplicada em usuários. Para fins de aplicabilidade, mesmo a escala sendo aplicada apenas com os usuários, apresentou resultados satisfatórios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho optou-se por construir uma escala que se adequasse as questões socioculturais do Brasil, as leis e equipamentos disponíveis na rede. Este processo mostrou-se longo, demandando uma imersão do pesquisador nos dados. Realizar os outros processos da validação da escala em outro momento mostra-se positivo, por permitir que o pesquisador consiga corrigir e ter mais maturidade na realização das outras etapas.

O financiamento da CAPES neste momento de ataques à autonomia das universidades, as pesquisas e ensino no Brasil pelo atual governo também foi de extrema importância. Com a ascensão de projetos políticos ultraconservadores do governo federal coloca-se em risco a sobrevivência do Sistema Único de Saúde, assim como a do Estado de bem-estar social que vinha sendo construído nos últimos anos. Os projetos de retorno dos hospícios é apenas o início de toda uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira e que apoia a contrarreforma.

Os ataques à democracia, aos direitos dos cidadãos e ao estado democrático de direito está cada vez mais agressivo. Vive-se um momento perigoso com o crescimento exacerbado de medidas próprias de um Estado de exceção. A democracia vai se esfacelando, conferindo a aparência de um Estado democrático, mas ao invés de melhorar e garantir os direitos, acaba suprimindo – os paulatinamente. É preciso resistir e agir para impedir mais retrocessos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8.

Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Melo Júnior LP, et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009;72(1):85-96.

Amarante, P. Loucos pela vida - A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 120p.

Anastasi A, Urbina S. Testagem Psicológica. 7 ed; Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Andrade APM, Maluf SW. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(1):251-70.

Antonacci MH, Kantorski LP, Guedes AC, Cortez JM. O trabalho no serviço residencial terapêutico: possibilidades na reconstrução de vidas fora dos manicômios. *Rev Fund Care Online*. 2017;9(3):831-9.

Arns P, Rogers ES, Cook J, Mowbray C; IAPSRs Research Committee. The IAPSRs toolkit: development, utility, and relation to other performance measurement systems. *Psychiatr Rehabil J*. 2001 Summer;25(1):43-52.

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. 104 p.

Bajoni A, Barbato A, D'Avanzo B, Muggia E. Family members' assessment of community mental health services: A survey in four Italian regions. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2010 Apr-Jun;19(2):183-8.

Bandeira M, Lima LA, Gonçalves S. Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). *Rev Psiq Clín*. 2003;30(4):121-5.

Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr*. 2000;49(4):105-15.

Bandeira M. Role play scale for assessment of social competence of psychiatric patients - EACS. *Aval Psicol*. 2002;1(2):159-71.

Barbato A, D'Avanzo B, D'Anza V, Montorfano E, Savio M, Corbascio CG. Involvement of users and relatives in mental health service evaluation. *J Nerv Ment Dis*. 2014 Jun;202(6):479-86.

Barreira PJ, Tepper MC, Gold PB, Holley D, Macias C. Social Value of Supported Employment for Psychosocial Program Participants. *Psychiatr Q*. 82(1):69-84.

Barros S, Claro HG. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(3):70.

Barros S, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(Esp):815-9.

Barros S, Pinto AC, Fonseca LM, Floriano L, Santos JC. Inclusão Social: Revisão Integrativa de Estudos de um Grupo de Pesquisa Brasileiro Atas CIAIQ. *Investigación Cualitativa en Salud*. 2017; .

Basaglia F, coordenador. A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Bertolote JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 155-8.

Beyea S, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J*. 1998 Apr;67(4):877-80.

Bond GR, Evans L, Salyers MP, Williams J, Kim HW. Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Ment Health Serv Res*. 2000;2(2):75-87.

Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*. 2012;22(53):423-32.

Botucatu. Tipos de Revisão de Literatura. Biblioteca Professora Paulo de Carvalho Mattos. Faculdade de Ciências Agrônômicas UNESP Campus Botucatu. 2015.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In. Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; MS; 2005.

Brissos S, Palhavã F, Marques JG, Mexia S, Carmo AL, Carvalho M, et al. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jul;47(7):1077-86.

Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.

Bürke KP, Bianchessi DLC. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. *Estud Pesqui Psicol*. 2013;13(3):957-76.

Caçapava JR, Colvero LA, Pereira IMTB. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2009;18(3):446-55.

Caldas AA, Nobre JCA. Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais. *Cadernos UniFOA*. 2012;(20):71-83.

Carvalho JM. Cidadania no Brasil. O longo Caminho. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

Cassepp-Borges V, Balbinotti MA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali L, et al. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 506-20.

Cerquier-Manzini ML. O que é cidadania. São Paulo: Brasiliense; 2010. 78 p.

Chatterjee S, Pillai A, Jain S, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry*. 2009 Nov;195(5):433-9.

Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. Testagem e avaliação psicológica: Introdução a testes e medidas. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009 Jun; 8(2): 75-81.

Cortes HM, Barros S. Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico. *J Nurs Health*. 2017;7(2):148-63.

Cortes JM, Kantorski LP, Barros S, Antonacci MH, Magni CT, Guedes AC. O laço social de indivíduos em sofrimento psíquico: contribuições para a Enfermagem Psiquiátrica. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015.9(4):7322-9.

Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T, Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2012;(7):46-52.

Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 1999;20(1):5-25.

Dallari DA. Direitos humanos e cidadania. São Paulo: Moderna; 1998.

Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental (2004-2013). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2015;24(4):1127-79.

Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development, 1998.

Demarco DA, Jardim VMR, Kantorski LP. Perfil dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: distribuição por tipo de serviço. *Rev Fund Care Online*. 2017;9(3):732-7.

Demo P. Cidadania tutelada e cidadania assistida. São Paulo: Autores Associados; 1995.

Detomini VC, Bellenzani R. Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2015;23(3):661-72.

DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 4 ed. Newbury Park CA: Sage Publications; 2017.

Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.

Figueiredo PP, Amestoy SC, Milbrath VM, Vaz MRC, Kerber NPC. A saúde sob a perspectiva da cidadania. *REME*. 2009;13(2):283-7.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cienc Saude Colet.* 2000;5(1):33-8.

Fonseca LM, Galera SAF. Expressions used by family members to share experiences of living with mental illness. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):61-7.

Furr RM, Bacharach R. *Psychometrics: An Introduction*. 2nd ed. London: Sage Publications; 2014.

Furr RM. *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. London: Sage Publications; 2011.

Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Goldberg J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá; 1994.

Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma WG. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Serv Res.* 2005;21;5(1):16.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada dos dados*. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688 p.

Hamer HP, Finlayson M, Warren H. Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *Int J Ment Health Nurs.* 2014;23(3):203-11.

Hamer HP, Finlayson M. The rights and responsibilities of citizenship for service users: some terms and conditions apply. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22:698-705.

Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Cienc Saude Colet.* 2009;14(1):165-71.

Hirdes, A. *Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001.

Huxley P, Evans S, Madge S, Webber M, Burchardt T, McDaid D, et al. Development of a social inclusion index to capture subjective and objective life domains (Phase II): Psychometric Development Study. *Health Technol Assess.* 2012;16(1):1-241.

Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *Br J Psychiatry.* 2003;182:289-90.

Kantorski LP. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2007;3(1):1-14.

Kinoshita R T. O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas [Tese] – Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. BMJ. 1995;29;311(7000):299-302.

Kloos B, Townley G. Investigating the Relationship Between Neighborhood experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness. Adm Policy Ment Health. 2011;38(2):105-16.

Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(4):415-22.

Lage LV, Levy RA, Ciconelli RM. Instrumentos de avaliação em reumatologia: importância de sua tradução e validação para nosso idioma. Rev Bras Reumatol. 2006;46(4):237.

Leão A, Barros S. Social inclusion and exclusion: the social representations of mental health professionals. Interface - Comunic, Saúde Educ. 2011;15(36):137-52.

Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira Saude Soc. 2012;21(3):572-86.

Lima LA, Gonçalves S, Lovisi G, Pereira BB. Validação transcultural da Escala de Avaliação de Limitações no Comportamento Social - SBS-BR. Rev Psiquiatr Clín. 2003;30(4):126-38.

Lucchese R, Barros S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007;9:976-805.

Lucchese R. A Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática da enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Marshall T. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.

Martins RCA. Cooperativas sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção [dissertação]. Brasília: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília; 2009.

Matsumoto LSO, Barros S, Cortes JM. Moradores de um serviço residencial terapêutico: as histórias que imprimem um perfil. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(Supl. 5):4198-207.

Messick S. Validity. In: Linn RL, editor. *Educational measurement*. 3rd ed. New York: Macmillan; 1989. p.13-103.

Mezzina R, Borg M, Marin I, Davidson L. From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2006;9(1):39-61.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Miranda L, Onocko-Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1153-62.

Monteiro RL, Loyola CMD. Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(3):436-42.

Mota TD, Barros S. Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(2):220-6

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2009;43(Supl.1):8-15.

Nascimento MA. Erving Goffman, as interações no cotidiano escolar, desvendando o estigma dentro da inclusão escolar [dissertação]. São Bernardo do Campo: Faculdade de Humanidades e Direito, Universidade Metodista de São Paulo; 2009.

Nóbrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR. Psychosocial rehabilitation in the west network of the municipality of São Paulo: potentialities and challenges. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0231

Nunes CHSS, Primi R. Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia. *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP; 2010. p.101-27.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):1053-62.

Pais-Ribeiro J. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*. 1999;3(17):547-58.

Pais-Ribeiro J. Escala de satisfação com o suporte social. Lisboa: Placebo; 2011.

Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):206-13.

Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e Educação*. Porto Alegre: Vozes; 2013.

Perron A, Rudge T, Holmes D. Citizen minds, citizen bodies: the citizenship experience and the government of mentally ill persons *Nursing Philosophy*. *Nurs Philos*. 2010;11(2):100-11.

Pichon Riviére E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 1983.

Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(1):141-52.

Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001

Pitta AMF. Human rights in Psychosocial Care Centers of Northeast Brazil: an evaluative study with reference to the WHO QualityRights. *Saúde Debate*. 2015;39(106):760-71.

Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669 p.

Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(1):253-271.

Ramos AC, Calais SL, Zotesso MC. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. *Contextos Clínic*. 2019;12(1):282-302.

Ribeiro CC, Silva NG, Oliveira AGB. O projeto terapêutico nos CAPSs de Mato Grosso: uma análise documental. *Cienc, Cuid Saude*. 2009;8(3):393-402.

Ribeiro M, Bezerra W. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015;26(3): 301-8.

Rogers A, Pilgrim D. Service users' views of psychiatric treatments. *Social Health Illn.* 1993;15:612-31.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 61-4.

Roth D, Crane-Ross D. Impact of services met needs, and service empowerment on consumer outcomes. *Ment Health Serv Res.* 2002;4(1):43-56.

Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104.

Salles MM, Barros S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imagário (USP)*. 2006;1:397-418.

Salles MM, Barros S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(4):1275-92.

Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Cienc Saude Colet.* 2013a;18(7):2129-38.

Salles MM, Barros S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2011;21(2).

Salles MM, Barros S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saude Soc.* 2013c;22(4):1059-71.

Salles MM, Barros S. The effect of mental illness on the activity of daily living: a challenge for mental health care. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):11-16.

Salles MM, Barros S. The social exclusion/inclusion of users of a psychosocial care center in everyday life. *Text Context Nursing.* 2013b;22(3):704-12.

Salles MM, Barros S. Trabalho e Renda: desafios para inclusão social do doente mental. *Rev Paul Enferm.* 2009;28(2):71-6.

Salles MM. Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Santos BS. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós modernidade*. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2010.

Santos IMM, Barros S, Santos JC. Cultural projects in psychosocial care centers: a challenge toward citizenship. *Cad Bras Saude Ment*. 2016;8(20):118-41.

Santos JC. A adaptação cultural e a validação da escala Social and Community Opportunities Profile (SCOPE). [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Santos JC. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2013.

Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011;22(2):93-101.

Saraceno B. A concepção da reabilitação como referencial para as investigações terapêuticas em saúde mental. *Rev Terapia Ocup USP*, 1998;9(1):26-31.

Saraceno B. Libertando identidades da Reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Basaglia. 2001. 178p.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 150-4.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindan JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2009;1(1):1-15.

Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice*. 1 ed. London: SAGE Publications, Ltd, 2012.

Schröder A, Larsson BW, Ahlström G. Quality in psychiatric care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences. *Int J Health Care Qual Assur*. 2007;20(2-3):141-60.

Silva NG. A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial: validação da versão brasileira do instrumento Quality in Psychiatric Care – Outpatients (QPC-OP) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.

Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. 432 p.

Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Van Hees S, Horstman K, Jansen M, Ruwaard D. Conflicting notions of citizenship in old age: An analysis of an activation practice. J Aging Stud. 2015;35:178-89.

Vandekinderen C, Roets G, Roose R, Van Hove G. Reconceptualizing Underlying Assumptions of Citizenship and Interrelated Notions of Care and Support. The Scientific World Journal 2012(7):496579

Ventura CAA, Brito ES. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. Rev Rene. 2012;13(4):744-54.

Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviço de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Texto Contexto Enferm. 2004;13(4):593-8.

Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nurs Res. 2005;54(1):56-62.

WHO - World Health Organization. Geneva: WHO; 1987.

WHO - World Health Organization. Health Programme Evaluation: guiding principles for its application in the managerial process for national health development. Geneva: WHO; 1981.

WHO - World Health Organization. Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: WHO; 2012.

WHO - World Health Organization. The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.

Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. West J Nurs Res. 2003;25(5):508-18.

Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatr Serv. 2008;59(12):1437-42.

Yin RK. Qualitative Research from Star to Finish. New York: The Guilford Press, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO GRUPO FOCAL

Será realizado uma explanação aos participantes sobre o método adotado e a importância de colaboração deles para a execução da atividade além de uma breve explanação sobre a pesquisa, informando seu objetivo e explicando como se dará a atividade.

Objetivo:

Estão sendo desenvolvidas ações de reabilitação psicossocial para cidadania nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais?

Desenvolvimento do grupo focal: organização e composição do ambiente

A escolha do local de realização das sessões do Grupo Focal (GF) tem fundamental importância na adesão dos participantes e sucesso dos encontros. Portanto, é preciso estabelecer um ambiente propício às interações, que deve isolar ou diminuir interferências visuais e auditivas. Nesse sentido, foi escolhido um local adequado de fácil acesso a todos os participantes envolvidos, sendo uma sala na sede da Associação Vida em Ação.

Diante disso, a escolha do espaço físico é de suma importância para proporcionar acolhimento para as sessões em grupo. Nessa perspectiva, para acolher os participantes, antes das atividades que serão realizadas com os grupos focais, será utilizado o recurso da música ambiente.

Para a aplicação da técnica de GF, os participantes podem ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval ou mesmo as cadeiras disponibilizadas em forma circular (TRAD, 2009). Neste estudo, a distribuição dos participantes nas salas será em formato de círculo a fim de favorecer a interação entre eles, sendo que essa distribuição promove um bom contato visual entre os participantes e a interação face a face.

Na realização de grupos focais, além dos participantes, outros elementos devem compor o encontro; a literatura revela a necessidade da presença de um moderador, podendo ser o próprio pesquisador ou outro profissional, capaz de coordenar o grupo com segurança, passando confiança e empatia para atingir os objetivos da pesquisa, sem criar conflitos; também é necessária a presença de um observador, para registrar as informações subjetivas dos participantes em um diário de campo (GATTI, 2005).

Neste estudo, o moderador será representado pela pesquisadora, sendo que esta coordenará os grupos com as questões norteadoras e a observadora será representada por outra pesquisadora/doutoranda de enfermagem, auxiliando em todos os momentos do grupo focal, porém, sem interferir na moderação dos questionamentos proferidos pelos participantes.

Para cada GF realizado será utilizado de dois a três gravadores com capacidade de gravação para 12 horas. Os gravadores serão distribuídos em uma mesa localizada no centro da sala de modo a captar todas as falas dos participantes sem interferências. Pelas características dos participantes foi feita a opção somente pelos gravadores, por se acreditar que recursos de filmagem pudessem interferir na espontaneidade dos participantes ou mesmo expor a constrangimentos.

As sessões serão organizadas com as seguintes atividades: preparação, apresentação, desenvolvimento e encerramento. A preparação será composta pela apresentação dos participantes, breve introdução do tema, apresentação dos objetivos do trabalho, bem como da técnica de GF e dos aspectos éticos

. O desenvolvimento será orientado pelas questões norteadoras da pesquisa com aproximadamente 50 minutos.

Questões Norteadoras:

- 1) Quais ações vocês acham que o Caps realiza para que ocorra a Reabilitação Psicossocial dos usuários?
- 2) Quais ações vocês acham que o Caps realiza para que a cidadania dos usuários seja respeitada?
- 3) Quais ações vocês acham que o Caps realiza para que os usuários reconquistem os direitos que foram perdidos?
- 4) O que vocês acham sobre o espaço que os usuários do Caps conquistaram em relação as redes sociais?

- 5) O que vocês acham sobre o espaço que os usuários do Caps conquistaram em relação a trabalho e moradia? (Possuem trabalho formal/informal, economia solidaria)
- 6) Vocês acham que os usuários têm poder de decisão em relação às suas vidas?

No encerramento dos grupos o moderador, realizará síntese do trabalho do grupo e fará esclarecimentos a respeito de questões abordadas pelo grupo na perspectiva ética. Após cada reunião será elaborado relatórios com as informações e impressões obtidas no GF e suas implicações para o estudo e no início de cada grupo será dado uma devolutiva aos participantes sobre o grupo anterior.

Referencias:

7. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. V.19 n. 3. Pag.777-96. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000300013
8. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro; 2005. 75p.

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: 55 (11) 3061 7533 - Email: spgee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: 55 (16) 3602 3394 - Email: spg@eerp.usp.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo, 25 de maio de 2018.

À Associação Vida em Ação

Venho por meio, desta solicitar autorização para que minha orientanda, **Lais Mariana da Fonseca**, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem EE/EERP – USP, possa realizar a pesquisa intitulada “**Construção de uma escala de Reabilitação Psicossocial para cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS**”, sob minha coordenação.

O referido projeto de pesquisa tem como objetivo “elaborar uma escala psicométrica de avaliação de ações que promovem a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial”.

Salientamos que a sua unidade deve estar ciente e apresentar anuência quanto a realização da pesquisa, dando suporte na identificação dos participantes, bem como em prestar apoio técnico, se este se fizer necessário, no momento das coletas de dados. Para tanto, solicitamos a assinatura do representante legal desta instituição.

Agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

Profª Drª Sônia Barros
Professora Sênior da Escola de Enfermagem – USP
Fones: (19) 98181-0445 (Lais) e (11) 3061-7601
E-mail: lais.fonseca@usp.br; sobarros@usp.br

Ciente e de acordo:

Anna Luiza Monteiro de Barros

Presidente da Associação Vida em Ação

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Grupo Focal

Convido você a participar da pesquisa “Construção de uma escala sobre o processo de Reabilitação Psicossocial em cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS”, que objetiva elaborar um instrumento de avaliação de ações que promovem a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Esta pesquisa é de responsabilidade de Laís Mariana da Fonseca, aluna do Programa De Doutorado Interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof^a Dr^a Sônia Barros.

Se você aceitar participar da pesquisa, você participará de grupo focal em local e ambiente adequado e a sua contribuição se dará por meio da participação do grupo focal, para avaliar as ações de reabilitação psicossocial para cidadania nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais e os dados irão auxiliar na construção do instrumento. Os 2 grupos que ocorrerão, deverão ter a duração média de 50 minutos. Haverá a participação de uma segunda pesquisadora que assumirá o papel de observadora/mediadora do grupo. As falas dos participantes do grupo focal serão gravadas, transcritas e, posteriormente analisadas.

Benefícios: colaborar na criação de uma escala com critérios confiáveis para avaliar as ações de reabilitação psicossocial para cidadania nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais, que poderá ser utilizada por outros CAPS.

Riscos: Se em algum momento a entrevista trazer algum desconforto ou constrangimento devido ao tema proposto, poderemos interromper a entrevista imediatamente. Você poderá deixar de responder perguntas, as quais não se sinta confortável e deixar de participar desta atividade ou do estudo, sem prejuízo algum, a qualquer momento. Caso a pesquisa lhe trazer danos, você receberá indenização. Como participante de pesquisa não haverá valor a ser pago, nem receberá qualquer benefício, e você não terá despesas com esta pesquisa.

Estou disponível para esclarecer qualquer aspecto relacionado à pesquisa, a fim de eliminar possíveis dúvidas. Uma via deste TCLE ficará com você e a outra com o pesquisador (vias rubricadas). Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A missão do Comitê de

Ética e Pesquisa (CEP): “O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

Assinatura do participante/representante legal: _____

Assinatura do pesquisador: _____

São Paulo, ____ de _____, de _____

Pesquisador: Laís Mariana da Fonseca. Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. Celular: (19) 98181-0445 e-mail: lais.fonseca@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858, e-mail – cepee@usp.br.

Contato do CEP/SMS para eventuais dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: Rua General Jardim, 36, 8º andar. Telefone – (11) 33972464, email: smscep@gmail.com.

APÊNDICE D - ESCALA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CIDADANIA (ERPC)

Instruções:

Sempre que o termo **profissional** for citado refere-se aos profissionais de saúde que atuam no CAPS

Acolhimento: espaço para escuta qualificada do usuário

Oficina: espaços que proporcionam trocas

Grupo: lugar de apoio

UBS: Unidade Básica de Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

PTS: Projeto Terapêutico Singular

Matriciamento: a equipe da saúde mental oferece suporte às equipes de UBS/ESF

CECCO: Centro de Convivência e Cooperativa – espaço de convivência da pessoa com transtorno mental e a comunidade

Atividades: é tudo aqui que o CAPS realiza para a Reabilitação Psicossocial e Cidadania

Rede Social: dimensão da Reabilitação Psicossocial que se refere a família, vizinhos, amigos

Movimentos da sociedade civil-organizada: **organizações políticas, associações, movimentos sociais, organizações não governamentais**

Habitar:

16. Avalie os itens, com as notas

Indique o grau em que você acha que os itens a seguir refletem a sua opinião:

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente

Tempo estimado para a resposta:

Na sua opinião você acha que o CAPS:	1	2	3	4	5
1.Realiza acolhimento					
2.Realiza grupos					
3.Realiza oficinas					
4.Realiza assembleias					
5.Realiza visitas domiciliares					
6.Realiza matriciamento					
7.Realiza parceria com UBS/ESF					
8.Realiza parceria com Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)					
9.Realiza o Projeto Terapêutico Singular					
10.Realiza o Projeto Terapêutico Singular, junto aos usuários					
11.Avalia o Projeto Terapêutico Singular regularmente					
12.Reformula o Projeto Terapêutico singular regularmente					
13.Reformula o Projeto Terapêutico Singular junto aos usuários					
14.Possibilita que os usuários escolham as atividades que desejam participar					
15. Oferece opções de tratamento individual					
16. Oferece opções de tratamento em grupo					
17. Possibilita que os usuários participem da organização das atividades					
18. Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece					
Na sua opinião:	1	2	3	4	5
19. Você reconhece a importância das atividades que o CAPS oferece					
20. Você está satisfeito com as atividades que o CAPS oferece					
21. Você reconhece a importância do tratamento que o CAPS oferece					
22. Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS oferece					

23. Você reconhece a importância o seu Projeto Terapêutico Singular					
24. Você está satisfeito com o seu Projeto Terapêutico Singular					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos USUÁRIOS					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião	1	2	3	4	5
25. Os profissionais incentivam os usuários a procurarem moradia					
26. Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso à moradia adequada às suas necessidades					
27. Os profissionais consideram a preferência do usuário na busca de moradia					
28. Os profissionais dão apoio os usuários na manutenção de sua moradia					
29. Você está satisfeito com o incentivo que os profissionais oferecem para moradia					
30. Você entende que a moradia é fundamental para a sua qualidade de vida					
31. Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que você vive					
32. Você considera que habita o local onde você vive					
33. Você entende que tem direito a ter uma casa					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
34. Os profissionais o incentivam a participar de atividades sociais na comunidade					
35. Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade					
36. Os profissionais o incentivam a participar de atividades culturais na comunidade					
37. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades culturais na comunidade					
38. Os profissionais o incentivam a participar de atividades religiosas na comunidade					
39. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades religiosas na comunidade					
40. Os profissionais o incentivam a participar de atividades de lazer na comunidade					
41. Os profissionais promovem ações para auxiliar na sua participação em atividades de lazer na comunidade					
42. Você acha que os profissionais têm conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
43. Os profissionais o incentivam a participar de atividades da sociedade civil -organizada					
44. Os profissionais promovem ações que o ajudam o ter acesso em atividades da sociedade civil -organizada					
45. Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem no seu acesso às atividades da sociedade civil -organizada					
46. Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem no seu acesso às atividades da sociedade civil -organizada					
47. Você acha que os profissionais o incentivam a se relacionar com sua rede social					
48. Você acha que os profissionais promovem ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais					
49. Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem a você na construção de sua rede social					
50. Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem na construção de sua rede social					
51. Você entende que a família é uma das estruturas que fazem parte da sua rede social					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
52. Os profissionais o ajudam a ter acesso ao trabalho					
53. Os profissionais promovem ações que o ajudam a conquistar o trabalho					
54. Os profissionais o incentivam a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
55. Os profissionais promovem ações que o ajudam a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
56. Os profissionais lhe informam sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
57. Você reconhece o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho					
58. Você está satisfeito com o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação a trabalho					
59. Os profissionais lhe ajudaram na conquista do direito de obtenção de benefícios/aposentadoria					
60. Os profissionais fornecem lhe informações sobre oportunidades de educação na comunidade.					
61. Os profissionais o incentivam a frequentar a escola, quando há o desejo de estudar					
62. Os profissionais promovem ações que o ajudam no acesso à escola					
63. Você reconhece o apoio que os profissionais oferecem para a sua educação					
64. Você está satisfeito com o apoio que os profissionais lhe oferecem para a educação					
65. Você entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho					
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	1	2	3	4	5
66. Os profissionais o estimulam a exercer a sua cidadania pelo voto					
67. Você acha que as suas conquistas são reconhecidas pelos profissionais					
68. Você acha que os profissionais entendem a importância de garantir que seus direitos sejam respeitados					
69. Você acha que os profissionais entendem a importância da necessidade de restituir os seus direitos, quando eles não são respeitados					
70. Você acha que os profissionais entendem que é seu dever trabalhar para a sua reinserção social					
71. Você acha que os profissionais acreditam que você pode fazer as suas próprias escolhas de vida					
72. Você acha que os profissionais acreditam que você pode ter autonomia em sua vida					
73. Você acha que os profissionais o reconhecem como cidadão					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos PROFISSIONAIS					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5

74. O CAPS incentiva os usuários a procurarem moradia					
75. O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso a moradia adequada às suas necessidades.					
76. O CAPS considera a preferência do usuário na busca de moradia					
77. O CAPS dá apoio aos usuários na manutenção de sua moradia					
78. Você acha que os usuários estão satisfeitos com o incentivo que os profissionais oferecem para a moradia					
79. Você entende que a moradia é fundamental para a qualidade de vida do usuário					
80. Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que se vive					
81. Você considera que o usuário habita o local onde vive					
82. Você acha que o usuário entende que ter casa é um direito					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
83. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades sociais na comunidade					
84. O CAPS promove ações para auxiliar a na participação do usuário em atividades sociais na comunidade					
85. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades culturais na comunidade					
86. O CAPS promove ações para auxiliar na participação do usuário em atividades culturais na comunidade					
87. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades religiosas na comunidade					
88. O CAPS promove ações para auxiliar o usuário a participar de atividades religiosas na comunidade					
89. O CAPS incentiva o usuário a participar de atividades de lazer na comunidade					
90. O CAPS promove ações para auxiliar o a participação do usuário em atividades de lazer na comunidade					
91. Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
92. O CAPS incentiva a participação de usuários em atividades da sociedade civil -organizada					
93. O CAPS promove ações que ajudam o usuário a ter acesso nas atividades da sociedade civil -organizada					
94. O CAPS incentiva o usuário a se relacionar com sua rede social					
95. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
96. O CAPS ajuda os usuários no acesso ao trabalho					
97. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na conquista do trabalho					
98. O CAPS incentiva os usuários a participarem de projetos de geração de trabalho e renda					
99. O CAPS promove ações que ajudam os usuários na participação de projetos de geração de trabalho e renda					
100. O CAPS informa os usuários sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
101. O CAPS ajuda os usuários na conquista do direito de obtenção de benefícios/aposentadoria					
102. O CAPS fornece informações aos usuários sobre oportunidades de educação na comunidade					
103. O CAPS incentiva o usuário a frequentar a escola, quando há o desejo de estudar					
104. O CAPS promove ações que ajudam o usuário a ter acesso à escola					
105. O CAPS entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho					
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	1	2	3	4	5
106. O CAPS estimula o usuário a exercer a sua cidadania pelo voto					
107. O CAPS reconhece as conquistas dos usuários					
108. O CAPS entende a importância de garantir que os direitos dos usuários sejam respeitados					
109. O CAPS entende a importância da necessidade de restituir os direitos dos usuários, quando eles não são respeitados					
110. O CAPS entende que é seu dever trabalhar para a reinserção social dos usuários					
111. O CAPS acredita que o usuário pode fazer as suas próprias escolhas de vida					
112. O CAPS acredita que os usuários podem ter autonomia em sua vida					
113. O CAPS reconhece os usuários como cidadãos					

APÊNDICE E - ESCALA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CIDADANIA (ERPC)

Indique o grau em que você acha que os itens a seguir refletem a sua opinião:

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente

Na sua opinião você acha que o CAPS:	1	2	3	4	5
1.Realiza acolhimento					
2.Realiza grupos					
3.Realiza oficinas					
4.Realiza assembleias					
5.Realiza visitas domiciliares					
6.Realiza matriciamento					
7.Realiza parceria com UBS/ESF					
8.Realiza parceria com Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)					
9.Realiza o Projeto Terapêutico Singular					
10.Realiza o Projeto Terapêutico Singular, junto ao usuário					
11.Avalia o Projeto Terapêutico Singular regularmente					
12.Reformula o Projeto Terapêutico singular regularmente, após avaliação					
13.Reformula o Projeto Terapêutico Singular junto ao usuário					
14.Possibilita que os usuários escolham as atividades que desejam participar					
15. Oferece opções de tratamento individual					
16. Oferece opções de tratamento em grupo					
17. Possibilita que os usuários participem da organização das atividades					
18. Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos USUÁRIOS					
Na sua opinião:	1	2	3	4	5
19. Você reconhece a importância do tratamento que o CAPS oferece					
20. Você está satisfeito com o seu Projeto Terapêutico Singular					
21. Você está satisfeito com as atividades que o CAPS oferece					
22. Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS oferece					
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos PROFISSIONAIS					
Na sua opinião:	1	2	3	4	5
23. Você acha que os usuários reconhecem a importância o tratamento que o CAPS oferece					
23. Você acha que os usuários estão satisfeitos com o tratamento que o CAPS oferece					
23. Você acha que os usuários reconhecem a importância das atividades que o CAPS oferece					
23. Você acha que os usuários estão satisfeitos com as atividades que o CAPS oferece					
26. Você acha que os usuários estão satisfeitos com o tratamento que o CAPS oferece					
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:					
Os próximos itens devem ser respondidos APENAS pelos USUÁRIOS	1	2	3	4	5
23. Os profissionais ajudam os usuários a ter acesso a moradia adequada as suas necessidades					
24. Os profissionais ajudam os usuários a procurar moradia					
25. Os profissionais apoiam os usuários na manutenção de uma moradia					
27. Os profissionais promovem ações que ajudam os usuários a ter uma moradia					
28.					
29. Os usuários estão satisfeitos com o incentivo que o CAPS oferece para moradia					
30. Os profissionais e usuários entendem que a moradia é fundamental para a qualidade de vida do indivíduo					
31. Os profissionais e usuários entendem que o conceito morar abrange a noção de criação de lugares onde se experimentam a liberdade					

32. Os profissionais e usuários entendem que a casa como propriedade é direito do indivíduo					
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial	1	2	3	4	5
33. Os profissionais incentivam os usuários a participar na comunidade de atividades sociais					
34. Os profissionais incentivam os usuários a participar na comunidade de atividades culturais					
35. Os profissionais incentivam os usuários a participar na comunidade de atividades religiosas					
36. Os profissionais incentivam os usuários a participar na comunidade de atividades de lazer					
37. Os profissionais promovem ações para auxiliar na participação dos usuários nas atividades sociais					
38. Os profissionais promovem ações para auxiliar na participação dos usuários nas atividades culturais					
39. Os profissionais promovem ações para auxiliar na participação dos usuários nas atividades religiosas					
40. Os profissionais promovem ações para auxiliar na participação dos usuários nas atividades de lazer					
41. Os profissionais têm conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece					
42. Os profissionais incentivam os usuários a participar de atividades da sociedade civil -organizada					
43. Os profissionais promovem ações que ajudam os usuários a ter acesso a atividades da sociedade civil -organizada					
44. Os usuários reconhecem o auxílio que os profissionais oferecem no acesso as atividades da sociedade civil -organizada					
45. Os usuários estão satisfeitos com o auxílio que os profissionais oferecem no acesso as atividades da sociedade civil -organizada					
46. Os profissionais emprestam poder contratual, quando não há, aos usuários para que possam realizar trocas afetivas					
47. Os profissionais incentivam os usuários a se relacionarem com sua rede social					
48. Os profissionais promovem ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais					
49. Os usuários reconhecem o auxílio que os profissionais oferecem na construção de sua rede social					
50. Os usuários estão satisfeitos com o auxílio que os profissionais oferecem na construção de sua rede social					
51. Os profissionais e usuários entendem que este eixo está relacionado à um lugar social onde há trocas					
52. Os profissionais e usuários entendem que a família é um aliado na construção da rede social					
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	1	2	3	4	5
53. Os profissionais emprestam poder contratual, quando não há, aos usuários para que possam realizar trocas materiais					
54. Os profissionais ajudam os usuários no acesso a trabalho					
55. Os profissionais promovem ações que ajudam os usuários a conquistar trabalho					
56. Os profissionais incentivam os usuários a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
57. Os profissionais promovem ações que ajudam os usuários a participar de projetos de geração de trabalho e renda					
58. Os profissionais fornecem aos usuários informações sobre oportunidades de trabalho na comunidade					
59. Os usuários reconhecem o incentivo que o CAPS oferece em relação a trabalho					
60. Os usuários estão satisfeitos com o incentivo que o CAPS oferece em relação a trabalho					
61. Os usuários que recebem benefícios ou aposentadoria tiveram ajuda dos profissionais para realizar a conquista desse direito					

62. Os profissionais fornecem aos usuários informações sobre oportunidades de educação na comunidade.					
63. Os profissionais incentivam os usuários que desejem estudar a frequentarem escola					
64. Os profissionais promovem ações que ajudam os usuários no acesso à escola					
65. Os usuários reconhecem o apoio que o CAPS oferece para a educação					
66. Os usuários estão satisfeitos com o apoio que o CAPS oferece para a educação					
67. Os profissionais e usuários entendem que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial					
Em relação à CIDADANIA na sua opinião:	1	2	3	4	5
68. Os profissionais têm conhecimento sobre a disponibilidade de recursos que a comunidade oferece para promover a cidadania dos usuários					
69. O CAPS ajuda ativamente os usuários a ter acesso a recursos na comunidade que promovam a cidadania					
70. Os profissionais do CAPS estimulam verbalmente os usuários a exercer sua cidadania pelo voto.					
71. As conquistas realizadas pelos usuários são reconhecidas pelos profissionais					
72. Os profissionais entendem a importância da necessidade de restituir direitos, quando eles não são respeitados					
73. Os profissionais entendem que seu dever é trabalhar para a reinserção social do indivíduo					
74. Os profissionais acreditam que os usuários podem fazer suas próprias escolhas de vida.					
75. Os profissionais acreditam que os usuários podem ter autonomia em suas vidas					
76. Os profissionais reconhecem os usuários como cidadãos					

APÊNDICE F – CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CIDADANIA DESENVOLVIDO COM PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CAPS

No Brasil a partir da década de 90, realça-se a proposta de assistência centrada na reabilitação, autonomia e melhora da qualidade de vida das pessoas com doença mental junto à sociedade (AMARANTE, 2007). Em 2001, a Lei Federal 10.216 consolidou o movimento da reforma psiquiátrica ao redirecionar a assistência em saúde mental, tornando-se um marco legal da reforma psiquiátrica brasileira. Dentre estes serviços de saúde, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles são os dispositivos estratégicos da Política brasileira de saúde mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2004). Estes dispositivos têm como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtorno mental severo e persistente, residentes em sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico, e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. No contexto assistencial, o enfoque se desloca da exclusão, centrando-se na reabilitação psicossocial. Os serviços como os CAPS passam a ser representativos da Reabilitação Psicossocial quando possibilitam ao sujeito oportunidade de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, através da integração às atividades do projeto terapêutico, com o intuito de estimular a autonomia, resgatar sua cidadania e inseri-lo à sociedade. Eles são os dispositivos estratégicos da Política Brasileira de Saúde Mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2004; SALLES, 2011; SANTOS, 2013). Na década de 90, no Brasil, buscou-se avaliar os serviços substitutivos de saúde mental com o intuito de assegurar a melhor assistência aos usuários destes serviços e para assegurar que o que foi proposto na lei estava sendo cumprido. As primeiras avaliações se restringiam à estrutura do serviço e após, às práticas terapêuticas, à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental, à satisfação dos usuários e familiares, e em outro momento passaram a avaliar a qualidade de vida dos usuários e seus direitos propostos pela Reabilitação Psicossocial. É neste momento que este trabalho se insere, com o intuito de avaliar o processo de Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS. **OBJETIVO:** Construir uma escala que avalie a Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA:** Trata-se de estudo do tipo metodológico, no qual a meta é alcançar um instrumento preciso e utilizável, e que possa ser empregado por outros pesquisadores, tratando da elaboração, validação do instrumento em sua construção. (POLIT et al, 2006) Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado (LIMA, 2011) adequado para pesquisas de abordagem psicométrica como essa. **Benefícios que poderão ser alcançados:** O instrumento que será criado pode servir de subsídio para que as políticas de Saúde Mental sejam avaliadas, no sentido de saber se os Caps estão realizando ações no paradigma psicossocial, de acordo com padrões pré-estabelecidos por um instrumento de validade confiável. Isto é importante, para que ações realizadas nos Caps sejam repensados para atender às demandas do sistema saúde nacional, baseado em marcos teóricos-conceituais-normativos instituídos. Ou seja, o próprio instrumento, além de avaliar, pode servir de ferramenta de intervenção também. Palavras-chave: saúde mental, enfermagem, políticas de saúde mental, serviços de saúde mental, pessoas com transtorno mental.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) JUÍZES – COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Convido você a participar da pesquisa “Construção de uma escala sobre o processo de Reabilitação Psicossocial em cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS”, que objetiva elaborar um instrumento de avaliação de ações que promovem a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Esta pesquisa é de responsabilidade de Laís Mariana da Fonseca, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof^a Dr^a Sônia Barros.

Para o desenvolvimento do estudo utilizarei a psicometria, que é um conjunto de métodos que visam construir ou escolher o melhor instrumento para medir um fenômeno. No caso deste estudo, o fenômeno é a Reabilitação Psicossocial em cidadania. Uma das etapas deste tipo de estudo, é a submissão de uma versão preliminar do instrumento, a um comitê de juízes especialistas, que deve avaliar a sua clareza, a abrangência e a coerência entre o instrumento e a proposta da pesquisa.

Assim, se você aceitar participar da pesquisa, a sua contribuição se dará por meio da composição do comitê de juízes para avaliar o instrumento. Todos os juízes receberão via e-mail, o instrumento a ser avaliado, uma escala de avaliação do instrumento, as instruções de preenchimento desta escala e o questionário de análise semântica do instrumento. O processo de preenchimento destes documentos, deve durar em torno de 40 minutos. Uma via deste TCLE assinada pelo juiz, a escala de avaliação do instrumento e o questionário de análise semântica do instrumento deverão ser retornados para o e-mail: lais.fonseca@usp.br.

Benefícios: colaborar na criação de uma escala com critérios confiáveis para avaliar as ações de reabilitação psicossocial para cidadania nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais, que poderá ser utilizada por outros CAPS.

Riscos: Se em algum momento a entrevista trouxer algum desconforto ou constrangimento devido ao tema proposto, poderemos interromper a entrevista imediatamente. Você poderá deixar de responder perguntas, as quais não se sinta confortável e deixar de participar desta atividade ou do estudo, sem prejuízo algum, a qualquer momento. Caso a pesquisa lhe trouxer danos, você receberá

indenização. Como participante de pesquisa não haverá valor a ser pago, nem receberá qualquer benefício, e você não terá despesas com esta pesquisa.

Estou disponível para esclarecer qualquer aspecto relacionado à pesquisa, a fim de eliminar possíveis dúvidas. Uma via deste TCLE ficará com você e a outra com o pesquisador (vias rubricadas). Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A missão do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): “O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

Assinatura do participante/representante legal: _____

Assinatura do pesquisador: _____

São Paulo, ____ de _____, de _____

Pesquisador: Laís Mariana da Fonseca. Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. Celular: (19) 98181-0445 e-mail: lais.fonseca@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858, e-mail – cepee@usp.br.

Contato do CEP/SMS para eventuais dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: Rua General Jardim, 36, 8º andar. Telefone – (11) 33972464, email: smscep@gmail.com.

_____/_____/_____

[illegible][illegible]

PRÁTICAS DO CAPS	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
Na sua opinião você acha que o CAPS:	1	2	3	4	5				
Realiza acolhimento.	1	2	3	4	5				
Realiza grupos.	1	2	3	4	5				
Realiza oficinas.	1	2	3	4	5				
Realiza assembleias.	1	2	3	4	5				
Realiza visitas domiciliares.	1	2	3	4	5				
Realiza matriciamento.	1	2	3	4	5				
Realiza parceria com UBS/ESF.	1	2	3	4	5				
Realiza parceria com Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).	1	2	3	4	5				
Realiza o Projeto Terapêutico Singular.	1	2	3	4	5				
Realiza o Projeto Terapêutico Singular, junto aos usuários.	1	2	3	4	5				
Avalia o Projeto Terapêutico Singular regularmente.	1	2	3	4	5				
Reformula o Projeto Terapêutico Singular regularmente.	1	2	3	4	5				
Reformula o Projeto Terapêutico Singular junto aos usuários.	1	2	3	4	5				
Possibilita que os usuários escolham as atividades que desejam participar.	1	2	3	4	5				
Oferece opções de tratamento individual.	1	2	3	4	5				
Oferece opções de tratamento em grupo.	1	2	3	4	5				
Possibilita que os usuários participem da organização das atividades.	1	2	3	4	5				
Possibilita que os usuários reconheçam as atividades que o CAPS oferece.	1	2	3	4	5				
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos USUÁRIOS	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
Na sua opinião:									
Você reconhece a importância das atividades que o CAPS oferece.	1	2	3	4	5				
Você está satisfeito com as atividades que o CAPS oferece.	1	2	3	4	5				
Você reconhece a importância do tratamento que o CAPS oferece.	1	2	3	4	5				

Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS oferece.	1	2	3	4	5				
Você reconhece a importância do seu Projeto Terapêutico Singular.	1	2	3	4	5				
Você está satisfeito com o seu Projeto Terapêutico Singular.	1	2	3	4	5				
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
Os profissionais incentivam a procurar moradia.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso à moradia adequada às suas necessidades.	1	2	3	4	5				
Os profissionais consideram a sua preferência na busca de moradia.	1	2	3	4	5				
Os profissionais lhe dão apoio na manutenção de sua moradia.	1	2	3	4	5				
Você está satisfeito com o incentivo que os profissionais lhe oferecem para moradia.	1	2	3	4	5				
Você entende que a moradia é fundamental para a sua qualidade de vida.	1	2	3	4	5				
Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que você vive.	1	2	3	4	5				
Você considera que habita o local onde você vive.	1	2	3	4	5				
Você entende que tem direito a ter uma casa.	1	2	3	4	5				
Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
Os profissionais o incentivam a participar de atividades sociais na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações para o auxiliar a sua participação em atividades sociais na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais o incentivam a participar de atividades culturais na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades culturais na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais o incentivam a participar de atividades religiosas na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades religiosas na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais o incentivam a participar de atividades de lazer na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações para auxiliar a sua participação em atividades de lazer na comunidade.	1	2	3	4	5				

Você acha que os profissionais têm conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece.	1	2	3	4	5				
Os profissionais o incentivam a participar de atividades da sociedade civil-organizada.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações que o ajudam a ter acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	1	2	3	4	5				
Você reconhece o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	1	2	3	4	5				
Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem para seu acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais o incentivam a se relacionar com sua rede social.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais promovem ações que o ajudam na construção de suas redes sociais.	1	2	3	4	5				
Você reconhece o auxílio que os profissionais lhe oferecem na construção de sua rede social.	1	2	3	4	5				
Você está satisfeito com o auxílio que os profissionais oferecem na construção de sua rede social.	1	2	3	4	5				
Você entende que a família é uma das estruturas que fazem parte da sua rede social.	1	2	3	4	5				
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
Os profissionais o ajudam a ter acesso ao trabalho.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações que o ajudam a conquistar o trabalho.	1	2	3	4	5				
Os profissionais o incentivam a participar de projetos de geração de trabalho e renda.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações que o ajudam a participar de projetos de geração de trabalho e renda.	1	2	3	4	5				
Os profissionais lhe informam sobre oportunidades de trabalho na comunidade.	1	2	3	4	5				
Você reconhece o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho.	1	2	3	4	5				
Você está satisfeito com o incentivo que o CAPS lhe oferece em relação ao trabalho.	1	2	3	4	5				
Os profissionais lhe ajudaram na obtenção de benefícios/aposentadoria .	1	2	3	4	5				
Os profissionais lhe fornecem informações sobre oportunidades de educação na comunidade.	1	2	3	4	5				
Os profissionais o incentivam a frequentar escola, quando há o desejo de estudar.	1	2	3	4	5				
Os profissionais promovem ações que o ajudam no acesso à escola.	1	2	3	4	5				
Você reconhece o apoio que os profissionais oferecem para a sua educação.	1	2	3	4	5				

Você está satisfeito com o apoio que os profissionais lhe oferecem para a educação.	1	2	3	4	5				
Você entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho.	1	2	3	4	5				
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
Os profissionais o estimulam a exercer a sua cidadania pelo voto.	1	2	3	4	5				
Você acha que as suas conquistas são reconhecidas pelos profissionais.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais entendem a importância de garantir que seus direitos sejam respeitados.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais entendem a importância da necessidade de restituir os seus direitos, quando eles não são respeitados.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais entendem que é seu dever trabalhar para a sua reinserção social.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais acreditam que você pode fazer as suas próprias escolhas de vida.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais acreditam que você pode ter autonomia em sua vida.	1	2	3	4	5				
Você acha que os profissionais o reconhecem como cidadão.	1	2	3	4	5				
Os próximos itens devem ser respondidos apenas pelos PROFISSIONAIS									
Em relação ao eixo MORAR da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
O CAPS incentiva os usuários a procurarem moradia.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações ajudam os usuários a terem acesso a moradia adequada às suas necessidades.	1	2	3	4	5				
O CAPS considera a preferência dos usuários na busca de moradia.	1	2	3	4	5				
O CAPS dá apoio aos usuários na manutenção de sua moradia.	1	2	3	4	5				
Você entende que a moradia é fundamental para a qualidade de vida dos usuários.	1	2	3	4	5				
Você entende que habitar está relacionado a ter liberdade no lugar em que os usuários vivem.	1	2	3	4	5				
Você considera que os usuários habitam o local onde vivem.	1	2	3	4	5				

Em relação ao eixo REDE SOCIAL/TROCA DE IDENTIDADES da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades sociais na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações para auxiliar a participação dos usuários em atividades sociais na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades culturais na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações para auxiliar a participação dos usuários em atividades culturais na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades religiosas na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações para auxiliar os usuários a participarem de atividades religiosas na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS incentiva os usuários a participarem de atividades de lazer na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações para auxiliar a participação dos usuários em atividades de lazer na comunidade.	1	2	3	4	5				
Você tem conhecimento sobre as atividades que a sociedade oferece.	1	2	3	4	5				
O CAPS incentiva a participação dos usuários em atividades da sociedade civil-organizada.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso às atividades da sociedade civil-organizada.	1	2	3	4	5				
O CAPS incentiva os usuários a se relacionarem com sua rede social.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações que ajudam os usuários na construção de suas redes sociais.	1	2	3	4	5				
Em relação ao eixo TRABALHO/produzir e trocar mercadorias e valores da Reabilitação Psicossocial, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
O CAPS ajuda os usuários no acesso ao trabalho.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações que ajudam os usuários na conquista do trabalho.	1	2	3	4	5				
O CAPS incentiva os usuários a participarem de projetos de geração de trabalho e renda.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações que ajudam os usuários a participar de projetos de geração de trabalho e renda.	1	2	3	4	5				
O CAPS informa os usuários sobre oportunidades de trabalho na comunidade.	1	2	3	4	5				
O CAPS ajuda os usuários na obtenção de benefícios/aposentadoria.	1	2	3	4	5				
O CAPS fornece informações aos usuários sobre oportunidades de educação na comunidade.	1	2	3	4	5				

O CAPS incentiva os usuários a frequentarem a escola, quando há o desejo de estudar.	1	2	3	4	5				
O CAPS promove ações que ajudam os usuários a terem acesso à escola.	1	2	3	4	5				
O CAPS entende que nem toda atividade manual/recreativa é trabalho.	1	2	3	4	5				
Em relação a REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A CIDADANIA, na sua opinião:	Opções de Resposta					Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
O CAPS estimula os usuários a exercerem a sua cidadania pelo voto.	1	2	3	4	5				
O CAPS reconhece as conquistas dos usuários.	1	2	3	4	5				
O CAPS entende a importância de garantir que os direitos dos usuários sejam respeitados.	1	2	3	4	5				
O CAPS entende a importância da necessidade de restituir os direitos dos usuários, quando eles não são respeitados.	1	2	3	4	5				
O CAPS entende que é seu dever trabalhar para a reinserção social dos usuários.	1	2	3	4	5				
O CAPS acredita que os usuários podem fazer as suas próprias escolhas de vida.	1	2	3	4	5				
O CAPS acredita que os usuários podem ter autonomia em sua vida.	1	2	3	4	5				
O CAPS reconhece os usuários como cidadãos.	1	2	3	4	5				

APÊNDICE I – CONVITE E RESUMO

São Paulo, 09 de dezembro de 2019.

Cara especialista,

Como pesquisadora principal do projeto de pesquisa “**Construção de uma escala sobre o processo de Reabilitação Psicossocial em Cidadania ações praticadas nos CAPS**”, que tem como objetivo “**elaborar um instrumento de avaliação de ações que promovem a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial**” convido o (a) Sr. (a) para compor o comitê de juízes especialistas do presente estudo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizaremos a psicometria, que é um conjunto de métodos que visam construir ou escolher o melhor instrumento para medir um fenômeno. No caso deste estudo, o fenômeno é a Reabilitação Psicossocial em Cidadania em CAPS desenvolvido com pessoas com transtorno mental. Uma das etapas deste tipo de estudo, é a submissão de uma versão preliminar do instrumento, que será construído por meio desta pesquisa, à um comitê de juízes especialistas, que deve avaliar a sua clareza, a abrangência e a coerência entre o instrumento e a proposta da pesquisa.

Assim, o (a) convido a compor o comitê de juízes especialistas para avaliar a clareza, abrangência e a coerência entre o instrumento construído e a proposta da pesquisa.

Pedimos a sua anuência quanto à realização do estudo. O resumo deste projeto de pesquisa está no verso desta carta, para conhecimento da proposta.

Estamos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Laís Mariana da Fonseca

Resumo do Projeto

Construção de uma escala de Reabilitação Psicossocial para Cidadania ações desenvolvidas em CAPS

Introdução No Brasil a partir da década de 90, realça-se a proposta de assistência centrada na reabilitação, autonomia e melhora da qualidade de vida das pessoas com doença mental junto à sociedade (AMARANTE, 2007). Em 2001, a Lei Federal 10.216 consolidou o movimento da reforma psiquiátrica ao redirecionar a assistência em saúde mental, tornando-se um marco legal da reforma psiquiátrica brasileira. Dentre estes serviços de saúde, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles são os dispositivos estratégicos da Política brasileira de saúde mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2004). Estes dispositivos têm como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtorno mental severo e persistente, residentes em sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico, e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. No contexto assistencial, o enfoque se desloca da exclusão, centrando-se na reabilitação psicossocial. Os serviços como os CAPS passam a ser representativos da Reabilitação Psicossocial quando possibilitam ao sujeito oportunidade de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, através da integração às atividades do projeto terapêutico, com o intuito de estimular a autonomia, resgatar sua cidadania e inseri-lo à sociedade. Eles são os dispositivos estratégicos da Política Brasileira de Saúde Mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2004; SALLES, 2011; SANTOS, 2013). Na década de 90, no Brasil, buscou-se avaliar os serviços substitutivos de saúde mental com o intuito de assegurar a melhor assistência aos usuários destes serviços e para assegurar que o que foi proposto na lei estava sendo cumprido. As primeiras avaliações se restringiam à estrutura do serviço e após, às práticas terapêuticas, à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental, à satisfação dos usuários e familiares, e em outro momento passaram a avaliar a qualidade de vida dos usuários e seus direitos propostos pela Reabilitação Psicossocial. É neste momento que este trabalho se insere, com o intuito de avaliar o processo de Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS. **Objetivo:** Construir uma escala que avalie a Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Trajetória Metodológica:** Trata-se de estudo do tipo metodológico, no qual a meta é alcançar um instrumento preciso e utilizável, e que possa ser empregado por outros pesquisadores, tratando da elaboração, validação do instrumento em sua construção. (POLIT et al, 2006) Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado (LIMA, 2011) adequado para pesquisas de abordagem psicométrica como essa. **Benefícios que poderão ser alcançados:** O instrumento que será criado pode servir de subsídio para que as políticas de Saúde Mental sejam avaliadas, no sentido de saber se os Caps estão realizando ações no paradigma psicossocial, de acordo com padrões pré-estabelecidos por um instrumento de validade confiável. Isto é importante, para que ações realizadas nos Caps sejam repensados para atender às demandas do sistema saúde nacional, baseado em

marcos teóricos-conceituais-normativos instituídos. Ou seja, o próprio instrumento, além de avaliar, pode servir de ferramenta de intervenção também.

Palavras-chave: saúde mental, enfermagem, políticas de saúde mental, serviços de saúde mental, pessoas com transtorno mental.

APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convido você para participar do estudo “Construção de uma escala sobre o processo de Reabilitação Psicossocial em Cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS,”, que objetiva elaborar um instrumento de avaliação de ações que promovem a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Esta pesquisa é de responsabilidade de Laís Mariana da Fonseca, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof^a Dr^a Sônia Barros.

Esta entrevista tem duração estimada de 30 minutos, a qual será gravada e transcrita para ser analisada, contudo, o que você contar será mantido em sigilo. O relatório final da pesquisa será publicado sem que seu nome seja mencionado, garantindo-lhe o anonimato.

Benefícios: colaborar na criação de uma escala com critérios confiáveis para avaliar as ações de reabilitação psicossocial para cidadania nos CAPS com as pessoas com transtornos mentais, que poderá ser utilizada por outros CAPS.

Riscos: Se em algum momento a entrevista trazer algum desconforto ou constrangimento devido ao tema proposto, poderemos interromper a entrevista imediatamente. Você poderá deixar de responder perguntas, as quais não se sinta confortável e deixar de participar desta atividade ou do estudo, sem prejuízo algum, a qualquer momento. Caso a pesquisa lhe trazer danos, você receberá indenização. Como participante de pesquisa não haverá valor a ser pago, nem receberá qualquer benefício, e você não terá despesas com esta pesquisa.

Estou disponível para esclarecer qualquer aspecto relacionado à pesquisa, a fim de eliminar possíveis dúvidas. Uma via deste TCLE ficará com você e a outra com o pesquisador (vias rubricadas). Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A missão do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): “O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

Assinatura do participante/representante legal: _____

Assinatura do pesquisador: _____

São Paulo, ____ de _____, de _____

Pesquisador: Laís Mariana da Fonseca. Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. Celular: (19) 98181-0445 e-mail: lais.fonseca@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858, e-mail – cepee@usp.br.

Contato do CEP/SMS para eventuais dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: Rua General Jardim, 36, 8º andar. Telefone – (11) 33972464, email: smscep@gmail.com.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de uma escala de Reabilitação Psicossocial para cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS

Pesquisador: Lais Mariana da Fonseca

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 91861718.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.081.206

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Barros.

A pesquisadora pretende desenvolver um estudo do tipo metodológico, a partir da construção de uma escala psicométrica para avaliar as ações de promoção da cidadania entre os usuários de Centros de Atenção Psicossocial. O estudo compreenderá três etapas: 1) Revisão integrativa da literatura e do conceito de Reabilitação Psicossocial, ancorado em Saraceno (2001); 2) Elaboração de uma escala de avaliação de ações com dimensões e itens pertinentes ao construto em questão; e 3) Validação de conteúdo da Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais, usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os participantes foram estimados em 100 indivíduos, sendo que, 65 participarão da fase pré-teste; 15 do grupo focal e 20 juizes/especialistas avaliarão os itens da referida escala. O orçamento totaliza R\$ 18.700,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.081.206

Construir uma escala que avalie a Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivos específicos:

- 1- Elaborar os itens de um instrumento com vistas a construção de uma escala de avaliação;
- 2- Realizar a validação de conteúdo da versão preliminar do instrumento;
- 3- Realizar um teste-piloto em uma parcela da população para verificar a validade semântica e a compreensão no preenchimento do instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No formulário da Plataforma Brasil no campo "riscos", não foi explicitado claramente quais são e a quem se refere os riscos de participação no estudo proposto (usuários, membros da Associação Vida em Ação (AVA) e juízes/especialistas). No segundo parágrafo foi mencionada a possibilidade de identificação das respostas e de um possível desconforto dos juízes/especialistas. Quanto aos benefícios, o estudo poderá subsidiar o desenvolvimento de ações voltadas à Saúde Mental no que concerne à promoção da cidadania de usuários atendidos em unidades da rede de CAPS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Em atenção ao parecer anterior, a pesquisadora detalhou os riscos da participação no grupo focal ("sentir-se desconfortável e/ou constrangido em responder algumas perguntas, pois o assunto tratado pode mobilizar sentimentos desagradáveis"); no Comitê de Juízes ("suas respostas sejam identificadas por outras pessoas (...) sentir-se ofendido(a) ou desconfortável com discussões que podem ocorrer com outros membros do Comitê de Juízes Especialistas, além da possibilidade de constrangimento"); e para os demais participantes ("sentir-se desconfortável e/ou constrangido em responder algumas perguntas, pois o assunto tratado pode mobilizar sentimentos desagradáveis"). Foram descritas as medidas que serão adotadas para mitigar os possíveis riscos aos participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta extensa revisão da literatura e detalha os aspectos metodológicos e éticos. Contudo, não consta do protocolo da pesquisa, o roteiro da entrevista e do grupo focal, bem como a carta-convite dirigida aos juízes/especialistas.

O grupo focal será realizado junto aos integrantes, maiores de idade da Associação Vida em Ação (AVA), organização que agrega usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental. A carta de autorização da AVA não foi anexada ao projeto.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.081.206

No formulário da Plataforma Brasil foi selecionada como instituição coparticipante, a Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e, conseqüentemente, o projeto será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Não consta do protocolo da pesquisa a autorização dessa Coordenadoria para a realização do estudo, o qual em uma de suas etapas abordará os usuários do CAPS Itaim Bibi.

Segundo o cronograma, a coleta dos dados (submissão da escala ao comitê de juizes/especialistas) será iniciada 6/08/2018.

Em atenção ao parecer anterior, a pesquisadora anexou ao protocolo da pesquisa os seguintes documentos solicitados pelo CEP: a) os roteiros da entrevista para a construção da "Escala de Reabilitação Psicossocial para Cidadania" e do grupo focal; b) a carta-convite dirigida aos juizes/especialistas; c) a proposta preliminar da referida escala; a carta de autorização para realização do estudo, assinada pela presidente da Associação Vida em Ação (AVA).

Na presente versão, a autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo não foi anexada. A fase de coleta de dados constante do cronograma do formulário da Plataforma Brasil foi revisada e será iniciada em 7/01/2019.

Em atenção ao parecer do CEP, a fase de coleta de dados foi revisada e será iniciada em 01/02/2019. A autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo não foi apresentada desde o primeiro parecer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dirigido aos usuários do CAPS; aos membros da Associação Vida em Ação (AVA); e aos juizes/especialistas. Os TCLEs atendem aos requisitos da resolução 466/2012 do CNS/Conep. No entanto, recomenda-se a revisão de alguns pontos para maior compreensão dos termos pelos participantes do estudo:

- No TCLE dos usuários, faz-se necessário corrigir erros de digitação e português (segundo e penúltimo parágrafos); no campo da assinatura trocar a palavra "sujeito" por "participante da pesquisa"; e suprimir termos técnicos como por exemplo "escala psicométrica" entre outros.
- No TCLE dos membros da AVA, caso pertinente, incluir que as falas dos participantes do grupo focal serão gravadas e, posteriormente analisadas; corrigir erros de português no penúltimo parágrafo; suprimir termos técnicos como "escala psicométrica" entre outros; e no campo da assinatura trocar a palavra "sujeito" por "participante da pesquisa".
- No TCLE dos juizes/especialistas, suprimir o parágrafo repetido ("A pesquisadora e sua orientanda poderão fornecer quaisquer esclarecimentos...."); e rever erros de digitação e de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.081.206

português.

Em atenção ao parecer anterior, a pesquisadora revisou os TCLE dos juízes/especialistas e dos usuários. Não foi apresentado o TCLE dos participantes do grupo focal. Foi anexado em duplicidade o "Apêndice A" referente à etapa do teste piloto. Em um desses documentos do "Apêndice A", no segundo parágrafo consta: "Assim, se o (a) sr (a) aceitar participar da pesquisa, o (a) sr (a) receberá via e-mail uma versão deste instrumento e a sua contribuição se dará por meio da resposta do instrumento, para avaliar a qualidade do ensino da disciplina de saúde mental e psiquiatria, da qual o (a) sr (a) é responsável, e esta resposta irá compor o teste piloto. O processo de preenchimento do instrumento deve durar em torno de 20 minutos. Uma via deste TCLE assinada pelo (a) sr (a) e o instrumento deverão ser retornados para o e-mail: anaisacristina@usp.br".

Solicitamos que a pesquisadora esclareça se houve mudanças nos objetivos e no desenho metodológico do projeto no que concerne à avaliação da qualidade do ensino da referida disciplina mencionada no "Apêndice A". O e-mail de contato desse termo não é o mesmo que foi informado pela pesquisadora nos outros TCLEs. Em atenção ao parecer anterior foi retirada a frase dos TCLEs: "O (A) sr (a) poderá ser desligado do estudo, sem o seu consentimento caso não siga adequadamente as orientações do estudo, ou o estudo termine".

Na versão atual, a pesquisadora esclareceu que não houve mudanças no objetivo, no desenho metodológico do projeto e que não haverá a inclusão de novos participantes.

Foi apresentado o TCLE dirigido aos participantes do grupo focal. Esse TCLE não está em consonância à resolução nº 466/2012 – CNS/Conep. Não informa que as falas dos participantes serão gravadas, transcritas e posteriormente analisadas pela pesquisadora. Não informa que haverá a participação de uma segunda pesquisadora que assumirá o papel de observadora/mediadora do grupo. A redação sobre a participação no grupo focal está repetida no trecho "o (a) sr (a) participará do grupo focal em local e ambiente adequado e a sua contribuição se dará por meio da participação do grupo focal". Faz-se necessário informar se será realizada apenas uma sessão ou não, uma vez que o trecho "Os grupos devem ter a duração média de 50 minutos" pode gerar dúvidas quanto à disponibilidade dos participantes. Como indicado no primeiro parecer deste Comitê, o uso de termos técnicos, além de vários detalhes metodológicos e bibliográficos poderá dificultar o entendimento e a tomada de decisão dos participantes. Assim, sugere-se que a pesquisadora revise a redação deste TCLE.

Em atenção ao parecer do CEP, a pesquisadora revisou as pendências e reapresentou o TCLE

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 3.081.206

dirigido aos participantes do grupo focal, o qual está em consonância à resolução nº 466/2012 – CNS/Conep.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1150640.pdf	29/11/2018 19:43:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendicegrupofocal.docx	29/11/2018 19:15:22	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendicetestepiloto.docx	29/10/2018 17:12:25	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceComite.docx	29/10/2018 17:11:50	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	RoteiroGF.docx	01/10/2018 17:23:27	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	IRPC10.docx	01/10/2018 17:13:46	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	AVA.pdf	03/09/2018 21:24:02	Lais Mariana da Fonseca	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.081.206

Outros	RoteiroparaEntrevista.docx	03/09/2018 21:21:02	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	Laiscartapendenciascep.doc	03/09/2018 19:39:38	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	ApendiceCartaConvite.docx	03/09/2018 19:34:02	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	19/06/2018 20:58:08	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	APENDICEE.doc	19/06/2018 20:17:09	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	APENDICEB.docx	19/06/2018 20:16:05	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	19/06/2018 20:11:00	Lais Mariana da Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMS/SP **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de uma escala de Reabilitação Psicossocial para cidadania desenvolvido com pessoas com transtorno mental em CAPS

Pesquisador: Lais Mariana da Fonseca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91861718.7.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.734.530

Apresentação do Projeto:

A realização deste estudo se dará em três etapas:

Etapas 1: Revisão integrativa de literatura e Conceito de Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001), na busca de desvelar elementos importantes para a construção de uma escala, que avaliem ações que promovam a cidadania de pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial; Etapas 2: Elaboração de uma escala de avaliação de ações, a partir da revisão integrativa de literatura e do Conceito de Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001), contendo dimensões e itens que considerem o construto de que se parte este estudo;

Etapas 3: Validade de conteúdo da Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir uma escala que avalie a Reabilitação Psicossocial para cidadania com pessoas com transtornos mentais usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivo Secundário:

- elaborar os itens de um instrumento com vistas a construção de uma escala de avaliação;

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.734.530

- realizar a validação de conteúdo da versão preliminar do instrumento;
- Realizar um teste-piloto em uma parcela da população para verificar a validade semântica e a compreensão no preenchimento do instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	22/11/2019		Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 3.734.530

Básicas do Projeto	ETO_1276264.pdf	14:22:35		Aceito
Outros	RESPOSTA.docx	22/11/2019 14:15:08	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOSMS.doc	22/11/2019 14:14:34	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	22/11/2019 13:22:49	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSUARIOS.doc	22/11/2019 12:27:12	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJUIZES.docx	22/11/2019 12:27:01	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGFOCAL.docx	22/11/2019 12:26:50	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	PARECERCOORDENADORA.PDF	14/11/2019 04:35:14	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendicegrupofocal.docx	29/11/2018 19:15:22	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendicetestepiloto.docx	29/10/2018 17:12:25	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceComite.docx	29/10/2018 17:11:50	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	RoteiroGF.docx	01/10/2018 17:23:27	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	IRPC10.docx	01/10/2018 17:13:46	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	AVA.pdf	03/09/2018 21:24:02	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	RoteiroparaEntrevista.docx	03/09/2018 21:21:02	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	Laiscartapendenciascep.doc	03/09/2018 19:39:38	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	ApendiceCartaConvite.docx	03/09/2018 19:34:02	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO.doc	19/06/2018	Lais Mariana da	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.734.530

/ Brochura Investigador	PROJETO.doc	20:58:08	Fonseca	Aceito
Outros	APENDICEE.doc	19/06/2018 20:17:09	Lais Mariana da Fonseca	Aceito
Outros	APENDICEB.docx	19/06/2018 20:16:05	Lais Mariana da Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 29 de Novembro de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com