

LA VIDA SOCIAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Marciana Fernandes Moll¹
Toyoko Saeki²

Esta es una investigación cualitativa, cuyos objetivos fueron investigar la vida social de personas con diagnóstico de esquizofrenia, usuarias de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) e identificar como el proceso terapéutico, ofrecido por el CAPS, colabora con la vida social de esas personas. Participaron del estudio individuos con esquizofrenia, con edades entre los 18 y 40 años, matriculados en el CAPS de Uberaba, Brasil. Se utilizó la entrevista semiestructurada que originó tres categorías: vida de los pacientes antes y después de enfermarse, cotidiano de los usuarios en el ambiente fuera del CAPS y asistencia del CAPS, colaborando en la vida social y en la estabilización de síntomas. Se detectó que la terapéutica empleada colabora para la adhesión al tratamiento y reduce las internaciones psiquiátricas, sin embargo la vida social de esas personas ocurre en el contexto familiar y en el ambiente de tratamiento. Esa realidad muestra la necesidad de trabajar en conjunto con la Estrategia Salud de la Familia y la comunidad para ampliar intervenciones socializantes.

DESCRITORES: trastornos mentales; esquizofrenia; calidad de vida; enfermería

SOCIAL LIFE OF PEOPLE WITH DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA, ATTENDED AT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

This qualitative research aimed to investigate the social life of patients with a diagnosis of schizophrenia at a Psychosocial Care Center (CAPS), and identify how the therapeutic process offered by the CAPS has contributed to their social lives. The subjects of the study were patients with schizophrenia, between eighteen and forty years of age and registered at the CAPS in Uberaba, Brazil. The data were collected through a semi-structured interview. Three categories were identified: the patients' life before and after the illness, their everyday life outside CAPS and CAPS care contributing to their social life and stabilization of symptoms. The results showed that the CAPS regimen enhances treatment compliance and decreases hospitalization. However, social functioning for schizophrenic patients occurs within the family and treatment contexts. This reality evidences the need for a partnership with the Family Health Strategy and the community to improve socialization.

DESCRIPTORS: mental disorders; Schizophrenia; quality of life; nursing

A VIDA SOCIAL DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, USUÁRIAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Esta é pesquisa qualitativa, cujos objetivos foram: investigar a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e identificar como o processo terapêutico, oferecido pelo CAPS, colabora na vida social dessas pessoas. Participaram do estudo indivíduos com esquizofrenia, na faixa etária de dezoito a quarenta anos, matriculados no CAPS de Uberaba, Brasil. Utilizou-se a entrevista semiestructurada que originou três categorias: vida dos pacientes antes e após o adoecimento, cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS e assistência do CAPS, colaborando na vida social e na estabilização de sintomas. Detectou-se que a terapêutica empregada colabora para a adesão ao tratamento e redução das internações psiquiátricas, mas a vida social dessas pessoas ocorre no contexto familiar e no ambiente de tratamento. Essa realidade mostra a necessidade de parcerias junto à Estratégia Saúde da Família e à comunidade para ampliar intervenções socializantes.

DESCRITORES: transtornos mentais; esquizofrenia; qualidade de vida; enfermagem

INTRODUCCIÓN

Al levantar la historia de los trastornos mentales, nos encontramos con la mención de algunos síntomas, hoy asociados a la esquizofrenia, en textos hindús y griegos, en el período antes de Cristo. Sin embargo, fue a partir del siglo XIX que surgieron descripciones más precisas que definieron la esquizofrenia tal como es conocida hoy⁽¹⁾.

La esquizofrenia es una patología seria y persistente que ocasiona comportamientos psicóticos y diversas dificultades ligadas a las relaciones interpersonales, al procesamiento de informaciones, a la solución de problemas, entre otras. De acuerdo con esa afirmación, la esquizofrenia es un trastorno psicótico, una vez que la psicosis es definida según la percepción de la realidad de un paciente y del comportamiento proveniente de esa percepción⁽²⁾.

El trastorno psicótico en estudio se inicia entre la adolescencia y el inicio de la vida adulta joven (generalmente entre 13 y 28 años), generando considerables perjuicios para la regularidad de la participación de las personas en actividades sociales, esenciales a sus vidas, tales como estudiar, mantener relaciones amorosas e interactuar en grupos de amigos, entre otras⁽³⁾.

Una de las principales evidencias del pronóstico de la esquizofrenia es el perjuicio en el ajuste social, lo que puede ser evidenciado por la presencia de diversos pacientes que actualmente residen en la comunidad, los cuales presentan graves incapacidades y señales de bajos niveles de funcionamiento social⁽⁴⁾.

Delante de eso, se percibe que existen pacientes que presentan dificultades para la adaptación social, expresadas por medio de comportamientos sociales variados. Al describirse las experiencias prácticas, experimentadas durante la realización de este estudio, se verificó que muchos individuos que fueron internados por largos períodos, en la actualidad están en tratamiento en los servicios comunitarios, donde participan de actividades, tales como fiestas y grupos terapéuticos diversos. Se percibió que adquirieron algún nivel de autonomía que les permite administrar sus propias vidas, aunque se parcialmente. Otra percepción se relaciona a aquellos pacientes que tiene evolución desfavorable, por mostrarse menos propensos a los abordajes psicosociales.

Las abordajes psicosociales comprenden un conjunto de acciones capaces de proporcionar a los pacientes una mejor integración social, profesional y, consecuentemente, mejor calidad de vida, considerando los límites impuestos por la enfermedad⁽¹⁾.

Al abordarse la vida social de los pacientes, se enfocó las relaciones sociales y la capacidad de inclusión de personas portadoras de esquizofrenia en eventos sociales, así como su capacidad para interactuar en grupos (amigos, religiosos, entre otros), lo que parece ser un de los objetivos del tratamiento centrado en las abordajes psicosociales.

Por lo expuesto hasta entonces, se ve que la esquizofrenia es considerada un trastorno mental grave, no apenas por sus características sintomatológicas, pero también por la realidad que impone al paciente, tornándolo frágil ante las circunstancias de su ambiente, lo que puede comprometer su autonomía, afectando, directa o indirectamente, varias esferas de su vida.

Al efectuar la revisión bibliográfica acerca del tema en estudio, se observa que las investigaciones con enfoque en la vida social de esa clientela todavía son restrictas. Estudio de revisión de literatura, a partir de los Anales de los Encuentros de Investigadores en Salud Mental y Encuentros de Especialistas en Enfermería Psiquiátrica, promovidos por la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, USP, verificó que el tema más abordado por los participantes de los encuentros se relacionó a las Prácticas Asistenciales⁽⁵⁾. Esa realidad justifica la relevancia para investigar como el propio paciente evalúa su vida, enfocando lo que considera importante para sí, una vez que, en la actualidad, están siendo ofrecidas nuevas alternativas de tratamiento, centradas en la rehabilitación psicosocial.

Un dispositivo innovador de tratamiento, que tiene sus objetivos centrados en la rehabilitación psicosocial, es el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), el cual fue creado por la Portaria 336, de 19 de febrero de 2002⁽⁶⁾.

El CAPS es "un espacio de creatividad, de construcción de vida, de nuevos conocimientos y prácticas. En lugar de excluir, medicalizar y disciplinar, debe acoger, cuidar y establecer puentes con la sociedad"⁽⁷⁾.

Delante de estas consideraciones, se desarrollo este estudio con los siguientes objetivos: investigar la vida social de personas con diagnóstico

de esquizofrenia, usuarias de un Centro de Atención Psicosocial e identificar como el proceso terapéutico, ofrecido por el referido Centro, ha colaborado en la vida social de esas personas.

Se considera importante este estudio, una vez que el CAPS hace parte de una nueva propuesta asistencial que debe ofrecer tratamiento que valore la reinserción social y la mejoría de las condiciones de vida de los usuarios, asistidos en ese espacio terapéutico. A partir de esa nueva concepción asistencial, las prácticas buscan favorecer el ajuste social y, consecuentemente, la vida social de portadores de trastorno mental, y no apenas la simple abolición de síntomas.

METODOLOGÍA

Se trata-se de investigación del tipo descriptivo exploratorio, desarrollada según abordaje cualitativo. La descripción y exploración posibilitan la identificación de problemas, estableciendo relaciones entre las variables que, a la luz del análisis teórico, mejora el conocimiento del objeto de estudio.

Durante la observación participante, se realizó, por medio de los prontuarios, el levantamiento de los datos sobre los pacientes para seleccionar a las personas a ser entrevistadas, cuyos criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes en el intervalo de edad de 18 a 40 años, portadores de esquizofrenia y matriculados en el Centro de Atención Psicosocial de la ciudad de Uberaba. La elección del intervalo de edad se debió al hecho de que la mayoría de los relatos de dificultades de interacción social eran provenientes de personas que se encuadraban en ese intervalo, propuesta durante el "Taller de Noticias".

Los datos fueron colectados después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Para recolección de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron realizadas en los meses de junio a noviembre de 2007, en el CAPS, y fueron grabadas. Se destaca que fue solicitado el consentimiento informado a los participantes del estudio.

Para el análisis de los datos, las cintas grabadas durante las entrevistas fueron transcritas totalmente por la propia investigadora, después de una primera lectura para obtener una visión general del contenido. Posteriormente, fue realizado el análisis

temático de los datos para que se pudiese hacer efectiva la discusión de los datos. Para esto, se utilizó como procedimiento los siguientes pasos: ordenación de los datos, clasificación de los datos y determinación de la categorías del análisis⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Participaron de la investigación 12 pacientes, una vez que se utilizó el criterio de saturación. Según ese criterio, las entrevistas deben ser realizadas hasta el punto en que se percibe que no están siendo obtenidos nuevos datos⁽⁹⁾.

A partir de las entrevistas, fue posible observar que los pacientes expresaron su cotidiano, las mudanzas ocurridas después de enfermarse, así como la forma en que el proceso terapéutico, propuesto por el CAPS, colaboró para la vida social y estabilización de sus síntomas, lo que puede ser observado a través de las categorías temáticas que surgieron de sus declaraciones.

La vida social de los pacientes antes y después de enfermarse

Los entrevistados se mantuvieron residiendo junto a sus familiares, después de enfermarse, lo que los hace demostrar satisfacción, sobre todo por no haber experimentado alteraciones en la relación familiar, como expresado en la declaración que sigue.

Antes, yo vivía con mi madre, con mi familia y actualmente yo vivo con mis hermanas, porque mi madre falleció, pero ellas me tratan bien y yo gusto de eso (E2).

Debe ser enfatizado que el actual contexto de la reforma psiquiátrica busca recrear las relaciones existentes entre la familia, la sociedad y el portador del trastorno mental⁽¹⁰⁾.

Se da prioridad, en la actualidad, a la alianza de la familia en el tratamiento de forma a posibilitar que el paciente desarrolle sus potencialidades, fortificando sus relaciones sociales en un ambiente comunitario⁽¹¹⁾.

De esa forma, es innegable que la familia debe ser incluida en el acompañamiento y tratamiento de la persona portadora de trastorno mental.

Se observa, entretanto, que las relaciones parecen ocurrir apenas entre los pacientes y sus familiares, lo que no posibilita la expansión de la red social de esas personas.

En ese sentido, mencionan que los intercambios sociales no deben suceder solamente en los domicilios, pero también en las plazas, en los mercados, en la comunidad y en las redes sociales⁽¹⁰⁾.

Al especificar la participación del paciente en eventos sociales, fueron observadas algunas dificultades, las cuales pueden ser identificadas por algunas de sus declaraciones.

Antes, yo paseaba e iba a fiestas y hoy, a veces, camino cerca de mi casa, porque quedé más débil por causa de los remedios y siento mucho sueño... (E11). Nosotros acostumbrábamos a viajar mucho junto con personas de la iglesia, pero hoy no tengo ánimo para nada... (E9).

Declaraciones como esas fueron frecuentes y pueden señalar las dificultades que los pacientes tienen para mantenerse participativos en eventos sociales después de enfermarse, considerando que la enfermedad les trajo limitaciones provenientes de la sintomatología y/o de los efectos de la medicación.

Al reflexionar sobre la importancia del CAPS en la reinserción social de esos pacientes, se percibe que es un espacio de tratamiento que debe ofrecer recursos para una vida digna, por medio de prácticas terapéuticas diversas.

Se considera importante presentar el relato de una entrevistada que expresó significativa mudanza en su vida después de enfermarse. Tal mudanza provino de su participación regular en las actividades terapéuticas, propuestas por el CAPS.

Antes de yo enfermarme, nunca tenía como pasear... Después que yo me enfermé y me adapte a los remedios ..., yo consigo participar de las actividades de la iglesia y pasear con algunas amigas... (E10).

Al abordar la cuestión de la participación de esos sujetos en el mercado de trabajo, se entienden sus dificultades para participar del mercado de trabajo formal. Veamos algunas declaraciones en ese sentido.

...yo trabajaba mucho para dar el sustento para casa y, hoy, ayudo a los hermanos de la iglesia porque tengo una iglesia en casa... (E8). Yo trabajaba como secretaria antes, pero ahora ayudo a mi madre a cuidar de casa y, a veces, arreglo uñas de alguien... (E4).

Los sujetos entrevistados expresaron sus dificultades para participar en el mercado de trabajo, una vez que ninguno de ellos presentó vínculo de empleo formal. Esa realidad es muy frecuente y una de las áreas sociales más afectadas, es siempre, el desempeño el trabajo⁽¹²⁾.

Esa realidad hizo con que surgiese el trabajo protegido en el escenario de la reforma psiquiátrica brasileña, constituyéndose en otro recurso adicional terapéutico. Su finalidad está enfocada en la socialización, expresión e participación social, por medio de talleres. En ese sentido, otra alternativa es la cooperativa social, que tiene por objetivo la integración social de los ciudadanos en desventaja en el mercado de trabajo económico, por medio de la oferta de trabajo⁽¹³⁾.

El último aspecto relevante se refiere a las relaciones extrafamiliares, así consideradas por la presencia de amigos y/o enamorados en la vida de los entrevistados. En cuanto a este aspecto, es posible observar que, antes de la enfermedad, ellos tenían amigos, presentes en lo cotidiano. Entretanto, actualmente, esa presencia es muy rara o hasta inexistente y, en ese sentido, ellos atribuyen tal situación a la enfermedad. En algunos momentos expresaron considerar que sus familiares eran los únicos amigos.

Tenía amigos principalmente en el trabajo, pero perdí el contacto con esas personas porque no tengo mucho ánimo ni para conversar y no los conozco más... (E5).

Los trastornos mentales todavía son objeto de discriminación social por generar malestar en las personas, no solo por el miedo de lo desconocido, pero por referirse a algo envuelto en creencias y prejuicios, principalmente cuando se habla en esquizofrenia⁽¹⁴⁾.

De la misma forma que refirieron tener dificultades para mantener relaciones de amistad después de enfermarse, los entrevistados también expresaron dificultades para enamorar, lo que, muchas veces, no acontecía con frecuencia antes de enfermarse.

¡De vez en cuando yo hasta enamoraba! Sin embargo, después que me enfermé no tuve más enamorado... (E11).

Diferentemente de las otras, otra entrevistada declaró haberse casado después de enfermarse.

A mí siempre me gustó enamorar, pero yo tenía ganas de tener una relación seria. Y, actualmente, conseguí casarme y estoy embarazada de cuatro meses... (E10).

De forma general, es posible identificar que enfermarse generó modificaciones significativas en la vida de los pacientes, considerando que sus relatos expresaron dificultades para mantener relaciones extrafamiliares, para participar de eventos sociales y, principalmente, para mantenerse activos en el mercado de trabajo.

Lo cotidiano de los usuarios en el ambiente fuera del CAPS

Se considera que esa sea una discusión relevante para reconocer el alcance de los abordajes psicosociales para la reinserción social de la persona con trastorno mental.

Las relaciones sociales del paciente dentro y fuera del CAPS fueron presentadas, de forma clara y objetiva, por los pacientes. Durante su permanencia en el ambiente interno del CAPS, la mayoría construyó nuevas amistades. Entretanto, los encuentros ocurrieron solamente en el espacio del CAPS, conforme expresado en el relato a seguir.

Tengo amigos aquí y me gusta todo el mundo, pero es difícil yo encontrar otros fuera de aquí; a veces alguien va a mi casa... (E4).

Es posible observar que las actividades ofrecidas en el CAPS favorecen la construcción de vínculos entre los pacientes, pero las socializaciones quedan restringidas al ambiente del CAPS. Eso posibilita reflexionar acerca de la reinserción social con alcance parcial, principalmente porque los entrevistados expresaron no tener amigos fuera del CAPS, centralizando sus ciclos de amistad en la familia, como se percibe en las siguientes declaraciones.

Solo tengo a mi esposa como amiga y solo salgo cuando mi esposa va conmigo... (E5).

No tengo amigos y mi familia es muy grande y yo siempre salgo y converso con ellos... (E12).

Se percibe que es de gran importancia el fortalecimiento de los vínculos familiares, lo que favorecerá el tratamiento del paciente. Entretanto, por medio del tratamiento, se piensa que es importante que el paciente busque vínculos extrafamiliares, para el enriquecimiento de su vida social.

También es importante presentar las actividades que los pacientes realizan en el ambiente fuera del CAPS, ya que, antiguamente, la rehabilitación era comprendida como el retorno del individuo al estado anterior o hasta mismo a la normalidad, en lo que se refiere a sus actividades sociales y profesionales. Hoy, se considera que la rehabilitación psicosocial es un proceso facilitador para el usuario con limitaciones, en el sentido de mejorar su autonomía para ejercer funciones junto a la comunidad⁽¹⁵⁾.

Las actividades desarrolladas en el ambiente fuera del CAPS son muy variadas y todos los entrevistados concentran su tiempo en quehaceres

domésticos y en actividades religiosas. Inclusive, en los finales de semana buscan actividades que ellos llaman de recreación, como expresado a seguir.

Yo limpio mi casa y también me quedo con mis hermanos y sobrinos (E4). Me quedo en la iglesia y me reúno con los hermanos para rezar (E8). Voy pasear en la plaza de la Abadía con mi prima y, de vez en cuando, voy a misa... (E11).

Inclusive delante de esa realidad, que parece ser positiva, se observa que la participación social no posibilita la expansión del ciclo de amigos y, una vez más, se nota el énfasis en la presencia de la familia durante esas actividades.

La asistencia del CAPS colaborando en la vida social y en la estabilización de los síntomas de la clientela

Entre las actividades ofrecidas por el CAPS, las que fueron consideradas más favorables por los pacientes fueron las atenciones psicoterápicas grupales, la terapéutica medicamentosa, la atención médica, los talleres de trabajos manuales y las fiestas de confraternización.

Las atenciones psicoterápicas grupales posibilitan, al grupo de pacientes, la adquisición de recursos emocionales para enfrentar lo cotidiano, lo que parece aproximarlos de una vida social más activa, conforme expresado, a seguir.

Yo hago terapia en grupo con el psicólogo y converso bastante, ofreciendo palabras amigas para quien está desanimado, converso bastante... (E4).

Otra actividad relatada fue la terapéutica medicamentosa. Bajo la óptica de ellos, el equipo de enfermería del CAPS no apenas administra la medicación, él también ofrece orientaciones acerca de la forma correcta de utilizarla en ambiente domiciliar, así como enfatiza la importancia de esa práctica para la estabilización de síntomas.

...obtengo mis remedios con el técnico en enfermería que me explica cómo debo tomarlos en casa y me da ánimo para continuar el tratamiento y mejorar... (E5).

El equipo de enfermería no debe concentrar sus acciones apenas en la administración medicamentosa, o en el auxilio a los cuidados de nutrición, o de higiene, y sin en la oferta de asistencia que enfoque la autonomía del paciente en todas las esferas de su vida. Esas acciones pueden centrarse en orientaciones que refuercen las prácticas de vida para favorecer el autocuidado, uso correcto de la medicación y participación efectiva en el tratamiento.

Otra mención frecuente se relaciona a la atención médica ofrecida por ese profesional, posibilitando la libertad de expresión de los pacientes. Veamos uno de esos relatos.

... paso por el médico que me escucha sin juzgar y me receta los remedios correctamente... (E7).

El taller de trabajos manuales también fue mencionado como un importante recurso terapéutico.

... el taller me hace muy bien y hasta me enseña cómo hacer tapices que hago aquí y en mi casa para vender... (E11).

Las oficinas se orientan en el sentido de permitir a los participantes establecer cuidados consigo mismo, de trabajo y de afectividad con los otros, configurando, así, su finalidad social asociada a la clínica⁽¹⁶⁾.

Delante de las declaraciones, se verifica que los talleres de trabajos manuales son actividades que posibilitan la convivencia de personas con trastorno mental, ejerciendo la ciudadanía, promoviendo la expresión de la libertad y realizando la convivencia de los pacientes por medio de sus producciones.

La última actividad a ser destacada se relaciona con las fiestas promovidas por el servicio, que parecen ser uno de los recursos más significativos para el enriquecimiento de la vida social de los entrevistados.

... no pierdo ninguna fiesta y hasta ayudo cuando precisan de ayuda... (E11).

Partiendo de la declaración citada, las actividades socializantes, como las fiestas, hacen parte de esa importante propuesta de rehabilitación psicosocial, una vez que elevan la autoestima del paciente, haciéndolo sentirse capaz de ejercer alguna función social. Así, es necesaria que sea estimulada la participación de la clientela en esas actividades.

Al averiguar las percepciones sobre la forma como el CAPS los ayudó, bajo la óptica psicosocial y clínica, se verificó un gran número de pacientes que dijeron que hubo una reducción de los síntomas psicóticos y de las crisis.

Yo uso de mis remedios que no me dejan tener tanta desconfianza y eso yo solo conseguí aquí en el CAPS (E12).

Los síntomas de la enfermedad mental son vividos como una experiencia que causa gran sufrimiento, desesperación, nervosismo, perjudicando las vivencias de lo cotidiano. La minimización de esos síntomas contribuye para la participación social del portador de trastorno mental⁽¹⁷⁾.

De esa forma, se percibe que la presencia de síntomas psicóticos dificulta la participación de la

persona en eventos sociales y/o laborales, resultando en un empobrecimiento de su vida social. Sin embargo, las declaraciones obtenidas y los datos de la literatura permiten observar que la remisión de esos síntomas favoreció la vida social de los entrevistados.

La reducción de internaciones parece ser uno de los resultados positivos de la terapéutica propuesta, como expresado en la siguiente declaración.

Viniendo aquí yo hago el tratamiento derecho; eso me hace no empeorar y tener que internarme... hace cuatro años que yo no voy al sanatorio (E2).

Frente a esas consideraciones y a las declaraciones, se verifica que el CAPS colabora, significativamente, para el enriquecimiento de la vida de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, además de amenizar las alteraciones que interfieren en varias esferas de sus vidas.

CONSIDERADOS FINALES

Parece ser esencial enfatizar que las acciones desarrolladas en el CAPS, especialmente en los talleres de trabajos manuales y los eventos de socialización son actividades facilitadoras de la relación entre usuarios, profesionales y familias. Se destaca, también, las contribuciones de los recursos terapéuticos propuestos por el CAPS para la adhesión al tratamiento y reducción de las internaciones psiquiátricas.

A partir de la realidad presentada por los participantes de este estudio, se verifica que la vida social de esas personas se centra en el contexto familiar y en el ambiente del CAPS, revelando, así, dificultades para la interacción social con la comunidad.

En ese sentido, parece ser esencial reflexionar acerca de la necesidad, que tiene el equipo actuante en el CAPS, de establecer alianzas intersectoriales con la Estrategia Salud de la Familia y la propia comunidad, de forma que el paciente tenga oportunidad de ampliar sus posibilidades terapéuticas relacionadas a la socialización. Hay necesidad de realizar inversiones para desmitificar el aspecto social de la esquizofrenia, lo que se confirma aquí - es necesario posibilitar la ampliación de la vida social de esas personas.

REFERENCIAS

1. Louzã MR Neto, Elkis H. *Psiquiatria básica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
2. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
3. Fontana AM. *Manual de clínica em psiquiatria*. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Menezes PR. Prognóstico da esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatria* 2000; 22(2)18-20.
5. Munari DB, Oliveira NF, Mello R, Saeki T, Souza MCBM. Analysis of scientific production of mental health researcher and psychiatric nursing specialist meetings. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(3)471-6.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 4ª ed. Brasília: MS, 2004
7. Rocha RM. *Enfermagem em saúde mental*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2005.
8. Minayo MCS organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
9. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: Sage Publications; 1990.
10. Vianna PCM, Barros S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. *Rev Min Enferm* 2004 janeiro/março; 8(1)223-8.
11. Gonçalves E, Kantorski LP, Heck RM. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do programa de saúde da família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. *Rev Fam Saúde Desenv* 2003, maio/agosto; 5(2)93-102.
12. Gulinelli A, Ratto LRC, Menezes PR. O ajustamento social de pessoas com transtornos mentais graves em São Paulo, Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(4)309-14.
13. Valladares ACA, Lappan-Botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação social através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Rev Eletrônica Enferm* 2003; 5(1)4-9.
14. Paiva AS, Stefanelli MC, Arantes EC. Grupo familiar na convivência com o doente mental: programa de educação em saúde. *Família, Saúde e Desenvol* 1999; 2(1)21-9.
15. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Rev Bras Enferm* 2006 novembro/dezembro; 59(6)734-9.
16. Mendonça TCP. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Rev Psicol: ciência e profissão* 2005 dezembro; 25(4)626-35.
17. Gentile C, Pereira MAO. A doença mental: visão de pacientes psicóticos. *Cogitare Enfermagem* 2005; 10(2)17-23.