

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CÍNTIA NASI

**O COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA
FENOMENOLÓGICA**

Porto Alegre

2009

CÍNTIA NASI

**O COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção
do título de mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando
Schneider

Porto Alegre

2009

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

N254c Nasi, Cíntia

O cotidiano de usuários de um centro de atenção
psicossocial na perspectiva da sociologia fenomenológica
[manuscrito] / Cíntia Nasi. – 2009. .
100 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009.
Orientação: Jacó Fernando Schneider.

1. Centro de atenção psicossocial. 2. Enfermagem
psiquiátrica. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde mental.
5. Schütz, Alfred. I. Schneider, Jacó Fernando. II. Título.

NLM: WM29

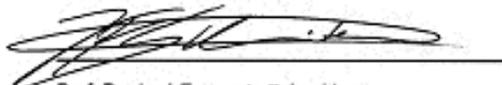
CÍNTIA NASI

**O COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 16 de fevereiro de 2009.

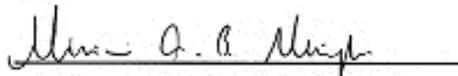
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente – Orientador

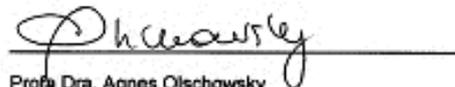
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Membro

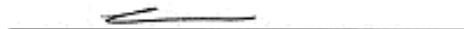
USP



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro

EENF/UFRGS

Dedico esse trabalho à memória da
minha querida avó Elsa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Gladis e a meu pai Luiz, por acreditarem em mim e me incentivarem nessa caminhada! Sem o apoio de vocês eu não teria chegado aqui. Agradeço a minha querida irmã Lara, por sempre estar presente, me apoiando e ajudando no trabalho.

Ao Alisson pela paciência, cumplicidade, incentivo constante e contribuições no meu trabalho. Obrigada por tudo!

Ao meu orientador Jacó, não só pelos ensinamentos e contribuições teóricas para a minha formação acadêmica, mas pelos momentos de compreensão, incentivo e oportunidades! Obrigada!

Ao programa de pós-graduação em enfermagem, em especial à coordenadora Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha e à secretária Tatiane Santos. Aos professores da pós, pela contribuição na minha caminhada acadêmica. Às professoras Agnes e Christine, pela parceria de trabalho e aprendizado que adquiri. À CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

Aos colegas da pós-graduação pelo compartilhamento de aprendizagens e vivências. Aos colegas Marcio Wagner Camatta pela amizade, apoio e contribuições no mestrado; a Rita Mello de Mello e a Gicelle Galvan Machineski pelos momentos de amizade, estudo e discussão. Às colegas, Fernanda Barreto Mielke, Adriana Serdotte Freitas Cardoso e Ana Paula Scheffer Schell da Silva pela amizade e trocas nesse período.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) pela acolhida, e contribuições valiosas durante o mestrado.

As minhas orientadoras de Iniciação Científica da UNIJUÍ, Leila Mariza Hildebrandt e Marinês Tâmbara Leite, que contribuíram para despertar em mim a busca pela pesquisa.

A todos os meus familiares, ao avô David e à avó Maria, aos tios e primos. Aos meus amigos, pela amizade, carinho e confiança.

Ao CAPS CAIS Mental Centro, por permitir a minha entrada no serviço e em especial aos usuários, sem os quais a pesquisa não teria sentido.

Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para a chegada desse momento.

RESUMO

Essa investigação está inserida no âmbito da cotidianidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço substitutivo ao modo asilar. Os pressupostos dos CAPS destacam o atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, visando a reabilitação psicossocial. Esta pesquisa tem como objetivo compreender o Cotidiano de usuários de um CAPS na perspectiva da Sociologia Fenomenológica. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como referencial teórico-metodológico a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. O campo do estudo foi um CAPS no município de Porto Alegre e os sujeitos entrevistados constituíram-se em 13 usuários. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a junho de 2008, por meio de entrevista fenomenológica com a questão norteadora “Fale para mim o que o(a) senhor(a) faz nos seus dias”. Na análise compreensiva dos depoimentos emergiram cinco categorias concretas, nas quais se pode compreender que o usuário vivencia o seu cotidiano: experienciando o sofrimento psíquico; desempenhando diversas atividades; considerando o CAPS como uma dimensão do seu cotidiano; destacando o trabalho como relevância intrínseca; estabelecendo relações sociais. Com essa pesquisa pôde-se compreender as concepções que os usuários têm acerca do seu cotidiano, demonstrando que estão (re)adquirindo o convívio social em diversos espaços da sociedade. Assim, os CAPS estão promovendo, além do atendimento, a reabilitação psicossocial dos seus usuários, na medida em que estes estabelecem diversas ações, relações sociais, ocupacionais e de lazer, propiciadas pelo modo psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This research is inserted in the ambit of the quotidianity of users of a Psychosocial Care Center (CAPS), which is a substitutive service to asylums. CAPS's suppositions highlight the care to the subjects who have psychological stress, aiming psychosocial rehabilitation. This research has the objective of understanding the CAPS users' quotidian, to the light of phenomenological sociology. It is a qualitative study, which follows the theoretical and methodological references from Alfred Schutz's phenomenological sociology. The field of study was a CAPS in Porto Alegre City, Rio Grande do Sul State, Brazil; and 13 users of it were interviewed, being the subjects of the study. Data collection occurred from April to June 2008, by phenomenological interview with the guiding question: "Tell me what you do in your days". In the comprehensive data analysis, it emerged five categories, from which it is possible to comprehend that the user lives his quotidian: experiencing psychological stress, developing several actions, considering CAPS as a dimension of his quotidian, highlighting work like an intrinsic relevance, establishing social relationships. With this research, it is possible to understand the conceptions the users have about quotidian, which shows they are (re) acquiring social relationships in various aspects of society. Thus, CAPS are promoting, in addition to care, the psychosocial rehabilitation of their users, in the way that they are establishing many kinds of actions, social, occupational and recreational relations, propitiated by the psychosocial way.

Keywords: Mental health; Mental Health Services; Nursing; Qualitative Research

RESUMEN

Esta investigación se inserta en el ámbito de la cotidianidad de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), un servicio alternativo al del psiquiátrico. Los presupuestos de los CAPS destacan la atención de los sujetos con sufrimiento psíquico teniendo como fin la Rehabilitación Psicosocial. Esta investigación tiene como objetivo comprender la cotidianidad de los usuarios de un CAPS en la perspectiva de la Sociología Fenomenológica. Se trata de un estudio cualitativo, cuyo referente teórico-metodológico es la sociología fenomenológica de Alfred Schutz. El campo de estudio fue un CAPS del municipio de Porto Alegre, en el que fueron entrevistados 13 usuarios del mismo. La recolección de datos tuvo lugar entre abril y junio del 2008, y fue realizada mediante una entrevista fenomenológica con una cuestión orientadora: "Hábleme de lo que el/la señor/a hace en sus días". Luego del análisis de las declaraciones, emergieron cinco categorías concretas, en que el usuario: presenta sufrimiento psíquico determinado en su cotidianidad; desempeña acciones en su cotidianidad; considera el CAPS como una dimensión de su cotidianidad; destaca el trabajo como una relevancia intrínseca en su cotidianidad; establece relaciones sociales en su cotidianidad. Con esta investigación se puede comprender las concepciones que los usuarios tienen de su cotidianidad, demostrando que están (re)adquiriendo la convivencia social en diversos espacios de la sociedad. De esa manera, los CAPS están promoviendo además del atendimento, la rehabilitación psicosocial de sus usuarios, en la medida en que estos establecen diversas acciones, relaciones sociales, ocupacionales y de placer, propiciadas por el modo psicosocial.

Palabras-clave: Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Enfermería; Investigación Cualitativa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - CAPS como articulador da rede de saúde mental.....	30
Figura 2 – Âmbitos do Mundo Social.....	43
Figura 3 – CAPS Cais Mental Centro.....	49

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	11
2 OBJETIVO.....	19
3 TRANSFORMAÇÃO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: o CAPS como dispositivo estratégico para a consolidação da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial.....	20
4 ESCOLHA PELO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	34
5 A SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA DE ALFRED SCHUTZ.....	37
6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	48
6.1 Campo de Estudo.....	48
6.2 Sujeitos do Estudo.....	50
6.3 Coleta das Informações.....	51
6.4 Análise das Informações.....	51
6.4 Aspectos Éticos.....	52
7 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	54
7.1 Experienciando o sofrimento psíquico.....	56
7.2 Desempenhando diversas atividades.....	58
7.3 Considerando o CAPS como uma dimensão do seu cotidiano.....	60
7.4 Destacando o trabalho como relevância intrínseca.....	61
7.5 Estabelecendo relações sociais.....	62
8 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	98

APÊNDICE B - Questão orientadora da entrevista.....	99
ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética.....	100

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A presente pesquisa está inserida na temática do cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para chegar ao objeto de estudo, inicialmente faço um resgate da minha trajetória acadêmica na área da saúde mental e a contextualização acerca do objeto de pesquisa.

O interesse pela área da saúde mental iniciou durante a graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), em que mantive um significativo contato com essa área. A aproximação com a saúde mental iniciou-se com minha participação no Grupo de Estudos em Saúde Mental e Gerontologia, que contava com a participação de acadêmicos e docentes da Enfermagem, do qual participei a partir do ano de 2001 até 2004.

Participar deste grupo me proporcionou, além de discussão teórica sobre saúde mental, sob o pano de fundo da reforma psiquiátrica, uma aproximação com sujeitos em sofrimento psíquico, por meio da participação em um projeto de Extensão Universitária ligado ao grupo. Neste projeto de extensão, participava de uma atividade grupal semanal, de cunho socioterápico em um determinado bairro do Município de Ijuí, com usuários vinculados ao CAPS.

Minha inserção na iniciação científica teve início no ano de 2001, em que fiz parte da pesquisa “Recursos assistenciais em Saúde Mental e Gerontologia nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul”, inicialmente como voluntária e posteriormente como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UNIJUÍ). A participação nesta pesquisa, além de ser fundamental para meu contato com a Iniciação Científica, também me oportunizou o conhecimento de diversos serviços existentes naquela região que realizavam algum tipo de atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

No meu Trabalho de Conclusão de Curso da graduação busquei, por meio de pesquisa qualitativa, conhecer a percepção de indivíduos portadores de dependência química sobre o tratamento recebido em um CAPS ad. Nos resultados

emergiram apontamentos acerca do tratamento neste espaço e sobre as dificuldades cotidianas devido ao uso do álcool.

Após a graduação, busquei aprofundar-me na área da saúde mental com o ingresso na Residência Integrada em Saúde, na Escola de Saúde Pública, em Porto Alegre. Durante os dois anos desta residência, tive contato com as unidades de internação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, desenvolvendo atividades junto a pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo em quadros agudos. Ainda nesse período, realizei atividades de estágio em serviços substitutivos de saúde mental: em ambulatório especializado, consultoria de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde e em um CAPS II.

O estágio no CAPS II ocorreu durante o segundo ano da residência, no CAPS Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental centro), no município de Porto Alegre. Durante tal estágio, pude desenvolver diversas atividades junto a usuários desse serviço, como atividades grupais, culturais, abordagem aos moradores de rua, passeios e atividades específicas da enfermagem.

Esse estágio no CAPS me propiciou maior contato com usuários, além de participação junto à equipe de profissionais que prestam atendimento nesse serviço. Passei então a perceber como se dava a inserção e participação dos sujeitos em sofrimento psíquico nesse contexto.

Identifiquei, durante o referido estágio, que alguns usuários passavam grande parte dos seus dias no serviço, desenvolvendo as atividades pré-definidas pela organização do CAPS. A partir de então, despertaram-me questionamentos acerca da realidade social que esses usuários vivenciavam quando se encontravam fora do espaço do CAPS.

Esses questionamentos estavam ligados ao tipo de atividades que esses usuários realizavam no seu dia-a-dia, quais eram seus desejos, interesses e quais as relações que estabeleciam na sociedade. Tais questões surgiram em decorrência de minha inquietação acerca da exclusão a que os sujeitos em sofrimento psíquico quase sempre foram submetidos pela sociedade, alvo de preconceitos e imposição de limitações nas suas vidas diárias.

Nesse sentido, pela necessidade que senti em continuar me aprofundando na área da saúde mental, busquei por uma pós-graduação *Scripto Sensu*, em nível

de mestrado, com a pretensão de seguir carreira acadêmica como pesquisadora na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. A opção pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) deu-se pelo reconhecimento e comprometimento com sua formação acadêmica.

A minha aproximação com a EEUFRGS iniciou com a participação na pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), promovida pela parceria entre a Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), com financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e do Ministério da Saúde. Por meio da participação nessa pesquisa, tive oportunidade de ingressar no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) da EEUFRGS.

A minha participação na fase qualitativa da pesquisa CAPSUL, no CAPS CAIS Mental Centro de Porto Alegre, foi importante por aumentar minha aproximação com os usuários, já que, realizei as entrevistas com esses sujeitos, além de fazer a observação do serviço. Devido a minha inserção nesse CAPS, tanto pela coleta de dados da pesquisa CAPSUL, como pelas atividades práticas da residência, optei por desenvolver minha dissertação nesse local.

A escolha pelo CAPS como o cenário do meu estudo surge também a partir da percepção de que este serviço representa a reorientação do modelo de atenção em saúde mental de um modo asilar, com o foco na doença mental e com o hospital psiquiátrico como principal meio de tratamento, para o modo psicossocial, com o olhar para o sujeito em sofrimento, considerando-o inserido em determinado grupo social, com o atendimento pautado por serviços substitutivos, organizados em uma rede de atenção em saúde mental.

Essa mudança do modelo de atenção passa a ocorrer com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970, tendo como um dos principais atores o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse movimento da reforma é propiciado pelo contexto da redemocratização brasileira, marcada pela luta pela garantia dos direitos dos cidadãos. Além do mais, contribui para esse contexto o movimento social da Reforma Sanitária, que teve seu marco na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). A principal conquista dessa conferência foi o direcionamento para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento da reforma psiquiátrica 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 re-orientar 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 sim de novas maneiras de enxergar a loucura.

Com a reforma psiquiátrica, busca-se adotar a noção de atenção psicossocial, que segundo Guljor (2003), compreende uma abordagem mais ampla de cuidado em saúde mental, com a inserção de diferentes disciplinas do conhecimento e a inserção do usuário como fundamental ator social. Nesse sentido, a atenção psicossocial inclui um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas, norteadas pela pretensão de substituírem o modo asilar e o próprio paradigma da psiquiatria e propõe-se à abertura para a inclusão de inovações nesse campo (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Uma dessas inovações, que busca substituir o modo asilar e operar com outra conotação teórica e técnica que não a da psiquiatria tradicional, é o CAPS. Seus pressupostos destacam o atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como a reabilitação psicossocial, visando promover o exercício da cidadania, maior grau de autonomia possível e interação social. Os CAPS foram regulamentados pela Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, para atendimento a sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes. Suas modalidades de serviço compreendem os CAPS I, CAPS II, CAPS III, em ordem crescente de complexidade e abrangência populacional; CAPS I e II para atendimento a crianças e adolescentes; CAPS ad II para pacientes com transtornos por uso e dependência de substâncias psicoativas. Os CAPS se caracterizam por serem serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território (BRASIL, 2002).

Penso que é importante estarmos atentos se os CAPS realmente estão proporcionando essa reabilitação psicossocial, se seus usuários estão (re)adquirindo o convívio social em diversos espaços de cultura, de estudo, de trabalho, de saúde, de lazer; ou se o único local em que obtêm esses elementos são por meio do serviço.

A reabilitação psicossocial, conforme Saraceno (2001b), é uma estratégia que implica numa mudança de toda política dos serviços de saúde mental e envolve os profissionais, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade em geral. Conforme o autor, a Reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade em três cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social.

Para que a reabilitação se efetive no atendimento a sujeitos em sofrimento psíquico, é necessário que sejam contemplados aspectos no micro e no macro espaço social do serviço. O micro está relacionado às questões de afetividade, da continuidade do atendimento, do vínculo entre paciente-profissional; o macro diz respeito à maneira como o serviço está organizado, se ele é aprovado por seus usuários, se os satisfaz minimamente, se está aberto 24 horas ou 12 horas, se está inserido na comunidade e como são os profissionais que atendem nesse serviço (SARACENO, 2001b).

Considero importante, especialmente para as pessoas que ingressaram recentemente no serviço ou mesmo para aquelas que possuem distúrbios mentais crônicos, que o CAPS deva oferecer meios para os sujeitos interagirem socialmente, mas também deva possibilitar ao próprio usuário (re)construir/fortalecer suas relações e vínculos em seu meio social, para que ele não se torne “dependente” deste único tipo de serviço, mas sim que ele dependa - ou acesse - variados espaços na sociedade. Segundo Kinoshita (2001), somos todos dependentes, entretanto alguns usuários dependem excessivamente de poucas relações, o que acaba por diminuir sua autonomia. Segundo o autor, os usuários serão mais autônomos quanto mais dependentes forem de tantas mais coisas puderem ser, ampliando as suas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

Com as vivências acadêmicas e profissionais que tenho tido com pessoas em sofrimento psíquico e pela importância que atribuo à estruturação de serviços substitutivos ao modo asilar, em particular aos CAPS, despertaram-me inquietações acerca de que elementos constituem o cotidiano de usuários dessa modalidade de serviço.

Essa investigação no âmbito da cotidianidade dos usuários de um CAPS se faz pertinente, já que no trabalho com a saúde mental a equipe de profissionais deve

possibilitar aos usuários o reinventar da vida em seus aspectos mais cotidianos, uma vez que é principalmente do cotidiano que se encontram privados os sujeitos em sofrimento psíquico (RAUTER, 2006).

Assim, enquanto enfermeira que atua no campo psicossocial, o que me motivou a realizar esse estudo foi a necessidade de compreender o que os usuários fazem quando estão fora do espaço do CAPS, em que espaços sociais eles circulam. Além disso, também fiquei instigada a compreender em que o serviço vem colaborando para que os seus usuários se relacionem fora do seu espaço, se eles vêm interagindo na sociedade, ou se permanecem em certo isolamento social no CAPS.

As proposições que tive para a pesquisa foram: ocorreram mudanças no cotidiano dos usuários após o ingresso no CAPS? Será que com o ingresso no CAPS os usuários passaram a realizar novas atividades na comunidade e a freqüentar novos lugares? Será que o CAPS está favorecendo a reabilitação psicossocial dos usuários?

O objeto desse estudo compreende o **cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Para sua realização utilizo o referencial teórico-metodológico da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. O fenômeno que foi investigado trata-se do cotidiano de usuários atendidos em um CAPS, no município de Porto Alegre.

Este estudo torna-se relevante para que os próprios usuários reflitam sobre o seu cotidiano, sobre as dimensões desse e as atividades que realizam no seu dia-a-dia. Poderá auxiliar as equipes de saúde mental a conhecerem a compreensão que os usuários têm do seu cotidiano após terem ingressado em um CAPS, incluindo os aspectos relacionados às atividades que passaram a realizar e se o CAPS contribui para a reabilitação psicossocial.

A pesquisa também poderá proporcionar que equipes reflitam sobre a maneira como vêm trabalhando, subsidiando possíveis reestruturações que se façam necessárias para a assistência em saúde mental, podendo contribuir assim para o processo de reabilitação psicossocial aos usuários dos CAPS. Tais reestruturações na assistência se efetivarão com uma mudança de comportamento

no serviço quando usuários e trabalhadores compartilharem as mesmas motivações em uma Relação *eu-tu*.

Nesse capítulo introdutório, procurei elucidar sobre a minha trajetória acadêmica e profissional na área da enfermagem em saúde mental e a minha motivação acerca do objeto de estudo. Fiz uma breve contextualização sobre a área da saúde mental e a problematização acerca da temática do cotidiano de usuários de um CAPS. Apresentei a justificativa e relevância do estudo e a opção em utilizar o referencial teórico metodológico da sociologia fenomenológica.

No segundo capítulo, faço uma discussão sobre a temática da saúde mental, trazendo alguns elementos quanto à história da loucura até a reforma psiquiátrica brasileira. Discuto sobre inserção dos CAPS como dispositivos fundamentais para a efetivação do modo psicossocial e promotores da reabilitação psicossocial. Contextualizo acerca da legislação em saúde mental, a inserção dos CAPS na rede de serviços de saúde mental e a inclusão dos usuários, familiares e comunidade como agentes ativos no atendimento dos CAPS.

No terceiro capítulo, descrevo sobre a opção pelo referencial teórico metodológico e após descrevo acerca da sociologia fenomenológica, revisando inicialmente os postulados da fenomenologia proposta por Edmund Husserl, que serviram de base para a construção da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Faço uma discussão de alguns conceitos de Schutz para dar base à análise dos dados, especialmente sobre questões relacionadas à cotidianidade, ao mundo social e às relações sociais.

Apresento a trajetória metodológica que percorri no estudo, salientando a escolha pelo método da fenomenologia. O campo do estudo foi um CAPS no município de Porto Alegre e os sujeitos entrevistados constituíram-se em 13 usuários do CAPS. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista fenomenológica, com uma questão norteadora. Foi realizada a análise compreensiva das informações, seguindo os passos elaborados por Giorgi (2001) e adaptados por Schneider (2001). Apresento também os aspectos bioéticos seguidos na pesquisa.

Apresento a construção das categorias concretas do vivido, que foi realizada pelo agrupamento de convergências que emergiram das entrevistas. Busquei desvelar, com a análise, as vivências expressas nos discursos dos usuários do

CAPS acerca do seu cotidiano. Apresento as cinco categorias concretas que construí, com os respectivos discursos que constituem cada uma e a síntese das informações. Realizei a interpretação compreensiva de cada categoria com o suporte do referencial da sociologia fenomenológica. Para enriquecer a análise, também utilizei a literatura referente à saúde mental.

No último capítulo, teço considerações sobre o estudo, retomando o objetivo inicial e destaco aspectos importantes que emergiram da interpretação compreensiva. Além disso, faço proposições para estudos com a utilização desse referencial.

2 OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo: compreender o Cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.

3 TRANSFORMAÇÃO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: o CAPS como dispositivo estratégico para a consolidação da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial

No presente capítulo realizo uma discussão sobre a temática da saúde mental, fazendo uma reconstrução de elementos da história da loucura, passando pelos movimentos de reforma até a organização atual dos serviços de saúde mental. Faço uma discussão acerca dos CAPS como importantes mecanismos substitutivos ao modo asilar e a inclusão de usuários, familiares, profissionais e comunidade como atores ativos no atendimento desse serviço. Essas reflexões visam permitir uma melhor visualização do objeto de estudo.

A história da psiquiatria é marcada por anos de exclusão, confinamento, preconceito e afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. Os dispositivos de atenção em saúde mental substitutivos ao modelo manicomial são recentes na sociedade mundial e brasileira.

A loucura teve diferentes concepções ao longo da história, desde uma visão mística ao entendimento como algo obscuro, como desorganização da família, desordem social e perigo para o Estado. Estas últimas percepções aos poucos teriam se aperfeiçoado numa consciência médica que passa a considerar como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como um mal-estar da sociedade (FOUCAULT, 2004a).

Na Idade Média, o hospital era considerado uma instituição de assistência aos pobres, tendo como objetivo a separação e a exclusão. Essa instituição, muitas vezes estabelecida nos antigos leprosários, visava recolher os doentes e proteger a sociedade do perigo que eles representavam (FOUCAULT, 2004a).

Segundo Foucault (2004a), o Hospital Geral, local de internamento de mendigos, ociosos e posteriormente de loucos, não era um estabelecimento médico, mas sim uma estrutura semijurídica, em que só eram recebidos aqueles que fossem levados por ordem do Rei ou da Justiça. De início o internamento funcionou como um mecanismo social que servia para a eliminação dos “a-sociais” da sociedade, para impedir a mendicância, a ociosidade e as desordens. Esse hospital, em que se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas, permanece até meados do

século XVII como um instrumento que agregava exclusão, assistência e transformação espiritual, sem a participação da função médica (FOUCAULT, 2004b).

Essas características do internamento, para Foucault (2004a), possuíram o mesmo sentido em toda a Europa e se constituíam em uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica no ocidente, como diminuição de salários, desemprego e escassez de moeda. O Hospital Geral passa então a servir como colocação dos desempregados e dos “vagabundos”. Foi a partir do século XVII que se começou a internar os loucos juntamente com os pobres e ociosos.

Como as populações enclausuradas eram praticamente improdutivas, na segunda metade do século XVIII surge a idéia de que havia muito desperdício da força de trabalho e de vidas humanas nos Hospitais Gerais, configurando-se como um crime econômico e um atentado à humanidade. Passa-se então a diminuir a população que antes era alvo de enclausuramento, devendo somente ser enclausurados aqueles que representavam algum perigo à sociedade, como os loucos, insanos e portadores de doenças venéreas (CASTEL, 1991).

Segundo Foucault (2004a), o internamento dos loucos juntamente com os pobres e ociosos foi uma prática adotada até o final do século XVIII, momento em que houve uma nova interpretação da loucura. Essa nova interpretação foi motivada pelo pensamento político do Iluminismo que denunciava as internações torturadoras de segmentos ociosos da sociedade e exigia que se atribuísse somente aos loucos esses locais de internamento.

Passa-se, então, a enxergar a loucura com um estatuto médico, sendo a doença mental objeto da psiquiatria, com importante participação do médico, filósofo, matemático e enciclopedista Philippe Pinel.

Pinel busca fazer um ordenamento do espaço hospitalar, separando na instituição os diversos internados, como loucos, velhos, abandonados e os com demais doenças. Os loucos, além de serem separados dos demais, também foram divididos pelos sintomas que apresentavam, ou seja, iniciou-se a classificação da população pelos sintomas, o que irá constituir a psiquiatria alienista. Passa-se, dessa forma, a considerar a internação como a primeira condição para a terapêutica da loucura (CASTEL, 1991).

Com Pinel surge uma psiquiatria que, pela primeira vez, pretende tratar o louco como um ser humano. O internamento do homem social significa que o homem alienado é reconhecido como incapaz e doente. Nas práticas manicomiais, a partir de então justificadas pelos cuidados medicalizados, os insanos eram tratados como prisioneiros e podiam estar acorrentados pelos tornozelos às camas e amarrados em celas (FOUCAULT, 2004a).

No período Pós II Guerra Mundial, iniciaram questionamentos acerca das práticas manicomiais, do papel da instituição asilar e do saber psiquiátrico. Este período foi marcado por vários movimentos, como a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra; a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, na França; a Psiquiatria Preventista, nos Estados Unidos; e a Psiquiatria Democrática Italiana.

Nesse período, a Inglaterra instituiu a assistência extra-hospitalar para dar suporte à desospitalização e desenvolveu a experiência da comunidade terapêutica, a qual era baseada na democratização das relações institucionais, na liberdade de comunicação, com um olhar para a doença mental não mais como algo irrecuperável (MELMAN, 2002). Esse movimento é caracterizado por um processo de reformas institucionais, predominantemente nos hospitais psiquiátricos, marcado pela adoção de medidas que objetivavam transformar a dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1999).

A psicoterapia institucional considera que as próprias instituições possuem características doentias e devem ser tratadas, e há forte movimento para a introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas. Uma das críticas que se faz à esse movimento é que ele caracteriza-se por uma reforma asilar, que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos e que não pretende transformar o saber psiquiátrico (AMARANTE, 1999).

Na psiquiatria de setor da França, passou-se a tratar as pessoas segundo uma responsabilização regionalizada pelas equipes psiquiátricas, visando garantir aos cidadãos proteção e cuidado frente ao adoecimento em estruturas psiquiátricas externas, como ambulatórios e hospitais dia (MELMAN, 2002).

Nos Estados Unidos, a diminuição de 80% da população manicomial entre os anos de 1955 a 1985 se deu em decorrência de movimentos pelos direitos civis e pelas políticas sanitárias que buscavam diminuir as despesas com Hospitais

Psiquiátricos (SARACENO, 2001a), entretanto, grande parte dessa população foi abandonada às ruas (MELMAN, 2002).

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana teve Franco Basaglia como o principal representante. Basaglia criou diferentes formas de trabalhar com os sujeitos em sofrimento psíquico. O que se buscava na Psiquiatria Democrática Italiana era estabelecer uma relação com um indivíduo, considerando-o independente do rótulo que o definia, colocando entre parênteses a sua doença, devendo-se “tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que ele vive, qual o seu relacionamento com essa realidade” (BASAGLIA, 2001, p. 28).

Para Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001), a desinstitucionalização proposta pela Psiquiatria Democrática Italiana visava transformar as relações entre os pacientes e as instituições, com a pretensão de produzir estruturas de saúde mental que substituíssem por completo a internação em hospitais psiquiátricos. A desinstitucionalização é um trabalho de transformação que inicia com a desconstrução do manicômio para remontar o problema que consiste em transformar os modos como as pessoas são tratadas. Deixa-se de buscar somente a cura para se adotar um conjunto complexo e cotidiano de estratégias que considerem a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade nos espaços coletivos de convivência

Segundo os autores supracitados, a desinstitucionalização, em que os principais atores são os profissionais que trabalham nas instituições, muda o estatuto jurídico do paciente com a eliminação da tutela jurídica para que ele se torne um cidadão de fato, com seus direitos garantidos. A desinstitucionalização se concretiza na Itália com a aprovação da Lei 180, a Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes, preconiza que os serviços territoriais se responsabilizem pela saúde mental da população e acaba o estatuto de periculosidade social do sujeito em sofrimento psíquico.

Esse movimento da Psiquiatria Democrática Italiana influenciou vários países, dentre eles contribuiu para o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada no final da década de 1970. A reforma psiquiátrica pode ser entendida como uma possibilidade de mudança na prática assistencial, sendo que seus pressupostos

buscam oxigenar as concepções autoritárias e convencionais da psiquiatria e demandam um lidar teórico-prático em constante movimento e confronto (OLSCHOWSKY, 2001).

A reforma psiquiátrica brasileira é considerada como um processo histórico de formulação crítica e prática que possui como objetivos o questionamento e a elaboração de pressupostos de transformação do paradigma da psiquiatria, influenciado em grande parte pela conjuntura da redemocratização do país. Um dos principais atores desse processo foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que desempenhou por algum tempo papel principal na formulação teórica e na organização das novas práticas (AMARANTE, 1999; 2007).

Com os sucessivos movimentos anteriormente descritos sobre a psiquiatria, especialmente com a Psiquiatria Democrática Italiana, é que se tenta operar uma mudança da psiquiatria tradicional para o modo psicossocial.

A mudança do modo asilar para o modo psicossocial é algo recente na história e uma caminhada ainda em construção. Conforme Costa-Rosa (2006), o modo asilar enfatiza as determinações orgânicas dos problemas, a base do tratamento está centrada na medicação e há pouca consideração pela existência do sujeito como alguém que possui desejos. Nesse modo o sujeito é visto como doente e as intervenções centradas somente nele, com poucas aproximações com a família e seu grupo social. O tratamento é disponibilizado por equipe multiprofissional, porém de maneira fragmentada.

Tal modo tem o Hospital Psiquiátrico como seu principal local de tratamento que, segundo Goffman (2003), é uma instituição total, ou seja, um lugar de resistência e trabalho onde um grande número de indivíduos que vivenciam situação semelhante e se encontram separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo vivem em lugar fechado e têm sua vida administrada por uma equipe que ali trabalha.

Nesse modo asilar se pode pensar que o cotidiano dos sujeitos em sofrimento psíquico está restrito a uma instituição total, com suas regras, privações e limitações. Os sujeitos institucionalizados em hospitais psiquiátricos têm o seu cotidiano marcado pela presença da doença, do sofrimento, com anulação de seus direitos de

cidadão, perda da autonomia, restrição em atividades de trabalho, de lazer e nas trocas sociais.

No modo asilar, o atendimento dos profissionais da saúde mental é marcado pela centralidade da doença, pelo tratamento medicamentoso e pela pouca valorização das singularidades dos sujeitos. Nesse modo, a enfermagem psiquiátrica também se concretizava, predominantemente no hospital psiquiátrico, exercendo atividades burocrático-administrativas e de assistência pautada no modelo biológico (SILVA; FONSECA, 2005).

No modo manicomial, identifica-se, sobretudo, a preocupação com a doença. Em contraposição a isso, a reforma psiquiátrica brasileira busca uma atenção psicossocial na tentativa de direcionar as ações assistenciais com a valorização da subjetividade do usuário e a sua escuta.

No modo psicossocial, passa-se a considerar os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes, dando-se ênfase a cada um destes, de acordo com a situação ou problemática particular com que se está atuando. Os meios utilizados para tanto são psicoterapias, socioterapias e vários dispositivos de reintegração sociocultural. O sujeito passa a ser visto como participante principal do tratamento, agente de mudanças, devendo-se incluir a família e o grupo social ampliado do sujeito em seu tratamento (COSTA-ROSA, 2006).

O modo psicossocial procura levar em consideração a dimensão subjetiva e sociocultural dos sujeitos no tratamento. Propõe que os serviços se organizem de maneira territorializada, com equipamentos pautados pela integralidade da atenção e com o atendimento caracterizado pela equipe interprofissional, superando a fragmentação do cuidado (COSTA-ROSA, 2006).

Nesse processo de modificação do modo asilar para o psicossocial também a enfermagem vem procurando alterar seu papel, deixando de atuar prioritariamente em cargos de cunho administrativos e ações de controle, para desempenhar uma função terapêutica com os usuários nos serviços de saúde mental. Conforme Kinoshita (2001), no campo psicossocial, os profissionais de saúde mental têm buscado formas de cuidado que ultrapassem as formas de assistência de exclusão e desvalia, herdadas do manicômio, objetivando a reabilitação psicossocial dos

usuários, por meio do processo de restituição do poder contratual dos sujeitos e a ampliação da sua autonomia.

Conforme Saraceno (2001a), a reabilitação compreende um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos dos sujeitos. Ela envolve espaços de negociação para o sujeito em sofrimento psíquico, sua família, comunidade e para os serviços que se ocupam desses sujeitos. O autor coloca que a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas as construções de direitos afetivos, relacionais, materiais, habitacionais e produtivos, dentro dos quais se encontra a reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, Pitta (2001) destaca que a reabilitação psicossocial pode ser entendida como um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Ela envolve uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que precisam de cuidados também complexos e delicados.

Com a contribuição dos movimentos citados a favor do respeito das singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, inicia-se a construção de uma legislação favorável à desinstitucionalização, com aprovação de algumas legislações estaduais em diferentes unidades da federação e, no ano de 2001, da aprovação da Lei Federal Nº 10.216, de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Essa lei é conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica é aprovada a política nacional de saúde mental, que prevê que o atendimento em saúde mental ocorra por meio de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental. A partir de então há a “importante tarefa de construir uma rede de atenção psicossocial efetiva e, de tal maneira ampla, que possa ser considerada verdadeiramente como substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional” (AMARANTE, 2005, p.9).

Com as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a realizada em 2001, a reforma psiquiátrica se consolida como política oficial do SUS e

propõem-se a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as sujeitos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Com esta legislação da reforma psiquiátrica busca-se a mudança do modelo de tratamento, ou seja, no lugar do isolamento existente no modelo manicomial há o convívio dos sujeitos em sofrimento psíquico com a família e comunidade.

Para que ocorra esta mudança para o modo psicossocial, está preconizado que os municípios se organizem de maneira a constituírem uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, formada por CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios, internação em hospital geral, atendimento na rede básica, dentre outros. A constituição desta rede visa o oferecimento de um cuidado não excludente de escuta que possibilite a reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico e maior contato com sua família e comunidade.

Para tanto, é necessário que ocorra a articulação de recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer para potencializar as equipes de saúde na promoção do cuidado e da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004). Somente com tal articulação intersetorial é que se consegue atingir uma atenção integralizada, já que para lidar com problemas complexos, como o da saúde mental, há que se diversificar ofertas de serviços, de maneira articulada e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece (ALVES, 2006).

Um dos mecanismos preconizados para o atendimento na rede de atenção integral à saúde mental e regulamentado pela Portaria Nº 336/2002 é o CAPS. Essa modalidade de serviços ambulatorial oferece atendimento nas modalidades de intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conta com a articulação de equipe multiprofissional e têm como principal objetivo possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários, visando promover o exercício da cidadania, maior grau de autonomia possível e interação social (BRASIL, 2002). Nestes serviços o cuidado é prestado aos usuários por meio de atendimentos individuais e grupais; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atividades culturais e esportivas, dentre outros.

Os CAPS são dispositivos estratégicos para a consolidação da reforma psiquiátrica, devem estar articulados na rede de serviços de saúde mental e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, dada a complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004). Desse modo, os CAPS devem

sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Esta articulação deverá ocorrer com a rede de serviços de saúde mental, com os serviços de saúde em geral, com serviços no âmbito das políticas públicas, como o ministério público, a previdência social, políticas de educação, esporte e lazer (AMARANTE, 2007).

Nas últimas décadas, com a criação dos serviços substitutivos em saúde mental, como os CAPS, vem sendo desenhada, no Brasil, uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, a partir da implantação dos novos dispositivos de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica. Essas mudanças no modelo assistencial começam a ocorrer tanto na organização de serviços, quanto na clínica desenvolvida nesta área do conhecimento (GULJOR, 2003).

O atendimento passa a ser pautado nos preceitos do modo psicossocial, com os usuários em atendimento em serviços substitutivos, na comunidade, com práticas inclusivas, de escuta, de inserção. A tarefa fundamental dos serviços substitutivos, conforme Melman (1999), envolve a criação de possibilidades de vida para os usuários dentro de um novo modelo cultural que não seja mais de custódia ou de tutela, mas de participação na construção de projetos que expandam os espaços de liberdade dos sujeitos.

O surgimento desses novos serviços de saúde mental não significou apenas uma alternativa à internação, mas novas possibilidades de trabalho comunitário, reintegrador ao contexto social, capaz de dar novos significados individuais e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias (PEREIRA, 2007). Essas novas possibilidades de atendimento podem significar uma modificação no cotidiano dos sujeitos em sofrimento psíquico, passando de uma cotidianidade marcada quase que exclusivamente por internação psiquiátrica, com isolamento e segregação, para um universo de re-inserção social.

Nos CAPS preconiza-se que se ofereçam diversas atividades aos usuários e familiares, como a utilização de grupos e oficinas terapêuticas, atividades de geração de renda, meios de inclusão social; com o objetivo de atendimento, de reabilitação psicossocial e da inserção dos seus usuários em diversos espaços sociais, permitindo a circulação desses em espaços de saúde, de educação, de trabalho, de lazer. Esse oferecimento de diversas atividades possibilita aos usuários uma retomada ao seu exercício de cidadania, pois, conforme Rauter (2000), a

inserção social dos indivíduos segregados pode ser feita por meio da inclusão do usuário de saúde mental no trabalho, em atividades artísticas e artesanais.

Além do oferecimento dessas diversas atividades realizadas com a contribuição de diferentes saberes e profissões, os CAPS devem contar com o saber dos familiares e das pessoas da comunidade. Tais atores envolvidos nas práticas do serviço têm o desafio de aumentar as possibilidades de existência do “louco” no meio social, ao mesmo tempo em que procuram minimizar o sofrimento psíquico. Para tanto, cuida-se do usuário, convocando à responsabilidade aqueles que o cercam, no sentido de que a dependência da instituição diminua e os laços sociais aumentem (SILVA, 2005).

Nos espaços de tratamento substitutivos ao manicômio, a terapia é contínua e todas as manifestações do usuário são observadas e incorporadas ao processo terapêutico. Além disto, no CAPS os canais de comunicação entre equipe, usuários, familiares e o corpo terapêutico estão sempre abertos. O CAPS é “um lugar onde cada paciente é um indivíduo, com sua forma de ser, com sua personalidade, com suas características próprias” (PEIXOTO, 2001, p. 76).

A expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, principalmente dos CAPS, foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde para tentar modificar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil (BRASIL, 2006). Os CAPS são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território, já que devem possuir uma função de articuladores dos demais serviços dessa rede. Com essa posição estratégica, os CAPS podem ser capazes de promover a autonomia dos seus usuários, pois articulam os recursos existentes em variadas redes, oferecendo os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Além disso, com essa função de articuladores da rede (Figura 1) os CAPS devem realizar um trabalho em conjunto com as equipes de Saúde da Família e trabalhar na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes, como as sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas e empresas (BRASIL, 2004). Também poderão fazer o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental por meio do desenvolvimento de terapêuticos e comunitários; com a dispensação de

medicamentos; com o encaminhamento e acompanhamento de usuários de residências terapêuticas; com o assessoramento e sendo retaguarda para o trabalho das Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Com tais atividades os CAPS podem ser promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

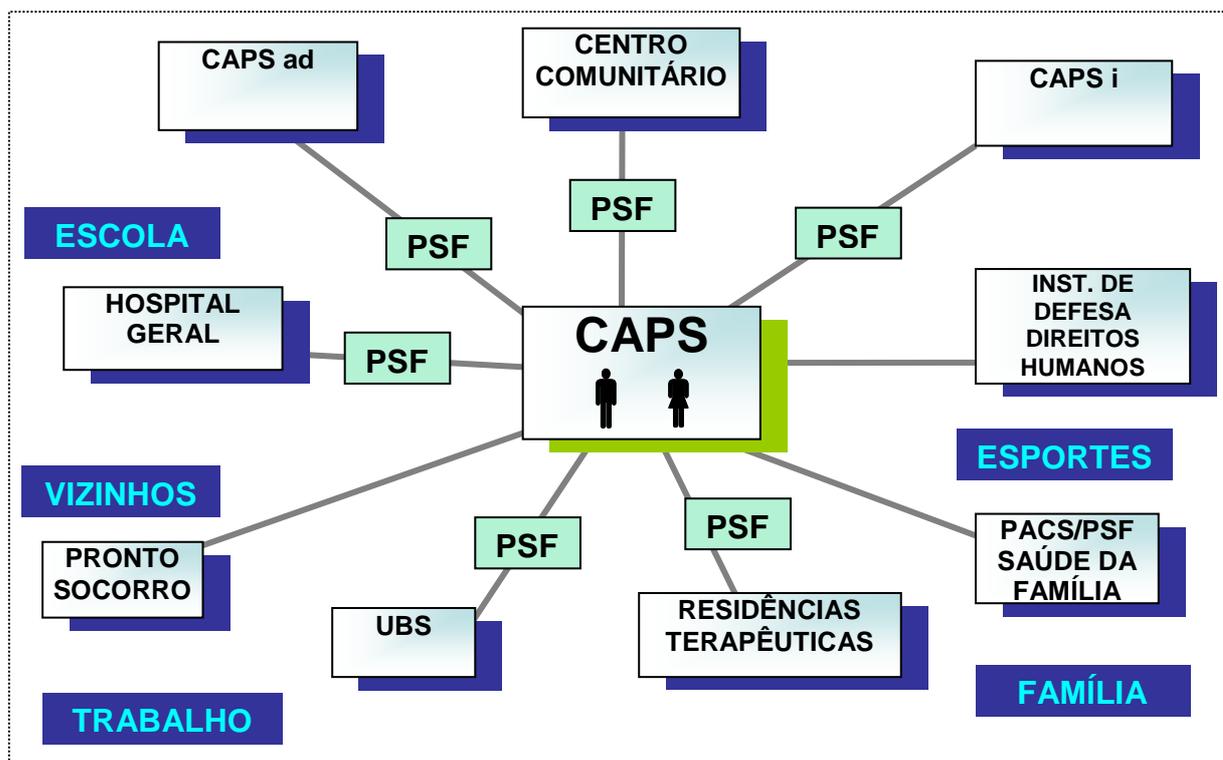


Figura 1 - CAPS como articulador da rede de saúde mental. Adaptado de Brasil (2004).

O CAPS deve buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com os sujeitos em sofrimento psíquico. Para que ocorra essa integração é preciso que o CAPS conheça e interaja com as equipes de atenção básica de seu território; estabeleça iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; realize apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por

solicitação da atenção básica; realizar atividades de educação permanente sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2004).

A política de financiamento do Ministério da Saúde para os CAPS está sendo favorável à expansão da rede de saúde mental. Com a regulação dos CAPS e o aumento significativo dos valores pagos por procedimentos, esses se tornam dispositivos atrativos sob a ótica financeira, gerando um crescente número de CAPS implantados no país. Entretanto, com esse direcionamento financeiro para o incentivo à criação de CAPS há o risco de que esses serviços sejam implantados visando prioritariamente a captação de recursos, deixando-se de lado o seu potencial transformador no atendimento em saúde mental.

A mudança da lógica de financiamento, de investimentos nas internações hospitalares para o investimento em serviços substitutivos ao modo asilar, é fundamental para a consolidação do modo psicossocial, entretanto, ao pensarmos na atenção em saúde mental essa não deve ficar restrita a criação de CAPS, mas sim, a criação e fortalecimento de uma rede de serviços, que priorize o atendimento no território dos sujeitos.

Entretanto, apesar do crescimento significativo de CAPS implantados no país, o que podemos identificar é que esses não estão efetivamente cumprindo suas funções de articuladores na organização da rede de atenção em saúde mental. Tais serviços muitas vezes possuem um contingente muito grande de usuários, com dificuldades em realizar a alta de seus usuários, fazendo com que os CAPS fiquem centrados em suas demandas, sem realizar as articulações com a rede básica e demais serviços na comunidade. O trabalho nos CAPS poderia ser mais resolutivo se houvesse maior contato do CAPS com as equipe da atenção básica, realizando de fato um trabalho integrado, possibilitando o atendimento em conjunto e o melhor atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Constata-se que no âmbito da atenção básica e da integração comunitária os movimentos de articulação necessitam ser aprofundados, já que especialmente na atenção básica essa articulação é bastante incipiente. A articulação da saúde mental com a atenção básica se constitui, em diversos municípios, mais como um dado histórico e uma necessidade dos sujeitos, do que em uma prática estruturada. (KANTORSKI, 2008).

Para a efetivação de uma rede de saúde mental que promova a autonomia, respeito, liberdade, reinserção social dos seus usuários e a almejada consolidação da reforma psiquiátrica brasileira são necessárias muito mais que portarias e legislações, embora se reconheça a extrema importância que elas representam para a saúde mental. Para que tais parâmetros se efetivem é preciso a criação de serviços que fortaleçam a rede de atenção a saúde mental, como os CAPS, com o envolvimento dos atores que fazem parte dela, ou seja, profissionais, usuários, familiares e comunidade.

Sobre a questão do atendimento em CAPS sob a ótica dos usuários, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos, o que também pode contribuir para a consolidação desses na rede de atenção à saúde mental. Mostazo e Kirschbaum (2003) apontam que os usuários do CAPS consideram que neste serviço o atendimento é disponibilizado por meio de um cuidado diversificado que envolve a medicação, o acolhimento, a alimentação, a participação do profissional na organização da vida pessoal, no planejamento e na execução de ações da cotidianidade.

Outro estudo demonstra que os usuários do CAPS consideram que este possui uma visão organicista do tratamento, mas também que é um cenário favorecedor da rede de relações sociais, possibilitando a retomada de laços sociais. Além disto, afirmam que este serviço está focado em ações do cotidiano, na melhora na qualidade de vida e na autonomia dos usuários (SOARES; SAEKI, 2006).

Conforme Marzano e Sousa (2004), os usuários de um CAPS possuem o entendimento que este se constitui enquanto um espaço social que possibilitou mudanças em suas vidas, já que no CAPS eles puderam aliviar seu sofrimento, conquistar sua cidadania, retomar o trabalho. Para os usuários, o serviço é visto como um lugar onde eles reconhecem como referência e lugar de tratamento, também um local onde é possível retomar a realidade e concretizar sonhos.

Em estudo de Mello e Furegato (2008), as representações de usuários acerca de um CAPS surgem como um serviço que propicia a reabilitação psicossocial por meio da redução do número de internações e do aumento da auto-estima; como um serviço que proporciona um atendimento de qualidade, superior aos demais em que realizaram tratamento; e como um local em que obtêm apoio, semelhante a um apoio familiar. Os usuários também relatam melhorias que poderiam ocorrer no

CAPS, como a diversificação nas atividades oferecidas no serviço, a instrumentalização para a geração de renda e para a diminuição da sobrecarga familiar, a melhoria nas alimentações e na estrutura física do serviço.

Na saúde mental, a busca por uma forma de cuidado que supere a visão manicomial ainda é um obstáculo enfrentado pelas equipes de saúde, tendo em vista que as formas de tratamento utilizadas em instituições psiquiátricas são, em algumas situações, marcadas por práticas desumanizadas e segregadoras, refletindo nas práticas atuais em saúde mental.

Para tanto, considera-se a importância de serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS, na cotidianidade dos sujeitos em sofrimento psíquico e da necessidade de estes estarem promovendo a reabilitação psicossocial.

4 ESCOLHA PELO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nas pesquisas em saúde mental, especialmente nas que vão em direção ao fortalecimento do movimento da reforma psiquiátrica, se faz pertinente a utilização do referencial teórico-metodológico da sociologia fenomenológica de Schutz, já que tanto na saúde mental, quanto na sociologia fenomenológica se quer dar “voz” aos sujeitos, considerando as suas singularidades, desejos e subjetividades. Schutz (1979) diz que é necessário voltar-se para os sujeitos com a finalidade de apreender as suas vivências no mundo da vida cotidiana, o qual é um mundo intersubjetivo, compartilhado entre os semelhantes.

Utilizei o método fenomenológico, pois a fenomenologia permite focar a experiência dos sujeitos sobre o cuidado que eles recebem, o que pode ser usado no planejamento da assistência (SCHNEIDER, 1996). Além do mais, conforme Capalbo (2000), a base das pesquisas fenomenológicas está no mundo da vida, no mundo cotidiano, no mundo pré-reflexivo, ou seja, está em descrever, explicitar, compreender e interpretar o mundo cotidiano, já que é nele que reside a fonte de significados essencial e central para todas as pesquisas.

A primeira e fundamental regra do método fenomenológico é avançar para as próprias coisas, sendo que por coisa entende-se simplesmente o dado, o fenômeno, o que é visto diante da consciência. Para Gil (1999, p. 32), a “fenomenologia não se preocupa, pois, com algo desconhecido que se encontre atrás do fenômeno; só visa o dado, sem querer decidir se este dado é uma realidade ou uma aparência: haja o que houver, a coisa está aí”.

A trajetória fenomenológica procura estabelecer um contato direto com o fenômeno que está sendo vivido. Para compreender esse fenômeno é preciso então buscar a descrição da experiência pelos sujeitos que o vivenciam. Essa descrição deve ser a mais natural e espontânea possível, ou seja, não é opinião, nem o que se pensa, mas o que o sujeito está experienciando (CARVALHO; VALLE, 2002).

Para Corrêa (1997), enquanto modalidade de pesquisa qualitativa, a fenomenologia busca compreender o fenômeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações. O inquiridor não parte de um problema

específico, mas conduz sua pesquisa partindo de uma interrogação acerca de um fenômeno.

O objetivo básico da fenomenologia é a investigação direta e a descrição dos fenômenos como experimentados na consciência, sendo o foco central da investigação fenomenológica a “experiência vivida do mundo da vida de todo dia”. Quando se quer dar destaque para as experiências de vida nas pesquisas, o método de pesquisa fenomenológico pode ser adequado (MOREIRA, 2002, p. 67).

A fenomenologia tem sido utilizada na enfermagem como referencial teórico metodológico em investigações que visam compreender a visão do ser humano em seu todo vivido, bem como de forma situada no mundo e em sua totalidade de vida (CAMATTA et al, 2008). Diversos pesquisadores da enfermagem vêm utilizando a abordagem metodológica da sociologia fenomenológica, o que demonstra que esta metodologia é pertinente na área da saúde. Alguns dos pesquisadores que utilizam esse referencial são: Merighi (2002); Brum, Tocantins e Silva (2005); Popim e Boemer (2005) e Camatta (2008).

A sociologia fenomenológica procura ouvir os sujeitos, considerando suas subjetividades, na tentativa de revelar a essência do vivido, sendo nessa perspectiva diversas as possibilidades de estudo na área da saúde mental. Alguns dos conceitos utilizados por Schutz que podemos remeter aos estudos nessa área são: a intencionalidade, a intersubjetividade, a cotidianidade, o significado das ações humanas, a tipificação e o relacionamento social.

Especificamente nesse estudo optei por utilizar o referencial proposto por Schutz de *mundo da vida cotidiana*, considerando-se que é nesse que se dão as vivências dos sujeitos, no qual ocorrem os seus relacionamentos. O cotidiano é visto como o mundo da vida ou mundo da vida cotidiana que, de acordo com Alfred Schutz, é a região da realidade em que o homem pode intervir e modificá-lo enquanto age nele, mediante seu corpo. Somente neste âmbito o homem pode ser compreendido por seus semelhantes e interagir juntamente com eles. O mundo da vida cotidiana é a realidade fundamental e eminente do sujeito (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Schneider (1996) destaca que ocorre uma aproximação entre fenomenologia e enfermagem em saúde mental na medida em que consideramos o fenômeno de

interesse para a enfermagem como estando em ligação com as experiências subjetivas de usuários e enfermeiros, como pessoas que co-existem em um mesmo ambiente.

Assim, considero pertinente a utilização da fenomenologia neste estudo, especialmente por tratar-se de uma pesquisa na área da saúde mental, em que, com o movimento da reforma psiquiátrica, o que se deseja é poder “dar voz” aos sujeitos em sofrimento psíquico, considerando as suas experiências de vida em sua cotidianidade.

5 A SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA DE ALFRED SCHUTZ

Utilizei o referencial teórico-metodológico da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz, abordando especificamente questões relacionadas à cotidianidade, ao mundo social e às relações sociais.

Alfred Schutz (1899-1959) nasceu em Viena, estudou direito e ciências sociais; em 1938 emigrou para Paris devido à ameaça de ocupação da Áustria por Hitler e posteriormente foi para os Estados Unidos. Teve seus estudos influenciados especialmente por Edmund Husserl e Max Weber, para a fundamentação da sociologia fenomenológica, uma filosofia para revelar as bases fenomenológicas das ciências sociais.

Para explicitar a sociologia fenomenológica faz-se necessário uma breve revisão dos postulados da fenomenologia proposta por Edmund Husserl, seguidos por Alfred Schutz. A fenomenologia se afirmou como uma linha de pensamento no início do século XX, com a formulação de seus princípios por Husserl, o qual buscou a constituição da filosofia como uma ciência rigorosa.

O surgimento da fenomenologia ocorreu em um contexto de profundas transformações sociais, políticas e culturais, de grande produção intelectual e de difusão das ciências humanas. Ela surge para tentar combater o empirismo e superar o psicologismo. Conforme Aranha e Martins (1997), Husserl propõe a fenomenologia mediante a crise da filosofia, das ciências sociais e das ciências humanas, enfatizando a necessidade de repensar os fundamentos e a racionalidade dessas e mostrar que tanto a filosofia como as ciências humanas são viáveis.

Para os autores citados, a fenomenologia se opõe ao positivismo na medida em que não existem fatos com a objetividade pretendida, já que o mundo não é percebido como um dado bruto, sem significados, ao contrário, o mundo é percebido pelos sujeitos como um mundo seu.

Conforme Husserl, a fenomenologia designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas; a “fenomenologia designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico” (HUSSERL, 1986, p. 46).

Conforme Martins e Bicudo (1983), a fenomenologia proposta por Husserl procura abordar o fenômeno, aquilo que se manifesta a si mesmo, não o parcializando ou explicando a partir de conceitos prévios, de crenças ou afirmações; tem a intenção de interrogá-lo, tentando descrevê-lo e procurando captar a sua essência. Para os referidos autores, o inquiridor fenomenológico procura ver o fenômeno na forma que ele se mostra na própria existência.

A fenomenologia aborda os objetos do conhecimento tais como se apresentam à consciência, sendo que a consciência desvela progressivamente o objeto por meio de seguidos perfis, de perspectivas as mais variadas. “O olhar do homem sobre o mundo é o ato pelo qual o homem experiencia o mundo, percebendo, imaginando, julgando, amando, temendo etc.” (ARANHA; MARTINS, 1997, p. 123).

Para Aranha e Martins (1997), o postulado básico da fenomenologia é a noção de intencionalidade, pela qual é tentada a superação das tendências racionalistas e empiristas. A fenomenologia pretende superar a dicotomia razão-experiência no processo de conhecimento, afirmando que toda consciência é intencional, ou seja, toda consciência tende para o mundo, toda consciência é consciência de alguma coisa.

A intencionalidade é a característica da consciência de ser dirigida a um objeto. A consciência é uma atividade formada por atos - como percepção, imaginação, volição, paixão - com os quais se visa algo. É a consciência que dá sentido às coisas (MOREIRA, 2002).

Segundo Schutz (1979), essa consciência é formada pela *noese* e pela *noema*. A *noese* é o que vivencia, são as atividades da consciência, ocupa-se dos atos de cogitação, do próprio vivenciar como, por exemplo, a percepção e as lembranças. A *noema* é o que é vivenciado, são os objetos da atividade da consciência, ela se ocupa de um objeto intencional de determinado pensamento.

Ao se voltar para as coisas mesmas e para o mundo vivido, objetivando apreender a essência do fenômeno, acaba-se por negar sujeito e mundo como existentes independentes um do outro. O objeto do conhecimento não é nem o sujeito, nem o mundo, mas o mundo enquanto vivido pelo sujeito. Essa concepção

põe em evidência o conceito de intencionalidade da consciência, isto é, a sua direção (CARVALHO; VALLE, 2002).

Por fenômeno compreende-se tudo que se mostra, se manifesta, se desvela para a consciência. Do grego *phainomenon*, significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador (MARTINS; BICUDO, 1989).

Para se chegar à essência desse fenômeno é preciso a redução fenomenológica, ou *epoché*, que, segundo Schutz (1979), é a suspensão das crenças, julgamentos do pesquisador, para se chegar à totalidade concreta da corrente de experiência, ou seja, dando acesso à corrente de consciência em si. Segundo Husserl (1986), a fim de obter o fenômeno puro, é preciso pôr em questão o eu, juntamente com o tempo, o mundo, e trazer assim à luz um fenômeno puro, a pura cogitação. Para o autor, a especificidade da fenomenologia é a sua particularidade exclusiva, é o procedimento intuitivo e ideador dentro da mais estrita redução fenomenológica.

A essência de um fenômeno refere-se a um sentido ideal ou verdadeiro de alguma coisa. A essência representa uma unidade básica de entendimento comum de determinado fenômeno, aquilo sem o que o próprio fenômeno não pode ser pensado. A essência é a maneira característica do aparecer de um fenômeno, é inerente ao fenômeno (MOREIRA, 2002).

Porém, segundo Peixoto (2003), para se atingir a essência de um fenômeno é necessário realizar a *redução eidética*. Nesta etapa da fenomenologia, realiza-se a descrição das vivências da consciência, dos seus atos e correlatos. Na redução eidética há uma descrição dos dados considerados significativos, em que a consciência se volta para a própria coisa e não para as suas interpretações já formuladas. O objetivo que se propõe nessa etapa é descrever a essência ou estrutura do fenômeno.

Outro conceito da fenomenologia proposta por Husserl é o da evidência apodítica, a qual significa um saber certo e indubitável. Para se construir uma filosofia como ciência rigorosa deve-se admitir como validados os juízos advindos da evidência apodítica, aqueles obtidos com as vivências da consciência, em que as coisas se apresentam por si mesmas (MOREIRA, 2002).

Schutz então se apropria destes fundamentos da fenomenologia, seguindo seu rigor, para fundar uma sociologia fenomenológica. Conforme Capalbo (1998), Schutz utiliza os conceitos husserlianos de intencionalidade, de intersubjetividade e de *Lebenswelt* (mundo vivido) para aplicá-los ao método sociológico compreensivo de modo sistemático.

Com esses conceitos, Schutz tinha por objetivo fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurando saber o que é a sociologia nela mesma, buscando a compreensão do sentido das ciências sociais, voltando-se para sua fonte originária na vida da consciência. Para a melhor compreensão dos estudos da sociologia fenomenológica faço uma revisão dos principais conceitos de Alfred Schutz, os quais subsidiaram a interpretação compreensiva das informações coletadas nessa pesquisa.

O mundo cotidiano ou mundo do sentido comum (*Lebenswelt*) são expressões do mundo intersubjetivo vivenciado, experimentado pelo homem na atitude natural e é o local onde ocorre a ação social, no qual se dão as mudanças sociais (CAPALBO, 2000).

O mundo da vida cotidiana, para Schutz (1979), significa o mundo intersubjetivo que existia antes do nascimento dos sujeitos e que foi vivenciado e interpretado pelos seus predecessores. Toda interpretação desse mundo está baseada num estoque de experiências anteriores, as suas próprias experiências e aquelas que lhes são transmitidas por seus pais e professores, na forma de “conhecimento à mão”, as quais funcionam como um código de referência.

Outros homens existem neste mundo, não só de maneira corporal, mas com uma consciência semelhante. O mundo cotidiano não é um mundo privado de um sujeito, mas um mundo intersubjetivo, compartilhado. Assim, o mundo da vida cotidiana é modificado mediante as ações dos sujeitos e tal mundo também exerce influência e modifica as ações dos homens.

Nesse sentido, Schutz e Luckmann (2003) colocam que o mundo da vida cotidiana é entendido como um mundo natural e social é o cenário que põe limites às ações humanas. O homem não só atua dentro do mundo, mas também sobre ele. Conforme os autores, o mundo da vida cotidiana é a região da realidade em que o homem pode intervir e modificá-lo enquanto age nele mediante seu corpo. Somente

neste âmbito o homem pode ser compreendido por seus semelhantes e interagir juntamente com eles.

A realidade cotidiana do mundo da vida inclui não somente a natureza experimentada pelos sujeitos, mas também o mundo social e dentro deste o mundo cultural em que se encontram. O mundo social é formado por diversas articulações e formas de organização que constituem a realidade social para os homens que vivem nele.

Conforme Schutz (1993), o objeto de estudo da fenomenologia social é o ser humano que vê o mundo em uma atitude natural, nascido em um mundo social, encontra-se com seus semelhantes e admite a existência destes sem questioná-los, assim como reconhece a existência de objetos naturais que encontra.

Essa atitude natural pode ser entendida como uma atitude do senso comum, de uma realidade vivenciada pelos sujeitos de maneira essencialmente prática. Na atitude natural o mundo não é privado do indivíduo, mas é um mundo intersubjetivo que, presume-se, já existia anteriormente ao nascimento dos sujeitos.

Conforme Schutz e Luckmann (2003), a atitude natural da vida cotidiana é marcada por uma existência corpórea de outros homens dotados de consciências semelhantes e com as coisas do mundo externo incluídas no ambiente interno do sujeito e de seus semelhantes. Nessa atitude o sujeito pode entrar em relações e ações recíprocas com seus semelhantes, podendo fazer-se entender por eles em um mundo social e cultural dado de antemão. Além do mais, toda situação em que o sujeito se encontra em todo momento é só uma pequena parte criada exclusivamente por ele.

Assim, destaco que esse mundo da vida cotidiana é uma realidade essencialmente prática, em que se dão as relações entre os sujeitos. Este mundo está inserido em um mundo social que, pode-se dizer, é um âmbito mais amplo, com características peculiares em cada sociedade.

Assim, o homem nasce em um mundo social que já existia antes do seu nascimento e este mundo é não somente físico, mas também sociocultural, pré-constituído e pré-organizado de maneira diferente em cada cultura e cada sociedade. Entretanto, algumas características são comuns a todos os mundos sociais, já que possuem sua origem na condição humana, como, por exemplo, a

divisão em grupos por sexo e idade, alguma divisão de trabalho, organizações por parentesco, hierarquias de poder e subordinação, presença de objetos e cerimônias culturais (SCHUTZ, 2003a).

O mundo social, no qual o homem nasce e tem de achar seu caminho, é por ele vivenciado como uma rede de relacionamentos sociais, de sistemas de signos e símbolos com sua estrutura de significados particular, de formas institucionalizadas de organização social (SCHUTZ, 1979).

Schutz (2003b) aponta que o ser humano nascido em um mundo social e que vive nele sua existência cotidiana, experimenta-o como construído em volta do lugar que ocupa nele, aberto a sua interpretação e ação, mas sempre com referência a sua *situação biográfica determinada*.

A *situação biográfica determinada* é todo o momento da vida de um homem em que ele se encontra: seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição - essa posição em termos de espaço físico e tempo exterior - de status e papel dentro do meio social, e de posição moral e ideológica. Dizer que essa definição da situação é determinada em termos biográficos significa que ela tem a sua história, ou seja, é a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem, organizadas de acordo com as posses habituais de seu estoque de conhecimento à mão, que "são posses unicamente dele, dadas a ele e a ele somente" (SCHUTZ, 1979, p. 73).

Quanto ao estoque de conhecimento à mão que o homem tem a qualquer momento na vida diária, este lhe serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes e também determina sua antecipação das coisas que virão. O estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo e muda em termos de extensão e de estrutura, e as experiências posteriores o enriquecem e o alargam (SCHUTZ, 1979).

Conforme Schutz (1993), o mundo social é formado por diversos âmbitos que se organizam ao redor do sujeito, sendo eles: mundo da realidade social diretamente vivenciada, que é o mundo da vida cotidiana; mundo dos contemporâneos; mundo dos predecessores; e mundo dos sucessores, conforme a representação elaborada na Figura 2. O mundo da realidade social diretamente vivenciada é o mundo constituído por homens que se percebem de forma direta, por meio de relação face-

a-face. O mundo dos contemporâneos é formado por pessoas que estão próximas, mas com as quais não há uma relação imediata, mas sim uma relação do *nós* indireta. O mundo social dos predecessores é composto por homens que viveram anteriormente ao nascimento do sujeito. E, por último, o mundo dos sucessores, que é um mundo indeterminado, daquelas pessoas que estão por vir.



Figura 2 – Âmbitos do Mundo Social

O sujeito que vive nesse mundo da vida cotidiana e estabelece relações sociais com seus semelhantes é influenciado por seus predecessores e poderá modificar ações de seus sucessores. É neste mundo que ocorrem os relacionamentos sociais entre os homens, sendo que esses basicamente acontecem de maneira direta ou indireta.

Conforme Schutz (1979), o relacionamento social é direto quando ocorre na orientação para o *tu*, que é o modo puro do sujeito estar consciente de outro ser humano como uma pessoa. É a intencionalidade dos atos através dos quais o Eu capta a existência da outra pessoa do mesmo modo que a sua. A orientação para o

tu pode ser unilateral (se apenas um dos dois percebe a presença do outro) ou recíproca (ambos os sujeitos estão mutuamente conscientes um do outro). A partir da orientação para o *tu* se constitui o relacionamento face-a-face, que consiste no relacionamento social diretamente vivenciado, ou seja, uma pessoa está ao alcance da experiência direta da outra, ambas compartilhando um tempo e um espaço comuns.

Por outro lado, para Schutz (1979) o relacionamento social indireto é aquele estabelecido entre contemporâneos, na orientação para o *e/les*. Um mero contemporâneo é alguém que o sujeito sabe que coexiste consigo no tempo, mas que não vivencia imediatamente, por isso esse tipo de conhecimento é sempre indireto e impessoal. A orientação para o *e/les* demonstra o modo peculiar como o sujeito apreende as experiências conscientes dos seus contemporâneos.

As pessoas que estabelecem ou que terão intercâmbios numa situação face-a-face são chamados de semelhantes, eles fazem parte da experiência direta. As pessoas que coexistem no tempo, mas que não possuem qualquer relacionamento social direto, são chamadas de contemporâneas.

Sobre os aspectos cognitivos do mundo da vida, Schutz (1979) destaca algumas definições sobre conduta, ação e trabalho. Com relação às experiências de significado subjetivo que emanam de nossa vida espontânea, essas são chamadas de conduta, ou seja, todos os tipos de experiências espontâneas com significado subjetivo. A conduta que é prevista, que está baseada em um projeto, será chamada de ação. Já o trabalho é uma ação que requer movimentos corporais do homem, é uma ação no mundo exterior baseada em um projeto e tem intenção de realizar o estado de coisas projetado.

A ação é uma conduta que se efetua de acordo com um plano de conduta projetada e o projeto é a ação mesma concebida e decidida no tempo futuro perfeito. O projeto é, então, o sentido primário e fundamental da ação. Completada a ação, seu sentido inicial, tal como foi dado no projeto, modificar-se-á à luz das ocorrências da prática, ficando aberto a um número indefinido de reflexões (SCHUTZ, 2003a).

Para compreender os atos de outras pessoas devo conhecer os seus *motivos para* ou *motivos porque* de tais atos. Para isso, basta que eu possa reduzir o ato do outro em seus motivos típicos, sua referência a situações típicas, fins típicos, dentre

outros (SCHUTZ, 2003a). As coisas sociais somente são compreensíveis se podem ser reduzidas a atividades humanas e estas serão compreendidas somente mostrando seus *motivos para* ou *porque*.

Esses motivos fazem parte da teoria de motivação de Alfred Schutz, de importante utilização na pesquisa da sociologia fenomenológica. O comportamento motivado é envolto de ações e se divide em *motivos para* e *motivos porque*. Os *motivos para* são o fim em razão da qual a ação foi realizada, eles referem-se ao futuro. Já os *motivos porque* remetem às experiências passadas do sujeito, tais experiências é que determinam que ele aja como agiu (SCHUTZ, 1979).

Os *motivos para* possuem um significado subjetivo, já que referem-se à experiência do sujeito que vive o processo de atividade em curso, o motivo é a intenção de realizar algo projetado, alcançar um objetivo preconcebido. Os *motivos porque* não são visados no momento da ação em curso, somente quando a ação é realizada, quando torna-se um ato é que é possível voltar-se a ela, como um observador, e investigar em que circunstância ela foi realizada (SCHUTZ, 1979).

As atividades sociais só são compreendidas se podem ser reduzidas a atividades humanas, e essas só são compreensíveis ao revelar seus *motivos para* ou *porque*. Um sujeito, ao viver ingenuamente dentro do mundo social, pode compreender os atos de outras pessoas imaginando-se como desempenhando atos parecidos se estivesse na mesma situação, dirigida pelos mesmos *motivos por que* (SCHUTZ, 1979).

Só é possível compreender os atos de outras pessoas conhecendo os *motivos para* ou os *motivos porque* desses atos. Entretanto, não é possível captar toda a rede de motivos de outra pessoa, com seus horizontes de planos de vida individuais, suas referências à situação única. É suficiente que se possa reduzir o ato do outro a seus motivos típicos, suas referências para situações típicas, fins típicos e meios típicos (SCHUTZ, 1979).

Para se aproximar dos motivos de alguém não é preciso conhecê-lo, já que existem motivos típicos de atores típicos que explicam o ato como um ato típico, emergido em uma situação típica. Pode-se fazer referência a uma certa conformidade em atos e motivos de padres, soldados, agricultores, de todos os lugares e de todos os tempos (SCHUTZ, 1979).

Além disso, existe uma rede de tipificações, ou seja, tipificações de seres humanos, de padrões de cursos de ação, de seus motivos e objetivos e de produtos socioculturais. Alguns tipos foram elaborados pelos nossos predecessores ou contemporâneos como ferramentas adequadas para o entendimento das coisas em determinado grupo. Existem também auto-tipificações, em que o homem tipifica em certa medida a sua própria situação dentro do mundo social e das relações que possuem com seus semelhantes e objetos culturais.

O conhecimento dessas tipificações e seu uso adequado é um elemento inseparável da herança sociocultural transmitida à criança pelos seus pais e professores, ou seja, possui uma origem social. A soma total das tipificações constitui um marco de referência que deve ser interpretado não somente no mundo sociocultural, mas também no mundo físico (SCHUTZ, 2003a).

Acerca dos interesses dos sujeitos no mundo social, esses podem ser divididos em quatro regiões. A primeira é a região de relevância que está ao nosso alcance, que pode ser observada por nós e modificada mediante nossas ações. A segunda região é aquela fechada ao nosso domínio, mas que possui ligação imediata com a primeira região, ou seja, pode oferecer condições para a execução dos nossos planos. A terceira é uma região que no momento não possui ligação com nossos interesses, chamada de relativamente irrelevante. E a quarta região é aquela absolutamente irrelevante, já que nelas nenhuma mudança possível iria influenciar nosso objetivo. Essas quatro regiões são interligadas, com múltiplas interpretações, não se constituindo em zonas estanques (SCHUTZ, 1979).

Segundo Schutz (2003a), o campo de observação do Cientista social é a realidade social que possui um significado específico e uma estrutura de relevâncias para os seres humanos que vivem, agem e pensam dentro dessa realidade. Através de uma série de construções do senso comum, eles previamente selecionam e interpretam esse mundo que vivenciam como a realidade de suas vidas diárias. Os problemas do cientista social surgem de seu interesse teórico, além disso, muitos elementos do mundo social que são cientificamente significativos não o são do ponto de vista daqueles que atuam no cenário social.

Para o autor supracitado, as construções típicas que o cientista social formula para solucionar o seu problema são chamadas de construções de segundo grau, ou seja, são construtos dos construtos do sentido comum.

Os significados atribuídos pelos sujeitos do mundo social são reconhecidos pelo cientista social como construtos de primeiro grau. São os construtos do senso comum. No momento em que esses significados são interpretados e compreendidos pelos cientistas do mundo social, esses significados são tidos como construtos de segundo grau (SCHUTZ, 1979).

Esse estudo foi realizado no âmbito do mundo da vida cotidiana, inserido em uma metodologia das Ciências Sociais. Nesta, o campo de investigação do pesquisador é a realidade social, tendo um significado específico e uma estrutura de relevância para os sujeitos que vivem, agem e pensam dentro desse contexto.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Na trajetória Metodológica apresento o campo e os sujeitos do estudo, a forma como foram coletadas as informações, o método de análise das informações e os aspectos bioéticos observados na pesquisa.

6.1 Campo de Estudo

Este estudo foi realizado no CAPS CAIS Mental Centro, localizado no município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

O município de Porto Alegre é a capital do Estado do Rio Grande do Sul, localizado na mesorregião metropolitana de Porto Alegre. Possui uma população de 1.420.667 pessoas, com uma unidade territorial de 497 Km² (IBGE 2007). Pertence à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme o Censo de 2005, conta com 519 estabelecimentos de saúde e 7.701 leitos para internação (IBGE, 2007).

Acerca das ações em saúde mental do município, essas privilegiam três eixos: a qualificação da Atenção Básica, a ampliação de serviços especializados e a promoção e desenvolvimento da intersetorialidade. A rede especializada em saúde mental conta com 4 CAPS II (CAIS Mental Centro, CAIS Mental Cruzeiro, CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAPS do Grupo Hospitalar Conceição); 2 CAPS Álcool e Drogas (Grupo Hospitalar Conceição e CAPS ad Cruzeiro – em fase de implantação); 2 CAPS Infância e Adolescência (Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Casa Harmonia); Geração POA Oficina Saúde e Trabalho; 2 Serviços Residenciais Terapêuticos (Gomes Jardim e Salvador França); Pensão Protegida Nova Vida; Programa de Redução de Danos; Comunidade Terapêutica PACTO; Plantão de Emergência em Saúde Mental (Vila dos Comerciantes); Ambulatórios e Equipes de Saúde Mental nas Gerências Distritais. O acesso a tais serviços, exceto em urgências e emergências, ocorre pelo encaminhamento da rede básica de saúde (PORTO ALEGRE, 2008).

Nessa rede de saúde, o CAIS Mental Centro teve o início de suas atividades em 1996, sendo posteriormente regulamentado como um CAPS II pela Portaria Nº 336/02 (Figura 3). Tal modalidade de serviço se destina prioritariamente ao atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial, nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (BRASIL, 2002).



Figura 3 – CAPS CAIS Mental Centro

O serviço atende nos turnos da manhã e tarde, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. O serviço oferece refeições para os seus usuários.

A equipe do CAIS é composta por duas enfermeiras, três psicólogas, três terapeutas ocupacionais, dois médicos psiquiatras, um profissional de educação física, uma assistente social, uma nutricionista quatro auxiliares de enfermagem, e pessoal de apoio (secretária, porteiro, serviços gerais). Além do mais, o serviço conta com residentes de diversas áreas e estagiários de enfermagem e psicologia.

O atendimento é realizado por uma série de dispositivos terapêuticos, como plano terapêutico, acolhimento, Centro de Atenção Diária (CAD1 e CAD2) ambulatório especializado interdisciplinar, reabilitação psicossocial, clínica da/na rua, acompanhamento terapêutico, oficinas terapêuticas e de expressão, atividades de

convívio, assembléia de usuários, cinema em debate, dentre outros (SIBEMBERG; SILVA, 2006).

6.2 Sujeitos do Estudo

Foram entrevistados 13 usuários atendidos pela equipe de saúde mental do CAPS CAIS Mental Centro. Saliento que todas as entrevistas utilizadas na coleta foram utilizadas na análise. A escolha dos atores foi aleatória. Os critérios de inclusão dos sujeitos de estudo foram:

- a) usuários em atendimento no serviço em regime semi-intensivo e não intensivo, já que nessas modalidades de atendimento os usuários freqüentem o CAPS alguns turnos no mês e não se encontram em situação de agudização dos sintomas, favorecendo a comunicação;
- b) usuários que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme a Resolução Nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Dos 13 usuários entrevistados, nove são mulheres e quatro homens, as idades variam de 25 a 56 anos, oito são solteiros, cinco são separados e um é casado. Quanto ao regime de tratamento no CAPS, dez usuários são do regime semi-intensivo e três do regime não-intensivo. Com a finalidade de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os mesmos foram identificados na redação pela sigla E acompanhada do número correspondente à ordem das entrevistas (de E1 a E13) Também o nome dos profissionais do serviço que foram citados pelos sujeitos foram substituídos por *Terapeuta*.

O convite para a participação da pesquisa foi feita para a maioria dos usuários do CAPS no próprio serviço. Aqueles usuários que faziam parte do regime semi-intensivo de tratamento, ou seja, freqüentavam poucas vezes no mês o serviço, o contato para convite e agendamento da entrevista foi realizado via telefone. Agendei as entrevistas, conforme disponibilidade e escolha dos usuários. Foi dada a opção

de a entrevista ser realizada no domicílio dos usuários, mas todos optaram em conceder a entrevista no próprio serviço.

Cabe destacar que eu já possuía uma relação de proximidade e vínculo com os usuários entrevistados, devido às atividades profissionais e acadêmicas desenvolvidas junto a esses, o que favoreceu o relacionamento entre pesquisador e pesquisado no momento das entrevistas.

6.3 Coleta das Informações

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista fenomenológica, com uma questão orientadora: **“Fale para mim o que o(a) senhor(a) faz nos seus dias”**. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2008.

Tive o cuidado em conduzir a entrevista na instância fenomenológica, ouvindo os sujeitos sem senso crítico de julgamento, buscando interagir numa abordagem compreensiva. Nesse sentido, Carvalho (1987) destaca que a entrevista fenomenológica é uma maneira acessível para o cliente penetrar a verdade mesma de seu existir, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura. Para a autora, este tipo de entrevista não é intervenção e, portanto, não se utiliza de técnicas, mas sim realiza a experiência da compreensão.

A coleta de dados foi encerrada mediante a repetição acentuada das informações coletadas nas entrevistas com os sujeitos do estudo, totalizando 13 sujeitos. A coleta das informações foi realizada no CAPS, durante meu estágio de extensão universitária que ocorria às sextas-feiras, no turno da tarde.

6.4 Análise das Informações

Para a análise das informações que emergiram das entrevistas utilizei a convergência das mesmas, submetendo-as à análise fenomenológica, de acordo com o referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Para desvelar as

vivências expressas nos discursos dos usuários do CAPS CAIS Mental Centro acerca do seu cotidiano seguiu os passos elaborados por Giorgi (2001) e adaptados por Schneider (2001):

- 1) Leitura de cada discurso sem qualquer tentativa de interpretação sobre o que está expresso;
- 2) Identificação da questão orientadora no discurso e releitura de cada um com o propósito de destacar afirmações que apresentem significados;
- 3) Utilização de uma postura reflexiva e imaginativa frente às afirmações significativas nos discursos, descrevendo o que está expresso nestas afirmações mediante a questão orientadora: Fale para mim o que o(a) senhor(a) faz nos seus dias.
- 4) Busca de convergências das unidades de significado por meio da análise fenomenológica, integrando as afirmações significativas contidas nos discursos, para assim construir as unidades temáticas;
- 5) Estabelecimento de uma compreensão vaga e mediana dos discursos a partir da constituição das unidades temáticas;
- 6) Busca pela compreensão do modo que o usuário do CAPS vivencia o seu cotidiano tendo como suporte a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz, na tentativa de expressar a essência do fenômeno estudado.

6.5 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa foram observados os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução Nº 196 do CNS (BRASIL, 2003). Foi garantido o sigilo e anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa por meio da assinatura do consentimento livre e esclarecido que foi utilizado ao se solicitar a participação dos sujeitos do estudo. Além do mais, foram oferecidos aos sujeitos participantes esclarecimentos sobre o estudo e a garantia de que o estudo não prejudicaria seu tratamento no CAPS.

O projeto de pesquisa foi encaminhado inicialmente à Comissão de Pesquisa da EEUFRGS, para ciência do Programa. Posteriormente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, sob o parecer Nº. 001.006314.08.2, em 04 de abril de 2008 (ANEXO A).

7 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

A construção das categorias concretas do vivido foi realizada pelo agrupamento de convergências que emergiram das entrevistas. Tentei desvelar as vivências expressas nos discursos dos usuários do CAPS acerca do seu cotidiano com a construção de unidades temáticas para posterior análise com o suporte do referencial da sociologia fenomenológica.

Faço uma descrição do caminho que percorri para a construção das categorias concretas com a finalidade de elucidar os passos da análise das informações. Inicialmente elaborei 11 unidades de significado a partir das convergências dos discursos nas quais, sobre seu cotidiano, o usuário relata:

- 1) que se ocupa de diversas atividades;
- 2) das mudanças de comportamento com o tratamento;
- 3) das dificuldades em circular na cidade;
- 4) sobre trabalho;
- 5) sobre o tratamento no CAIS;
- 6) da sua participação nas oficinas do CAIS;
- 7) desejos para o futuro;
- 8) sobre os relacionamentos que mantém com familiares e amigos;
- 9) desejo de parar de fumar;
- 10) desânimo e sofrimento;
- 11) sobre o uso da medicação.

A partir dessas unidades de significado, busquei as convergências existentes entre elas, que resultaram na construção de oito unidades, sendo elas: No seu cotidiano o usuário relata:

- 1) Que se ocupa de diversas atividades.
- 2) Sobre o tratamento.
 - 2.1) O tratamento no CAIS
 - 2.2) Mudanças de comportamento com o tratamento.

2.3) A participação nas oficinas.

2.4) Sobre o uso da medicação

- 3) Que tem dificuldade em circular na cidade.
- 4) Sobre o trabalho.
- 5) Desejos para o futuro.
- 6) Os relacionamentos que mantém com familiares e amigos.
- 7) O desejo de parar de fumar.
- 8) Desânimo e Sofrimento.

Com a construção dessas unidades, identifiquei que as unidades 3, 5, 7 e 8 se apresentavam de maneira frágil, com poucos discursos em cada uma delas, fazendo com que eu repensasse a categorização. Então fiz uma releitura dos discursos para aproximar essas categorias das demais já existentes.

Com esse re-olhar para as informações, procurei realizar uma aproximação das unidades temáticas com conceitos desenvolvidos por Alfred Schutz, para utilizá-los na posterior interpretação compreensiva. Com isso cheguei à seguinte categorização:

1) O usuário apresenta situação biográfica determinada no seu cotidiano (incluindo: - que tem dificuldade em circular na cidade; - mudança de comportamento com o tratamento; - sobre o uso da medicação; - desânimo e sofrimento).

2) O usuário desempenha ações no seu cotidiano.

3) O usuário considera o espaço do CAPS como uma dimensão do seu cotidiano (incluindo: - sobre o tratamento no CAIS, - a participação nas oficinas do CAIS e - o desejo de parar de fumar).

4) O usuário destaca o trabalho como uma relevância intrínseca no seu cotidiano.

5) O usuário estabelece relações sociais no seu cotidiano (incluindo - desejos para o futuro).

Por meio da análise dos depoimentos o fenômeno foi sendo desvelado, assim sendo, compreendi que o usuário do CAPS vivencia o seu cotidiano:

- 1) experienciando o sofrimento psíquico;

- 2) desempenhando diversas atividades;
- 3) considerando o CAPS como uma dimensão do seu cotidiano;
- 4) destacando o trabalho como relevância intrínseca;
- 5) estabelecendo relações sociais.

Descrevo a seguir as cinco categorias concretas que construí com a convergência das informações, apresentando os trechos de discursos dos usuários do CAPS e síntese elaborada para cada categoria.

7.1 Experienciando o sofrimento psíquico

[...] eu não tenho aquele ânimo sabe de fazer as coisas [...] (E1)

[...] estou me sentindo muito fraca por vários problemas que eu tenho (E7)

[...] eu passei agora por uma fase, período curto, mas foi horrível, ansiedade, depressão (E12)

Eu já cheguei aqui de um jeito que nem eu me suportava, brigava muito, batia nos namorados, era muito agressiva e agora hoje em dia eu ouço, haja o que houver eu fico quieta, jamais agrido fisicamente, e antes era bem difícil para mim [...] (E2)

[...] já estive bem pior, enxergava tudo escuro, uma sombra, uma nuvem preta na cabeça que, difícil de lidar com aquilo, eu ficava sério, mudo, ficava muito mal humorado, as vezes era de se levantar cedo e tal, mas aí tomei antidepressivo e passou essa fase (E4)

[...] sofri muitos anos com depressão, e era horrível, de muito conversar essa coisa toda fui aliviando (E12)

[...] só que eu não tenho aquela coragem de andar sozinha ainda, sempre tem que ter alguém para estar me acompanhando, não sei porque mas eu não tenho coragem. Vim de casa para cá sozinha, na rua não [...] me dá um pânico, um pânico que eu não consigo nem explicar.(E1)

[...] eu não tenho andado muito na rua que eu ando com medo, da violência, mas quando eu estou sem essa síndrome do pânico eu vou [...] (E3)

E saio bastante com a mãe, com a mãe eu saio bastante, eu não posso sair sem ela também, ela que me orienta os negócios que eu tenho que fazer, eu saio com ela, ela que é minha tutora, por enquanto eu não posso sair sozinho, que ano passado eu sofri um pouco com as besteiras que eu fiz, bebia, usava drogas, esses negócios e ela me deu uma força (E10)

[...] os remédios também me ajudam bastante [...]. Tenho que tomar meus remédios, não posso ficar sem meus remédios. (E1)

[...] eu estava sem conseguir fazer os cartões, por causa da minha coordenação motora do lítio [...]. (E2)

[...] o Haldol me deu esse empurrão, me tirou daquela consciência preocupada, daquela obsessão das coisas, obsessão por tudo, por ta em tudo que é lugar, todo momento, me tirou aquela preocupação, aí parou o sofrimento, a depressão horrível que tive (E4)

[...] tomei Melheril que é um calmante e fiquei meio abobalhado, para tirar o efeito que o Haldol me dava que era de deixar muito estressado assim, nervoso, eu tomei o Melheril e me deixava apagado, ficava muito tempo apagado, não era um sono, era um mau-humor muito grande (E4)

[...] foi quando eu estava péssimo, foi quando eu tomei rivotril e me passou tudo aquilo, fui acalmando, se controlando (E4)

[...] a medicação me adormece, me entorpece, fico sem reação, me sinto mergulhado numa anestesia, parece que estou bloqueado (E4)

Se não fosse os remédios que eu tomo eu diria que eu sou normal, mas infelizmente eu me sinto anormal pelo fato de precisar de medicação [...] eu durmo a tarde toda, [...] durmo por causa da medicação (E5)

Síntese da categoria concreta

No seu cotidiano os usuários relatam a presença de sofrimento psíquico, apontando fraqueza e manifestações de desânimo, ansiedade e depressão, destacando a dificuldade em circularem sozinhos na cidade. Há discursos evidenciando que antes do tratamento havia mais sofrimento, agressividade e com o tratamento houve melhoras.

Alguns usuários falam da ajuda dos medicamentos para a sua melhora. Entretanto, outros salientam alguns efeitos colaterais das medicações, como alteração no padrão de sono e coordenação motora prejudicada. Um sujeito diz que não se sente normal por precisar de medicação contínua.

7.2 Desempenhando diversas atividades

[...] os dias que eu não estou aqui eu fico em casa, vejo televisão, as vezes não tenho vontade de fazer nada e quando eu tenho eu varro a casa e lavo a louça [...]. (E1)

Os únicos dias que eu saio é para vir para cá (CAPS), quarta-feira vou ver meu filho no presídio e domingo que é os dias de eu ver ele, são os únicos dias que eu saio. (E1)

[...] venho pro abrigo, faço minhas tarefas, limpo o banheiro, o quarto, quando chego cedo se tem oficina lá eu participo da oficina de bijuteria, de fazer, estou aprendendo a fazer crochê, aprendendo a bordar, isso aí são coisas que eu faço no dia-a-dia. (E3)

E tem as palestras também, que está tendo com estagiários que vão lá da PUC, então eles conversam muito com a gente. (E3)

[...] depois do almoço aí fico assistindo televisão ou conversando com a minha mãe [...] eu fico com ela assistindo alguns programas da televisão de tarde, as vezes eu me deito e fico escutando música no quarto, ai depois eu fico assistindo televisão [...] escuto rádio [...] então eu escuto aquilo para não esquentar a cabeça (E4)

[...] saio para dar uma caminhada, vou no Gasômetro caminhar, me exercitar um pouco, é uma caminhada de uns 40 minutos, uma caminhada boa, dá para cansar um pouco, suar um pouco (E4)

[...] fora as minhas dormidas de dia, fora as minhas caminhadas, fora os estímulos da televisão, fora o efeito do Biperideno, eu não tenho muita coisa para te dizer, muito resumido (E4)

[...] eu fui para praia agora esse verão, ai passava lá na praia tomando sol, tomando banho, foi uma coisa diferente que eu fiz esse ano foi ir para praia e aproveitar um pouco do sol, da praia, caminhar na beira do mar que é muito gostoso (E4)

Eu sou dona de casa, participo de uma religião, sou da Assembléia de Deus, segundas-feiras eu vou na Igreja, tem consagração, o dia todo, terça eu vou de noite, de doutrina, quarta é ensaio do coral misto, quinta é ciclo de oração que é de noite, ciclo de oração e sábado e domingo também vou na igreja.(E5)

[...] Eu gosto muito de sair, passear, tenho por hábito me levantar e sair caminhar na minha vila,é hábito meu [...]quando aparece uma faxina uma coisa assim eu faço também (E5)

[...] eu durmo lá no albergue, chegou lá umas 6 horas da tarde, 6 e meia, por aí, a hora que eles vêm me buscar, durmo no albergue e de manha venho para cá, pro CAIS (E6)

[...] no momento não estou fazendo nada, única coisa que eu faço em casa é lavar roupa e lavar louça [...] eu saía mas agora no momento estou sem dinheiro, como não trabalho não tenho dinheiro, e como não estou fazendo nada não tenho dinheiro para sair nem para comprar roupa para mim [...]Jeu fico em casa sem fazer nada, ajudo minha vó, vou no super, vejo se consigo comprar alguma coisinha para mim (E7)

Eu chego em casa, limpo a casa, deixo tudo arrumado, seis horas da manhã me levanto tomo o meu banho e vou trabalhar, fico lá até as cinco horas e na hora de largar o serviço a mesma coisa, chego, lavo roupa, limpo a casa, faço janta, janto e me deito, e as seis horas da manhã eu me levanto, tomo banho me arrumo e vou trabalhar (E8)

[...] eu como estou com o tempo vazio eu fico lendo, gosto de ler, escuto música, vejo televisão [...]Jeu fico em casa lendo, eu tenho

bastante livros em casa, aí dá para preencher o tempo, para distrair (E9)

Segunda eu levanto que eu não tenho nada para fazer, eu levanto, tomo o café, depois eu pego e vou ajeitar o pátio, pátio de casa [...] ajudo a arrumar a casa, faço o que tem que fazer lá dentro, agora a gente está mudando a cozinha, estamos pintando e eu que estou pintando, e agora que estou com os dias livres passo só pintando a casa por dentro (E10)

[...] dou uma saída, vou no Esplanada, um lugar onde fazem show, lá em cima, tem uns bancos, dá para sentar tomar um chimarrão, eu aproveito o dia assim só fazendo coisinhas pequenas. Assisto televisão também, gosto de assistir televisão, depois eu pego e, de noite eu durmo cedo (E10)

Eu gosto de jogar bola também, faço uns passezinhos em casa, e agora eu e meu irmão montamos uma mesa de jogar ping-pong em casa, e agora quando eu chegar nós vamos passar a tarde toda treinando ping-pong [...] O chimarrão que eu falei que gosto de tomar bastante, eu gosto de tomar chimarrão bastante, e vou nas festas assim quando tem na minha família, quando tem aniversário, casamento essas coisas assim, daí eu vou, gosto de ir (E10)

Eu acordo pela manhã, faço minha higiene diária, depois coloco o quarto em, digamos a cama em ordem, o café da manhã [...] me preparo para ler alguma coisa, o que tem, um livro, tem jornal também, alguma coisa objetiva que venha me servir pro futuro [...] fora daí as vezes tem reunião, tem reunião, tipo assembléia (E11)

Em casa eu faço tudo as minhas coisas, faço a minha comida [...] procuro cuidar das minhas coisas, quando estou bem eu procuro cuidar de mim, cuidar da casa, com ajuda da minha filha [...] Eu faço tricô, eu gosto de fazer tricô, admiro a natureza (E12)

[...] eu sou dona de casa mesmo, lava, passo, cozinho, meu dia-a-dia quando eu posso fazer as coisas é assim, quando eu estou mais animada, quando eu não estou muito animada aí já não faço muita coisa, não lavo roupa ou não passo [...] o meu dia-a-dia é esse, levantar, passar, fazer comida, cuidar da casa.(E13)

Síntese da categoria concreta

Os usuários, ao falarem do seu cotidiano, relatam que realizam diversas ações, sendo que grande parte deles diz que realiza atividades domésticas, seja no seu domicílio ou no abrigo. Alguns relatam que permanecem grande parte do tempo em casa, assistindo televisão, escutando rádio, limpando o pátio, jogando bola e ping-pong ou fazendo alguma leitura. Eles apontam que essas atividades ajudam para se distraírem e para se sentirem bem. Aqueles que residem em abrigo relatam que nesse há oficinas, palestras e assembléias.

Nos discursos os usuários relatam ainda que saem de casa para passeios, caminhadas, para ir ao CAPS, para atividades culturais como shows, para visitar parentes ou para trabalhar. Entretanto, alguns apontam que o seu cotidiano é limitado a poucas atividades.

7.3 Considerando o CAPS como uma dimensão do seu cotidiano

E se não fosse aqui não sei o que seria de mim, que aqui para mim é muito bom [...] Aqui no CAIS eu acho bom para mim, que aí não precisa ir pro hospital, aqui foi uma coisa boa para mim [...] (E1)

[...] eu me sinto bem aqui (CAPS), me sinto bem, quando eu estou em casa, os resultados das terapias são muito bons, aqui o pessoal é muito legal [...] eu não sei o que seria da minha vida se não fosse a minha terapeuta [...] eu fumava muita maconha, parei de fumar, graças a terapia daqui [...] (E2)

[...] venho para as oficinas, cada dia tem uma oficina, [...] a de segunda é que eu mais gosto é de culinária, a gente faz, a gente traz as receitas [...] e a gente desenvolve, tem dias que tem pizza, tem dias que tem coisas bem gostosas e eu gosto muito dessa oficina [...] tem a oficina de beleza que ajuda a gente a valorizar nosso ser e é uma oficina que dá uma auto-estima, pintura de mãos, lava os cabelos [...] as oficinas são bem legais, eu gosto. (E2)

[...] eu melhorei muito com essa terapia que eu superei muita coisa com a ajuda da terapeuta, os médicos, [...] isso foi muito importante para mim [...] então eu me sinto bem quando venho para cá [...] tem que ter bastante força de vontade para se tratar, não adianta tu vir para cá fazer tudo e tu mesmo não querer [...] me sinto bem, sinto até falta quando eu não venho [...] (E3)

[...] o que eu tenho feito fora as psicoterapias aqui que me ajuda muito a entender toda essa dinâmica que eu faço com a terapeuta, sigo trazendo o desconforto para ela, desconforto emocional, ela tenta me ajudar a esclarecer (E4)

[...] e venho uma vez por semana aqui no CAPS, toda sexta-feira, passo o dia aqui (E5)

[...] eu estou cheia de problemas e vim me tratar aqui, eu venho terças à tarde, quarta de manhã e de tarde e sexta de tarde (E7).

[...] quinta que muda um pouco porque eu venho pro CAIS as duas horas, e sexta-feira é o futebol de manhã (E10)

Eu estou no abrigo, agora no momento estou no abrigo [...] mas tem ligação aqui com o CAIS, que faço meu tratamento (E11)

[...] ela me arrumou esse lugar aqui que é o Cais Mental Centro e estou me sentindo muito bem aqui [...] a Terapeuta me ajuda muito [...] é importante a ajuda do médico, mas é importante que eu me ajude também (E12)

[...] para mim é muito importante o sentido que faz a psiquiatria para mim, as pessoas da enfermagem, outros que eu citei o nome aqui, a assistente social, a psicóloga, psiquiatra, [...] quando eu preciso que não estou bem de saúde eles me ajudam bastante [...] eu sou muito feliz aqui dentro do CAIS (E12)

Aqui o lugar é bom também, tem sido, tem oficina de terapia ocupacional (E6)

[...] tenho participado aqui das oficinas do CAIS (E9)

[...] as vezes eu venho no instituto (oficina de beleza) porque eu adoro que mexam nas minhas mãos (E12)

Síntese da categoria concreta

Os usuários apontam o CAPS como uma das dimensões do seu cotidiano, relatando a boa qualidade do serviço. Falam que com o tratamento no serviço estão obtendo melhora e referem sobre a participação nas oficinas terapêuticas.

Os usuários falam da importância dos profissionais do serviço, dizendo que esses são pessoas dedicadas e que ajudam no tratamento. Alguns apontam da necessidade do próprio sujeito ter força de vontade e se ajudar no tratamento no CAPS.

7.4 Destacando o trabalho como uma relevância intrínseca

[...] eu estou em um trabalho que foi conseguido daqui (CAPS), foi a terapeuta que me ajudou [...] eu estou quase desistindo desse emprego, está em uma fase ruim [...] eu vou ver se arrumo outro emprego (E2)

[...] vejo um jeito de fazer cartões para ganhar grana [...] (E2)

[...] trabalho no Hospital Psiquiátrico São Pedro, já faz mais ou menos um ano acho que eu estou lá [...] o que eu me sinto bem mesmo é no meu trabalho, onde eu trabalho, que ali tem bastante conhecido, bastante colega, bastante amigo, serviço, e o serviço é bom na reciclagem. (E3)

[...] quando eu trabalhava era o dia inteiro o trabalho, quando eu trabalhava era uma preocupação total [...] antes eu fazia demais eu me estressava demais com o trabalho, era uma coisa que eu não tinha hora de descanso, eu tava sempre preocupado com alguma coisa [...] o trabalho me deixava o último das pessoas, muito desconforto emocional [...] eu parei de trabalhar e parece que tudo entrou nos eixos, tudo se acalmou. (E4)

Trabalho de manhã até as cinco horas da tarde, cinco horas largo o serviço e vou embora para casa [...] na reciclagem, no Hospital São

Pedro. Lá é um serviço bom, todo mundo gosta de trabalhar lá, serviço ótimo [...] Foi a terapeuta, ela preencheu um papel e eu levei lá para eles, eles me aceitaram lá (E8)

[...] porque no momento estou parada [...] que ficar sem trabalhar está difícil (E11)

[...] eu trabalho na reciclagem do Hospital Psiquiátrico, do Hospital São Pedro [...] então eu estou desde os primeiros passos da reciclagem trabalhando lá [...] às vezes eu trabalho o dia todo, às vezes não [...] eu gosto de todo trabalho da reciclagem porque são várias coisas, e trabalhar no plástico para mim é uma terapia muito grande [...] me ajudou muito para minha ansiedade que eu me movimentava bastante e mexe com a minha mente (E12)

Síntese da categoria concreta

No cotidiano de alguns usuários está presente o trabalho. Alguns usuários trabalham com reciclagem de um hospital, encaminhados por intermédio do CAPS. Eles relatam que o serviço é bom, que no trabalho tem vários amigos e que a atividade do trabalho ajuda para a diminuição da ansiedade.

Há discursos sobre trabalho artesanal, de confecção de cartões, como forma de obter dinheiro e da dificuldade de ficar sem trabalho.

7.5 Estabelecendo relações sociais

[...] vou na casa de um amigo que é muito próximo, a gente toma café juntos [...] (E2)

[...] todas lá vivemos com dignidade, as meninas trabalham, [...] é bem legal, estamos em dez, dez mulheres, um com a dona, três com três irmãs que moram no quarto da frente, mais outras duas que moram no meio, mais eu e uma outra que moram no meio e mais uma lá atrás. São legais, são bem legais. (E2)

[...] eu sofro muito quando a X sofre, a gente é super amiga, a gente se gosta, ela é uma boa amiga, muito melhor do que outras amigas que estão fora desse tratamento [...] (E2)

[...] o que eu quero agora é aproveitar o resto de vida que ainda me resta, mas perto deles, das minhas netas, eu tenho mais netos, eu tenho essas duas e tem mais duas netinhas da minha nora e tem mais um netinho homem que mora com o meu outro filho e são pessoas importantes que eu quero viver bastante para mim acompanhá-los (E3).

[...] eu não posso também ficar preocupado só com a mãe que aí eu vou ficar uma pessoa preocupada o tempo inteiro, que ela nunca

está satisfeita, ela sempre está com um problema, uma dor aqui outra ali, agora dessa vez ela caiu esse tombo e tal, então a gente cuida mais, se preocupa [...] discutir com a minha mãe, ultimamente é uma coisa que eu faço bastante, ela é muito temperamental (E4)

[...] a minha vizinha pede para eu ir no mercado para ela, eu vou, todo mundo me conhece, [...] procuro não aborrecer ninguém (E5)

O meu filho está brabo comigo, não fala comigo desde quando eu perdi minha mãe (E5)

Nos finais de semana eu tenho ido na minha irmã, na casa da minha irmã, tenho ido quase todos os finais de semana, é bom, é bom ir nos parentes, passear um pouco (E6)

[..] eu ajudo um amigo meu, um amigo meu ele tem um negócio de jardinagem ai eu mexo na terra, mexo nas plantas, ajudo ele a manter o jardim dele (E10)

eu amo a minha família, minhas irmãs, meu irmão, somos 8, 7 mulheres e um homem (E12)

Moramos eu, meu filho e minha mãe (E13)

Síntese da categoria concreta

No seu cotidiano os usuários relatam que estabelecem relacionamentos sociais, especialmente com amigos, com familiares, com vizinhos e com pessoas com quem dividem moradia. Referem relações de amizade, de ajuda ao amigo, sendo que uma usuária diz que sofre quando a amiga esta triste.

Quanto aos relacionamentos com familiares, uma usuária refere o desejo de aproveitar a vida ao lado das netas. Outros destacam bom relacionamento familiar, falando da importância e do amor que sentem pelos familiares e de como é bom visitá-los. Por outro lado, existem discursos evidenciando relações conflituosas na família.

8 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Após a apresentação das categorias concretas, com os discursos dos sujeitos, realizo a interpretação compreensiva de cada uma das cinco categorias, remetendo ao mundo da vida cotidiana dos usuários do CAPS. Para a interpretação compreensiva das informações utilizo o referencial da sociologia fenomenológica, além de agregar a literatura relacionada com a saúde mental para enriquecer a discussão das informações.

Na categoria ***experienciando o sofrimento psíquico*** são discutidos aspectos com relação ao sofrimento psíquico que os usuários referem que está presente em seu cotidiano. O sofrimento psíquico está presente na *situação biográfica determinada* dos usuários, que é o momento da vida em que ele se encontra, com interferências das suas experiências passadas e se constitui em um processo transitório e dinâmico.

Todo momento da vida de um homem é a situação biográfica determinada que ele se encontra, seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição, essa posição em termos de espaço físico e tempo exterior; de status e papel dentro do meio social; e de posição moral e ideológica (SCHUTZ, 1979).

Conforme Schutz (1979), essa situação é determinada em termos biográficos já que ela tem a sua história e os elementos do seu conhecimento estão integrados às camadas de experiências anteriormente adquiridas. Essas experiências dos sujeitos estão organizadas de acordo com as posses habituais de seu estoque de conhecimento à mão, são posses unicamente dele, dadas somente a ele.

O estoque de conhecimento à mão serve aos sujeitos como um código de interpretações de suas vivências passadas e presentes e também determina a antecipação de coisas que virão. Esse estoque de conhecimento existe em fluxo contínuo e é construído por atividades anteriores da experiência dos sujeitos, sendo que o resultado torna-se uma posse dele (SCHUTZ, 1979).

Saliento que a situação biográfica dos usuários não é marcada apenas por situações de sofrimento, como será demonstrado nas próximas categorias em que estão presentes outros elementos da situação biográfica dos usuários, como atividades culturais, domésticas, de lazer, de trabalho, as relações sociais e a

participação no CAPS. Entretanto, com relação à situação biográfica dos sujeitos, considero pertinente discutir aspectos ligados ao sofrimento psíquico, já que esse se configura como um elemento marcante no cotidiano dos mesmos.

A situação biográfica dos usuários do CAPS, relacionada com o sofrimento psíquico, aparece em suas falas quando relatam sobre as dificuldades de circulação na cidade, sobre as mudanças de comportamento com o tratamento e sobre o uso de medicações psicotrópicas.

O sofrimento psíquico fica evidente nas falas dos usuários ao relatarem a presença de desânimo, fraqueza, ansiedade e depressão no seu cotidiano. As falas abaixo demonstram sobre tais situações:

[...] eu não tenho aquele ânimo sabe de fazer as coisas [...] (E1)

[...] estou me sentindo muito fraca por vários problemas que eu tenho (E7)

[...] eu passei agora por uma fase, período curto, mas foi horrível, ansiedade, depressão (E12)

No cotidiano dos usuários, o sofrimento se faz presente de maneira marcante, com momentos de dificuldades, de falta de ânimo e com o relato de muitos problemas. Alguns usuários também destacam a dificuldade em circularem sozinhos na cidade em decorrência do sofrimento psíquico, como aparecem nos depoimentos que seguem:

[...] só que eu não tenho aquela coragem de andar sozinha ainda, sempre tem que ter alguém para estar me acompanhando, não sei por que, mas eu não tenho coragem. Vim de casa para cá sozinha, na rua não [...] me dá um pânico, um pânico que eu não consigo nem explicar (E1)

[...] eu não tenho andado muito na rua que eu ando com medo, da violência, mas quando eu estou sem essa síndrome do pânico eu vou [...] (E3)

E saio bastante com a mãe, [...] eu não posso sair sem ela também, ela que me orienta os negócios que eu tenho que fazer, eu saio com ela, ela que é minha tutora, por enquanto eu não posso sair sozinho (E10)

Essa dificuldade em conseguir circular sozinho pela rua em virtude de um sofrimento psíquico é uma situação que gera ansiedade, preocupação e limitações aos usuários. Em decorrência de tal dificuldade, atribuída por alguns deles ao pânico, pode haver limitações na realização de algumas tarefas da vida cotidiana dos sujeitos, o que conseqüentemente pode gerar mais angústia a eles.

Há discursos evidenciando que, antes do tratamento realizado no CAPS, o sofrimento era mais acentuado, havia forte presença de agressividade e, com a adesão ao tratamento, houve melhoras.

Eu já cheguei aqui de um jeito que nem eu me suportava, brigava muito, batia nos namorados, era muito agressiva e agora hoje em dia eu ouço, haja o que houver eu fico quieta, jamais agrido fisicamente, e antes era bem difícil para mim [...] (E2)

[...] já estive bem pior, enxergava tudo escuro, uma sombra, uma nuvem preta na cabeça que, difícil de lidar com aquilo, eu ficava sério, mudo, ficava muito mal humorado, as vezes era de se levantar cedo e tal, mas aí tomei antidepressivo e passou essa fase (E4)

[...] sofri muitos anos com depressão, e era horrível, de muito conversar essa coisa toda fui aliviando (E12)

Com essas falas, considero que o atendimento no CAPS tem sido efetivo, ou seja, está contribuindo para uma melhora dos sujeitos atendidos, ajudando os usuários a retomarem as suas vidas. Nesse atendimento, as ações desenvolvidas pela equipe de profissionais do CAPS estão proporcionando mudanças na vida cotidiana dos usuários, que representam uma melhora com relação aos seus tratamentos.

Nesse sentido, me remete aos conceitos de ação, projeto e ato de Schutz quando pensamos nessas mudanças que ocorreram na vida dos usuários. A ação é uma conduta em processo, motivada em um processo prévio e que resulta em uma ação.

Os projetos da equipe de saúde mental em oferecer um atendimento que busque a integralidade da atenção, pautados pelo estabelecimento de vínculo, se concretizam em ações no atendimento aos usuários. Essas ações propiciam mudanças para os usuários no ato concreto de melhoras em sua vida cotidiana.

Com o atendimento no CAPS, a situação biográfica dos usuários pode passar de uma posição marcada quase que exclusivamente pelo sofrimento para outras posições e papéis na sociedade, como o papel de familiar, de amigo de trabalhador, dentre outros.

Para Schutz, essa situação biográfica do usuário é o modo próprio de sua inserção no mundo. No mundo da vida cotidiana, cada sujeito possui sua própria história, vive em determinada cultura, traz uma variedade de conhecimentos e experiências decorrentes do seu modo de viver. Esse sujeito enxerga o mundo por meio de perspectivas diferentes do seu semelhante (CAVALHERI; MERIGHI; JESUS, 2007).

Outro aspecto presente na situação biográfica dos usuários é o uso de medicações. Nos depoimentos abaixo os usuários falam da ajuda dos medicamentos para a melhora no seu tratamento.

[...] os remédios também me ajudam bastante [...]. Tenho q tomar meus remédios, não posso ficar sem meus remédios. (E1)

[...] o Haldol me deu esse empurrão, me tirou daquela consciência preocupada, daquela obsessão das coisas [...] me tirou aquela preocupação, aí parou o sofrimento. (E4)

Por vezes, nota-se grande valorização dos usuários de saúde mental quanto à terapia medicamentosa em seu atendimento, resultado de uma representação socialmente construída de que a adesão à medicação é uma condição básica do tratamento psiquiátrico (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

A centralidade do atendimento em saúde mental na terapia medicamentosa nos remete a uma visão organicista do sofrimento psíquico. Saliento a importância do uso de medicações para os sujeitos em sofrimento psíquico na estabilização de seus sintomas, podendo estar associadas com atendimentos individuais ou grupais. Nesse sentido, Soares e Saeki (2006) apontam que a terapia medicamentosa deve sim fazer parte do processo terapêutico disponibilizado nos serviços de saúde mental, entretanto deve-se atentar para que não se torne a abordagem prioritária, o que remeteria a uma visão mais tradicional da psiquiatria.

A respeito dos psicofármacos, outros usuários salientam alguns efeitos colaterais do uso desses, como alteração no padrão de sono e coordenação motora

prejudicada. Uma usuária diz que não se sente normal por precisar de medicação contínua.

[...] eu estava sem conseguir fazer os cartões, por causa da minha coordenação motora do lítio [...] (E2)

[...] eu tomei o Melheril e me deixava apagado, ficava muito tempo apagado [...] a medicação me adormece, me entorpece, fico sem reação, me sinto mergulhado numa anestesia, parece que estou bloqueado (E4)

Se não fosse os remédios que eu tomo eu diria que eu sou normal, mas infelizmente eu me sinto anormal pelo fato de precisar de medicação[...] eu durmo a tarde toda, [...] durmo por causa da medicação (E5)

Com relação à medicação, como um elemento da situação biográfica dos usuários, há uma diversidade de falas apontando por vezes para a contribuição do uso da medicação e por vezes para os efeitos colaterais que esses causam. Apesar dessa diversidade, fica evidente a forte participação do uso de medicações na vida cotidiana dos usuários.

Com essa categoria concreta pude verificar que o usuário apresenta sofrimento psíquico determinado no seu cotidiano. O sentido de determinado que é dado nessa categoria remete a um sofrimento que está presente em dado momento da vida do sujeito, marcando a sua situação biográfica. Essa situação biográfica é dinâmica, sofre mudanças, e o sofrimento pode se agravar ou diminuir.

O sofrimento psíquico se configura como um elemento marcante no cotidiano dos sujeitos em que relatam desânimo, fraqueza, ansiedade, depressão e a dificuldade em circularem sozinhos na cidade. Há discursos que demonstram que antes do tratamento realizado no CAPS o sofrimento era mais marcante e com o tratamento houve melhoras. Outro aspecto presente na situação biográfica dos usuários é o uso de medicações, as quais aparecem como um elemento que contribui no tratamento e por vezes como algo que ocasiona efeitos colaterais.

Na categoria **desempenhando diversas atividades** descrevo sobre as ações sociais que os usuários do CAPS relatam. As ações humanas, para Schutz e Luckman (2003), ocorrem no mundo da vida cotidiana que é o âmbito das práticas. Os atos dos sujeitos integram um sistema de planos para um âmbito específico do

mundo da vida, ou seja, planos para um dia, para um ano, para o trabalho, para o ócio, que possuem seu lugar em um plano de vida mais ou menos determinado.

A ação designa a conduta humana como um processo em curso, projetada pelo ator social com antecedência, com base em um projeto. O termo ato designa o resultado desse processo em curso, ou seja, é a ação já realizada. Já o projeto das ações é uma fantasia motivada pela intenção posterior de desenvolver o projeto e está relacionado com o estoque de conhecimento à mão que o ator possui (SCHUTZ, 1979).

Os usuários do CAPS, apesar de relatarem sua situação biográfica marcada pela presença de sofrimento, referem sobre o desempenho de ações no seu cotidiano, as quais aparecem como uma diversidade de atividades realizadas no seu dia-a-dia. Dentre elas, descrevem a execução de atividades domésticas no domicílio ou em abrigos para aqueles que se encontram morando nesses, como podemos perceber nas falas abaixo:

*[...] venho pro abrigo, faço minhas tarefas, limpo o banheiro, o quarto
[...] eu não tenho tempo de pensar em bobagem, aí estando ali
limpando, ali lavando, varrendo, eu me sinto bem. (E3)*

Em casa eu faço tudo as minhas coisas, faço a minha comida [...] procuro cuidar das minhas coisas, quando estou bem eu procuro cuidar de mim, cuidar da casa, com ajuda da minha filha [...] (E12)

[...] eu sou dona de casa mesmo, lava, passo, cozinho, meu dia-a-dia quando eu posso fazer as coisas é assim, quando eu estou mais animada [...] o meu dia-a-dia é esse, levantar, passar, fazer comida, cuidar da casa (E13)

Nessas falas os usuários do CAPS relatam as suas atividades de vida diária, os cuidados com a limpeza da casa, ou seja, demonstram que possuem uma rotina de atividades. Também podemos identificar nos depoimentos que a realização de ações no domicílio contribui para que o usuário sinta-se bem, conseguindo cuidar das suas atividades domésticas e de si próprio, mesmo em sofrimento psíquico. A realização dessas atividades domésticas é importante para os usuários, pois demonstra que estão conseguindo cuidar das suas atividades, cuidar de si próprios, enfim, organizar a sua vida diária.

Sobre essas atividades dos usuários, elas estão dentro de um planejamento de suas vidas diárias, já que, conforme Schutz (1979), não podemos dizer que os atos de rotina não-rationais da vida diária não sejam conscientemente planejados, ao contrário, eles estão dentro do quadro de nossos planos e projetos.

As atividades domésticas dos usuários podem ser consideradas como ações conscientes, já que antes mesmo de realizarem a determinada ação eles já possuem na mente uma imagem do que será feito, ou seja, é um ato projetado. Estamos conscientes de uma ação quando a contemplamos como já terminada, já feita, como um ato (SCHUTZ, 1979). À medida que procedemos a ação, vamos mantendo continuamente a imagem no nosso olho interior ou vamos a evocando de tempo em tempo na nossa mente (SCHUTZ, 1993).

O desenvolvimento de atividades domésticas pelos usuários pode significar que eles estão adquirindo patamares maiores de autonomia, além de poder ser um fator percebido como importante nos relacionamentos com seus familiares. Tais atividades podem ser incentivadas já no espaço do CAPS, sendo que o trabalho terapêutico com enfoque para as ações do cotidiano é valorizado como uma ferramenta da reabilitação psicossocial (SOARES; SAEKI, 2006).

Aqueles usuários que residem em abrigo relatam que, além das atividades domésticas, participam de ações específicas nesse local, como a participação em oficinas, palestras e assembléias, como é possível perceber na fala abaixo:

[...] quando chego cedo se tem oficina lá (abrigo) eu participo da oficina de bijuteria, de fazer, estou aprendendo a fazer crochê, aprendendo a bordar [...] E tem as palestras também, que está tendo com estagiários que vão lá da PUC, então eles conversam muito com a gente. (E3)

Observo que essas atividades ocupacionais nos abrigos são importantes para os sujeitos que estão passando um tempo nesse local, já que podem ajudá-los a aprender atividades manuais para descontração e socialização. Essas atividades podem se configurar em um aprendizado para geração de renda, além de poder contribuir para o melhor entrosamento entre os moradores do abrigo.

Alguns usuários relatam que permanecem grande parte do tempo do seu dia-dia em casa, assistindo a televisão, escutando rádio, limpando o pátio, jogando

bola e pingue-pongue ou fazendo alguma leitura. Eles apontam que essas atividades ajudam para se distraírem e para que se sintam bem.

[...] eu como estou com o tempo vazio eu fico lendo, gosto de ler, escuto música, vejo televisão [...] eu tenho bastante livros em casa, aí dá para preencher o tempo, para distrair (E9)

Eu gosto de jogar bola também, faço uns passezinhos em casa, e agora eu e meu irmão montamos uma mesa de jogar ping-pong em casa, e agora quando eu chegar nós vamos passar a tarde toda treinando ping-pong. (E10)

Com esses discursos foi possível identificar que os usuários desenvolvem ações em casa que lhe sejam prazerosas, como a leitura de um livro ou escutar músicas. Com essas atividades eles buscam uma distração, uma forma agradável de passar o tempo.

Cabe destacar que elementos de lazer como esses são importantes no cotidiano de usuários de um CAPS, já que, conforme Saraceno (2001a), o lazer é um item fundamental para o processo de reabilitação psicossocial, juntamente com a casa e o trabalho.

[...] me preparo para ler alguma coisa, o que tem, um livro, tem jornal também, alguma coisa objetiva que venha me servir pro futuro [...] (E11)

Com essa fala fica evidente que a usuária se preocupa em realizar uma ação, a leitura, visando maior conhecimento para o futuro. Assim, essa ação é uma atividade consciente, espontânea, voluntária, motivada e orientada para uma ação futura. Ou seja, a usuária está fazendo um projeto, projetando uma ação futura.

O projetar consiste em uma antecipação de eventos futuros por meio da fantasia. O projeto é uma fantasia motivada pela intenção posterior. No projeto sabemos que o que antecipamos carrega horizontes em aberto que podem ou não ser concretizados (SCHUTZ, 1979).

Merighi (2002), ao falar sobre o conceito de projeto de Schutz, descreve-o como uma fantasia da atividade espontânea da consciência, um produto da imaginação do sujeito, uma concepção imaginária do ato. No momento em que a

ação está sendo realizada, a atividade reflexiva não foi adotada e o sujeito só tem em mente os “motivos para”, os quais são eminentemente subjetivos.

Os usuários relatam que no seu cotidiano saem de casa para passeios, caminhadas, para ir ao CAPS, para atividades culturais como shows, para visitar parentes ou para trabalhar. Nas falas que seguem podemos evidenciar os locais que os usuários costumam freqüentar:

[...] saio para dar uma caminhada, vou no Gasômetro caminhar, me exercitar um pouco [...] eu fui para praia agora esse verão, aí passava lá na praia tomando sol, tomando banho, foi uma coisa diferente que eu fiz esse ano foi ir para praia e aproveitar um pouco do sol, da praia, caminhar na beira do mar que é muito gostoso (E4)

Eu gosto muito de sair, passear, tenho por hábito me levantar e sair caminhar na minha vila, é hábito meu (E5)

Nos finais de semana eu tenho ido na minha irmã, na casa da minha irmã, tenho ido quase todos os finais de semana, é bom, é bom ir nos parentes, passear um pouco (E6)

Com esses relatos percebi que os usuários saem de casa para a realização de passeios habituais de qualquer cidadão, como passeios no bairro em que residem, caminhadas na Usina do Gasômetro e a visita a familiares. Assim, a rotina de usuários atendidos em um CAPS pode ser equivalente a de qualquer cidadão, com a liberdade de circular por espaços que tiverem vontade.

Essa realidade dos usuários de um serviço do modo psicossocial não era possibilitada com o tratamento no modo asilar, em que os pacientes permaneciam grande parte de suas vidas institucionalizados, sem o direito de circular na sociedade. Para essa mudança no cotidiano dos usuários têm importância não só os serviços do modo psicossocial, mas sim toda a mudança do paradigma assistencial.

Identifica-se, então, que com o modelo de atenção psicossocial, especialmente em serviços como o CAPS, o cotidiano dos usuários é modificado, de um cotidiano anteriormente marcado pela internação e segregação em hospitais psiquiátricos, para um universo de reinserção social. Nesse sentido, Pereira (2007) coloca que a criação de novos serviços de saúde mental não significou somente uma alternativa à internação, mas a abertura de possibilidade de um trabalho comunitário que possibilite a reintegração ao contexto social, podendo gerar nova

significação individual e social para as pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares.

Além dessas ações de lazer, no cotidiano de uma usuária aparece a sua participação em uma atividade religiosa, demonstrando a importância que a religião possui em sua vida.

Eu sou dona de casa, participo de uma religião, sou da Assembléia de Deus, segundas-feiras eu vou na Igreja, tem consagração, o dia todo, terça eu vou de noite, de doutrina, quarta é ensaio do coral misto, quinta é ciclo de oração que é de noite, tudo que é de noite é das oito as dez, ciclo de oração e sábado e domingo também vou na igreja. [...] (E5)

A espiritualidade exerce influência no cotidiano de alguns usuários, podendo contribuir para seu estado de bem-estar, como para uma inserção em atividades sociais, de trocas e de relações sociais.

As crenças religiosas podem ter impacto na etiologia, diagnóstico e evolução do sofrimento psíquico e deve-se ter atenção quando elas são utilizadas para lidar melhor com a doença mental e quando podem estar exacerbando esse sofrimento. Grande parte das pesquisas sugere que as crenças e práticas religiosas estão associadas com maior bem-estar, melhor saúde mental e um enfrentamento de mais êxito de situações estressantes (KOENIG, 2007).

Com os discursos dos usuários do CAPS acerca das suas ações cotidianas verifiquei uma diversificação de atos realizados por eles. Entretanto, alguns usuários ainda apontam que o seu cotidiano é muito resumido, que não realizam muitas atividades, que os lugares que freqüentam são poucos, como observamos nas falas a seguir:

[...] quando eu não estou muito animada aí já não faço muita coisa, não lavo roupa ou não passo [...] (E13)

[...] fora as minhas dormidas de dia, fora as minhas caminhadas, fora os estímulos da televisão [...] eu não tenho muita coisa para te dizer, muito resumido (E4)

Os únicos dias que eu saio é para vir para cá, quarta-feira vou ver meu filho no presídio e domingo que é os dias de eu ver ele, são os únicos dias que eu saio. (E1)

Nesses relatos identificamos que, apesar de muitos usuários comentarem sobre suas ações no cotidiano, há alguns que consideram que não realizam muitas atividades, que seu cotidiano é limitado a determinadas atividades. Isso pode ser em decorrência tanto do sofrimento psíquico em que se encontram, com falta de ânimo para desenvolver atividades, como por desconhecimento ou falta de incentivo para a participação de ações na comunidade.

Assim, embora o CAPS esteja contribuindo para que os usuários desenvolvam diversas ações no seu cotidiano, tanto domésticas, como de passeios e lazer, esse movimento deve ser contínuo e intensificado no serviço, para possibilitar que os sujeitos realmente sintam-se inseridos na sociedade. O CAPS deve propiciar que os usuários tenham projetos de ações futuras, que sejam ações motivadas, que lhes despertem interesse e prazer.

Com essa categoria concreta pude evidenciar as diversas ações que os usuários realizam em seu cotidiano, as quais demonstram que eles possuem uma rotina diária que vai além do atendimento realizado no CAPS. Descrevem sobre as atividades domésticas que realizam, remetendo-nos à organização de suas vidas diárias. Aqueles que estão morando em abrigos descrevem a participação em diversas atividades nesses locais, as quais são importantes para a sua socialização, bem estar, integração com demais moradores, além do aprendizado para geração de renda. Além disso, os usuários relatam sobre atividades que lhes despertam motivação e prazer, como realizar leituras, escutar músicas, assistir a televisão, realizar passeios e participar de atividades culturais e religiosas.

Na categoria ***Considerando o CAPS uma dimensão do seu cotidiano***, esse cotidiano é visto como o mundo da vida ou mundo da vida cotidiana que, de acordo com Alfred Schutz, é a região da realidade em que o homem pode intervir e modificá-lo enquanto age nele, mediante seu corpo. Somente neste âmbito o homem pode ser compreendido por seus semelhantes e interagir juntamente com eles. O mundo da vida cotidiana é a realidade fundamental e eminente do sujeito (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

O mundo social, no qual está inserido o cotidiano dos sujeitos, é permeado por relacionamentos sociais e por dimensões da organização social. O CAPS

aparece nos relatos dos usuários como uma das dimensões do seu cotidiano, dimensão essa destacada nessa categoria concreta.

Ao falarem sobre o seu cotidiano, os usuários apontam o CAPS como uma dimensão significativa, relatando que o serviço é muito bom e que com o tratamento no CAPS estão obtendo melhora.

[...] então eu me sinto bem quando venho para cá (E3)

[...] eu estou cheia de problemas e vim me tratar aqui, eu venho terças a tarde, quarta de manhã e de tarde e sexta de tarde (E7)

[...] estou me sentindo muito bem aqui [...] eu sou muito feliz aqui dentro do Cais (E12)

Com essas falas os usuários apontam o CAPS como uma das dimensões do seu cotidiano, local em que obtêm ajuda, em que se sentem seguros com relação ao tratamento.

Além disso, o atendimento em serviços no modo psicossocial, como o CAPS, favorece para que os usuários não necessitem de hospitalização, já que nesse modo a hospitalização deve aparecer como o último recurso no atendimento aos usuários. Na seguinte fala fica evidente essa importância do CAPS para que não ocorra a internação dos seus usuários:

E se não fosse aqui não sei o que seria de mim, que aqui para mim é muito bom [...] Aqui no CAIS eu acho bom para mim, que aí não precisa ir ao hospital, então aqui foi uma coisa boa para mim [...] (E1)

Nessa fala identifica-se o papel que o CAPS possui na vida do sujeito, configurando-se enquanto um serviço que possibilita que o usuário seja cuidado em seu domicílio, em contato com a sua família e a sua comunidade, não necessitando de uma segregação em instituições hospitalares.

A criação de serviços substitutivos ao manicômio, como o CAPS, iniciou-se com o processo de desinstitucionalização que, conforme Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001), é um trabalho prático de transformação, que desmonta a solução institucional existente, o manicômio, para desmontar e remontar o problema. Transformam-se então os modos como as pessoas são tratadas, para transformar o

sofrimento, já que o tratamento passa a ser entendido como um conjunto complexo e cotidiano de estratégias para enfrentar o problema em questão, considerando-se a “existência-sofrimento” dos sujeitos.

Os usuários falam da importância dos profissionais do serviço, considerando-os como pessoas fundamentais para o seu tratamento e demonstrando relacionamentos de confiança e o estabelecimento de vínculo com esses.

[...] os resultados das terapias são muito bons, aqui o pessoal é muito legal [...] eu não sei o que seria da minha vida se não fosse a minha terapeuta [...] (E2)

[...] eu melhorei muito com essa terapia que eu superei muita coisa com a ajuda da terapeuta, os médicos, [...] isso foi muito importante para mim [...] (E3)

[...] para mim é muito importante o sentido que faz a psiquiatria para mim, as pessoas da enfermagem [...] a assistente social, a psicóloga, psiquiatra, [...] quando eu preciso que não estou bem de saúde eles me ajudam bastante [...] (E12)

Criar vínculos significa nos sensibilizarmos com o sofrimento do outro, daquela população. É permitir o estabelecimento de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pelo usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço e se tornar referência para ele (MERHY, 2006).

Segundo Soares e Saeki (2006), os usuários percebem na atuação dos profissionais que esses propiciam aos usuários espaços de acolhimento, de escuta, de atenção e de apoio. Considero que na saúde mental o uso do Eu do terapeuta é fundamental na relação com o sujeito em sofrimento psíquico, na qual a escuta serve enquanto um dos elementos dessa relação. A escuta é estabelecida no encontro face a face entre o terapeuta e o usuário, ou seja, quando ambos se comunicam compartilhando o mesmo tempo e o mesmo espaço (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2008).

Sobre o atendimento realizado no CAPS os usuários apontam também para a necessidade de o próprio usuário ter força de vontade e se ajudar no tratamento.

[...] tem que ter bastante força de vontade para se tratar, que não adianta tu vir para cá fazer tudo e tu mesmo não querer [...] me sinto bem, sinto até falta quando eu não venho [...] (E3)

[...] é importante a ajuda do médico, mas é importante que eu me ajude também (E12)

É fundamental essa tomada de consciência dos usuários sobre a importância de estarem motivados, engajados em seu tratamento e não apenas ficarem passivos à espera de intervenção da equipe do CAPS. Com as falas identifica-se que os sujeitos estão implicados com seu tratamento, estão sentindo-se co-responsabilizados pela sua melhora. Isso se faz fundamental, sobretudo no tratamento no modo psicossocial em que é necessário que os usuários participem ativamente do seu tratamento, que tenham autonomia e responsabilização.

No cotidiano do CAPS, os usuários participam de diversas oficinas terapêuticas e demonstram que gostam da participação dessas, considerando-as importantes, como podemos identificar nas falas que seguem:

[...] venho para as oficinas, cada dia tem uma oficina, [...] a de segunda é que eu mais gosto é de culinária, a gente faz, a gente traz as receitas [...] e a gente desenvolve, tem dias que tem pizza, tem dias que tem coisas bem gostosas e eu gosto muito dessa oficina [...] tem a oficina de beleza que ajuda a gente a valorizar nosso ser e é uma oficina que dá uma auto-estima, pintura de mãos, lava os cabelos [...] as oficinas são bem legais, eu gosto. (E2)

Aqui o lugar é bom também, tem sido, tem oficina de terapia ocupacional (E6)

[...] às vezes eu venho no instituto (oficina de beleza) porque eu adoro que mexam nas minhas mãos (E12)

Os usuários apontam uma diversidade de atividades nas oficinas terapêuticas, as quais podem contribuir para a reorganização das suas vidas. Nesse sentido, Rauter (2006) destaca que as oficinas, assim como o trabalho e a arte, podem funcionar como catalisadores da construção de territórios existenciais, nos quais os usuários possam reconquistar o seu cotidiano.

Alguns usuários do CAPS relatam em seus discursos sobre o cotidiano, a ligação intersetorial que o serviço mantém com outros órgãos governamentais, como

é o caso da articulação com abrigos do município. Essa articulação aparece na seguinte fala:

Eu estou no abrigo, agora no momento estou no abrigo [...] mas tem ligação aqui com o CAIS, que faço meu tratamento (E11)

Identifica-se, com essa fala, a ligação que o serviço de saúde mental possui com outros setores da comunidade, como a relação estabelecida com abrigos. Essa relação do CAPS com outros serviços, como em abrigos, é fundamental no atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, fazendo-se necessária uma ampliação dessas trocas aos diversos serviços da comunidade, para assim constituir uma troca intersetorial.

A articulação dos serviços da rede de saúde mental com serviços de outras áreas se faz pertinente e necessária, já que neste campo não basta o oferecimento de dispositivos ligados à saúde, mas sim de setores de cultura, lazer, moradia, justiça, serviço social, que possibilitem maior circulação dos sujeitos em sofrimento psíquico no espaço da cidade, promovendo a reinserção social e o resgate da autonomia.

Nesse sentido Alves (2006) considera como um dos componentes indissociáveis para se promover um atendimento integral em saúde mental a intersetorialidade e a diversificação, já que para lidar com problemas complexos, como o da saúde mental, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar articulação em outros setores.

Nessa categoria concreta está presente o CAPS enquanto uma dimensão do cotidiano dos usuários desse serviço de saúde mental. O serviço é referido como um local que proporciona um bom atendimento, facilitando para que os usuários não necessitem de hospitalização, gerando segurança quanto ao tratamento disponibilizado. Os usuários referem satisfação com a equipe de profissionais que integra o CAPS com relatos que demonstram confiança e relações de vínculo com esses. Além disso, surgem nos discursos elementos importantes do CAPS como a realização de oficinas terapêuticas e a existência de articulações do serviço com abrigos.

Na categoria concreta ***Destacando o trabalho como uma relevância intrínseca*** é preciso considerar que esse trabalho é uma ação no mundo exterior, baseada num projeto e caracterizada pela intenção de realizar o estado de coisas projetado, por meio de movimentos corporais. O trabalho é a mais importante forma descritiva de espontaneidade para a construção da realidade do mundo da vida cotidiana. O eu no seu trabalho integra o seu presente, passado e futuro em dado tempo, ele se realiza com totalidade em seus atos de trabalho e se comunica com os semelhantes por meio de atos de trabalho (SCHUTZ, 1979).

O trabalho, para os usuários, aparece como uma relevância intrínseca em seu cotidiano, sob a forma de uma ação que lhes desperta interesse. Schutz (1979) descreve um Sistema de Relevâncias que é determinado pelos nossos interesses à mão. É o nosso interesse à mão que motiva o nosso pensar, o nosso projetar e agir. Entretanto, não existe um interesse à mão isolado, mas sim uma pluralidade de interesses que chamamos na vida cotidiana de nossos planos, ou seja, são os planos de vida, de trabalho, de pensamento.

As regiões de relevâncias podem ser definidas em dois tipos de sistemas de relevâncias: o sistema intrínseco e o sistema imposto. Esses dois sistemas são apenas tipos, construções que na vida cotidiana estão misturados com outros. As relevâncias intrínsecas são resultado de nossos interesses escolhidos, estabelecidos espontaneamente para resolver problemas por meio de nosso pensamento. Schutz (1979) destaca que somos livres para decidir em que estamos interessados, mas esse interesse, quando estabelecido, determina o sistema de relevâncias intrínsecas com relação ao interesse escolhido. O interesse do qual as relevâncias intrínsecas dependem foi estabelecido pela nossa própria escolha e podemos, a qualquer momento, mudar o foco desse interesse e conseqüentemente modificar as relevâncias intrínsecas.

Para fazer uma diferenciação das relevâncias intrínsecas, temos as relevâncias impostas, as quais estão fora do nosso controle, ocorrem sem a nossa interferência. As relevâncias impostas são as situações e eventos que não estão ligados a interesses por nós escolhidos, não surgem a partir da nossa vontade, e temos que aceitá-los exatamente como eles são, sem poder algum para modificá-los por meio das nossas atividades espontâneas, a não ser transformando essas relevâncias impostas em intrínsecas (SCHUTZ, 1979).

Assim, o trabalho aparece nas falas dos usuários como um interesse intrínseco do seu cotidiano. O trabalho, para alguns usuários, configura-se como uma ação que desperta motivação, interesse no seu cotidiano.

Alguns usuários relatam que trabalham no serviço de reciclagem de um hospital, encaminhados por intermédio do CAPS. Eles relatam que o serviço é bom, que no trabalho possuem vários amigos e que o trabalho é um meio que ajuda para a diminuição da ansiedade.

[...] eu me sinto bem mesmo é no meu trabalho, onde eu trabalho, que ali tem bastante conhecido, bastante colega, bastante amigo, serviço, e o serviço é bom na reciclagem. (E3)

Trabalho de manhã até as cinco horas da tarde, [...] na reciclagem, no Hospital São Pedro. Lá é um serviço bom, um serviço muito bom, todo mundo gosta de trabalhar lá [...]. (E8)

[...] eu trabalho na reciclagem do Hospital Psiquiátrico, do Hospital São Pedro [...] então eu estou desde os primeiros passos da reciclagem trabalhando lá [...] às vezes eu trabalho o dia todo, às vezes não [...] eu gosto de todo trabalho da reciclagem porque são várias coisas, e trabalhar no plástico para mim é uma terapia muito grande [...] me ajudou muito para minha ansiedade que eu me movimentava bastante e mexe com a minha mente (E12)

O trabalho aparece como um interesse intrínseco na medida em que os usuários optaram por realizar alguma atividade ocupacional. O trabalho tem uma significativa importância para os usuários, pois pode propiciar que desenvolvam relações de amizade, uma forma de gerar renda, além de poder contribuir no seu tratamento. Além do mais, a inserção no trabalho é uma forma dos usuários estarem se reinserindo na sociedade, com aumento de trocas sociais e da sua própria valorização enquanto cidadãos.

O trabalho, enquanto uma ferramenta a ser utilizada no contexto da saúde mental, no modo psicossocial, teve início com a criação de estratégias de geração de renda para sujeitos em atendimento na rede de serviços de saúde mental. O trabalho então deixou de ser uma atividade terapêutica prescrita, de apenas ocupação do tempo ocioso, para se tornar uma forma de cidadania, autonomia e emancipação social (AMARANTE, 2007).

O trabalho, nas falas dos usuários, surge como uma atividade que lhes desperta interesse, uma atividade que está inserida em seus planos da vida

cotidiana. Schutz e Luckman (2003) apontam que o mundo da vida é algo que deve ser dominado de acordo com os interesses particulares dos sujeitos. O sujeito projeta seus próprios planos no mundo da vida e este resiste à realização de seus objetivos, em que algumas coisas são factíveis e outras não.

Nos discursos aparece que profissionais do CAPS fazem encaminhamentos de alguns usuários para uma atividade de trabalho, como está explicitado nas seguintes falas:

Foi à terapeuta, ela preencheu um papel e eu levei lá para eles, aí eles me aceitaram lá (E8)

[...] eu estou em um trabalho que foi conseguido daqui, foi a terapeuta que me ajudou [...] (E2)

O CAPS, ao realizar encaminhamento de usuários para o mercado de trabalho, está contribuindo para a reabilitação psicossocial desses sujeitos. O trabalho pode ser uma das formas dos sujeitos se reinserirem na sociedade, fazendo com que se sintam sujeitos ativos, úteis, exercendo seus direitos de cidadãos.

O trabalho pode significar para os usuários do CAPS a satisfação em conseguir uma independência financeira, uma forma de realização pessoal, uma maneira de sentir-se valorizado como ser humano e de poder resgatar a auto-estima. O trabalho pode se constituir para esses usuários um alento às suas necessidades mais imediatas, fazendo-os sentirem-se úteis não só a si mesmos, mas a seus familiares e à própria sociedade (PAULA, 2008).

Ainda sobre o trabalho, aparece nos discursos a realização de trabalho artesanal, como uma forma de obter recursos financeiros. Além disso, há o relato da dificuldade ocasionada no cotidiano quando não se está trabalhando.

[...] vejo um jeito de fazer cartões para ganhar grana [...] (E2)

Porque no momento estou parada [...] que ficar sem trabalhar está difícil (E11)

Com essas falas fica evidente a importância que os usuários atribuem a estarem inseridos em uma atividade de trabalho. Essa valorização do trabalho se dá

em parte pela questão financeira, já que é uma maneira de obter renda, e pela questão da valorização do trabalho por parte da sociedade em que estão inseridos.

O trabalho é uma ação que faz parte de todos os mundos sociais, já que possui sua origem na condição humana. Outros elementos também são comuns a todos os mundos sociais, como a divisão em grupos por sexo e idade, alguma divisão de trabalho, organizações por parentesco, hierarquias de poder e subordinação, presença de objetos e cerimônias culturais (SCHUTZ, 2003a).

Com essa categoria concreta fica evidenciado que o trabalho se constitui enquanto uma relevância intrínseca no cotidiano de alguns usuários, já que manifestam que o trabalho é uma ação que desperta motivação e interesse no seu cotidiano. Alguns usuários falam do trabalho que realizam no serviço da reciclagem de um hospital, encaminhados por intermédio do CAPS e outros falam sobre a realização de trabalho artesanal. Apontam que gostam do trabalho, pois o mesmo ajuda para a diminuição da ansiedade e propicia relações de amizade. Por outro lado, outros relatam a dificuldade ocasionada em seu cotidiano quando não estão trabalhando, demonstrando a importância em estar inserido em uma atividade de trabalho.

Na categoria concreta ***Estabelecendo relações sociais***, tais relações são estabelecidas por eles no mundo da vida diária é um mundo intersubjetivo compartilhado entre os semelhantes, vivenciado e interpretado por outros sujeitos. Esse mundo não é privado de um sujeito, mas é também o ambiente de seus semelhantes, em que ambos são elementos da situação um do outro.

É nesse mundo da vida cotidiana que ocorrem os relacionamentos sociais entre os sujeitos, sendo que esses basicamente acontecem de maneira direta, ou indireta. Nesta categoria analisei os relacionamentos sociais diretos dos usuários, sujeitos da pesquisa.

Conforme Schutz (1979), o relacionamento social é direto quando ocorre na orientação para o Tu, que pode ser unilateral, se apenas um dos dois percebe a presença do outro, ou recíproca, quando ambos os sujeitos estão mutuamente conscientes um do outro. A partir da orientação para o Tu se constitui o relacionamento face a face, que é o relacionamento social diretamente vivenciado,

ou seja, uma pessoa está ao alcance da experiência direta da outra, ambas compartilhando um tempo comum e um espaço comum.

Na vida real, nunca se vivencia a “existência pura” de outros sujeitos, em vez disso, existem pessoas reais com características próprias e traços pessoais. O Relacionamento do *nós puro* é simplesmente uma forma recíproca de orientação para o *tu* pura, isto é, a consciência pura da presença de outra pessoa. O Relacionamento do *nós puro* envolve a consciência da presença de um outro sujeito e também o conhecimento de que cada um está consciente do outro (SCHUTZ, 1979).

Não é possível tornar-se consciente dessa ligação entre o relacionamento do *nós puro* e o relacionamento face-a-face enquanto ainda se é participante do relacionamento do *nós*. A pessoa que ainda é um participante do relacionamento do *nós* não o vivencia em sua forma pura ou, mais precisamente, como uma consciência de que a outra pessoa está lá. Ela simplesmente vive dentro do relacionamento do *nós* (SCHUTZ, 1979). A relação do *nós puro* se constitui em uma recíproca orientação para o *tu*. As relações sociais concretas que possuem um caráter de encontro se baseiam em uma relação do *nós puro* (SCHUTZ; LUCKMANN 2003).

A compreensão de outra pessoa ocorre apenas por meio de apresentação, sendo que todos têm como dadas apenas as suas próprias experiências. Então dentro de um ambiente comum qualquer sujeito tem seu ambiente subjetivo particular. Ele percebe o mesmo objeto que o seu parceiro, mas com coloridos que dependem de seu determinado “aqui e agora”.

No seu cotidiano os usuários relatam que estabelecem relacionamentos sociais, especialmente com amigos, com familiares, com vizinhos e com pessoas com quem dividem moradia.

[...] todas lá vivemos com dignidade, as meninas trabalham, [...] é bem legal, estamos em dez, dez mulheres[...] São legais, são bem legais. (E2)

[...] a minha vizinha pede para eu ir no mercado para ela, eu vou, todo mundo me conhece, [...] (E5)

[...] eu ajudo um amigo meu [...] ele tem um negócio de jardinagem ai eu mexo na terra, mexo nas plantas, ajudo ele a manter o jardim dele (E10)

Com essas falas pude observar os relacionamentos sociais que os usuários estabelecem, seja com familiares, com amigos e com vizinhos. Essas relações sociais são mantidas com um outro ser que é semelhante a mim, ou seja, com um sujeito que possui uma consciência semelhante a minha, age e pensa de forma semelhante a minha. Esse outro com quem estabeleço um relacionamento social direto é para mim alguém em particular, com nome e particularidades próprias. Ele está no mesmo espaço e tempo que eu e o mundo que nos cerca é praticamente o mesmo.

Uma outra pessoa está ao alcance da minha experiência direta quando ela compartilha comigo um tempo comum e um espaço comum. Ela compartilha comigo um espaço comum quando está presente, pessoalmente, e eu estou consciente dela como tal. Ela compartilha um tempo comum quando sua experiência flui lado a lado com a minha, ou seja, quando estamos envelhecendo juntos (SCHUTZ, 1979).

Os usuários estabelecem relações sociais com amigos, vizinhos, na forma de um relacionamento do *nós*, em que ambos estão conscientes um do outro, em uma situação face a face. Essas relações se dão em um mundo da vida que é intersubjetivo desde o início, em que os sujeitos exercem ações eminentemente sociais já que estão em relação uns com os outros. O nível mais fundamental dessa relação ocorre na situação face-a-face, é nela que a intersubjetividade aparece em toda sua densidade e que o outro nos aparece em sua unidade e em sua totalidade (CAPALBO, 1998).

Além desses relacionamentos sociais, um dos sujeitos fala da importância da amizade com outra usuária do serviço, demonstrando que no CAPS podem ser estabelecidas relações de amizade que vão além do tratamento. Essa usuária refere-se à relação de amizade, de ajuda à amiga, inclusive exemplificando que sofre quando a amiga está triste.

[...] eu sofro muito quando a X sofre, a gente é super amiga, a gente se gosta ela é uma boa amiga, muito melhor do que outras amigas que estão fora desse tratamento [...] (E2)

Tal relação de amizade pode ser propiciada pelo caráter de socialização que um serviço como o CAPS visa proporcionar aos seus usuários, com atividades de grupos, de convivência, de passeios e de comemorações festivas. Esses relatos de relacionamentos sociais descritos pelos usuários nos remetem a níveis de familiaridade e intimidade que eles possuem com seu semelhante, que podem ser mais próximos ou mais distantes.

Schutz e Luckmann (2003) apontam que quando um sujeito estabelece relacionamentos sociais com seu semelhante, ele experimenta os outros em diversas perspectivas e a sua relação com eles ocorre segundo variados níveis de proximidade, profundidade e anonimato na vivência.

Quanto aos relacionamentos com familiares, uma usuária refere ao desejo de aproveitar a vida ao lado das netas. Outros destacam quem mantêm bom relacionamento familiar, destacando a importância dos familiares, do amor que sentem por eles e de como é bom visitá-los.

[...] agora eu penso em viver para eu criar minhas netas, para elas viverem comigo [...]eu tenho elas assim como a razão de eu viver, daqui para frente eu só quero viver para criar elas.[...] vou construir de novo a minha família, e vou ajudar a cuidar deles e eles cuidar de mim, aí eu tenho que cuidar deles e eles de mim. (E3)

[...] eu amo a minha família, minhas irmãs, meu irmão, somos 8, 7 mulheres e um homem (E12)

Nos finais de semana eu tenho ido na minha irmã, na casa da minha irmã, tenho ido quase todos os finais de semana, é bom, é bom ir nos parentes, passear um pouco (E6)

No relacionamento social estabelecido entre o usuário e seus familiares, há a descrição da existência de relações afetuosas entre esses. Percebe-se a importância do apoio da família para os sujeitos em sofrimento psíquico, apoio esse tanto nas relações do cotidiano quanto em relação ao acompanhamento e incentivo no tratamento no CAPS.

A participação dos familiares no tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico é essencial, por ser a família a primeira célula social da qual o sujeito participa, em que são construídos os primeiros laços de afetividade (SCHNEIDER;

CAMATTA; NASI, 2007). A família pode se constituir em uma aliada no tratamento dos usuários, mas para que essa se engaje no tratamento deve receber ajuda das equipes de saúde para resolver ou diminuir suas dificuldades (WETZEL; KANTORSKI, 2005).

Nesse sentido Camatta (2008) considera que o trabalho com famílias exige da equipe uma perspectiva de estar atuando *junto com* e não *intervindo sobre* a família. Tal mudança de abordagem às famílias é uma tarefa essencial na busca da concretização do modo de atenção psicossocial, possibilitando maiores resultados quanto à reabilitação psicossocial e à reinserção social dos usuários.

Apesar dos discursos que apontam para um bom relacionamento familiar, existem falas evidenciando relações conflituosas com parentes, com o filho ou com a mãe.

O meu filho está brabo comigo, não fala comigo desde quando eu perdi minha mãe (E5)

[...] eu não posso também ficar preocupado só com a mãe que aí eu vou ficar uma pessoa preocupada o tempo inteiro, que ela nunca está satisfeita, ela sempre está com um problema, uma dor aqui outra ali, agora dessa vez ela caiu esse tombo e tal, então a gente cuida mais, se preocupa [...] discutir com a minha mãe, ultimamente é uma coisa que eu faço bastante, ela é muito temperamental (E4)

Nessas falas aparecem relações de tensão, discussão entre familiares, situação essa que não é exclusiva de familiares que convivem com o sofrimento psíquico, mas faz parte das relações íntimas estabelecidas por aqueles que possuem um contato de proximidade.

Com essa categoria concreta, pude compreender os relacionamentos sociais que os usuários do CAPS estabelecem no mundo da vida cotidiana. Os usuários relatam sobre os relacionamentos sociais diretos que estabelecem com amigos, familiares, vizinhos e usuários do CAPS. Nos relacionamentos com familiares fica evidenciado tanto um bom relacionamento entre a família, com demonstrações de afeto; como relações de conflito entre os membros do grupo familiar.

Assim, com a construção das categorias do concreto do vivido acerca da compreensão do cotidiano dos usuários de um CAPS pude construir o tipo vivido

deste grupo social. O tipo vivido caracteriza determinado grupo social, nesse caso, caracteriza os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

O tipo vivido é obtido com a descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica, ou seja, encontrar convergências nas intenções dos sujeitos, como uma estrutura vivenciada única, uniforme e contínua (MERIGHI, 2002). A rede de tipificações é composta por tipificações de seres humanos, de padrões de cursos de ação, de seus motivos e objetivos e de produtos socioculturais (SCHUTZ, 2003a).

O tipo vivido deste grupo social, de usuários que vivenciam o seu dia-a-dia em um Centro de Atenção Psicossocial mostrou-se como sendo: aquele em que o sofrimento psíquico faz parte de sua situação biográfica. No entanto, desenvolvem diversas ações que geram prazer; buscam sua re-inserção social e consideram o CAPS uma dimensão do seu cotidiano, que se configura enquanto um dispositivo substitutivo ao modo asilar, favorecendo para que não necessitem de hospitalização. O trabalho, enquanto atividade ocupacional, desperta motivações, interesse no cotidiano, uma forma de realização pessoal, de resgate da auto-estima. Com essa diversidade de relacionamentos sociais, no mundo da vida cotidiana, mostram que têm uma participação efetiva na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa pesquisa tive o objetivo de compreender o Cotidiano de usuários de um CAPS, utilizando o referencial teórico-metodológico da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz. Nesse estudo, voltei meu olhar aos sujeitos, usuários do CAPS, com a finalidade de apreender as suas vivências no mundo da vida cotidiana.

No estudo busquei agir em uma abordagem compreensiva, não fazendo pré-julgamentos ou tendo preconceitos com os sujeitos, de acordo com a perspectiva da redução fenomenológica, ou *epoché*. Minhas inquietações acerca dessa temática originaram-se a partir das vivências que tive com usuários de CAPS, sobre a realidade social que esses se inserem.

Meus questionamentos incluíam quais eram as atividades que os usuários realizavam em seu cotidiano, quais eram seus interesses, que relacionamentos sociais estabeleciam. Busquei compreender a que realidade social pertenciam os sujeitos em sofrimento psíquico, considerando que historicamente tais sujeitos estiveram à margem da sociedade, alvo de exclusão e preconceito.

Com aposta no movimento da reforma psiquiátrica e na luta pela modificação do modelo de atenção em saúde mental, do modo asilar para o psicossocial, busquei compreender o cotidiano dos usuários tal como eles o referenciam. Nesse contexto pretendi compreender se os CAPS estão promovendo a reabilitação psicossocial, possibilitando a (re)inserção social dos seus usuários.

Com essa pesquisa pude verificar, pelos depoimentos, que o CAPS vem propiciando aos usuários o fortalecimento de suas relações no seu meio social e o desenvolvimento de diversas possibilidades de trocas sociais. O serviço propicia aos seus usuários o relacionamento para além do CAPS em diversos espaços na sociedade, como em locais de trabalho e de moradia, por meio do encaminhamento do CAPS para atividades de trabalho e pela relação com outros setores públicos, como com abrigos.

Na análise compreensiva dos depoimentos, ficou evidente que o sofrimento psíquico se faz marcante no cotidiano dos usuários do CAPS, fazendo parte da sua situação biográfica determinada, ou seja, um processo dinâmico que sofre

mudanças, podendo se agravar ou diminuir. Em muitas situações, o sofrimento psíquico aparece sob a forma de desânimo, fraqueza, ansiedade e depressão.

Apesar dessa influência do sofrimento na vida dos usuários, considero que o tratamento no CAPS vem contribuindo para amenizar o sofrimento psíquico de seus usuários, gerando mudanças no dia-a-dia e possibilitando uma “retomada” de suas vidas. O CAPS propicia que o sofrimento dos seus usuários seja amenizado, diminuído, configurando-se como uma situação biográfica dinâmica.

Para essa diminuição do sofrimento psíquico a medicação prescrita no CAPS exerce importante influência na vida cotidiana dos usuários, com a estabilização dos sintomas, permitindo que o atendimento seja realizado em um serviço ambulatorial.

No estudo pude elucidar que os usuários do CAPS vêm desenvolvendo diversas ações em seu cotidiano, apontando que eles possuem uma rotina diária além do atendimento realizado no CAPS. Nessas ações do cotidiano, aparecem atividades domésticas, de lazer, de cultura, de leitura, esportivas e religiosas, as quais apresentam-se sob a forma de atividades que geram motivações e prazer.

Considero que a realização de tais atividades na vida cotidiana está sendo permitida com o atendimento no modo psicossocial em serviços substitutivos que buscam a re-inserção social dos seus usuários. Penso que, frente aos meus questionamentos iniciais, o atendimento no CAPS vem favorecendo a reabilitação psicossocial dos seus usuários, sendo que esses estão freqüentando diversos lugares e diferentes atividades na comunidade.

Apesar disso, as ações da equipe do CAPS devem estar continuamente voltadas para incrementar essas atividades de inserção social dos seus usuários na comunidade, possibilitando maior participação dos sujeitos em sofrimento psíquico nos diversos espaços sociais. Essas ações devem estar interligadas com os demais serviços da rede de saúde mental para que sejam efetivas e possibilitem um olhar integral aos usuários. Mesmo com os usuários referindo que o CAPS estabelece parcerias intersetoriais como, por exemplo, a articulação com abrigos, essa ainda é incipiente e deve ser ampliada para os mais diversos dispositivos da rede de atenção.

O CAPS é um importante dispositivo de atenção em saúde mental que está se configurando como uma das dimensões do cotidiano dos usuários, porém, não a

única dimensão, como era o caso de longas institucionalizações em hospitais psiquiátricos, no modo asilar. Por ser um serviço de atenção diária, possibilita aos mesmos que permaneçam em suas casas, em contato com a família, participando do convívio social. Essa modalidade de serviço está se pautando pelo estabelecimento de vínculo entre usuários, profissionais e familiares, fundamental na construção de um cuidado singularizado e integral.

A existência de estratégias no CAPS - como oficinas terapêuticas - torna o atendimento prazeroso para os usuários, promovendo, além do tratamento, a socialização entre os participantes e o desenvolvimento de atividades, como na oficina de beleza e na de culinária. Oficinas como essas, além de um cunho terapêutico, também incentivam os usuários ao desenvolvimento dessas ações não somente no CAPS, mas também em suas casas, contribuindo para o exercício da autonomia no seu cotidiano.

Outra estratégia importante utilizada no CAPS é o estabelecimento de parcerias intersetoriais com diversos órgãos da sociedade, as quais devem ser cada vez mais consolidadas, como forma de oferecer um atendimento integral aos sujeitos em sofrimento psíquico.

O trabalho desperta motivações e interesses nos usuários, configurando-se como uma relevância intrínseca para eles, tanto pela satisfação em estar trabalhando, como pela garantia de obter renda. Com encaminhamentos para o mercado de trabalho o CAPS vem facilitando o acesso dos seus usuários em atividades laborais.

Observo que o trabalho proporciona aos seus usuários uma forma de geração de renda, autonomia e re-inserção social, possibilitando o exercício dos seus direitos de cidadãos e a ruptura gradual com formas de preconceito que a sociedade impõe a esse grupo. O CAPS está contribuindo para que seus usuários desempenhem atividades de trabalho e essas devem ser cada vez mais estimuladas e propiciadas no serviço, como uma das formas de garantir a reabilitação psicossocial.

As relações sociais que os usuários estabelecem no mundo da vida cotidiana ocorrem predominantemente com amigos, familiares, vizinhos, colegas de trabalho e usuários do CAPS. Essa diversidade de relacionamentos sociais estabelecida pelos usuários demonstra que estão desempenhando uma participação efetiva na

sociedade, com o estabelecimento de uma pluralidade de trocas sociais. Tais trocas ainda podem ser ampliadas na medida em que os usuários estiverem incluídos em diferentes espaços sociais.

Considero que atingi o objetivo a que me propus com essa pesquisa, já que pude compreender o cotidiano dos usuários do CAPS na perspectiva da sociologia fenomenológica. Pude desvelar que os usuários do CAPS vêm circulando em diversos lugares na comunidade, estabelecendo diferentes relacionamentos, o que demonstra que o atendimento no CAPS está favorecendo a reabilitação psicossocial.

Com essa pesquisa, pude constatar que o atendimento no modo psicossocial, em especial nos CAPS, vem propiciando que os usuários se (re)insiram na sociedade, participem de diversas ações sociais que não eram permitidas com o atendimento marcado pela institucionalização em hospitais psiquiátricos. Penso que os CAPS vêm contribuindo para a reabilitação psicossocial de seus usuários, objetivo que não é fácil de ser atingido, necessitando de investimentos nos serviços e nas equipes de saúde mental para que atuem nesse sentido.

Espero que com essa pesquisa as equipes de saúde e, dentre essas, as equipes de enfermagem, possam refletir sobre a necessidade de se voltarem para os usuários dos serviços para apreender as suas vivências, ampliando o olhar para a realidade social que esses sujeitos estão inseridos.

Essa pesquisa demonstra a possibilidade de outras investigações com usuários de serviços substitutivos na perspectiva da sociologia fenomenológica, incluindo pesquisas sobre as expectativas e motivações dos usuários frente ao atendimento em saúde mental, podendo contribuir para a assistência de enfermagem em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 117 p.

_____. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU, 2005. 222p.

_____. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 3 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 136 p.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1997. 395p.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal n.º 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na área da saúde mental. Brasília, 2001

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília: 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>> Acesso em 03 de outubro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**.: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf> Acesso em: 03 de outubro de 2007.

BRUM, A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.J.E.S.O Enfermeiro como Instrumento de Ação no Cuidar do Idoso. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 1019-26, nov.-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a15.pdf>> Acesso em: 13 agosto de 2007.

CAMATTA, M. W. **Vivências de familiares sobre o trabalho de uma equipe de saúde mental na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz**. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CAMATTA, M.W.; NASI, C. SCHAURICH, D.; SCHNEIDER, J.F. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem – revisão de literatura **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2. 2008.

CAPALBO, C. **Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. 2 ed. Londrina: 1998. 97p.

CAPALBO, C. A Subjetividade em Alfred Schütz. **Veritas**. Porto Alegre, v.45, n.2, jun.2000. p.289-298.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 94 p.

CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, v.24, n.3, p. 843-847, 2002

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal: 1991.329 p.

CAVALHERI, S.C.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M. C. de. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.1, p.9-14, jan-fev, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a02v60n1.pdf>> Acesso em: 18 de setembro de 2008.

CORREA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-8, jan, 1997.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 141-68.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2004a. 551p.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004b. p. 99-111.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 207p.

GIORGI, A. P. **Phenomenology and psychological research**. 10 ed. Pittsburgh: Duquesne University Press, 2001. 216 p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 320p.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. Rio de Janeiro, 2003. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2003.

HUSSERL, E. **A idéia da Fenomenologia**. Rio de Janeiro: edições 70, 1986. 136 p.

IBGE. IBGE Cidades @. 2007. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 16 de maio de 2008.

KANTORSKI, L. P. (Coord.) Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL). Relatório Final, 2008. 327 p.

KOENIG, H.G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, n.1, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 11 de outubro de 2008

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 55-59

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Estudos sobre existencialismo, Fenomenologia e Educação**. São Paulo: Vozes, 1983. 112 p.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço Social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. v. 13, n. 4, out-dez., p. 577-84, 2004.

MELLO, R.; FUREGATO, A.R.F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.12. n.3, p. 457-64, set 2008.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: FERNANDES M.I.A.; SCARCELLI I.R.; COSTA E.S. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP; 1999. p. 171-86.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: escrituras, 2002. 159 p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.117-60.

MERIGHI, M.A.B. Trajetória Profissional das Enfermeiras Obstétricas Egressa das Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo: um enfoque da Fenomenologia Social, **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto v.10, n. 5, p. 644-53, set-out, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a4.pdf>> Acesso em: 10 de abril de 2007.

MOREIRA, D. A. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 152 p.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5 n. 2 p. 4-13, 2003. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/786/885>>. Acesso em: 28 de março de 2007.

OLSCHOWSKY, A. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental**: análise da Pós-Graduação "Lato-Sensu". 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PAULA, S.R. A influência do trabalho na vida dos usuários atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS- Integração) de Campinas - SP. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1403/293>> Acesso em: 20 de outubro de 2008.

PEIXOTO, A. D. A origem e os fundamentos da fenomenologia: uma breve incursão pelo pensameto de Husserl. In: PEIXOTO, A. D (org.) **Concepções sobre Fenomenologia**. Goiânia: editora da UFG, 2003. p. 13-31.

PEIXOTO, G. No meio do caminho tinha uma pedra. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 75-79.

PEREIRA, M. A. O. A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: estratégias em construção. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 152- 9 jul-ago, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a21.pdf> Acesso em: 12 de janeiro de 2008.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001p

POPIM, R. C. BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 677-85, set-out, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a11.pdf>> Acesso em: 05 de novembro de 2006.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686>. Acesso em: 27 de outubro de 2008.

RAUTER, C. Oficinas Para Quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 262-77.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: _____. **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.17-59.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001a. 178 p.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001b. p. 13-18.

SCHNEIDER, J. F. **O ser esquizofrênico e a retomada do tempo: estudo fenomenológico**. Goiânia: AB, 1996.

SCHNEIDER, J. F. **Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. 106p.

SCHNEIDER JF, CAMATTA MW, NASI C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p.:520-6, dez, 2007.

SCHUTZ, A. **La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva**. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1993. 279 p.

SCHUTZ, A. **Estudios sobre Teoría Social**, Escritos II. Buenos Aires: Amorrortu, 2003a. 277p.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979. 319 p.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. Escritos I. Buenos Aires: Amorrortu, 2003b. 327 p.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 315 p.

SIBEMBERG, N.; SILVA, M.C. Notas de percurso inacabado. **Revista do CAIS Mental Centro**: do Cais Mental 8 ao CAPS Cais Mental Centro – 10 anos, Porto Alegre, ano 1, n.,1, p. 9-15, 2006.

SILVA, M.B.B.. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-50, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n1/v15n1a08.pdf>> Acesso em: 20 junho de 2007.

SILVA, A. L. A; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-9, mai-jun, 2005.

SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 105-13, nov-dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a14.pdf> Acesso em: 28 de março de 2007.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 29, n.69, p.5-16, jan-abr, 2005.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado Sr. (a):

Estamos lhe convidando a participar de um estudo intitulado: **“O Cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da Sociologia Fenomenológica”**, que tem como objetivo compreender o cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz.

Para a realização deste estudo será aplicada uma entrevista de aproximadamente 40 minutos, gravada em fita cassete, sendo que a sua transcrição será armazenada por cinco anos. A entrevista será realizada garantido a privacidade dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas, sendo desgravada após sua transcrição.

As informações obtidas farão parte do relatório final do trabalho e poderão ser divulgadas em eventos científicos.

Caso concorde em Participar, asseguro que receberá todos os esclarecimentos que necessitar, que o participante não será identificado, sua participação não interferirá em seu tratamento nesta instituição, que as informações obtidas serão utilizadas apenas para os objetivos propostos e que este estudo não expõe os participantes a riscos de qualquer tipo.

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas surgidas durante o seu desenvolvimento e terão acesso aos resultados obtidos, tendo o direito de desistir do consentimento a qualquer momento, sem que esta decisão interfira na continuidade do tratamento.

Solicito, através desse documento, sua autorização para realizar uma entrevista. A pesquisadora responsável é a mestranda Cíntia Nasi do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, que tem por orientador o Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider. Esta pesquisa compreenderá minha dissertação de mestrado. Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos desejados, em qualquer tempo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante do estudo.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

Concordo em participar do estudo acima referido, após ter sido esclarecido, de forma clara e detalhada dos objetivos e finalidades da entrevista a qual serei submetido.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do Orientador

Porto Alegre, ___ de _____ de 2008.

Telefones para contato:

Pesquisadora: Cíntia Nasi (51) 93137461

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider (51) 3308-5081

APÊNDICE B – Questão orientadora do estudo

“Fale para mim o que o(a) senhor(a) faz nos seus dias”.

ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Jacó Fernando Schneider

Equipe executora:

Registro do CEP: 221 Processo Nº. 001.006314.08.2

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Cais Mental Centro

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº.001.006314.08.2, referente ao projeto de pesquisa: “O COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA” tendo como pesquisador responsável Jacó Fernando Schneider cujo objetivo é “Compreender o cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data; e no final apresentar o relatório.
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas.

Porto Alegre, 04/04/08


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP