

CURSO DE ENFERMAGEM

Cássio Silveira dos Santos

**INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR**

Santa Cruz do Sul

2017

Cássio Silveira dos Santos

**INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul para
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Enf^ª. Dra. Analídia Rodolpho
Petry

Santa Cruz do Sul

2017

Cássio Silveira dos Santos

**INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR**

Esta monografia foi submetida ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Enf^a. Analídia Rodolpho Petry

Prof^a. Orientadora - UNISC

Prof^a. Ms. Enf^a. Vera Somavilla

Prof^a. Examinadora - UNISC

Prof^a. Ms. Enf^a Daiana Klein Weber

Prof^a. Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul

2017

SUMÁRIO

1 ARTIGO CIENTÍFICO	5
APÊNDICE A – Projeto de pesquisa.....	18
ANEXO A – Normas de submissão da revista UNINTER.....	42
ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética.....	45

1 ARTIGO CIENTÍFICO

Internação de doente mental em um serviço residencial terapêutico: percepção do familiar

Mental ill admission at a therapeutic residential: perception of relatives

CÁSSIO SILVEIRA DOS SANTOS

Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

ANALÍDIA RODOLPHO PETRY

Professora da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

RESUMO: A Reforma Psiquiátrica representou um avanço no cuidado ao doente mental uma vez que a sua prerrogativa é de que o indivíduo seja mantido junto à sua família e inserido na sociedade. Há, porém situações onde manter a permanência do doente mental no domicílio não se faz possível. Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo investigar, junto aos familiares de doentes mentais que moram em residenciais terapêuticos, os motivos que os levam a interná-los em residenciais terapêuticos. Para tal, procederemos a uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo. Este estudo foi realizado com quatro familiares de portadores de transtorno mental que se encontram alocados em residencial terapêutico em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul – BRASIL. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada gravada. A pesquisa teve aprovação do CEP – UNISC sob protocolo 2.219.822 e seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012. Os dados foram analisados através da análise temática e resultaram em três unidades analíticas. Evidenciamos que a doença mental surge cedo na vida do indivíduo comprometendo todos os aspectos da sua vida. Os familiares apresentam sobrecarga em seu cotidiano por ter que cuidar e conviver de uma pessoa que apresenta uma sintomatologia de difícil manejo. Os dados mostram que as fugas do domicílio, os problemas relacionados aos hábitos de sono-vigília e a agressividade são referidos como motivos que levam a internação em um Residencial terapêutico.

Palavras chave: Saúde mental; Moradias Assistidas; Desinstitucionalização.

ABSTRACT: Psychiatric Reform represented an advance in the assistance of mental ill since its prerogative is that the person should be maintained with your family and in society. There are, however, situations that is not possible to maintain the mental ill at home. Therefore, this study has as objective analyze together the relatives of

mentally ill patients living at therapeutic homes reasons that lead the family to need an admission at this place. For that, we conducted a descriptive and exploratory study with qualitative approach. This study was done with four family members of people with mental disorders living in a therapeutic residential located in a city of the country town from Rio Grande do Sul – BRAZIL. Data were collected through a recorded semi-structured interview. The research was approved by CEP – UNISC under protocol 2.219.822 and followed ethical precepts of the 466/2016 resolution. Data were analyzed through thematic analysis and resulted in three analytical units. It was evidenced that mental illness appears early in the person's life compromising all aspects of your life. Family members feel overloaded in their day-to-day because of the necessity of caring and living with a person who presents hard to handle symptoms. Data showed that home escapes, problems related to sleep-wake habits and aggressiveness were mentioned as reasons that lead to admission in a Therapeutic Residential.

Keywords: Mental Health; Assisted Living Facilities; Deinstitutionalization.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho discorre sobre o fim de grandes manicômios como depositários de doentes mentais durante o período da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) neste espaço. O estudo inicia-se apresentando uma contextualização de fatos importantes que marcaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de uma pesquisa cuja temática é a inclusão de doentes mentais em residenciais terapêuticos.

Os “loucos”, como eram denominados na década de 1970, permaneciam institucionalizados sob condições extremamente precárias, denominadas pelo pesquisador Amarante (1995) como desumanas. Os sujeitos enfrentavam internações que se prolongavam por anos, sem nenhuma previsão alta, e, por vezes pela vida inteira em locais onde permaneciam abandonados pelos familiares e pela sociedade (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica representou um avanço no cuidado do doente mental, uma vez que a sua prerrogativa é de que o indivíduo seja mantido junto à sua família e permaneça inserido na sociedade. Há, porém, situações em que manter o doente mental no domicílio não se torna possível, sendo necessário abrigá-los em determinadas instituições, de maneira temporária, até que se estabilize o quadro.

Dentre as alternativas, estão os residenciais terapêuticos. A criação destes estabelecimentos se deu após a Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica em Caracas, no ano de 1990. Esta conferência deu origem à Declaração de Caracas, onde estabeleceu-se o comprometimento de alguns países

dentre eles, o Brasil, para estabelecer uma reestruturação da assistência psiquiátrica. Nesta direção, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como: as redes de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas e os residenciais terapêuticos baseados nas particularidades e necessidades de cada local. (HIRDES, 2009).

Neste contexto, este estudo se justifica pela necessidade de problematizar as razões que levam à institucionalização de determinados portadores de sofrimento psíquico em residenciais terapêuticos, uma vez que estes dispositivos constituem-se de alternativas de moradia para um contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com um suporte adequado na comunidade. Além disso, esses residenciais podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, ou seja, àqueles que não contam com um suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004a).

A partir destas ponderações, esta pesquisa teve como objetivo: investigar junto aos familiares de doentes mentais que moram em residenciais terapêuticos, os motivos que os levaram a uma internação em residencial terapêutico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório de cunho qualitativo que foi desenvolvido em um Município do interior do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa contou com o apoio de um residencial terapêutico que, após contato prévio pelo pesquisador para sensibilizá-los sobre a importância do estudo, forneceu os endereços dos familiares de pacientes internados no local. O residencial localiza-se na região urbana de um município na região central do interior do Rio Grande do Sul.

Num segundo momento, contatou-se os familiares dos indivíduos internados no residencial terapêutico. Dos oito sujeitos contatados, apenas quatro deles aceitaram participar do estudo. Foram incluídos na pesquisa, os sujeitos que aceitaram participar voluntariamente do estudo, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que aceitaram que a entrevista fosse gravada.

O local, o horário e a data da entrevista foi estipulado pelo participante da pesquisa, observando aspectos que possibilitassem que a entrevista ocorresse sem interrupções ou barulhos que impedissem a sua realização. Todas as quatro entrevistas foram realizadas na residência dos sujeitos. Os entrevistados receberam codinomes de flores para que fosse mantido o anonimato.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos descritos na Resolução 466/2012 e quanto aos riscos do estudo, os participantes foram orientados quanto a um possível desconforto em relação aos questionamentos efetuados pelo pesquisador, sendo possível desistir do estudo caso não sentissem condições de continuar, em consonância com o descrito no TCLE. A cerca dos benefícios do estudo aos sujeitos, está o fato de problematizar os motivos e a necessidade que os familiares encontraram para internar seu familiar em um Residencial Terapêutico para que seja possível planejar alternativas que aumentem o vínculo entre os familiares, mesmo quando permanecem fisicamente distantes.

Os dados foram analisados através da Análise Temática de Bardin, seguindo as etapas de pré-análise, seleção do material, tratamento dos resultados e interpretação dos resultados, gerando três blocos temáticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra do estudo

Em relação ao sexo, todos os quatro sujeitos do estudo eram do sexo feminino. Em relação ao grau de parentesco com o familiar internado obteve-se uma mãe, três irmãs, sendo uma delas adotiva. A faixa etária variou entre 42 e 64 anos de idade. Quanto ao estado civil, todas as quatro entrevistadas são casadas e o nível de escolaridade variou do ensino fundamental ao ensino médio completo. No que diz respeito à atividade ocupacional, uma delas é empresária, uma é auxiliar administrativa e duas estão desempregadas no momento.

Os caminhos percorridos pelo portador de sofrimento psíquico: a narrativa dos familiares

Sabe-se que a convivência com um portador de doença mental pode significar um desafio muito grande para o familiar. Por vezes, o início da doença acomete logo cedo o indivíduo e vai aos poucos comprometendo sua vida social e familiar. Os

sintomas da doença mental podem se agravar e dificultar a convivência no domicílio e por vezes, há um retardo mental prévio que propicia o aparecimento de problemas psiquiátricos (DURÃO, 2007). Aspecto explicitado pela seguinte fala:

[...] ele desde pequeno foi bastante problemático, meus pais levaram ele no médico, daí foi constatado que ele tinha, assim, um retardo mental desde pequenininho [...]. (Rosa)

A doença mental, entretanto, não está necessariamente atrelada a retardos mentais. Normalmente o indivíduo apresentava uma vida adequada e adaptada até o momento em que os sintomas e desajustes começam a aparecer. Conviver com a esquizofrenia, por exemplo, é uma tarefa extenuante, devido ao nível de exigências do doente. A esquizofrenia é uma síndrome crônica e complexa em que o indivíduo apresenta como sintomas relacionados ao pensamento e comportamentos desorganizados (SOUZA FILHO, 2010).

Os depoimentos abaixo elucidam essa questão:

[...] começou assim de 11 para 12 anos. A gente percebeu que ele começou a ficar cada vez mais agravado [...] a gente percebeu que ele estava ficando agitado e nervoso, a gente viu que ele estava mudando [...]. (Violeta)

[...] começou aos 17 anos, ele era noivo tinha namorada, levava uma vida normal como todo o adolescente, trabalhava e do nada apareceu essa doença, é um distúrbio né [...]. (Margarida)

Percebe-se nos relatos que a doença mental acomete o indivíduo no início de sua vida produtiva, provocando o seu isolamento e a sua retração social. Ademais, é nesta fase que o jovem está se estabelecendo enquanto pessoa e estipulando metas pessoais.

Conforme Soares e Munari (2007); Humerez (2012), os sintomas decorrentes do quadro de esquizofrenia, como alucinações e comportamentos bizarros causam diferentes graus de comprometimento na vida dos sujeitos; alterando toda a sua estrutura vivencial. A fala abaixo exemplifica uma ocorrência delirante que impacta negativamente no desempenho escolar destes sujeitos:

[...] ele foi no colégio frequentou até a 6º série eu acho, [...] ele agredia os colegas, se olhavam para ele, ele dizia: O que tu está me olhando? Ou se riam, estavam rindo dele, ele imaginava essas coisas assim [...]. (Rosa)

Na linha de pensamento de Humerez (2012) e Jerusalinsky (2010), na esquizofrenia, os delírios surgem paulatinamente, ou seja, são percebidos aos poucos pelas pessoas que convivem diariamente com o portador, e, em relação ao delírio de referência, ou seja, delírio com temática de perseguição, como este do relato acima, nos instiga a pensar que tratam-se de situações extremamente incômodas para os demais alunos não psicóticos, pois para essas crianças pode se tornar inviável o convívio com essas formas de psicose.

As alucinações e as alterações comportamentais vão ocasionando eventos que, conforme mencionado no depoimento de Rosa, afastam o indivíduo do convívio social. As famílias que convivem com o portador de transtorno mental sentem sentimentos como preocupação e medo diante de seu comportamento, e, por esta razão procuram dar dispendir um cuidado maior ao sujeito. Conforme Borba, Schwartz e Kantorski (2008), essa constante preocupação faz com que os familiares cuidadores tenham dificuldade em conciliar tanto sua vida familiar quanto a vida pessoal fora deste espaço. Na falas abaixo, os discursos demonstram que a doença do familiar causou algum impacto à vida profissional.

[...] e eu não podia ficar com ela pois tinha que trabalhar, eu já tinha minha família [...]. (Orquídea)

[...] porque assim não dá mais, eu não consigo parar mais no trabalho, [...] e eu preciso trabalhar tenho a minha família [...]. (Margarida)

O relato dos familiares demonstra a grande dificuldade enfrentada por eles ao conciliar o cuidado do doente mental com a vida social e profissional, pois ao sair de casa, não há ninguém que faça a vigilância do seu familiar, causando, no responsável, o medo de possíveis reações agressivas, das fugas e de outras situações que podem acontecer ao deixar o familiar portador de doença mental sozinho em uma residência.

É neste contexto que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem um papel importante junto a estas famílias. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os nas sua busca por autonomia e oferecendo também atendimento médico, de enfermagem, psicológico e com outros profissionais que compõe a equipe. A característica mais marcante desse serviço é buscar integrar os sujeitos a um ambiente social e cultural concreto a um espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004b).

Conforme Amorim e Dimenstein (2009), é com base nesse ideal de desinstitucionalização e com foco no território é que o modelo de atenção em saúde mental brasileiro foi proposto, ou seja, no sentido de expandir e consolidar uma rede de atenção extra hospitalar que atenda as demandas territoriais específicas sem deixar desassistidos os portadores de transtorno mental e indo além da simples desospitalização. Esta rede é constituída por unidades básicas de saúde (UBS - ESF), centros de saúde, serviços de pronto-atendimento, ambulatórios, CAPS e Serviços de Residências Terapêuticas.

Alguns relatos demonstram que o caminho trilhado pelas famílias para obter atendimento para o seu familiar passou por diversos pontos da rede. Tais pontos de atenção abrangem serviços de urgência e emergência como a Casa de Saúde Ignez Moraes:

[...] foi brabo, nas primeiras vezes no Hospitalzinho aqui encima, levava ele também para ficar ali, para ele fazer medicação e tinha que ficar ali baixado [...] no Hospitalzinho eles arrumavam vaga lá em Rio Grande para ele [...]. (Violeta)

E outros depoimentos mostram que o atendimento foi prestado em serviços de atendimento privado, conforme o relato a seguir:

[...] o pai vendeu até um carro sabe, pagou e internou ele no Hospital Ana Nery uma vez [...] Vida Nova lá no antigo Kampf [...]. (Rosa)

[...] que eu saiba ela foi internada no Renascer, essa ai eu lembro [...]. (Orquídea)

O modo como a família vivencia a doença impacta nas práticas de cuidado. O indivíduo, como um ser incluído na sociedade, ao contar a sua história, estará interpretando também o meio que o cerca e o seu lugar no mundo, como as suas relações familiares e com outros grupos sociais. (HUMEREZ, 2012). Nesse sentido, o sucesso da reabilitação depende também das relações estabelecidas entre quem cuida e quem é cuidado. Santos (2015, p. 70) nos contempla dizendo que “no início ocorre uma desorganização familiar, para posteriormente, a família conseguir reorganizar-se priorizando o cuidado. Nesse sentido, os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar precisam conhecer e compreender a dinâmica das relações entre a pessoa com transtorno mental e a sua família, encorajando vínculos

interpessoais saudáveis, ofertando suporte e assistindo todo o núcleo familiar nas suas necessidades (BACKES, 2009).

Os serviços de saúde substitutivos ao hospital foram criados com o intuito de garantir uma assistência contínua aos egressos de internações, propondo novas formas de acolher/cuidar dos usuários segundo o paradigma da reabilitação psicossocial. Com isso, o modelo clínico e excludente que restringia o portador de transtorno mental ao asilo deu lugar ao modelo inclusivo clínico-epidemiológico, buscando devolver o doente à dinâmica da vida social e familiar, como forma de ressaltar suas potencialidades e vulnerabilidades no manejo com o seu adoecimento (AZEVEDO; MIRANDA, GAUDÊNCIO, 2010).

A sobrecarga física e emocional enfrentada pelo familiar antes da internação

Os Serviços de Residenciais Terapêuticos foram criados para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Essas residências servem de apoio aos usuários de outros serviços de saúde mental, que não possuem suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004a).

Sabemos que a convivência com um portador de doença mental pode significar um desafio para os familiares. Uma das principais dificuldades apresentadas pelos familiares é a sobrecarga sofrida com o convívio diário com o portador de sofrimento psíquico. A sobrecarga envolve aspectos diversos, que interferem na rotina e dinâmica familiar, como sintomas e comportamentos do paciente, que desorganizam o cotidiano e exigem tarefas extras de cuidado, acarretando estresse contínuo, com o qual a família deve aprender a lidar (SOARES; MUNARI, 2007).

Um dos comportamentos que pode ocorrer nos momentos de crise e que podem trazer consequências importantes tanto para o doente, como para o familiar é a fuga do domicílio.

[...] queria sair para rua de noite, às vezes saía de noite e passava a noite toda fora e nós atrás, não podíamos nem dormir [...]. (Violeta)

O responsável sem saber o paradeiro do seu familiar, preocupa-se e tenta localizá-lo, com receio de que ocorram situações de risco. Por vezes, o doente mental evade do município, ficando em paradeiro desconhecido por meses e de difícil localização, inclusive com o auxílio policial.

[...] quando ele começou a fugir, começou a fugir para lugares mais longes, eu não sei como é que daqui ele foi parar lá em Porto Alegre [...], olha ele ficou uns 5 meses sem a gente achar ele, e eu ia na delegacia procurando e procurando, e nunca encontrava [...]. (Margarida)

[...] tinha 15 anos quando fugiu de casa, anos depois minha mãe descobriu que ela estava num cabaré na praia de Cidreira [...]. (Orquídea)

Conforme relato dos familiares acima citados, fica evidenciado a dificuldade vivida por eles, no que diz respeito à preocupação de não saber onde encontrar o seu familiar desaparecido, trazendo à tona sentimentos de culpa e preocupação. Palmeira, Geraldês e Bezerra (2009) relata que os momentos de crise também podem fazer com que o doente rompa os laços com os familiares e, sem o apoio e vigilância destes, fique vulnerável a situações de risco.

Outro comportamento comum do doente mental é a sua agressividade. Os seus familiares sentem dificuldade de compreender esse comportamento por vezes pela dificuldade de compreensão dos seus familiares ou profissionais cuidadores, o mesmo acaba se sentindo ameaçado e isso pode gerar algum tipo de agressão. Às vezes o familiar atende às vontades da pessoa com esquizofrenia como estratégia para facilitar a convivência. De fato, o familiar não deve contestar as alucinações e delírios, pois uma opinião divergente coloca em dúvida a alucinação e pode gerar conflitos e agressividade (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009).

Neste sentido, podemos evidenciar a dificuldade e o despreparo dos familiares para lidar com os sintomas que seu familiar apresenta.

[...] ele era muito agressivo, muito agressivo ele era revoltado, brigava demais assim com nós, agredia a gente e tudo [...]. (Violeta)

[...] ele agredia os colegas, olhava para ele, ele dizia: O que tu está me olhando? [...] ele deu 20 facadas no nosso pai [...] pai perdeu o movimento do braço esquerdo, a cabeça ficou gigante, e ficou 7 dias na UTI [...]. (Rosa)

Percebemos nestes depoimentos, situações de convívio familiar extremamente delicadas e de difícil manejo. Tais situações acabam por desencadear a discussão de uma possibilidade de internação futura em um Residencial Terapêutico, pois o familiar vai se desgastando pela convivência com a pessoa portadora de transtorno mental, sobrecarregando física e emocionalmente, privando-se da sua própria vida para conseguir prestar um cuidado adequado. O comportamento imprevisível do doente debilita as expectativas sociais e causa incertezas e dificuldades no núcleo familiar e na sociedade (HIRDES, 2008).

Outro fato que contribui com a sobrecarga sentida pelos familiares é a insônia, comportamento este que é existente na maioria dos portadores de sofrimentos psíquicos.

[...] ele vem e caminha a noite inteira, temos que deixar tudo fechado, ele liga fogão e esquece ligado, faz café à noite inteira, fumava, sabe isso a gente não consegue, daí não iríamos dormir mais, porque ele não dorme de noite [...].
(Rosa)

[...] ele não dorme, quando da essas crises nele, ele não dorme a noite inteira, ele vai no banheiro várias vezes, em casa ligava o chuveiro várias vezes [...] ele ligava as torneiras a noite inteira e deixava ligado [...]. (Margarida)

Conforme Brasil (2004b), o CAPS assume um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados. Nesse sentido o serviço realiza o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, através de projetos terapêuticos e comunitários e dispensa de medicamentos. Além disso, atuam assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Nesta direção, os serviços de atenção à saúde mental são os que, por vezes, auxiliam a família a internar seu familiar em um serviço substitutivo à internação hospitalar após acompanhamento sistemático da situação. Neste caso, é o próprio CAPS que aciona a justiça e direciona o doente mental a um Residencial Terapêutico, como relatam os entrevistados nas falas a seguir:

[...] o CAPS internou ele, através do CAPS [...].
(Violeta)

[...] o CAPS que encaminhou tudo isso aí, o CAPS me ligou e perguntou se eu queria ele de volta para

casa? [...] eu quero se não tem outra alternativa eu vou levar meu irmão para casa [...]. (Margarida)

[...] minha mãe conseguiu interna-la em Cachoeira do Sul [...] mas o CAPS me ligou e informou da clínica que seria aberta em Santa Cruz do Sul [...]. (Orquídea)

Os depoimentos acima indicam a importância da rede de atenção psicossocial no processo de internação dos sujeitos. A Reforma Psiquiátrica traz na sua essência, uma forte resistência à internação de doentes mentais, mas reconhece que, em determinadas situações, ela, por vezes é necessária.

Desta maneira, entende-se que o convívio em domicílio pode, conforme as falas dos sujeitos, se tornar insustentável, fazendo com que os residenciais terapêuticos se tornassem uma alternativa nestes casos estudados.

CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz como premissa a desinstitucionalização de portadores de sofrimento mental como seu alicerce. Neste contexto é que surgem os residenciais terapêuticos para as situações que manter o indivíduo no domicílio não é mais uma possibilidade.

Esta pesquisa evidenciou algumas das razões que levaram os familiares a internar seus entes queridos. Fazendo destaque à percepção dos familiares sobre a convivência com a pessoa com transtorno psíquico, uma vez que esse convívio apresenta-se permeado por sentimentos como o medo, a preocupação, a tristeza e o sofrimento.

Através deste estudo observamos que essas famílias possuem apoio dos serviços de Saúde. Conforme relato dos entrevistados, o Centro de Atenção Psicossocial foi um serviço fundamental que auxiliou os familiares nos momentos de fragilidade, prestando informações e assistência quando necessário. Este apoio e acompanhamento foi um elemento facilitador no momento da internação do doente mental em um residencial terapêutico.

Outro fator que deve ser destacado, é que, neste estudo, o que pesou na decisão da internação, foi a falta de tempo dedicado ao cuidado do familiar doente, uma vez que os sujeitos relataram possuir, também, suas atividades particulares

como o trabalho e a vida pessoal. Quanto às dificuldades encontradas pelos sujeitos para cuidar do doente mental, cita-se a falta de conhecimento referente à doença mental em si, fazendo com que os familiares não saibam como agir nos momentos de crises e alucinações, por exemplo. Esses aspectos acabaram dificultando o convívio em domicílio, levando a uma internação.

Além disso, os resultados encontrados apontam que as fugas afetavam o cotidiano das famílias, trazendo preocupação e a incerteza do paradeiro do doente, interferindo em outras áreas da vida dos cuidadores.

O tema abordado é de grande relevância, pois os serviços de residencial terapêutico ainda são desconhecidos por muitos. Acredito que os profissionais de saúde devem estar estimulando os familiares de um doente mental a participarem ativamente do seu tratamento. Ouvir relatos de familiares para identificar fragilidades e angústias, facilitaria na abordagem do indivíduo e da família com transtorno mental.

Com esta pesquisa, acredita-se que os motivos que levaram os familiares a internar o portador de transtorno mental devem ser de conhecimento dos profissionais que trabalham em residencial terapêutico. Desse modo, entendemos que o profissional enfermeiro, como um dos profissionais envolvidos na atenção à saúde mental, deve construir um vínculo de confiança e afeto com os familiares e o doente mental, para que, dessa forma, consiga estimular inserir o familiar no cuidado com o portador de sofrimento psíquico nas ocasiões de visita, passeios, finais de semana e/ou férias.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.

AMORIM, A.K.M.A.; DIMENSTEIN, M. *Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.195-204, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F.A.N.; GAUDENCIO, M.M.P. *Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 485-491, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

BACKES et al. Vivências de cuidadores familiares de pessoas portadoras da doença de Alzheimer. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 264-275, maio/ago. 2009.

BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. *A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental*. Acta paul. Enferm. São Paulo, v.21, n.4, p.588-594, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 09 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B.M.; MIASSO, A. I. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. Rev. esc. Enferm. USP, São Paulo, v.41, n.2, p.251-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2017.

HIRDES, Alice. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.297-305, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2017.

PALMEIRA, L.F.; GERALDES, M.T.M.; BEZERRA, A.B.C. *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento*. 2ª ed, Rio de Janeiro: Interciência; 2009.

SANTOS, Geny. Esquizofrenia e o Cuidado à Família em uma Abordagem de Terapia Sistêmica. Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal. Ano 2, No. 3, Abril/2015. Disponível em: <<https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/31/55>>. Acesso em 14 de Dezembro de 2017.

SOARES, C.B.; MUNARI, D.B. *Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais*. Cienc. Cuid. Saúde, v. 6 n. 3, p.357-362. 2007.

SOUZA FILHO, Manoel Dias de et al. *Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos*. Psicol. Estud. Maringá, v.15, n.3, p.639-647, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de Novembro de 2017.

APÊNDICE A – Projeto de pesquisa

CURSO DE ENFERMAGEM

Cássio Silveira dos Santos

**INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO: A PERCEPÇÃO DO FAMILIAR**

Santa Cruz do Sul

2017

Cássio Silveira dos Santos

**INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL
TERAPÊUTICO: A PERCEPÇÃO DO FAMILIAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul para
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Enf^ª. Dra. Analídia Rodolpho
Petry

Santa Cruz do Sul

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	OBJETIVOS	23
	2.1 Objetivo geral	23
	2.2 Objetivos específicos	23
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
	3.1 Reforma psiquiátrica: Histórico e contextualização.....	24
	3.2 Políticas públicas em saúde mental e os serviços residenciais terapêuticos	26
	3.3 Serviço residencial terapêutico (STR).....	28
4	METODOLOGIA	30
	4.1 Tipo de pesquisa.....	30
	4.2 Local de pesquisa.....	30
	4.3 População de Estudo	31
	4.4 Instrumento de coleta de dados	31
	4.5 Procedimentos técnicos e éticos.....	32
	4.6 Riscos e benefícios do estudo.....	32
	4.7 Contribuições do estudo	32
	4.8 Análise dos dados	33
5	CRONOGRAMA	34
6	ORÇAMENTO.....	35
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
	ANEXO A.....	42

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho de pesquisa discorre sobre o fim da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), apresentando a contextualização e fatos importantes que marcaram a nossa reforma psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um estudo que têm, como temática, a inclusão de doentes mentais em residenciais terapêuticos.

Os “loucos”, como eram chamados na década de 1970, viviam sob condições denominadas por pesquisadores como Amarante (1995) de desumanas. Tais pacientes enfrentavam internações sem tempo determinado, em locais nos quais eram abandonados por seus familiares e pela sociedade pois eram tidos como diferentes.

A Reforma Psiquiátrica representou um avanço no cuidado ao doente mental uma vez que a sua prerrogativa é de que o indivíduo seja mantido junto à sua família e inserido na sociedade. Há, porém situações onde manter a permanência do doente mental no domicílio não se faz possível. Neste contexto, O presente trabalho se justifica, uma vez que se faz necessário investigar, junto aos familiares de doentes mentais que moram em residenciais terapêuticos, os motivos que os levam a necessitar interna-los em residenciais terapêuticos. Para tal, procederemos a uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo, onde pretendemos aprofundar a temática em questão.

Importa salientar que a criação dos residenciais terapêuticos se deu após a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica em Caracas em 1990, esta que foi intitulada a Declaração de Caracas, sendo estabelecido o comprometimento de alguns países dentre eles o Brasil de estabelecer uma reestruturação da assistência psiquiátrica. Nesta direção, e a partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando as particularidades e necessidades de cada local (HIRDES, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar as razões que levaram familiares de pacientes mentais a interná-los em serviço de residencial terapêutico (STR).

2.2 Objetivos específicos

- Indagar junto aos familiares, como a família percebeu o início da doença no paciente mental.
- Investigar a trajetória do paciente doente mental.
- Investigar como a família percebeu a necessidade de encaminhar seu familiar doente mental para um serviço residencial terapêutico.
- Investigar o que motivou o familiar para a decisão final pela internação no (SRT).

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta sessão apresentamos o referencial teórico que subsidia este projeto de pesquisa.

3.1 Reforma psiquiátrica: Histórico e contextualização

A reforma psiquiátrica brasileira teve início na década de 1970, decorrente de um movimento social e político que se sustentou nas reformas e serviços de saúde e na ética do respeito à integridade do paciente. O Brasil, até aquela data, (ANDREOLI, 2007; LOUGON, 2006), adotara o modelo utilizado em países ocidentais, com internações de pacientes mentais em manicômios por tempo indeterminado (ANDREOLI, 2007; LOUGON, 2006).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Brasil, conforme refere Amarante (2013) surgiu na década de 1970, em importante momento histórico nacional. Materializou naquele momento, graves denúncias contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica, acusações que foram acompanhadas de mobilizações por projetos alternativos ao modelo asilar dominante e a efetivação de um pensamento crítico sobre as práticas psiquiátricas.

No contexto brasileiro, tal como em outros países, houve relatos frequentes de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, as condições precárias de trabalho nos manicômios, a ineficácia do tratamento, “o elevado custo e a maciça privatização da assistência psiquiátrica” (COGA, 2003).

Conforme Martins (2009), em 1941 a saúde mental teve um grande feito, data essa que foi criado o Serviço de Saúde Mental tendo como seu principal objetivo priorizar a higiene mental e a eugenia.

Em 1964, assim que os militares assumiram o controle político do país, o governo brasileiro celebrou um convênio com hospitais psiquiátricos privados, o Plano de Pronta Ação, repassando a esses hospitais recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico no país. Esse acordo teve como consequência o repasse de mais de 90% das verbas destinadas à saúde mental brasileira para o setor privado (WAIDMAN, 2004; DALLA VECCHIA, 2009).

Porém após a privatização da saúde mental, começou uma grande revolta por parte dos profissionais em saúde mental contra essa mesma, os profissionais começaram através de denúncias a relatar os maus tratos sofridos não somente

pelos pacientes mentais mais também pelo descaso exercido nas condições de trabalho pelos profissionais, com a falta de matérias e com o ambiente de trabalho não compatível com as funções. Começara assim uma luta dos profissionais de saúde pela adoção do modelo de atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil.

Em 1986 ocorreu a Oitava Conferência Nacional de Saúde, e, em sequência, em 1987, a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. O processo, que culminou na Constituição de 1988 e conduziu à afirmação e ao reconhecimento de direitos, refletindo o desejo da sociedade brasileira de romper com as práticas arcaicas, foi traçado por uma participação política ativa. Vasconcelos (2012) comenta que ocorreu um importante acúmulo de forças que tornaram possíveis os avanços significativos da Constituição Federal de 1988.

E em 1992 a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, deixando a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental para 2001. Observa-se, na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (HIRDES, 2009).

Conforme Santoro (2012) em 1989, o deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores-Minas Gerais) apresentou o projeto de lei n.3.657/89, que ficou conhecido como Projeto Paulo Delgado. Com três artigos estruturantes, o projeto regulamentava a extinção gradual dos manicômios, os direitos do doente mental e a criação de recursos substitutivos ao tratamento manicomial. Aprovado na Câmara dos Deputados, teve sucessivas postergações e substitutivos no Senado, sendo homologado em 2001 pelo presidente da República, convertendo-se na lei n.10.216/2001. Nos anos de tramitação foram formulados e aprovados diversos projetos de lei similares, estaduais e municipais pelo Brasil, além de ocorrer a instauração das portarias do n.189/91 até o n.224/92, do Ministério da Saúde, que possibilitou que o Sistema Único de Saúde (SUS) financiasse outros procedimentos assistenciais diferentes do leito e da consulta ambulatorial (AMARANTE, 1995).

Um dos fatos que na época teve grande repercussão mundial ocorrido em Caracas na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica em 1990, no qual foi promulgado o documento chamado de Declaração de Caracas.

Conforme Vidal (2008) o Governo assumiu assegurar os direitos humanos às pessoas com transtornos psiquiátricos e organizar os serviços comunitários de saúde mental.

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando as particularidades e necessidades de cada local (HIRDES, 2009).

O estado do Rio Grande do Sul foi o pioneiro a aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica, marco esse sendo estabelecido pela Lei Estadual nº 9.716 em 1992, fato este que tem como principal compromisso tratar da Reforma Psiquiátrica a nível Estadual. Enquanto a lei nacional foi estabelecida em 2001 como Lei nº 10.216 foi sancionada no dia 06 de abril de 2001, que trata a reforma psiquiátrica em âmbito nacional (BRASIL, 2004).

3.2 Políticas públicas em saúde mental e os serviços residenciais terapêuticos

Com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970 e que se caracteriza por ser um processo que faz questionamentos quanto ao modelo psiquiátrico tradicional, centrado no manicômio e marcado quase que exclusivamente pelo papel de um profissional da saúde, o psiquiatra. Tal movimento busca reorientar esse modelo de atenção para que se faça a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, o que implica não somente na criação de serviços que substituam o manicômio, mas também em novas maneiras de enxergar e de lidar com a loucura.

Conforme Amorim e Dimenstein (2009), foi com base nessas ideias de desinstitucionalização como desconstrução e de território é que o modelo de atenção em saúde mental brasileiro foi proposto no sentido de expandir e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar, de modo a atender as demandas territoriais específicas sem desassistir e indo além da pura desospitalização. Esta rede hoje é constituída de unidades básicas de saúde (UBS), centros de saúde, serviços de pronto-atendimento, ambulatórios, centros de atenção psicossocial (CAPS) e serviços residenciais terapêuticos (SRT).

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 cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p.9).

Conforme Brasil (2004, p.12) os Centro de Atenção Psicossocial, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

O Centro de Atenção Psicossocial teve como pioneiro no Brasil em 1986 na cidade de São Paulo, esses centros foram criados com o movimento social de profissionais de saúde mental, com o intuito de acabar com os maus tratos sofridos pelos pacientes mentais em hospitais psiquiátricos, esses profissionais tinham como principal objetivo melhorar com a assistência no Brasil.

Os CAPS assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) foram oficialmente criados a partir da Portaria GM 224/92, os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território (BRASIL, 2004, p.12).

Os CAPS visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;

- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p.13).

3.3 Serviço residencial terapêutico (STR)

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (BRASIL, 2004, p.6).

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004, p.5). Neste contexto, o Ministério da Saúde apresenta a seguinte definição:

Os serviços de saúde substitutivos ao hospital, foram criados com o intuito de garantir uma assistência contínua aos egressos, propondo novas formas de acolher/cuidar dos usuários segundo o paradigma da reabilitação psicossocial. Com isso, o modelo clínico e excludente que restringia o portador de transtorno mental ao asilo deu lugar ao modelo inclusivo clínico-epidemiológico, buscando devolver o doente à dinâmica da vida social e familiar, como forma de ressaltar suas potencialidades e vulnerabilidades no manejo com o seu adoecimento (AZEVEDO, 2010).

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, e de acordo com o documento Portaria nº 106/GM/MS (BRASIL, 2000).

É fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e

acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005). Conforme portaria do Ministério da Saúde existem diferentes diretrizes preconizadas aos de SRTs. Tais diretrizes definem a categoria do residencial, isto é, residencial tipo I e residencial tipo II. Os Residenciais do tipo I devem seguir a seguinte determinação:

- (...)destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais (...).
- (...) deve acolher no mínimo 4 (quatro) moradores e no máximo 8 (oito) moradores.
- (...)Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.
- (...)Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência (BRASIL, 2011).

Já os residenciais categorizados como sendo do tipo II precisam obedecer os seguintes requisitos:

- Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.
- Este tipo de SRT deve acolher no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores.
- O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção dos mesmos na rede social existente.
- O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº- 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.
- Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.
- Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência. (BRASIL,2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Para a realização deste trabalho de pesquisa, optamos pela realização de um estudo do tipo descritivo e exploratório de cunho qualitativo.

O estudo qualitativo busca uma compreensão particular daquilo que estuda; não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Isso não significa, entretanto, que seus achados não possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada (BÓGUS, 2004).

A opção por um estudo qualitativo se deve ao fato de termos a intenção de aprofundar a compreensão dos motivos pelos quais os familiares optaram por encaminhar seus entes queridos a um residencial terapêutico. Entendemos que aprofundar tais entendimentos é possível a partir de estudos que permitam adentrar nas particularidades dos motivos e das razões que estavam intimamente arraigadas nos indivíduos.

Conforme Neto (2001), tal método consiste no contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, processo constituinte de relações e trocas mútuas, na qual, ao mesmo tempo ele modifica e é modificado pelo contexto. Torna-se possível a aproximação com situações ou fenômenos que não seriam obtidos através de perguntas ou entrevistas, pois, ao observar diretamente a realidade, capturamos subjetividades e complexidades da vida e das relações humanas.

Neste contexto, e para utilizar a investigação faremos uma pesquisa exploratória, que conforme (SETUBAL, 2002), Sua finalidade é desenvolver, esclarecer conceitos e ideias. É realizada quando o tema escolhido ainda é pouco explorado, como neste caso, e se adequa ao tema proposto.

4.2 Local de pesquisa

A pesquisa terá, como ponto de apoio para a coleta dos endereços, um Serviço Residencial Terapêutico localizado na região central de um município do interior do Rio Grande do Sul. Esta etapa da pesquisa será dividida em dois momentos. No primeiro momento entraremos em contato com a coordenação do Serviço Residencial Terapêutico onde pretendemos realizar este estudo. Após,

oficializaremos esta solicitação através de um ofício, encaminhado à coordenação da instituição que nos fornecerá os endereços dos familiares de doentes mentais lá internados (ANEXO A).

No segundo momento o objetivo será realizar contato com os familiares dos indivíduos internados no residencial terapêutico, para explicar a pesquisa e, se aceitarem participar do estudo, marcar um local de encontro para a realização da entrevista. Salientamos que o local, hora e data de coleta dos dados será definido pelo entrevistado. Nossa observação será a de que o local possibilite que a entrevista ocorra sem interrupções ou barulhos que impeçam a sua realização.

4.3 População de Estudo

É nossa intenção ENTREVISTAR o familiar mais próximo dos pacientes mentais internados no Serviço Residencial Terapêutico, independente de sexo, idade, religião e classe social, que preencham os seguintes critérios de inclusão:

- Aceitar participar do estudo.
- Aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Aceitar o uso de gravador.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados utilizaremos uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Por entrevista semiestruturada entendemos aquele instrumento que permite ao entrevistado liberdade e flexibilidade na condução do seu relato mas, ao mesmo tempo, o conduz para que não saia do tema proposto (GIL, 2007).

Para a coleta dos dados utilizaremos uma entrevista semiestruturada, composta de cabeçalho e questões abertas (APÊNDICE A). A opção pela entrevista semiestruturada ocorreu em função de que este modelo de entrevista deixa o entrevistado mais a vontade, pois o mesmo responde às perguntas dentro de sua concepção, mas não o deixando falar livremente, é função do pesquisador não deixar o entrevistado sair do foco das perguntas que lê foram realizadas (MAY, 2004).

Pois o familiar do paciente mental interno no Serviço Residencial Terapêutico, terá algumas perguntas como base, estas que serão anexadas junto ao trabalho de pesquisa.

4.5 Procedimentos técnicos e éticos

Salientamos que esta pesquisa seguirá os preceitos éticos postulados na Resolução 466/2012. Será realizado contato com os familiares de pacientes mentais alocados no serviço residencial terapêutico, para convidá-los a participar do estudo e, neste momento, explicar-lhe-emos os objetivos da pesquisa. Salientamos que a entrevista deve ser marcada no local aonde o entrevistado se sinta da melhor maneira possível, podendo ser em sua residência ou local público, apenas lembrando o familiar que o local seja sem interrupções ou barulhos, para não atrapalhar a entrevista na questão do aparelho em áudio. Imediatamente antes do início da entrevista, solicitaremos que assine o TCLE (APÊNDICE B), ficando uma via com o entrevistado e outra conosco, que o guardaremos em local secreto e sigiloso por um período de cinco anos.

4.6 Riscos e benefícios do estudo

Os riscos aos participantes do estudo se centram em algum possível desconforto em relação aos questionamentos efetuados pelo pesquisador, sendo de livre acordo ao participante desistir quando não se sentir mais em condições, conforme consta no TCLE (APÊNDICE B).

Os benefícios deste estudo se centram em problematizar os motivos e a necessidade que os familiares encontraram para alocarem seus familiares em um Serviço Residencial Terapêutico e pensar em possíveis alternativas que possam aumentar os vínculos familiares mesmo que se mantendo distantes.

4.7 Contribuições do estudo

- Problematizar a necessidade que algumas famílias têm de institucionalizarem seus familiares doentes mentais.
- Por mais que a família queira permanecer com o seu familiar doente mental em sua residência, nem sempre consegue dar conta de ficar com o paciente em casa.

- Analisar o ponto de vista dos familiares em relação a esta distância após a internação do paciente mental.

4.8 Análise dos dados

A análise dos dados será realizada após transcrições das gravações em áudio e serão lidos com o objetivo de focalizar uma boa análise e sentido das falas, nesta etapa de análise tem como objetivo organizar dados de acordo com os objetivos da pesquisa, já a parte da interpretação dos dados busca agregar sentido mais amplo às respostas encontradas. Sendo assim, será constituída uma etapa muito importante da pesquisa, já que consiste em atribuir sentido aos dados coletados interligando-os com os demais conhecimentos, com intuito de atingir os objetivos da pesquisa.

Realizaremos análise temática do material empírico coletado. Tal metodologia consistem em três etapas: pré-análise, seleção do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

1º etapa: A pré- análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, sendo realizada a retomada dos objetivos da pesquisa, reformulando-os conforme o material coletado e realizando a confecção de indicadores que norteiem a interpretação dos resultados.

2º etapa: Seleção do material é a etapa em que será realizada a transformação dos dados na tentativa de compreender o núcleo do texto. Primeiramente é realizado o recorte do texto de acordo com uma palavra, frase, tema, ou seja, como foi definido na fase de pré- análise. Próximo passo é escolher uma forma de contagem e por último, é feita a classificação e a agregação dos dados obtidos, escolhendo a categoria teórica ou empírica para classificar o tema.

3º etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados passam por operações de percentagem ou análise fatorial, permitindo evidenciar as informações obtidas. A partir deste posto, o pesquisador define as suas interpretações previstas de acordo com o contexto da pesquisa.

5 CRONOGRAMA

Período	Fev/2017	Mar/2017	Abri2017	Mai/2017	Jun/2017	Jul/2017	Ago/2017	Set /2017	Out/2017	Nov /2017	Dez/2017
Escolha do tema	X										
Elaboração do projeto de pesquisa		X	X	X	X						
Revisão de literatura	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
Elaboração da Metodologia				X	X						
Apresentação do projeto ao comitê de ética do local da pesquisa											
Apresentação do projeto ao comitê de ética e pesquisa com seres Humanos CEP-UNISC								X			
Coleta de Dados									X	X	
Análise de Dados / Resultados										X	
Elaboração do relatório final da pesquisa										X	
Revisão Ortográfica										X	
Revisão Geral										X	
Entrega do Material Impresso										X	X
Defesa Pública											X

Acadêmico de Enfermagem

Cássio Silveira dos Santos

6 ORÇAMENTO

Itens a serem financiados		Valor unitário R\$	Valor total R\$	Fonte viabilizadora
Especificações	Quantidades			
Caneta esferográfica azul	02	3,50	7,00	Pesquisador
Lápis	01	1,00	1,00	Pesquisador
Caderno	01	10,00	10,00	Pesquisador
Xérox	50	0,15	7,50	Pesquisador
Transporte urbano (deslocamento para coleta de dados)	14	14	24,50	Pesquisador
Encadernação	01	3,00	3,00	Pesquisador
TOTAL GERAL R\$ 53,00				

Acadêmico de Enfermagem

Cássio Silveira dos Santos

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Serviço de Desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 1995.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.

AZEVEDO, D. M. *Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN*. 2008. Dissertação (Departamento de Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao_final_dulcian_pdf_pgenf.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. 5. ed.. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[Http://bvsmms.saude.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2017.

BRASIL. Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 fev. 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 27 mai. 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>
. Acesso em: 27 mai. 2017.

BRASIL. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2013.

COGA, S.; VIZZOTTO, M. Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia nesse contexto. Psicólogo In Formação. São Paulo, 2003.

DALLA VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados as pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013>. Acesso em: 27 mai. 2017.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DIMENSTEIN, Magda, Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63014121/>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. Ciência e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1.pdf>. Acesso em 25 mai. 2017.

HUMEREZ, D.D.C. Transtornos de pensamento e a assistência de enfermagem. In: Psiquiatria para a enfermagem. Org. CARVALHO, M.B.D. São Paulo: Rideel, 2012.

JERUSALINSKY, A. *et al.* A escolarização de crianças psicóticas In: Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2010.

LOUGON, M. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 227 p.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa Social, Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SANTORO F.; CARLOS, A. Direito e saúde mental à luz da lei 10.216 de 6 de abril de 2001. São Paulo: Verlu. 2012.

SETUBAL, A. A. Pesquisa em Serviço Social: Utopia ou realidade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformamos, o risco é a fragmentação e a dispersão política. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.4, n.8, p.5. 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2019>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.7-67. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Vidal7/publication/250051131_Reforma_psiquiatica_e_servicos_residenciais_terapeuticos/links/544390aa0cf2a6a049a93a14/Reforma-psiquiatica-e-servicos-residenciais-terapeuticos.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2017.

WAIMAN, M. A. P. O trabalho de cuidados às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização. 2004. 277 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA:

Dados pessoais do entrevistado:

Nome:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Qual seu grau parentesco com o paciente mental, morador do residencial terapêutico?

Perguntas:

- Você poderia me falar como a doença do seu familiar começou?
- Você poderia me falar por que o seu familiar foi internado no Residencial terapêutico
- Há outros casos de doença mental na família?
- O seu familiar apresentava crises? E internações hospitalares em decorrência da doença mental? Fale a respeito
- Como foi realizado o encaminhamento para a internação no residencial terapêutico?
- Como você se sentiu frente à decisão de internação no SRT? Fale a respeito

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Título da Pesquisa: Internação de doente mental em um serviço residencial terapêutico: A percepção do familiar

A pesquisa será desenvolvida pelo acadêmico de enfermagem Cássio Silveira dos Santos, sob responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Enf^a. Analídia Petry. O presente estudo tem como objetivo Investigar as razões que levaram familiares de pacientes mentais a interná-los em um serviço residencial terapêutico.

Selecionamos como instrumento de coleta de dados uma entrevista individual semiestruturada onde as respostas serão gravadas através de dispositivo de áudio para o entrevistador realizar a análise de interpretação de dados com maior precisão.

Os sujeitos da pesquisa serão familiares mais próximos de pacientes mentais que encontram-se alocados no serviço residencial terapêutico, indiferente de idade, sexo, religião. Os entrevistados terão total direito de não aceitar participar da pesquisa como desistir de sua participação em qualquer momento.

Será assegurado o sigilo e anonimato nas respostas, não ocasionando prejuízos para o entrevistado, assim como o direito do acesso das informações coletas, mediante Resolução CNS 466/12.

Almeja-se investigar junto aos familiares como foi o início da doença, a trajetória do doente mental, e a razão da decisão final pela internação do familiar doente mental no serviço residencial terapêutico.

Todas as despesas serão a cargo do pesquisador, Cássio Silveira dos Santos, sem ônus ao participante do projeto.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Analídia Petry, telefone (51) 99897-4780

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data ___ / ___ / ____

Nome e assinatura
do voluntário

Nome e assinatura do
responsável legal,
quando for o caso

Nome e assinatura do
responsável pela
obtenção do presente
consentimento

ANEXO A

Santa Cruz do Sul, 29 de junho de 2017

Ao

Senhor Coordenador Paulo Thesing

Gostaria de solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada **INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: A PERCEPÇÃO DO FAMILIAR**. Orientada pela Prof^a Dr^a Enf^a Analídia Petry. O objetivo da pesquisa é investigar as razões que levaram familiares de pacientes mentais a interná-los em serviço de residencial terapêutico(SRT). Nossa intenção é, a partir dos endereços, contatar os familiares por telefone para convidá-los a participar do estudo. Salientamos que a entrevista será realizada em local e hora determinados pelo entrevistado, em outro local que não seja o residencial terapêutico Jesus Mestre.

Com esta pesquisa pretendemos refletir sobre o modo como os familiares se sentem ao necessitarem internar seu ente querido em uma instituição por não estarem possibilitados de tê-los em seus domicílios.

Atenciosamente Cássio Silveira dos Santos.

Coordenador Paulo Thesing

ANEXO A – Normas de submissão da revista UNINTER

Os **artigos** de desenvolvimento teórico e **artigos** baseados em pesquisas empíricas devem ter até 28 mil caracteres; e **ensaios** e **resenhas** de 3.000 a 8.000 caracteres.

APRESENTAÇÃO E FORMATAÇÃO

- Arquivo on-line em formato A4;
- Editor de texto: Word for Windows;
- Margens superior e esquerda: 3 cm, margens inferior e direita: 2 cm;
- Fonte: Arial tamanho 12;
- Parágrafo: entre linhas: 1,5;
- Alinhamento justificado;

Referências

Devem ser citadas no corpo do texto com indicação do sobrenome e ano de publicação. As referências bibliográficas completas deverão ser apresentadas em ordem alfabética no final do texto, de acordo com as normas da ABNT (NBR-6023).

ESTRUTURA DO TEXTO

Título

Título do artigo em português: a primeira letra do título é maiúscula e as demais minúsculas; negrito; fonte Arial; tamanho 18; parágrafo centralizado).

Título do artigo em língua estrangeira (inglês, francês ou espanhol): a primeira letra do título é maiúscula e as demais minúsculas; itálico; fonte Arial; tamanho 18; parágrafo centralizado.

Obs.: O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Nome do(s) autor(es) e minicurrículo

Apresentação concisa dos pontos relevantes de um documento. (BR 6022:2003). Parte inicial do artigo, onde devem constar a delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada para alcançá-los.

Colocar o nome completo do autor (Arial 12, negrito, parágrafo centralizado).

Indicar, logo abaixo do nome do autor, a titulação, afiliação e cargos que indiquem grau de responsabilidade em relação ao assunto tratado no artigo.

Resumo

É a apresentação sintetizada dos pontos principais do texto, destacando as considerações emitidas pelo autor. Observar NBR 6028 da ABNT, 1987 (no máximo 250 palavras).

Para padronizar as palavras-chave utilizar os Thesaurus da área de atuação correspondente. O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5.

IMPORTANTE: Tanto o **resumo** como as **palavras-chave** devem constar no artigo em português e em língua estrangeira (inglês, francês ou espanhol). Assim, no caso da língua inglesa por exemplo, depois do "Resumo" e "Palavras-chave", o artigo deve ter o "Abstract" e as "Key-words".

Corpo do texto

Introdução:

Apresentação concisa dos pontos relevantes de um documento. (BR 6022:2003). Parte inicial do artigo, onde devem constar a delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada para alcançá-los.

Parte principal do artigo, que contém a exposição ordenada e pormenorizada do assunto tratado. Divide-se em seções e subseções, conforme a NBR 6024, que variam em função da abordagem do tema e do método.

O desenvolvimento ou parte principal do artigo, nas pesquisas de campo, é onde são detalhados itens como: tipo de pesquisa, população e amostragem, instrumentação, técnica para coleta de dados, tratamento estatístico, análise dos resultados, entre outros, podendo ser enriquecido com gráficos, tabelas e figuras. O título dessa seção, quando for utilizado, não deve estampar a palavra "desenvolvimento" nem "corpo do trabalho", sendo escolhido um título geral que englobe todo o tema abordado na seção, e subdividido conforme a necessidade.

Análise dos Resultados

Os resultados devem ser analisados tendo em vista o objetivo. Entretanto, deve-se evitar "forçar" os dados para obter a conclusão desejada. Se o método foi definido adequadamente, o estudo terá produzido resultados objetivos, que, na maioria dos casos, levarão de forma lógica à comprovação ou negação da hipótese testada.

Resultados: devem oferecer uma discriminação sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.

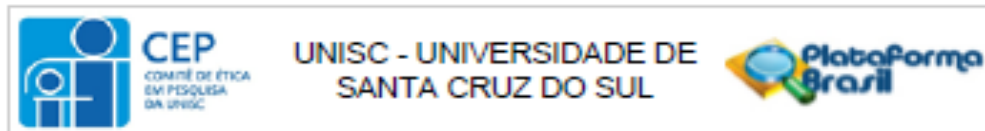
Conclusão

Parte final do artigo, na qual se apresentam as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses. (NBR 6022:2003). Finalização onde são apresentadas as conclusões alcançadas com a pesquisa deve guardar proporções de tamanho e conteúdo conforme a magnitude do trabalho apresentado. A conclusão deve limitar-se a explicar brevemente as ideias que predominaram no texto como um todo, sem muitas polêmicas ou controvérsias, incluindo, no caso das pesquisas de campo, as principais considerações decorrentes da análise dos resultados. O autor pode nessa parte, conforme o tipo e objetivo da pesquisa, incluir no texto algumas recomendações gerais acerca de novos estudos, sensibilizar os leitores sobre fatos importantes, sugerir decisões urgentes ou práticas mais coerentes de pessoas ou grupos, dentre outras considerações finais.

Referências

Somente as citações que figuram no texto devem ser referenciadas. Trabalhos em fase de elaboração devem vir acompanhados da expressão “in press”. Dados não publicados devem vir acompanhados pela expressão “unpublished observations”; neste caso, uma carta do autor deve ser fornecida. As referências no final do trabalho devem ser organizadas e apresentadas em ordem alfabética de acordo com o sobrenome do primeiro autor. Para elaboração das referências deve ser observada a norma NBR 6023 da ABNT, 2002.

ANEXO B - Parecer de aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: A PERCEPÇÃO DO FAMILIAR

Pesquisador: Analidia Rodolpho Petry

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73201317.8.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.219.822

Apresentação do Projeto:

O PRESENTE TRABALHO INTITULADO INTERNAÇÃO DE DOENTE MENTAL EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: A PERCEPÇÃO DO FAMILIAR TRATA- SE DE UM PROJETO DE PESQUISA APRESENTADO A DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL TENDO COMO AUTOR DA PESQUISA O ACADÊMICO CASSIO SILVEIRA DOS SANTOS E COMO PROFESSOR ORIENTADOR A DOUTORA E ENFERMEIRA ANALIDIA RODOLPHO PETRY.

Objetivo da Pesquisa:

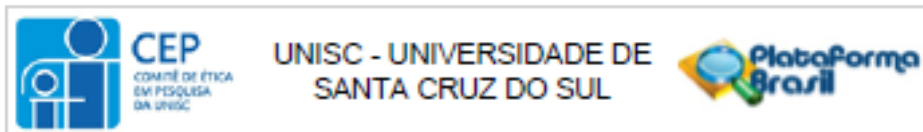
Objetivo Primário:

Investigar as razões que levaram familiares de pacientes mentais a interná-los em serviço de residencial terapêutico (STR).

Objetivo Secundário:

- Indagar junto aos familiares, como a família percebeu o início da doença no paciente mental.
- Investigar a trajetória do paciente em relação à doença mental.
- Investigar como a família percebeu a necessidade de encaminhar seu familiar, portador de doença mental, para um serviço residencial terapêutico.
- Investigar o que motivou o familiar para a decisão final pela internação no (STR).

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7690 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.219.822

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos participantes do estudo se centram em algum possível desconforto em relação aos questionamentos efetuados pelo pesquisador, sendo de livre acordo ao participante desistir quando não se sentir mais em condições, conforme consta no TCLE.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo se centram em problematizar os motivos e a necessidade que os familiares encontraram para alocarem seus familiares em um Serviço Residencial Terapêutico e pensar em possíveis alternativas que possam aumentar os vínculos familiares mesmo que se mantendo distantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa será descritiva e exploratória de cunho qualitativo, tendo como principais personagens os familiares de pacientes doentes mentais internos de um Serviço Residencial Terapêutico, localizado em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados se dará através de uma entrevista semi estruturada, aplicada em local, data e horário a serem estipulados pelos entrevistados. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente transcritas. Os dados serão analisados através da análise temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto completo: está presente

TCLE: está presente e claro.

Folha de rosto: está completa e assinada

Orçamento: se está presente e assinado

Carta de aceite de instituição parceira está presente e assinada pelo diretor Paulo Thesing.

Cronograma: a coleta de dados está prevista para iniciar após a aprovação do projeto pelo CEP/UNISC.

Recomendações:

Sem recomendação

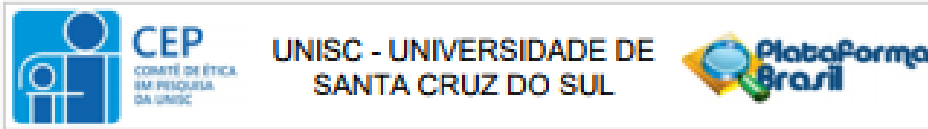
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2253 - Bloco B, sala 803
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7830 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.219.833

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_965479.pdf	09/08/2017 14:38:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/08/2017 14:37:27	Análida Rodolpho Petry	Aceito
Orçamento	orc.pdf	09/08/2017 14:38:31	Análida Rodolpho Petry	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite.pdf	09/08/2017 14:34:42	Análida Rodolpho Petry	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.pdf	09/08/2017 14:24:59	Análida Rodolpho Petry	Aceito
Folha de Rosto	F.pdf	09/08/2017 14:21:45	Análida Rodolpho Petry	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 15 de Agosto de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2200 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7690 E-mail: cep@unisc.br