UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLEBER TIAGO CIRINEU

Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e seus familiares

RIBEIRÃO PRETO
2016

CLEBER TIAGO CIRINEU

Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e seus familiares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas

Orientadora: Prof. Dra. Toyoko Saeki

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cirineu, Cleber Tiago
Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e seus familiares. Ribeirão Preto, 2016. 220p.: il.; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Toyoko Saeki

1. saúde mental. 2. terapia ocupacional. 3.atividades cotidianas. 4. reabilitação. 5. centros de atenção psicossocial.

CIRINEU, Cleber Tiago

Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e seus familiares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Dedico este trabalho à minha mãe, ***Maria Elizabete Maronezi Cirineu*** *(in memoriam), que sempre foi exemplo de mãe, mulher e guerreira em todos os momentos de sua vida, desde os mais alegres até os mais difíceis. Ensinou-me os valores mais simples e verdadeiros, sempre de forma carinhosa, cuidadosa e afetuosa, o que fez de mim um homem forte, honesto e batalhador, afirmando que o maior legado que temos em nossa vida consiste em amar e fazer o bem ao próximo.*

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada, muitas foram as experiências e muitas pessoas queridas puderam contribuir, direta ou indiretamente, para que eu chegasse até aqui. Assim, meus sinceros agradecimentos:

A Deus, por se fazer sempre presente em minha vida, iluminando-me, proporcionando oportunidades e abrindo possibilidades no meu cotidiano.

À minha orientadora, Professora Doutora Toyoko Saeki, por sempre acreditar em mim. Obrigado por me compreender e me respeitar nos momentos mais difíceis da elaboração de minha tese, oferecendo-me colo quando precisei. Sou grato pela construção partilhada, pelos cafés, pelo conhecimento e amadurecimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Regina Célia Fiorati e ao Professor Doutor Pedro Fredemir Palha, por disponilizarem parte de seus tempos e contribuírem de maneira tão cuidadosa e carinhosa para a qualidade deste trabalho.

À Professora Doutora Luciene Vaccaro de Morais Abumusse, por ser meu modelo de terapeuta ocupacional e aceitar o convite para compartilhar comigo de mais esta trajetória e conquista acadêmica.

Ao Professor Doutor Massimiliano Minelli, por me receber no Programa de Doutorado Sanduíche na cidade de Perúgia-Itália, possibilitando essa experiência maravilhosa em minha vida!

À Università degli Studi di Perugia – Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, por me receber de braços abertos e oportunizar a ampliação de meus conhecimentos acadêmicos e culturais.

À Università per Stranieri di Perugia, por contribuir e ampliar a minha proficiência na língua italiana.

Aos meus pais, Waldei Gonçalves e Maria Elizabete (*in memoriam*), pelo amor e apoio incondicional. Sem palavras para exprimir o quanto são essenciais em minha vida!

Ao meu irmão Everton Murilo, que, mesmo nos momentos difíceis e distantes, se fazia presente, amigo e companheiro.

À minha amiga Francine Baltazar Assad, pela amizade e parceria verdadeira, que vêm se intensificando a cada dia.

Aos amigos e irmãos de coração Daniel Celoti e Fernando Faro (*in memoriam*), que, por diversos momentos, souberam entender as minhas ausências e respeitaram o meu cansaço.

À querida família italiana, Laura, Éden e ao pequeno Dário, que me acolheram em sua casa na cidade de Perúgia. Obrigado pelo crescimento cultural tão gostosamente codividido.

A toda a rede de saúde mental de Perúgia, em especial ao Centro di Salute Mentale Centrale, por me oportunizarem aprender *in loco* sobre o processo de cuidar em liberdade.

Às mães de coração Marli e Marinilsa Guimarães, que estiveram ao meu lado e demonstram muito carinho e acolhimento por meio dos cafés e conversas aos domingos à tarde.

Aos Centros de Atenção Psicossocial das cidades de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba, por colaborarem e permitirem a realização desta pesquisa.

Aos usuários, familiares, responsáveis e trabalhadores dos serviços de saúde mental, em especial dos CAPS II, participantes desta pesquisa, por contribuírem de maneira tão disponível com esta pesquisa.

Ao Grupo de Estudos em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pelas possibilidades de trocas e experiências durante as várias discussões e reflexões acerca do fascinante cenário da saúde mental.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pela oportunidade oferecida para cursar o doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento desta pesquisa, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que, por meio do Programa Ciência sem Fronteiras – CsF, possibilitou a realização do estágio no exterior.

Sou feito de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou. Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior.... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... que me tornam mais pessoa, mais humano, mais completo. E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma. Portanto, obrigado a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias. E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de “nós”.

Cora Coralina

RESUMO

CIRINEU, C. T. **Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II**: percepções de usuários e seus familiares. 2016. 220p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O estudo teve como objetivo geral investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer. Este estudo foi composto pelas amostras de quarenta participantes: vinte usuários e um familiar de cada usuário de serviços de saúde mental, denominados de Centros de Atenção Psicossocial do tipo II do Departamento/Direção Regional de Saúde de Piracicaba (DRS-X). Dessa forma, configura-se como uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualiquantitativa com predominância na abordagem qualitativa. Como fundamentação teórica de suporte para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizado como base o referencial da Reabilitação Psicossocial e o referencial filosófico da Teoria sobre o Cotidiano de Agnes Heller. A partir dessa ótica, emergiram três eixos temáticos referentes às áreas ocupacionais do autocuidado, produtividade e lazer, que foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma abordagem proposta por Lefèvre e Lefèvre, a fim de auxiliar na análise das entrevistas semiestruturadas dos dados. Verificou-se, a partir dos DSCs, que se exige a necessidade urgente de uma reestruturação dos CAPS II e um novo direcionamento para a forma do cuidado em saúde mental. Foi possível comprovar que, de fato, as áreas ocupacionais de autocuidado, produtivas e de lazer dos usuários dos CAPS II ainda são pouco estimuladas por familiares e profissionais dos próprios serviços, necessitando, assim, de uma transformação e um novo olhar para o cuidado em saúde mental. De modo geral, os usuários experienciam o sofrimento psíquico em idade produtiva, apresentando dificuldades para se relacionar com outras pessoas e dar sequência em seus estudos. Têm dificuldades para se manter em empregos formais e, em sua maioria, necessitam do auxílio de familiares para a realização de diferentes atividades cotidianas, fator esse que implica o empoderamento de sua autonomia. Ainda há uma urgente necessidade de ampliação de espaços territoriais para que esses usuários possam ser reinseridos no contexto social. A interface entre o conhecimento científico e empírico permitiu uma aproximação com os usuários e seus familiares, a partir de seus discursos, reforçando ser esse um campo fértil para reflexões das práticas em saúde mental, por meio das relações humanas. No entanto, esta pesquisa oferece contribuições e informações úteis para a (re)organização de ações e políticas de saúde mental e até mesmo políticas públicas, pois a forma como as pessoas compreendem a vida cotidiana dos usuários em sofrimento psíquico propicia a identificação de elementos que podem orientar a busca de intervenções e ações no cuidado em saúde mental, contribuindo, assim, para a consolidação da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Terapia Ocupacional. Atividades Cotidianas. Reabilitação. Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

CIRINEU, C. T. **Everyday life of people in psychological distress of Psychosocial Care Centers II**: perceptions of users and their families. 2016. 220p. Thesis (Ph.D.) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The study aimed to investigate the daily lives of people in psychological distress CAPS II from the standpoint of occupational areas of self-care, productivity and leisure. This study was composed of samples of forty participants: twenty members and a relative of each user of mental health services, called Psychosocial Care Centers Type II Department/Health Regional Directorate of Piracicaba (DRS-X). Thus, it appears as a descriptive, exploratory, qualitative-quantitative nature of the predominantly qualitative approach. As theoretical foundation of support for the development of research, was used as a basis the framework of Psychosocial Rehabilitation and the philosophical framework of the Theory of Daily Life of Agnes Heller. From this perspective, they emerged three themes relating to occupational areas of self-care, productivity and leisure, which were analyzed using the Collective Subject Discourse (CSD), which is an approach proposed by Lefèvre and Lefèvre, in order to assist in the analysis of semi-structured interviews the data. It was, from DSCs, which requires the urgent need for a restructuring of CAPS II and a new direction for the shape of mental health care. It was possible to prove that, in fact, occupational areas of self-care, productive and recreational users of CAPS II are still not encouraged by family and work of the service, requiring thus a transformation and a new look for care in mental health. In general, users experience psychological distress in productive age, presenting difficulties to relate to others and to follow up on their studies. They have difficulties to keep in formal jobs and, in most cases, require the assistance of family members to perform different daily activities, this factor which involves the empowerment of autonomy. There is still an urgent need for expansion of territorial spaces so that these users can be reintegrated in the social context. The interface between the scientific and empirical knowledge allowed close to the users and their families, from their discourse, reinforcing that this is a fertile ground for reflections of mental health practices through human relations. However, this research offers contributions and useful information for the new organization of actions and mental health policies and even public policy because the way people understand the daily life of psychological distress in users provides the identification elements can guide the search for interventions and actions in mental health care, thus contributing to the consolidation of the psychiatric reform.

Keywords: Mental Health. Occupational Therapy. Activities of Daily Living. Rehabilitation. Psychosocial Care Centers.

RESUMEN

CIRENEU, C. T. **Vida cotidiana de las personas en la angustia psicológica de los Centros de Atención Psicosocial II**: la percepción de los usuarios y sus familias. 2016. 220p. Tesis (Doctorado) – Ribeirão Preto Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto de 2016.

El estudio tuvo como objetivo investigar la vida diaria de la gente en la angustia psicológica CAPS II desde el punto de vista de las áreas ocupacionales de autocuidado, productividad y ocio. Este estudio se compone de muestras de cuarenta participantes: veinte miembros y un familiar de cada usuario de los servicios de salud mental, llamado Departamento Psicosocial Centros de Cuidado de tipo II/Dirección Regional de Salud de Piracicaba (DRS-X). Por lo tanto, aparece como un carácter descriptivo, exploratorio, cualitativo-cuantitativo del enfoque predominantemente cualitativo. Como fundamento teórico de apoyo para el desarrollo de la investigación, se utilizó como base el marco de la rehabilitación psicosocial y el marco filosófico de la Teoría de la Vida Diaria de Agnes Heller. Desde esta perspectiva, surgieron tres temas relacionados con las áreas ocupacionales de autocuidado, la productividad y el ocio, los cuales fueron analizados utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo (CDS), que es un enfoque propuesto por Lefèvre y Lefèvre, con el fin de ayudar en el análisis de entrevistas semiestructuradas los datos. Era, de DSC, que requiere la urgente necesidad de una reestructuración de CAPS II y una nueva dirección para la forma de atención de salud mental. Fue posible demostrar que, de hecho, las áreas ocupacionales de autocuidado, los usuarios productivos y recreativos de la CAPS II todavía no están animados por la familia y el trabajo del servicio, por lo que requiere una transformación y una nueva imagen para el cuidado de salud mental. En general, los usuarios experimentan trastornos psicológicos en la edad productiva, presentando dificultades para relacionarse con los demás y hacer un seguimiento de sus estudios. Tienen dificultades para mantener puestos de trabajo formales y, en la mayoría de los casos, requerir la asistencia de miembros de la familia para llevar a cabo diferentes actividades diarias, este factor el que la potenciación de la autonomía. Todavía hay una necesidad urgente de ampliación de los espacios territoriales, de modo que estos usuarios puedan reintegrarse en el contexto social. La interfaz entre el conocimiento científico y empírico permitió que cerca de los usuarios y sus familias, de su discurso, reforzando que este es un terreno fértil para las reflexiones de las prácticas de salud mental a través de las relaciones humanas. Sin embargo, esta investigación ofrece contribuciones e información útil para la (re)organización de acciones y políticas de salud mental y de la política pública, incluso debido a la forma en que la gente a entender la vida cotidiana de los trastornos psicológicos en los usuarios proporciona los elementos de identificación que puede guiar la búsqueda de intervenciones y acciones en el cuidado de la salud mental, contribuyendo así a la consolidación de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Salud Mental. Terapia Ocupacional. Actividades de la Vida Diaria. Rehabilitación. Centros de Atención Psicosocial.

RIASSUNTO

CIRINEU, C. T. **Vita quotidiana delle persone in sofferenza psichica dei Centri di Cura di Attenzione Psicosociale II**: le percezioni degli utenti e delle loro famiglie. 2016. 220p. Tesi (Dottorato) – Scuola di Infermeria di Ribeirão Preto College, Università di San Paolo, 2016.

Lo studio ha avuto come scopo l'analisi della vita quotidiana delle persone in sofferenza psichicadei CAPS II dal punto di vista delle aree occupazionali di auto-cura, di produttività e di tempo libero. Questo studio è sato composto da un campione di quaranta partecipanti: venti utenti e una persona della famiglia di ciascuno degli utenti dei servizi di salute mentale, chiamati Centri di Assistenza Psicosociale del Topo II del Reparto/Direzione Regionale di Salute di Piracicaba (DRS-X). In questo modo, questa ricerca appare come una ricerca descrittiva, esplorativa, di natura quali-quantitativa, con predominanza del metodo qualitativo.Come fondamento teorico di sostegno per lo sviluppo della ricerca, è stato utilizzato come base il quadro di riferenza della Riabilitazione Psicosociale e il fondamento teorico filosofico della Teoria della Vita Quotidiana di Agnes Heller. Da questo punto di vista, sono emersi tre temi relativi alle aree occupazionali dell'auto-cura, produttività e tempo libero, che sono stati analizzati utilizzando il Discorsodel Soggetto Collettivo (DSC), che è un approccio proposto da Lefèvre e Lefèvre, alla fine di assistere l'analisi delle interviste semi-strutturate dei dati. Si è verificato, dai DSCs, che è richiesta, con certa urgenza, una ristrutturazione dei CAPS II e una nuova direzione per la forma di cura in salute mentale. È stato possibile dimostrare che, di fatto, le aree occupazionali di auto-cura, di produttività e di tempo libero degli utenti dei CAPS II sono ancora poco incoraggiatie dallepersone della famiglia e dai professionisti dei propri servizi, richiedendo, quindi, una trasformazione e un nuovo sguardo alla cura in salute mentale. In generale, gli utenti provanouna sofferenza psichica in età produttiva, presentando difficoltà di relazionarsi con gli altri e di continuare i loro studi. Gli utenti hanno pure difficoltà di rimanere nei posti di lavoro formali e, nella maggior parte dei casi, richiedono l'assistenza delle persone della famiglia per svolgere le diverse attività quotidiane, portanto alla mancanza di autonomia. C'è ancora un urgente bisogno di espansione di spazi territoriali, in modo che questi utenti possono essere reinseriti nel contesto sociale. L'interfaccia tra la conoscenza scientifica ed empirica ha permesso l'avvicinamento agli utenti e alle loro famiglie, attraverso i loro discorsi, rafforzando che questo è un terreno fertile per le riflessioni di pratiche di salute mentale attraverso le relazioni umane. Tuttavia, questa ricerca offre contributi e informazioni utili per la (ri)organizzazione di azioni e politiche di salute mentale e anche di politiche pubbliche, perché il modo in cui le persone capiscono la vita quotidiana degli utenti in sofferenzapsichica fornisce l'identificazione degli elementi che possono guidare la ricerca di interventi e azioni nella cura in salute mentale, contribuendo così al consolidamento della riforma psichiatrica.

Parole chiave: Salute Mentale. Terapia Occupazionale. Attività Quotidiane. Riabilitazione. Centri di Assistenza Psicosociale.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema elaborado por Agnes Heller para demonstrar a síntese da teoria da cotidianidade..... 55

Figura 2 – Mapa da DRS-X com a discriminação dos respectivos municípios da pesquisa..... 61

Figura 3 – Diagrama elaborado pelo pesquisador para demonstrar a forma de organização dos dados do estudo..... 77

Figura 4 – Mapa da Itália com destaque para a região da Úmbria..... 83

Figura 5 – Mapa da região da Úmbria, na Itália, com destaque para as províncias de Perúgia e Terni..... 84

Figura 6 – Mapa dos distritos sanitários da Azienda − USL Umbria 1..... 86

Figura 7 – Mapa com os 38 municípios da ASL1 – Umbria..... 87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Municípios da DRS-X que possuem CAPS II de acordo com o Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde..... 59

Tabela 2 Idade, sexo, estado civil e escolaridade dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014..... 105

Tabela 3 Ocupação, fonte de renda, constituição familiar e tipo de moradia dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014..... 107

Tabela 4 Internações psiquiátricas e frequência nos CAPS dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014..... 109

Tabela 5 Questões sobre diagnóstico, comorbidades e serviços de atenção à saúde respondidas pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014..... 110

Tabela 6 Idade, sexo, estado civil, escolaridade e grau de parentesco dos familiares dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014..... 112

Tabela 7 Ocupação, fonte de renda, constituição familiar e tipo de moradia dos familiares dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n=20) – 2014..... 114

Tabela 8 Questões sobre diagnóstico, frequência no CAPS, comorbidades e serviços de atenção à saúde respondidas pelos familiares dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014..... 116

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AC	Ancoragem
AD	Álcool e outras Drogas
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ALICC	Associação Limeirense Contra o Câncer
AME	Ambulatório de Especialidades
AOTA	American Occupational Therapy Association
APVD	Atividade Pessoal da Vida Diária
ASL	Azienda Sanitaria Locale
AREP	Ambulatório de Reabilitação Psicossocial
AAS	Azienda per l'Assistenza Sanitaria
AVDs	Atividades de Vida Diária
CAD	Centro de Atenção Diurno
CAPES	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial do Tipo I
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial do Tipo II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial do Tipo III
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSad III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do tipo III
CASM	Centro de Atenção à Saúde da Mulher
CIM	Centro di Igiene Mentale

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COT	Central de Ortopedia e Traumatologia
CPAN	Coordenadoria em Programas de Alimentação e Nutrição
CsF	Ciência sem Fronteiras
CSFs	Centros da Saúde da Família
CSM	Centro di Salute Mentale
CTR	Centro di Trattamento Residenziale
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DML	Depósito de Material de Limpeza
DRS-X	Departamento/Direção Regional de Saúde de Piracicaba
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSM	Dipartamento di Salute Mentale
ECH	Expressão-Chave
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPR	Equipe Profissional de Referência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GLP	Abrigo/espaço destinado ao abrigo de botijão de gás
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HD	Hospital Dia
HSTRP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RP	Reabilitação Psicossocial
RS	Representação Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAR	Servizio di Abitazione e Residenze
SEMS	Secretaria Municipal de Saúde
SENDS	Setores de Educação, Cultura, Serviços de Desenvolvimento Social
SITSS	Serviço Integrado de Transportes da Secretaria da Saúde
SP	São Paulo
SPDC	Servizio di Diagnosi e Cura
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDHA	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TO	Terapia Ocupacional

TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USL	Unità Sanitaria Locale
USP	Universidade de São Paulo
VISA	Vigilância Sanitária
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13
1.1. Atenção Psicossocial: modo de atenção substitutivo ao modelo biomédico na saúde mental 14
1.2. A essência do cuidar no cenário da saúde mental: ênfase à Terapia Ocupacional 22
1.3. A interface entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o cuidado em saúde mental no território 29
1.4. Delineamento do estudo 34
2. OBJETIVOS 38
2.1. Geral 39
2.2. Específicos 39
3. PERCURSO METODOLÓGICO 40
3.1. Fundamentação teórica 41
3.1.1. A Reabilitação Psicossocial 41
3.1.2. A teoria sobre o cotidiano: Ágnes Heller 49
3.2. Participantes do estudo 56
3.2.1. Critérios de inclusão 57
3.3. Locais do estudo 58
3.3.1. Caracterização dos locais do estudo 59
3.4. Procedimentos éticos 73
3.5. Procedimentos para a coleta de dados 73
3.6. Organização dos dados empíricos 75
3.7. Procedimentos para a análise dos dados 77
3.8. Estágio de doutorado no exterior 81
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 102
4.1. Desdobramentos dos dados sociodemográficos: mapeando o perfil dos usuários e familiares 103
4.1.1. Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários 104
4.1.2. Caracterização e dados sociodemográficos dos familiares 111
4.2. Construção dos Discursos do Sujeito Coletivo: sentidos e significados da vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II a partir da perspectiva dos usuários e familiares 117
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 164
REFERÊNCIAS[1] 172
APÊNDICES 207
ANEXOS 218

APRESENTAÇÃO

“Os problemas da loucura giram ao redor da materialidade da alma”
(Michel Foucault)

Em minha trajetória cotidiana, sempre me voltei à sensibilidade da escuta e busca pela compreensão das dificuldades e problemáticas que ocorriam comigo e com as pessoas a minha volta, perpassando pelo contexto de minha dinâmica familiar, base para minha formação pessoal na constituição de caráter e valores, até o contexto mais amplo, estendendo-se ao âmbito social. É a partir dessa perspectiva sensível e de escuta que evidencio a minha escolha profissional pelo curso de Terapia Ocupacional (TO).

Desde o início da graduação, realizada no Centro Universitário Claretiano de Batatais, São Paulo (SP), sempre me envolvi na participação de eventos, congressos, apresentação de trabalhos, entre outras atividades acadêmicas, as quais me proporcionaram um olhar atento, repleto de sensibilidade sobre o sentido (significado) de ser Terapeuta Ocupacional.

Sendo assim, as atividades, entendidas na TO como mediadora do processo terapêutico ocupacional, passaram a fazer parte do meu cotidiano profissional, direcionando-me ao campo da Saúde Mental.

Foi nesse sentido, já durante o curso de graduação em TO, que pude vivenciar várias áreas de estágio, dentre elas o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto – HSTRP, SP, cenário em que passei a me interessar cada vez mais pela saúde mental, sendo essa, posteriormente, meu campo de atuação e realização profissional.

Após o término da graduação, a busca pelo aperfeiçoamento das práticas e saberes na área da saúde mental culminou com a aprovação no Aprimoramento de TO em Psiquiatria e Interconsulta Psiquiátrica, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) – da Universidade de São Paulo (USP). Durante o aprimoramento, que data de fevereiro de 2006 a janeiro de 2007, pude clinicar e aprofundar meus conhecimentos teóricos com equipes multiprofissionais, referências na área.

Após esse período, de outubro de 2007 a junho de 2008, tive a oportunidade de atuar como supervisor de estágio do curso de TO do Centro Universitário Claretiano de Batatais, SP, no Setor de Agudos Masculinos e Dependentes Químicos do HSTRP e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Batatais, SP. Tais experiências me conduziram à reflexão e questionamento referentes à qualidade de vida de pessoas

que passam por internações psiquiátricas e/ou se encontram em acompanhamento ambulatorial/assistencial.

As observações empíricas e informais realizadas durante todo esse percurso, principalmente no Ambulatório de Reabilitação Psicossocial (AREP) do HCFMRP-USP, com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária, evidenciaram que a realidade destas é permeada por limitações nas diferentes esferas do seu cotidiano, sendo: dificuldades em relação à própria alimentação, cuidados pessoais, realização das atividades domésticas, administração do dinheiro, transporte de via pública, dificuldades para organizar atividades de lazer e laborais, bem como estabelecer relações e vínculos afetivos com familiares e outras pessoas de seu meio social, falta de iniciativa/motivação e dificuldades para se organizar no tempo e espaço, apresentando repertório empobrecido de atividades cotidianas ocupacionais.

Diante do contexto descrito, justificou-se o desenvolvimento do projeto de pesquisa para a obtenção do título de Mestre, realizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto–USP e que propôs implementar e avaliar o impacto de um grupo de atividades de TO na qualidade de vida e ajustamento social de pessoas com esquizofrenia refratária.

Durante a construção da dissertação de Mestrado e diante da análise dos dados obtidos, foi possível verificar que o grupo de atividades revelou ser uma estratégia apropriada para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária, ao favorecer a ampliação de suas relações humanas, a reestruturação de autonomia em algumas de suas funções na comunidade, bem como pela significativa possibilidade que tal estratégia pôde oferecer a essas pessoas na busca de um sentido para a vida (CIRINEU, 2011).

Em seguida, no período de abril de 2010 a abril de 2013, pude vivenciar a prática clínica no serviço público do município de Santa Gertrudes, interior do estado de São Paulo, onde atuei como terapeuta ocupacional em um Centro de Atenção Psicossocial do tipo I (CAPS I). Paralelamente, no período de setembro de 2011 a junho de 2013, em outro serviço público do município de Cordeirópolis, interior do estado de São Paulo, atuei também como terapeuta ocupacional em outro Centro de Atenção Psicossocial do tipo I (CAPS I).

Vale ressaltar que os municípios de Santa Gertrudes (SP) e Cordeirópolis (SP) apresentam questões relevantes para a saúde mental, como: dificuldades para articulação em rede dos serviços de saúde, recebimentos de encaminhamentos desenfreados e mal sinalizados para os serviços de saúde mental (de crianças, adolescentes e pessoas em uso de substâncias psicoativas), que implicam em dificuldades de um tratamento efetivo e eficaz por falta de profissionais especializados e/ou espaços adequados; uso excessivo de benzodiazepínicos; encaminhamentos recebidos acerca de problemas sociais e conflitos conjugais/familiares; dificuldades de profissionais dos serviços de saúde do município para realizar as visitas domiciliares aos usuários de saúde mental; dificuldades de adesão e participação da família no tratamento do usuário e, principalmente, falta de espaços de (re)inserção social na comunidade, para que usuários dos serviços de saúde mental possam ser protagonistas de sua própria autonomia e desempenhar suas atividades, principalmente nas áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e de lazer, com maior apropriação e empoderamento.

Foi a partir dessas questões que surgiu o meu interesse em desenvolver o projeto de pesquisa de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto – USP. Assim, minhas observações e intervenções específicas durante as práticas clínicas em TO suscitaram as seguintes inquietações: como é organizada a vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde mental? Qual a percepção de usuários e seus familiares dos serviços de saúde mental sobre a área ocupacional referente ao autocuidado (cuidados pessoais, por exemplo: vestuário, banho, alimentação, higiene) desses usuários? Qual a percepção deles e de seus familiares sobre a área ocupacional referente a sua produtividade (por exemplo: trabalho remunerado/não remunerado, tarefas domésticas, limpezas, preparo de refeições)? Qual a sua percepção e de seus familiares sobre a área ocupacional referente ao lazer (esportes, passeios, viagens; socialização, visitas, telefonemas, festas)? E qual a percepção desses usuários e seus familiares dos serviços de saúde mental sobre a independência e autonomia do usuário nas atividades cotidianas após iniciado o atendimento em serviços especializados de saúde mental?

A partir dessas inquietações, este estudo foi dividido em capítulos para reflexão e melhor compreensão sobre as questões relacionadas à vida cotidiana dos usuários

dos centros de atenção psicossocial, a partir das áreas ocupacionais de autocuidado, produtivas e de lazer, diante de suas percepções e de seus familiares.

Inicialmente são compiladas algumas informações no formato de *apresentação*, a qual aponta o percurso de formação profissional do pesquisador. Em seguida, há uma *introdução,* que é dividida em quatro partes, fazendo um panorama de referenciais importantes que serão desenvolvidos na pesquisa. Vale ressaltar que a introdução terá em seu interior os seguintes temas norteadores: *atenção psicossocial: modo de atenção substitutivo ao modelo biomédico da na saúde mental*; *a essência do cuidar no cenário da saúde mental: ênfase à Terapia Ocupacional*; *a interface entre os centros de atenção psicossocial e o cuidado em saúde mental no território* e, por fim, o *delineamento do estudo*, justificando a importância e interesse no respectivo estudo a partir de alguns pressupostos. Após a introdução serão apresentados os *objetivos* deste estudo, subdividos em *gerais* e *específicos*. Em seguida, enfatiza-se o *percurso metodológico*, exemplificando a *fundamentação teórica*, que também será dividida didaticamente em duas partes: *a reabilitação psicossocial* e *a teoria sobre o cotidiano: Agnes Heller*. Logo, no decorrer do texto, a fundamentação teórica encontra-se descrita de forma detalhada, informando quais são os *participantes do estudo*; os *critérios de inclusão* destes participantes; os *locais do estudo*, discriminando quais foram os espaços onde se desenvolveu a pesquisa; a *caracterização dos locais do estudo*, dando visão ao leitor sobre o campo estudado, de como está estruturado cada serviço e sua respectiva dinâmica de funcionamento; os *procedimentos éticos* para que fosse possível a realização deste trabalho; os *procedimentos para a coleta de dados,* ressaltando a utilização de um questionário sobre os dados sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas e observação participante com anotações em diário de campo aplicado a usuários e seus familiares; a *organização dos dados empíricos*, explicitando a forma com que os dados foram organizados para posterior análise e discussão; os *procedimentos para análise dos dados*, dando destaque ao uso de uma abordagem qualiquantitativa, com predominância qualitativa, utilizando-se do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma abordagem proposta por Lefèvre e Lefèvre (2012), a fim de auxiliar na análise das entrevistas semiestruturadas dos dados referentes à percepção dos usuários e seus familiares sobre a vida cotidiana dos usuários; o *estágio no exterior*, enfatizando as experiências e atividades que foram desenvolvidas pelo pesquisador na Itália, a

partir da participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), assim como suas contribuições para esta pesquisa a partir de sua inserção na rede de saúde mental na região da Úmbria, mais especificamente na cidade de Perúgia, na Itália. Na sequência, encontram-se os *resultados e discussão*, que discorrem sobre os *desdobramentos dos dados sociodemográficos: mapeando o perfil dos usuários e familiares,* com a *caracterização e dados sociodemográficos dos usuários* e a *caracterização e os dados sociodemográficos dos familiares,* em forma de tabelas, ressaltando o perfil dos participantes envolvidos nesta pesquisa, articulando-os com os fragmentos narrativos a partir da *construção dos discursos do sujeito coletivo*, todos atualizados com o estado da arte e revisitação de algumas leituras nacionais e internacionais. Por fim, há as *considerações finais*, seguidas das *referências*, *apêndices* e *anexos*.

1. INTRODUÇÃO

“As pessoas têm medo de mudanças. Eu tenho medo que as coisas nunca mudem”
(Chico Buarque)

1.1. Atenção Psicossocial: modo de atenção substitutivo ao modelo biomédico na saúde mental

O mundo contemporâneo está cada vez mais competitivo, fazendo com que as pessoas apresentem fragilidades nas suas próprias relações interpessoais, sendo desvalorizadas cotidianamente. Pode-se destacar que existem dificuldades de suporte social com restrições nas interações e desenvolvimento de vínculos, o que leva a uma configuração de vida isolada e solitária. Assim, no contexto da saúde mental, são enfrentados inúmeros desafios para que seja modificada a representação social sobre o conceito de doença mental com vistas a uma revisão de modelos tradicionais de assistência e intervenções e programas que possibilitem novas formas de cuidado no território comunitário (ISHARA; CARDOSO, 2013).

Para entender melhor esse cenário de mudanças, é importante destacar que, desde os primórdios da história da humanidade, as ações e práticas de cuidados em saúde mental são pautadas no processo histórico de cada sociedade, devendo-se considerar seu contexto cultural, político e social. (FOUCAULT, 2003; MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; PESSOTI, 1994; BIRMAN, 1978).

Sendo assim, é importante ressaltar que, num dado momento, a assistência prestada às pessoas com alguma doença mental era de caráter de exclusão, com o estabelecimento dos critérios da razão e desrazão, sendo mesurada por meio de conceitos nosográficos e/ou psicopatológicos. Somente mais tarde é que as pessoas com doença mental vieram a ser colocadas em hospícios, a partir do surgimento da psiquiatria, sendo consideradas, assim, como doentes mentais (RESENDE, 1987).

Amarante (2001) refere que esse período em que a compreensão do louco era de uma pessoa que representava riscos à sociedade possibilitou à medicina a institucionalização da loucura com o ordenamento do espaço asilar.

Foi no final do século XVIII e início do século XIX que houve o surgimento do hospital como modalidade de intervenção terapêutica com Pinel (França) e Tuke (Inglaterra), a partir da transformação do espaço de exclusão em um espaço de tratamento. Assim, estabelece-se o tratamento moral proposto por Pinel (França) como primeira tentativa de se utilizar a ocupação como estratégia terapêutica, sendo

esse modelo, posteriormente, aplicado por Meyer (Estados Unidos) e Simon (Alemanha) (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

No Brasil, a psiquiatria ganha destaque com a chegada da Família Real, tendo como objetivo ordenar o contexto urbano e disciplinar a sociedade, para que fossem condizentes ao desenvolvimento mercantil e às políticas advindas do século XIX. Logo, no ano de 1852, foi inaugurado o Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, o qual era o único dispositivo de tratamento para a população tida como doente mental. Mais tarde, a psiquiatria ganha poder científico e é reconhecida como especialidade médica, por meio de estudos anatomoclínicos com o entendimento da doença mental inserida em uma abordagem biológica, sem levar em consideração os aspectos externos ao indivíduo. Nesse sentido, a internação psiquiátrica é a estratégia predominante da época, com o destaque aos psicofármacos e à contenção dos sintomas (LUSSI, 2003).

Em seguida, entre os anos de 1964 e 1985, período da ditadura militar, transformações sociais, políticas e econômicas no Brasil incidiram em uma política de privatização da assistência, com graves problemas econômicos de investimento do governo para a saúde pública. No campo da psiquiatria, os leitos em hospitais psiquiátricos privados foram os protagonistas da vez, visando ao lucro de seus donos (RESENDE, 1987).

Paralelos a esse período, a Europa e Estados Unidos caminhavam rumo a um processo de desospitalização, com importantes transformações na assistência psiquiátrica (CEZARINO, 1989).

Segundo Amarante (2000), na década de 1950, os Estados Unidos iniciaram um movimento denominado de Psiquiatria Preventiva, priorizando a saúde mental e não a doença como objeto da psiquiatria, fato esse que possibilitou, também, visão e espaço a outras áreas de conhecimento para a compreensão da doença mental.

No ano de 1960, a Europa, influenciada por movimentos da França, Inglaterra e da psiquiatria democrática da Itália, instaura o rompimento da lógica reducionista e violenta da psiquiatria com a valorização das relações entre todos os envolvidos no tratamento e a sociedade. Por fim, no ano de 1971, na cidade de Triste (Itália) ocorre o fechamento dos manicômios, possibilitando a transformação das práticas terapêuticas pautadas na construção de novas formas de atenção aos cuidados em saúde mental. Desse modo, no dia 13 de maio de 1978 é sancionada a Lei 180 de

Franco Basaglia, incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, a qual proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de atenção e cuidado às pessoas com transtorno mental, prevê a cidadania e os direitos sociais aos doentes e oportuniza o direito ao tratamento de qualidade.

Vale ressaltar que neste estudo não utilizaremos como sinônimos de transtorno mental os demais tipos de sofrimentos psíquicos, pois, sendo esses últimos de ordem psíquica, emocional ou mental, que são pertinentes nesta pesquisa, serão considerados e compreendidos a partir de experiências advindas de quaisquer sofrimentos decorrentes de mudanças e/ou transformações no repertório cotidiano dos indivíduos que possam fragilizá-los diante de seus próprios limites e incapacidades (CAVALCANTE; SILVA, 2011).

De acordo com Ishara e Cardoso (2013), nos anos 1970 as mudanças na área da saúde foram discutidas em diferentes contextos, sendo que no cenário internacional alguns eventos que deram origem ao documento da Declaração de Alma Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 1978) e à Carta de Otawa (WHO, 1986) propunham algumas considerações acerca desse conceito de saúde *versus* doença valorizando aspectos psicossociais, por meio de uma rede de atenção primária, com prevenção da doença e promoção da saúde.

Enquanto isso, no cenário brasileiro, também no mesmo período que data entre 1970 e 1980, Camargo-Borges e Cardoso (2005) referem que o Brasil apresentou transformações importantes que refletiram nos campos social, econômico e político a partir de um regime político autoritário que desencadeou, por um lado, o enfraquecimento do governo com o crescente endividamento externo e, por outro lado, o incentivo de movimentos sociais que almejavam uma melhora na qualidade de vida das pessoas. Ressalta-se, então, que o Movimento Sanitário foi o marco das mobilizações e movimentos sociais em meio às crises políticas e econômicas do país.

No ano de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve participação da sociedade civil organizada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Nessa conferência, o conceito de saúde é redefinido, deixando de ser considerado como advindo de algo meramente biológico e ganhando uma conceituação dinâmica, ampliada e positiva, sendo produto do meio social, dependente de determinantes da sociedade como o lazer, educação, saneamento

básico, moradia, trabalho, entre outros fatores (MENDES, 1996; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Nesse ínterim, surgem discussões que geram a Reforma Sanitária como ordenamento do sistema nacional de saúde no ano de 1987. A Reforma foi promulgada pelo Decreto nº94.657, originando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em seguida, no ano de 1990, por meio das Leis Orgânicas nº8.080 e nº8.142, a Reforma Sanitária ganha sustentação com o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é mantido até os dias de hoje (CORDEIRO, 1991).

Diante dessas conquistas do SUS, a produção de cuidado à saúde vem ganhando destaque no que diz respeito a necessidades de saúde locais, subjetivas e relacionais, incluindo todos nesse processo de cuidado, dentre eles os profissionais, usuários, organizadores e prestadores de serviços (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; MERHY, 2002; MERHY, 1997).

Conforme Amarante (2000) e Pitta (1984), em meio ao Movimento de Reforma Sanitária no final da década de 1970, a lei italiana influenciou o Brasil no processo de transformação do cuidado e da assistência psiquiátrica.

É nesse contexto de transformações e mudança de paradigma que Amarante (2001) ressalta a diversidade de movimentos que acontecem de modo paralelo no cenário mundial, sendo eles: da comunidade terapêutica (Inglaterra), da psicoterapia institucional (França), da psiquiatria comunitária ou preventiva (Estados Unidos) e da psiquiatria democrática (Itália) (AMARANTE, 2001).

Dessa forma, o processo político que se desenvolveu e segue em curso na Itália tem forte influência na essência do cuidado e no processo de reforma psiquiátrica brasileira, com experiências de transformação do modelo assistencial em saúde mental iniciadas pelo movimento da Psiquiatria Democrática italiana, que surgiram na década de 1960, por iniciativa do médico Franco Basaglia com a proposta de desmonte do hospital psiquiátrico, tendo como contrapartida a construção de novos espaços e modos de lidar com a loucura (AMARANTE, 2007).

A Lei de Reforma Psiquiátrica 180, de 1978, resultado das lutas antimanicomiais italianas, trouxe a possibilidade de colocar a pessoa com transtorno mental no centro das ações de saúde mental, respeitando sua dignidade e seus direitos civis e políticos. Nesse panorama, a saúde mental comunitária na região da Úmbria e a sua específica história de desinstitucionalização parecem constituir um

terreno fértil para uma reflexão acerca de práticas na comunidade e relações de poder entre usuários e trabalhadores de saúde mental (MINELLI, 2013).

A partir desse prisma, ao longo do século XX, o poder de cuidado na saúde mental, que era instituído de forma monopolizante (centrado no médico), passou a ser democratizado, ampliando a responsabilização do cuidado em saúde para o próprio usuário e seu familiar, de forma que se apropriassem desse cuidado e os usuários pudessem viver suas vidas. Assim, no cenário brasileiro, data de 1987, durante o II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, a consolidação sobre a participação de usuários e familiares de serviços de saúde mental em prol do movimento que hoje é conhecido como Luta Antimanicomial (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Foi, então, a partir das conferências de saúde mental, que teve origem o Movimento Antimanicomial. AI Conferência foi realizada no ano de 1987, a II Conferência foi realizada no ano de 1992 e a III, no ano de 2001, todas possibilitando a participação expressiva de usuários e familiares (BRASIL, 2002a).

Para Silva (2011), a Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como a Reforma Sanitária, teve seus destaques no âmbito conceitual, social, jurídico e institucional, pois, com iniciativas de Franco Basaglia, o mentor da Reforma Psiquiátrica italiana (1924-1980), que esteve no Brasil nos anos 1978 e 1979, abordou questões sobre a situação que a saúde mental vinha enfrentando e suas possíveis transformações.

Basaglia (1984) propõe humanizar as instituições por meio dos cuidados assistidos no âmbito comunitário, pois, como complementa Amarante (1997), a reforma italiana teve que reinventar as práticas e redirecionar suas ações para o território, possibilitando o resgate da liberdade e das relações interpessoais.

No Brasil, desde 1989, um ano após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tramitava no Congresso Nacional um projeto de lei de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que foi aprovado somente no ano de 2001. Esse projeto fazia alterações significativas no texto normativo sob a Lei Federal 10.216/2001, conquistada com as mobilizações dos trabalhadores da área, dos usuários, dos familiares e da mídia. Ela regulamenta que os doentes mentais tenham direitos e acesso aos tratamentos, propõe a extinção progressiva dos manicômios, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (AMARANTE, 2001).

Ishara e Cardoso (2013) apontam que a lei de Paulo Delgado propõe mudanças importantes na área da saúde mental, com a construção de uma rede de atenção de serviços de bases territoriais. Como indica Robaina (2010), esse novo modo de cuidar da saúde a partir do paradigma do modelo de atenção psicossocial possibilita uma compreensão para lidar com a loucura de uma forma inédita, superando as premissas científicas, culturais e políticas que sustentavam o paradigma biomédico.

Vieira-Filho e Nóbrega (2004) ressaltam que somente a mudança de estruturas de atendimento não garante a efetivação das práticas que norteiam o paradigma de atenção psicossocial, pois os serviços de saúde mental devem se articular com outros serviços de saúde, além de outras instituições.

De acordo com Yasui (2010) e Amarante (2003), a reforma psiquiátrica deve ser compreendida sob o prisma de quatro dimensões, sendo elas: teórico-conceitual; técnico-assistencial; sociocultural; e jurídico-política.

Para a dimensão teórico-conceitual, Costa-Rosa (2000) refere uma transformação do modelo asilar manicomial para o modelo de atenção psicossocial com a implementação de políticas públicas e mudanças nas dimensões técnico-assistencial, sociocultural e jurídico-política.

Dessa forma, a premissa da reforma psiquiátrica provê como eixo primordial o reconhecimento dos direitos e cidadania da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Diante das questões políticas, no ano de 2011, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), propondo um cuidado em rede de modo intersetorial, com o reconhecimento de outros dispositivos existentes no território (BRASIL, 2013), fortalecendo os processos de desinstitucionalização e inserção social de seus usuários (AZEVEDO et al., 2014).

A partir desse prisma, o modelo biomédico apoiado no hospital como eixo central sofreu algumas transformações e modificações, permitindo abertura e dando espaço à saúde mental no contexto da Saúde Coletiva, com o entendimento de que os processos saúde-doença são abarcados por variáveis biopsicossociais, as quais necessitam de uma atenção interdisciplinar imersa em diversos dispositivos de atenção à saúde existentes no território, com a valorização da produção de saúde e de subjetividade, enfatizando uma transformação do contexto e do imaginário social (YASUI, 2010; YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Segundo Mezzina (2005), as ações de cuidado desse novo paradigma devem estar atentas aos riscos que possam vir a (re)produzir práticas voltadas ao controle de sintomas, na dicotomia do sujeito e no distanciamento entre profissionais e usuários dos serviços de saúde mental.

Para tanto, com base no autor supracitado, vale ressaltar que, no contexto brasileiro, precisa-se estar atento e denunciar qualquer movimento silencioso de uma possível nova versão “cientificizada” do modelo biomédico. Sabe-se que, no contexto brasileiro, existe um desejo de superar o modelo biomédico, porém, este não está efetivamente concretizado nas práticas de saúde e saúde mental.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar, também, que houve uma redução no número de leitos psiquiátricos hospitalares e um aumento de investimentos para os cuidados em serviços extra-hospitalares no campo da saúde mental (KANTORSKI, 2012). Ainda assim, é insuficiente o número de serviços extra-hospitalares no contexto dos municípios brasileiros, pois estes não estão preparados e adequados para atender a clientela que necessita do cuidado em saúde mental (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; KANTORSKI et al., 2009).

Assim, fica evidente que o modelo biomédico, apoiado no hospital como centro, sofreu algumas mudanças e transformações, no entanto, ainda existem hospitais psiquiátricos em localidades menos urbanizadas no território brasileiro, inclusive em cidades do interior do estado de São Paulo, a exemplo dos municípios de Sorocaba e Ribeirão Preto.

Cabe enfatizar que o modelo biomédico ainda passa por modificações, as quais relativizam sua atuação puramente centrada no hospital e de forma violenta, a exemplo das práticas dos eletrochoques, que deixaram marcas importantes em um passado recente, com vistas a uma atuação entendida como “cientificizada” sob o manto da prática baseada em evidência, cenário em que este novo modelo (re)conquista forças através de sua vertente farmacológica e neurocientífica contemporânea.

Imerso nesse contexto histórico de mudanças e transformações no campo da saúde mental, pode-se dizer que existe sim um desejo de superação para que se alcance o modelo de atenção psicossocial, porém, não se pode afirmar, de fato, que houve uma superação do modelo centrado em hospitais no cenário brasileiro, ou seja,

a atenção psicossocial não foi completamente instituída. Embora ainda exista um movimento de superação, este ainda não concluiu o seu percurso.

Dessa forma, com base no relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010), pontua-se que o processo de reforma psiquiátrica necessita aprimorar o acolhimento e vínculo a partir das relações entre profissionais, usuários e familiares, possibilitando um protagonismo social de todos os atores envolvidos.

Brusamarello et al. (2011) relatam que a mudança de um modelo biomédico para um modelo de atenção psicossocial necessita desenvolver formas de cuidado que priorizem a inclusão, a cidadania e o suporte social para as pessoas em sofrimento psíquico.

Para Merhy (1999), as pessoas com transtorno mental podem encontrar sentidos em suas vidas a partir da redução de tal sofrimento, da melhora da qualidade de vida e do desenvolvimento da autonomia.

É importante enfatizar que o sistema de saúde mental precisa ter como protagonista a própria pessoa em sofrimento psíquico, para que possa exercer sua autonomia na construção de uma vida fora dos manicômios, ou seja, na sociedade, construindo laços afetivos e (re)significando a conquista de sua própria autonomia.

Autonomia é entendida aqui como sendo a capacidade que a pessoa possui para gerar normas para a sua vida a partir da ampliação de suas relações sociais, para conseguir ter decisão sobre o que é bom e o que lhe proporciona bem-estar, de maneira que essa pessoa passa a se relacionar e interagir com a comunidade requerendo menos dispositivos assistenciais (do próprio serviço ou do meio social – familiares, vizinhos, amigos), em uma trama de relações sociais que lhe possibilitam viver em comunidade. A autonomia propicia à pessoa não se manter refém de determinações únicas, sendo capaz de estabelecer relações pessoais e sociais em diversos contextos, valorizando a sua singularidade, sua história de vida e o contexto em que está inserida (MOREIRA; ANDRADE, 2003).

Fortes e Zoboli (2004) definem que:

> Autonomia significa que é o indivíduo que deve escolher, de forma esclarecida e livre, entre as alternativas que lhe são apresentadas. É ele que decide o que é “bom” para si, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. A pessoa autônoma deve ter liberdade de manifestar sua vontade, isto é, deve estar livre de coações internas ou externas de monta que a impeçam de exercer suas escolhas. A pessoa ainda deve ter capacidade para decidir de forma racional, optando entre as alternativas que lhe são apresentadas e compreender as conseqüências de suas escolhas (FORTES; ZOBOLI, 2004, p.152).

Logo, para Fortes e Zoboli (2004), o cuidado em saúde está atrelado ao respeito pela autonomia da pessoa, reconhecendo que esta, o grupo ou o coletivo é quem deve tomar as próprias decisões, considerando os direitos de cidadão, os motivos e as razões. Assim, para Pereira, Penteado e Marcelo (2000), é necessário oferecer oportunidades para que cada pessoa conquiste sua autonomia e tome decisões sobre sua vida, capacitando-a para que assuma o controle sobre sua saúde e suas condições vitais.

Vale destacar a diferença entre autonomia e independência: de acordo com a American Occupational Therapy Association – AOTA (2002, p. 660), a independência é "um estado autodirecionado de ser, caracterizado por uma habilidade individual de participar em ocupações necessárias e preferidas de uma forma satisfatória sem restrição de quantidade ou tipo de auxílio externo desejado ou requerido", ou seja, é a capacidade que o indivíduo possui de realizar as atividades sozinho, sem precisar do auxílio de outras pessoas.

Nesse sentido, por entender que viver com saúde e autonomia constitui um desafio nos dias de hoje, Carvalho e Amarante (1996) apontam a necessidade de se utilizar metodologias predominantemente qualitativas que possibilitem analisar o nível de autonomia das pessoas.

No cenário da saúde mental, os cuidados voltados para a pessoa, e não para a doença, respeitando os direitos sociais e oportunizando o empoderamento contratual dos usuários, possibilitaram novos valores à ação terapêutica no cotidiano das pessoas, assim, é importante destacar a Terapia Ocupacional na apropriação desse cuidado por meio das relações cotidianas (MÂNGIA, 2002).

1.2. A essência do cuidar no cenário da saúde mental: ênfase à Terapia Ocupacional

Os caminhos percorridos pela Terapia Ocupacional no campo da saúde mental têm estreita relação com o movimento da reforma psiquiátrica e, consequentemente, com os pressupostos do cuidar no paradigma de atenção psicossocial.

É importante pontuar que esse destaque sobre a Terapia Ocupacional se deve ao pesquisador ter como formação tal profissão.

Benetton (1996) ressalta que a Terapia Ocupacional nasce sob a luz desse paradigma psicossocial com sua especificidade centrada, inicialmente, no treinamento e desenvolvimento de habilidades, visando à construção de um cotidiano possível para as pessoas que vivem na sociedade.

Nesse sentido, vale enfatizar que a Terapia Ocupacional teve sua origem com o nascimento da psiquiatria no século XVIII e devido às atividades que visavam tratar as pessoas com transtorno mental (BENETTON, 1994). Porém, somente no ano de 1915, na cidade de Chicago, nos Estados Unidos, é que foi considerada uma profissão, com aplicabilidade nas áreas de reabilitação física e mental das pessoas com traumas pós-guerra. No Brasil, a Terapia Ocupacional foi criada como profissão em 1959, na Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP pelo Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), porém, foi reconhecida como curso superior somente no ano de 1969 (BENETTON, 1991).

É de extrema relevância referir que no século XX, ainda no Brasil, a assistência psiquiátrica fazia uso do trabalho no tratamento da pessoa com transtorno mental, na cidade do Rio de Janeiro, no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e, na cidade de São Paulo, no Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (MEDEIROS, 2003).

Nesse sentido, o uso do trabalho para o tratamento da pessoa com transtorno mental, conhecido como tratamento moral, o qual foi proposto por Pinel, demarcou o início de uma concepção ideológica, pois é um modelo que aponta o trabalho como objeto de intervenção para normalizar e controlar as condutas irracionais da loucura (FIORATI, 2010).

A partir dessa perspectiva, em que se utilizava o trabalho como meio terapêutico sob a luz dos princípios do tratamento moral, inclusive nos grandes hospitais psiquiátricos brasileiros, desde a sua fundação no século XIX, é que surgiu o serviço de terapêutica ocupacional em Engenho de Dentro, na cidade do Recife, o qual foi coordenado por Nise da Silveira. Assim, tal forma de tratamento motivou a criação de novas profissões, dentre elas, a Terapia Ocupacional, que teve correspondência com as primeiras iniciativas reabilitativas por meio das atividades de trabalho voltadas ao recurso de treinamento, as quais promoviam comportamentos produtivos para a inserção no trabalho das pessoas que apresentavam doenças ou dificuldades e perdas funcionais (MEDEIROS, 2003).

Fiorati (2010) ressalta que no cenário brasileiro o trabalho como recurso terapêutico sob o prisma do tratamento moral permaneceu até meados do século XX, momento esse em que a medicina mental organicista se tornou hegemônica no campo da psiquiatria.

Merece destaque aqui que todas as atividades que eram realizadas sob a perspectiva do modelo hospitalocêntrico, inclusive aquelas de cunho laborativo, eram extremamente institucionalizantes, visando ocupar apenas o tempo ocioso, sem sentido de utilidade na dimensão cotidiana na vida do indivíduo. Essas atividades eram entendidas como uma ocupação que supria somente uma realidade existencial permeada de ausências de intercâmbios, de produções humanas e criatividades, não possibilitando um espaço de trocas entre as pessoas, sendo atividades com objetivos de controle e sujeição, remetendo os usuários à exclusão social (MÂNGIA, NICÁCIO, 2001).

No final dos anos 1970, as instituições asilares foram alvo de críticas e acabaram buscando alternativas de transformações diante das práticas terapêuticas no contexto brasileiro. Assim, a TO ganhou importante destaque no campo da saúde mental, momento em que os profissionais dessa área começaram a questionar a possibilidade de ações realmente terapêuticas, com vistas ao direito social a partir da perspectiva psicossocial (MEDEIROS, 2003).

No entanto, no início dos anos 1980, a TO foi desafiada a duas tarefas que são entendidas como marcos para a profissão no campo da saúde mental: a primeira, de ser agente de mudanças no cenário dos hospitais psiquiátricos, proposta por Luis Cerqueira, a qual apostava na TO como potencial operativo transformando esses espaços em ambientes terapêuticos; e a segunda, de possibilitar o deslocamento do espaço da prática hospitalar para o espaço extra-hospitalar, a fim de manter o paciente com transtorno mental grave fora do âmbito das internações psiquiátricas (MÂNGIA, 2000).

Foi, então, a partir desses movimentos no âmbito do paradigma de atenção psicossocial que o envolvimento com o trabalho, organização de vida coletiva, redes sociais e projetos de vida ampliaram a construção de um cuidar cotidiano com qualidade nas relações entre todas as pessoas envolvidas (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Mas que cuidar é este?

É o cuidar que, para Yasui (2010), é entendido como a essência do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, como uma dimensão da vida humana que se estabelece por meio das relações e dos encontros possíveis. Um cuidado que, por muito tempo, foi compreendido, na psiquiatria, como sinônimo da produção de silêncio diante de negligências e indiferenças. O cuidado é uma atitude que se dá sempre nas relações entre os seres, sendo considerado uma ação que permite produzir, manter e, por muitas vezes, preservar a vida frágil, uma fragilidade no sentido de sensibilidade, a qual permite aproximar-se do outro no intuito de vê-lo e ouvi-lo.

Transpondo esse cuidado para o âmbito da saúde, a partir do pensamento de Basaglia, Ayres (2001) aponta que se deve colocar a doença entre parênteses para que se possa visualizar a pessoa em sua plenitude, com suas marcas históricas e condições socioeconômicas, respeitando sua cultura no tempo e espaço.

Para cuidar em saúde é necessário se voltar para uma postura de responsabilização e envolvimento com o outro, rompendo com saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, possibilitando estratégias de intervenção que ampliem a construção de projetos de vida singulares da pessoa humana em sua complexidade de relações (YASUI, 2010).

Nesse sentido, a terapia ocupacional possibilita a ampliação dessa forma de cuidado com a possibilidade de resgate dos direitos de cidadania das pessoas que eram confinadas a espaços que as impossibilitavam de construírem sentidos sobre suas próprias vidas (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

É, então, a partir de reformas políticas públicas locais e intersetoriais, com a implementação de redes e serviços substitutivos e territoriais, que se permite um lugar social para que a pessoa possa experienciar a sua loucura (NICÁCIO; CAMPOS, 2004). Assim, Kleinman (1992) refere que a priorização do social para experienciar e vivenciar essa loucura implica em intervenções que são realizadas no âmbito territorial.

No cenário da Terapia Ocupacional, de acordo com Mângia e Muramoto (2006), a inserção social de pessoas em situação de vulnerabilidade e o convívio com as diferenças também exigem um novo olhar sobre o cuidado, organização dos serviços e estratégias de intervenções territoriais.

Para Saraceno (2001a), é a partir do paradigma da atenção psicossocial que é possibilitada a construção de um novo cuidado em saúde mental, centrando-se em

três pilares: moradia, trabalho e lazer, sendo a família e/ou suporte social um quarto pilar para aquelas pessoas com transtorno mental que podem se beneficiar de estratégias baseadas na comunidade com a participação de usuários e familiares.

Assim, ressalta-se a importância de compreender como as pessoas organizam suas vidas e seus próprios cuidados com a saúde numa rede de recursos e práticas complexas e articuladas com outros dispositivos.

As práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado são manifestas à subjetividade da pessoa, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização (AYRES, 2004). Esses dispositivos possibilitam a construção de novas práticas em saúde, com ações dialógicas entre todos os atores envolvidos nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2007).

Entretanto, a terapia ocupacional, seguindo essa trajetória no campo da saúde mental, também teve influência da desinstitucionalização italiana, que, por sua vez, possibilitou transformações no campo das práticas, assumindo como centro de sua terapêutica as pessoas e suas necessidades, investindo na complexidade da vida cotidiana a partir dos aspectos práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais (MÂNGIA, 2002).

Nessa perspectiva, a Terapia Ocupacional percorre, juntamente com a Psiquiatria e, mais especificamente, com o campo da Saúde Mental, caminhos que se deslocam dos modelos tradicionais de intervenção, rumo a cenários desconhecidos de intervenções capazes de promover uma abordagem biopsicossocial que se ocupe de espaços onde o habitar, o trabalhar e o conviver possam ser, de fato, espaços reais de vida (SARACENO, 2001a; MÂNGIA, 2000).

Fiorati e Saeki (2011) apontam que as ações psicossociais se legitimam nos contextos de vida das pessoas onde emergem suas necessidades de acordo com os fatores culturais, sociais, econômicos e políticos. Nesse sentido, os serviços de saúde e saúde mental devem envolver a busca pelo cuidado que ultrapasse a remissão dos sintomas, possibilitando às pessoas o empoderamento de sua própria autonomia, valor social e legitimação emancipatória.

A constituição de redes de atenção psicossocial que visam à implantação de uma rede integrada de base comunitária que é estimulada pelas diretrizes da Reabilitação Psicossocial (RP) possibilita locais de atenção onde o terapeuta ocupacional pode ampliar esse cuidado e auxiliar no resgate dos direitos de cidadania

das pessoas. Logo, não só a Terapia Ocupacional, mas todas as profissionalidades e especificidades que estão inseridas no paradigma psicossocial devem possibilitar os direitos sociais das pessoas enquanto cidadãs por meio de ações práticas do cuidado nas relações e complexidades da vida cotidiana de todos os atores envolvidos (RIBEIRO; MACHADO, 2008). Assim, como nos ensina Fiorati e Saeki (2011), o cotidiano é o meio que possibilita privilégios neste novo paradigma de atenção psicossocial.

Inserida no SUS, a terapia ocupacional ganha destaque com ênfase nas políticas e serviços de saúde mental por meio da consolidação de um modelo de atenção na comunidade com base em serviços extra-hospitalares. Foi a partir do ano de 2002, no CAPS, que a Terapia Ocupacional iniciou suas intervenções de cuidado com o objetivo de reinserção social (BEIRÃO; ALVES, 2010).

Dessa maneira, Yasui (2010) reforça que o cuidado cotidiano em toda a sua essência se dá a nível territorial, apoiando-se nos CAPS como um dispositivo que possibilita ampla produção de cuidado em rede, o que permite um olhar para além da patologia e da doença, priorizando as necessidades reais com vistas à produção de autonomia das pessoas.

Assim, a TO possibilita os cuidados para a pessoa, a partir de uma compreensão de diversos tipos de atividades cotidianas, que compreendem as Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), descanso, repouso, educação, trabalho, brincadeiras, lazer e participação na vida social (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2015).

Diante dessas definições, a TO pode se articular com o desempenho ocupacional (ou desempenho de atividades), o qual está relacionado à capacidade que a pessoa tem para realizar tarefas em prol do desenvolvimento de habilidades dos papéis ocupacionais, de acordo com sua faixa etária, cultura e ambiente. Esses papéis ocupacionais se entrelaçam com as ocupações que a pessoa desempenha nos diferentes contextos sociais (PEDRETTI; EARLY, 2004).

É importante pontuar que os conceitos a seguir serão utilizados apenas para situar e exemplificar para o leitor sobre o que estamos chamando de atividades e não devem ser considerados estrita e verdadeiramente únicos.

Em tradução da American Occupational Therapy Association do ano de 2014, realizada por Cavalcanti, Dutra e Elui (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA

OCUPACIONAL, 2015), o desempenho ocupacional é definido como o ato de fazer e finalizar uma atividade escolhida ou alguma ocupação que se resulta do dinamismo entre o usuário, o contexto e a atividade. Em complemento, Law et al. (2009) referem que o desempenho ocupacional é entendido como a compreensão de resultados a partir de interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação, classificadas nas categorias de autocuidado, produtividade e lazer.

As ocupações entendidas como **autocuidado** são aquelas que desempenham funções na rotina diária, incluindo o cuidado pessoal, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade (LAW et al., 2009). Aqui, podem-se referir as Atividades de Vida Diária (AVDs) que compreendem aquelas atividades que são orientadas para o cuidado da pessoa para com o seu próprio corpo (ROGERS; HOLM, 1994). A AVD também é chamada de *Atividade Básica da Vida Diária (ABVD*) e *Atividade Pessoal da Vida Diária (APVD)*. Essas atividades são "fundamentais para viver no mundo social; elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar" (CHRISTIANSEN; HAMMECKER, 2001, p.156).

As ocupações referentes à **produtividade** são compreendidas ao nível de organização econômica, do lar e da família, tais como estudos, trabalhos voluntários, atividades remuneradas/não remuneradas que sejam voltadas para a sociedade e/ou desenvolvimento pessoal (LAW et al., 2009).

Dentre essas atividades, inclui-se o trabalho, que são as atividades que se referem ao:

> [...] trabalho ou esforço de fazer, construir, fabricar, dar forma, moldar ou modelar objetos; para organizar, planejar ou avaliar serviços ou processos de vida ou de governo; ocupações comprometidas que são executadas com ou sem recompensa financeira (CHRISTIANSEN; TOWNSEND, 2010, p. 423).

Por fim, o **lazer** se aplica às ocupações desempenhadas pela pessoa quando ela se encontra livre do dever de ser produtiva. Essas atividades são divididas em recreação tranquila, ou ativa, e socialização (LAW et al., 2009). Atividades de lazer são entendidas como "atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e desenvolvida durante o tempo livre, ou seja, tempo livre das ocupações obrigatórias, tais como o trabalho, o autocuidado ou o sono" (PARHAM; FAZIO, 1997, p. 250).

Assim, a partir dessa perspectiva, a TO tem como meta possibilitar à pessoa um desempenho ocupacional satisfatório, auxiliando-a na execução de tarefas e papéis ocupacionais essenciais para uma vida ativa e produtiva. A TO auxilia também

na prevenção de comprometimentos funcionais e na promoção da saúde (DRUMMOND; REZENDE, 2008).

De acordo com Carleto et al. (2010), a convivência com o sofrimento psíquico pode afetar diretamente o desempenho das atividades.

No entanto, como referido anteriormente, o objetivo nesta pesquisa não é conceituar as áreas de ocupações que serão utilizadas, tampouco enfatizar a proveniência de seus conceitos, mas é importante destacar que foram escolhidas as três áreas de ocupações, consideradas as mais significativas na vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde mental.

Assim, embora as áreas de ocupações de autocuidado, produtivas e de lazer sejam as que mais se aproximam das premissas do referencial da Reabilitação Psicossocial, ainda não são suficientemente estimuladas ou desempenhadas pelas pessoas em sofrimento psíquico, dificultando a inserção social e impossibilitando o desenvolvimento de sua própria autonomia.

É importante investigar como se dão as competências que podem ser restauradas ou adaptadas e realizar intervenções de modo a maximizar a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico inseridas nos CAPS, dentro das possibilidades individuais e/ou coletivas perante os recursos disponíveis no território.

1.3. A interface entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o cuidado em saúde mental no território

A Política Nacional de Saúde Mental, que é respaldada pela lei nº 10.216/2001, preconiza um modelo de atenção à saúde mental que seja aberto e de base comunitária, com a garantia de que as pessoas com transtorno mental possam circular livremente pelos diversos serviços e estruturas conforme os recursos disponibilizados e oferecidos pela própria comunidade. Esse novo modelo conta com uma rede de serviços e vários equipamentos que abarcam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (em hospitais gerais e CAPS III) e o Programa de Volta para Casa, o qual oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2013).

O destaque nesta pesquisa é direcionado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo trabalho principal é a reabilitação psicossocial de seus usuários, por meio da articulação de uma rede de atenção ampliada que abarca todos os dispositivos que estão no território. Os CAPS devem ser estrategistas e tecedores dessa rede, seja assistindo diretamente e regulando os serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESFs), seja promovendo a vida comunitária e a autonomia de seus usuários, articulando os recursos existentes e possíveis (BRASIL, 2004).

Para Yasui (2010), o CAPS é o principal instrumento implementado pela política nacional de saúde mental que possibilita uma ampla rede de cuidado em saúde mental, com forte aliança entre segmentos sociais, serviços, atores e cuidados.

A função de um serviço de saúde mental é ajudar a pessoa que, em dado momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerir sentido, seja material, laboral, afetivo ou social. Assim, o sentido de reabilitação psicossocial, trabalho primordial dos CAPS, emerge no momento em que a pessoa não tem condições de produzir nada, sendo rechaçada pela comunidade, necessitando de um restabelecimento da contratualidade de produzir sentido de pessoa cidadã (SARACENO, 1998).

Os CAPS são considerados pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo esses serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, substitutivos ao modelo asilar, contendo uma equipe multiprofissional especializada para o atendimento de pessoas com transtorno mental na assistência à crise ou no âmbito nível territorial, nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

Assim, pode-se dizer que os profissionais dos CAPS devem operar na vida cotidiana dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2005), a fim de garantir o cuidado, a autonomia e o exercício da cidadania e a inclusão de todos os envolvidos (BRASIL, 2015).

Amarante (2007) aponta que os CAPS podem funcionar os cinco dias úteis ou mais, podendo variar seu horário de funcionamento e atendimento aos finais de semana conforme o tipo.

Os CAPS são serviços regulamentados pela portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, podem ser do tipo: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil), CAPSad (álcool e drogas) e CAPSad (álcool e drogas) III, organizados por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, sendo responsáveis por

pessoas com diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes sob a lógica da territorialidade, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002b).

É importante lembrar que foi no ano de 1987 que surgiram no Brasil os CAPS, como um serviço de saúde mental com legado próximo às propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009). O primeiro CAPS, nomeado de Professor Luiz Cerqueira, foi inaugurado na cidade de São Paulo e oferecia cuidado intensivo, mas nesse período não foi considerado como uma estratégia real de atendimento às premissas da rede de cuidados (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

O cotidiano dos CAPS deve ser pautado no cuidado com os usuários desse serviço, construindo-se projetos terapêuticos de acordo com sua singularidade e complexidade, articulados com os diversos recursos existentes no território (YASUI, 2010).

No presente estudo será abordada a modalidade CAPS II, que, conforme a GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2015; 2002b), é um serviço de atenção psicossocial que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Esse serviço é indicado para municípios ou regiões de saúde com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

Os CAPS II possuem como características: **a**–responsabilizar-se sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; **b**–possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; **c**–coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; **d**–supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; **e**–realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental

regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; **f**–funcionar das 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h (BRASIL, 2002b).

A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: **a**–atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); **b**–atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); **c**–atendimento em oficinas terapêuticas executado por profissional de nível superior ou nível médio; **d**–visitas domiciliares; **e**–atendimento à família; **f**–atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; **g**–os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2002b).

Quanto aos Recursos Humanos, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: **a**–01 (um) médico psiquiatra; **b**–01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; **c**–04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. **d**–06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2015; 2002b).

Segundo Amarante (2007), os serviços de atenção psicossocial, no caso desta pesquisa, os CAPS, devem atuar no território de modo a desenvolver ações e relações com os diversos recursos que existem na comunidade. Como enfatiza Saraceno (1998), essas ações devem estar voltadas aos contextos reais de vida das pessoas.

Miranda e Campos (2008) referem que os eixos que sustentam as ações dos CAPS são os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e as Equipes Profissionais de Referência (EPR) que se complementam e apoiam a partir de uma perspectiva interdisciplinar, visando um cuidado integral e singular.

O cuidado direcionado ao CAPS desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser interdialogado e construído juntamente com a equipe, usuário

e sua família, estando em articulação com a Atenção Básica, de modo que possa garantir um processo de cogestão e responsabilização longitudinal em cada especificidade (BRASIL, 2013).

Assim, o PTS extrapola as barreiras do serviço, valorizando a vida cotidiana de cada indivíduo, corresponsabilizando os recursos territoriais por meio dos suportes sociais disponíveis para atingir um cuidado integral, podendo estes serem realizados através do coletivo ou do individual, com o auxílio da família e/ou rede de apoio, a nível comunitário e territorial ou intrínseco aos CAPS (BRASIL, 2015).

Dessa maneira, conforme a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012), os PTSs atendem as necessidades dos usuários e seus familiares e podem ser compostos por estratégias como: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico; e apoio a serviço residencial de caráter transitório.

Kantorski et al. (2010) colocam que os PTSs são estratégias de intervenção no campo da saúde mental que possibilitam as pessoas irem ao encontro da reabilitação psicossocial por meio do conjunto de objetivos e ações estabelecidas pela equipe multiprofissional durante todo o período de tratamento do usuário.

Para Ballarin e Carvalho (2007), os CAPS podem proporcionar e oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, organizando a rede de assistência comunitária por meio de programas de saúde mental, projetos terapêuticos e comunitários, além de encaminhamento e acompanhamento de usuários de serviços de residência terapêutica.

A partir dessa perspectiva, Yasui (2010) refere que os CAPS devem possibilitar uma variedade de estratégias de cuidado, incorporando os elementos de: território, responsabilização, acolhimento, projeto de cuidado e diversidade de estratégias e rede intersetorial de cuidados, os quais são colocados pela portaria GM nº 336.

O CAPS é um espaço onde acontecem as trocas sociais, possibilitando às pessoas com transtorno mental a construção de projetos de vida para o exercício de sua cidadania e autonomia (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, os CAPS são uma experiência de caráter coletivo que ainda está em construção com estratégias insuficientes, mas com potência de promover diferentes formas de se relacionar com a loucura, transpondo essa loucura para o convívio comunitário a partir da superação da lógica e racionalidade médica, considerando a produção de cuidado de acordo com os princípios do SUS (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

Assim, é importante abordar como será realizado o estudo para investigar como está organizada a vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde mental a partir das áreas de autocuidado, produtivas e de lazer no paradigma psicossocial.

1.4. Delineamento do estudo

A constituição de redes de atenção psicossocial que possibilita uma rede integrada de base comunitária tem sido incentivada e reforçada sob o paradigma da reabilitação psicossocial, no qual o profissional de saúde tem por dever trabalhar na ampliação do cuidado, oferecendo e possibilitando o resgate da autonomia e dos direitos de cidadania dessas pessoas (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Sendo assim, para a Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial, a reabilitação psicossocial é entendida como um mecanismo de proporcionar maior autonomia e melhoramento de funções no convívio social de pessoas com determinadas limitações (PITTA, 2001).

Por entender que proporcionar maior autonomia e independência para a pessoa também constitui uma das principais finalidades da Terapia Ocupacional, busca-se investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares.

De acordo com experiências do pesquisador nos serviços de saúde mental, entende-se que, embora os CAPS sejam dispositivos em que a autonomia de seus usuários é preconizada, esses serviços em questão ainda não conseguem priorizá-la devido à falta de espaços de (re)inserção social na comunidade. Existem diversas

dificuldades na oferta de cuidados para que os usuários dos serviços de saúde mental se empoderem e se apropriem de sua autonomia sob a perspectiva das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, fatores esses que implicam diretamente os modos de vida e a organização da vida cotidiana.

Conforme Bastos, Mancini e Pyló (2010), os usuários dos serviços de saúde mental relatam dificuldades nas áreas ocupacionais, não havendo predominância significativa em uma única área, sugerindo, assim, dificuldades importantes nas três áreas ocupacionais elencadas.

Já segundo Creswell e Rugg (2003), foi constatado que usuários de saúde mental de um serviço de TO baseado na comunidade apresentaram maiores dificuldades na área ocupacional de produtividade com relação ao trabalho (protegido, voluntário ou pago), seguido, com menor impacto, da área ocupacional de lazer (atividades sociais) e, por fim, da área ocupacional de autocuidado.

Em um determinado estudo, contatou-se que pacientes psiquiátricos de Taiwan apresentaram maiores dificuldades na área ocupacional de autocuidado, seguido pela área ocupacional de trabalho e por último pela área ocupacional de lazer e socialização (PAN; CHUNG, HSIN-HWEI, 2003).

Kebbe et al. (2014) afirma que as áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer dos usuários de um serviço extra-hospitalar no cenário brasileiro são realizadas de maneira precária ou não são estimuladas e/ou desenvolvidas, ressaltando que o familiar apenas consegue auxiliar nos cuidados dentro de um contexto hospitalar. Portanto, há a necessidade de maiores suportes e intervenções específicas no que diz respeito a essas áreas ocupacionais quando os usuários dos serviços de saúde mental estão em espaços comunitários, em casa ou em convívio social.

As áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer apresentam impacto significativo de dificuldades na vida cotidiana para que os usuários de saúde mental possam executá-las, sendo estas também as que mais se aproximam das premissas da Reabilitação Psicossocial.

Quando essas áreas de ocupações não são estimuladas e/ou desempenhadas, podem dificultar e/ou impossibilitar o desenvolvimento da autonomia da pessoa, em especial neste estudo, da pessoa em sofrimento psíquico.

Se os usuários de saúde mental têm apresentado dificuldades significativas observadas nas áreas de ocupações referidas anteriormente, pode-se presumir que estes terão dificuldades em organizar seu cotidiano.

Qual a percepção e até mesmo o conhecimento e participação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental sobre as áreas de autocuidado direcionadas aos usuários dos serviços de saúde mental? E com relação às atividades produtivas, estas são desempenhadas e estimuladas? E as atividades de lazer, estas são existentes no repertório de atividades dos usuários de saúde mental?

E após o início do tratamento nos CAPS, os usuários resgataram ou desenvolveram o processo de autonomia diante da realização das atividades na vida cotidiana?

A partir dos conceitos abordados anteriormente, com relação aos dados de pesquisas apresentados por alguns pesquisados e/ou autores e da prática clínica e vivência com usuários de CAPS, este estudo parte dos pressupostos de que:

- As áreas ocupacionais de **autocuidado** são pouco estimuladas, verificando que os usuários chegam para atendimento com higiene precária, vestimenta muitas vezes inapropriada, dificuldades para se locomover dentro e fora do seu convívio familiar, dependência para utilizar transportes públicos e até mesmo administrar seu próprio dinheiro.
- As áreas ocupacionais **produtivas** são quase inexistentes na vida dessas pessoas e tampouco estimuladas, o que pode ser percebido em sua dificuldade em realizar trabalhos domésticos simples, como limpezas de espaços residenciais, lavagem de roupas, preparação de refeições e trabalhos mesmo que não remunerados e/ou voluntários.
- As áreas ocupacionais de **lazer** também são escassas, devido à falta de espaços no território (parques, clubes, quadras esportivas) e aos esclarecimentos de acontecimentos sociais por parte do próprio usuário, dos familiares e da população sobre diferentes atividades, apresentando dificuldades para leitura, artesanatos, visitas a amigos e/ou familiares, participação em festas e eventos públicos/sociais, restringindo essas atividades, na maioria das vezes, à própria casa ou ao próprio serviço em que o usuário é assistido.

Acredita-se que um estudo dessa natureza poderá contribuir para a discussão e reflexão das práticas terapêuticas e de recursos terapêuticos psicossociais que potencializem outras estratégias pertinentes ao serviço de saúde mental, promovendo maiores reflexões acerca da vida cotidiana dos usuários inseridos nos serviços de saúde mental, a partir das áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e lazer.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O **objetivo geral** deste estudo é investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares.

2.2. Objetivos Específicos

Para atingir essa finalidade, os **objetivos específicos** consistem em:

1. investigar as mudanças na vida cotidiana do usuário após o seu adoecimento psíquico;
2. investigar a autonomia do usuário no cotidiano sob a perspectiva da área do autocuidado;
3. investigar a autonomia do usuário no cotidiano sob a perspectiva da área de produtividade (trabalho, estudos e atividades não remuneradas que sejam voltadas para a sociedade);
4. investigar a autonomia do usuário no cotidiano sob a perspectiva da área do lazer;
5. analisar com base nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer como o nível de autonomia dos usuários se manifesta na sua vida cotidiana.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualiquantitativa, com predominância na abordagem qualitativa, por possibilitar investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares.

Pesquisas descritivas são utilizadas para levantar características de determinados grupos, delinear e analisar relações entre fatos e fenômenos, tomar conhecimento sobre as questões do quê, com quem e como é a sua relação com o objeto de estudo (FERNANDES; GOMES, 2003). Já as pesquisas exploratórias têm por finalidade desenvolver e elucidar conceitos e ideias, além de proporcionar maior compreensão do problema, a partir da aproximação do pesquisador com determinada temática, para aprofundamento em pesquisas posteriores (GIL, 1999).

Minayo (2008) relata que a abordagem qualitativa se atenta aos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes que são resultantes da ação humana objetiva, fatores esses que se estendem ao cotidiano, vivência e explicação de pessoas que experienciam determinadas situações.

Minayo e Deslandes (2002) reforçam que a abordagem qualitativa possibilita uma melhor compreensão de hábitos e atitudes dos mais diferentes grupos, destacando-se aspectos relevantes à saúde, doença, terapêuticas, políticas, programas e quaisquer ações empregadas pelos serviços de saúde. Ainda para esses autores, a fim de se estabelecer o tipo de abordagem empregado em determinado estudo, qualitativa ou quantitativa, o que se torna evidente e fundamental é o conhecimento sobre a utilização e pertinência do objeto a ser estudado.

3.1. Fundamentação teórica

Como fundamentação teórica de suporte para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada como base o referencial da Reabilitação Psicossocial e o referencial filosófico da Teoria sobre o Cotidiano de Agnes Heller.

3.1.1. A Reabilitação Psicossocial

O primeiro referencial teórico de base utilizado neste trabalho é o da Reabilitação Psicossocial (RP), por ser aquele em que os terapeutas ocupacionais do Brasil se apoiam para exercerem suas práticas no cenário da saúde mental (ASSAD, 2015), visto que tais profissionais trabalham no processo de desospitalização, que é considerado de base comunitária, no intuito de promover autonomia e inserção social no cotidiano das pessoas em seus territórios de vida (ALMEIDA; TREVISAN, 2011; WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009; RIBEIRO; MACHADO, 2008; BENETTON, 2001).

Salles (2005) reforça que tal conceito de RP é entrelaçado com o fundamento de cotidiano, a partir do qual a pessoa que possui algum sofrimento psíquico pode tecer uma vida social comunitária sem perder o sentido de sua particularidade.

Sendo assim, Salles (2011) ressalta que a reabilitação articulada com as experiências cotidianas possibilita formas de organização social diante da construção da vida cotidiana concreta das pessoas, facilitando o processo de autonomia, com vistas a uma maior e melhor integração na comunidade e oportunizando o empoderamento de seus direitos sociais.

Pelo fato de a RP ser um referencial advindo do processo do movimento da reforma psiquiátrica, reforça-se que as tecnologias de cuidado em saúde mental, no contexto brasileiro, se inserem num movimento social permeado de lutas pelos direitos humanos voltados às pessoas com algum tipo de transtorno mental (PITTA, 2001).

Antes de discorrer sobre a RP, é importante mencionar o conceito de reabilitação, a qual é originada ao longo da história da humanidade, desde quando o hospital era orientado estritamente à cura, passando, assim, a necessitar de um trabalho de forma integral, ultrapassando as funções de promoção, prevenção e tratamento médico (CARVALHO, 1963).

O interesse pela reabilitação advém dos acontecimentos mundiais históricos que são pautados nas duas guerras mundiais e no processo de urbanização e industrialização que favoreceu as epidemias e agravos nos acidentes de trabalho (BARROS, 2008), devendo restituir as capacidades individuais e sociais às pessoas (BARROS, 2008; CARVALHO, 1963).

É importante referir que as concepções e práticas reabilitativas surgiram a partir do processo histórico cultural da Revolução Francesa e do tratamento moral advindo de duas tendências principais: o humanismo, como corrente filosófica para

racionalizar o mundo, e a necessidade de organização do contexto urbano diante do capitalismo. Assim, as práticas de reabilitação foram movidas por determinações político-ideológicas e econômicas com vistas a uma metodologia de adaptação normativa que era esperada pela cultura dominante e hegemônica (SOARES, 2007).

De acordo com Vasconcelos (2009), foi a partir das experiências da reforma psiquiátrica italiana que o cenário brasileiro, nos anos de 1990, iniciou a transformação na assistência de saúde mental, com base nas concepções do cuidado sob a ótica da reabilitação psicossocial.

Conforme Ballarin e Carvalho (2007), no contexto mundial, a reabilitação psicossocial é um campo permeado de inúmeras experiências que tem por objetivo investir em discussões sobre a necessidade de superar o modelo asilar. É importante ressaltar que no Brasil essas experiências vêm sendo discutidas no cenário brasileiro desde o final da década de 1980, permitindo que pessoas com quaisquer que sejam as incapacidades recuperem suas aptidões e habilidades necessárias para o convívio na sociedade.

Para Mângia e Muramoto (2006), a inserção social de pessoas em situação de vulnerabilidade é um desafio para a reabilitação psicossocial, pois procura oferecer um cuidado integral e uma organização dos serviços que rompem com as formas de estratégias tradicionais de tratamento, implicando também a definição de perfis de novos profissionais.

Segundo Salles (2011), a reabilitação psicossocial prioriza a pessoa em sofrimento psíquico e suas necessidades particulares, na articulação do PTS com o contexto social em que estão inseridas, corroborando, assim, as propostas de Saraceno (2001b) relacionadas às variáveis particulares (microvariáveis) e às variáveis sociais/coletivas (macrovariáveis).

De acordo com Salles (2011), a reabilitação psicossocial na perspectiva da pessoa em sofrimento psíquico deve atuar no âmbito do microcontexto, que abarca a família e a comunidade e também no âmbito do macrocontexto, que abarca as políticas de saúde e as organizações do trabalho.

Dessa maneira, a reabilitação psicossocial possibilita às pessoas em sofrimento psíquico uma melhora no funcionamento das aptidões práticas que são essenciais para a vida na comunidade (BALLARIN; CARVALHO, 2007), pois tem por finalidade resgatar a cidadania da pessoa, de modo que esta possa ser respeitada no

território, conduzindo sua própria vida e escolhas de maneira autônoma (SALLES, 2011).

De acordo com Saraceno (1998), o território é tido como um campo fértil para as ações e estratégias da reabilitação psicossocial, pois nele que se rompem a dicotomia entre tratamentos, serviços e contextos.

Nesse sentido, território deve ser compreendido além do espaço de demarcação geográfica, pois o território é algo que se constrói com a história, com as relações socioeconômicas e culturais que são criadas e recriadas a todo o momento, apresentando-se como espaço de produções de sentidos que contém diversas maneiras de se viver, se trabalhar, se relacionar e realizar trocas culturais (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

Em se tratando de cidadania, Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) referem que esse conceito possui estreita interface com as premissas da RP, a partir da qual as pessoas se apropriam de sua própria autonomia afetiva e social de maneira autoconsciente. Hirdes (2009) ainda enfatiza que a cidadania está relacionada a um processo de emancipação e poder contratual que as pessoas têm quando inseridas na comunidade.

Para Amaral e Durman (2004), o conceito de cidadania está implicado em uma forma de participação ampla que as pessoas têm em todos os aspectos da vida social, além do acesso aos bens materiais e culturais existentes na sociedade.

No campo da saúde mental, Pinto e Ferreira (2010) colocam que o lugar produzido pela cidadania deve criar espaços para que as pessoas produzam novos sentidos a partir da díade loucura-cidadania.

No entanto, a RP é direcionada a pessoas com desvantagem social, pois tem como premissa efetivar o exercício dos direitos e cidadania daquele indivíduo que, num primeiro momento, tinha privação de seus direitos e, agora, pode exercê-lo por meio de condições de vida que possibilitem seu desenvolvimento (BERTOLOTE, 1996).

A diminuição do número de pessoas internadas, a demanda de pessoas que ainda se encontram hospitalizadas, o aumento e conhecimento dos direitos que estas possuem e o conhecimento psiquiátrico ainda enraizado culturalmente são fatores que implicam o processo de reabilitação psicossocial (HIRDES, KANTORSKI, 2004; SARACENO, 2001a).

Rodrigues (2012) afirma que é necessário refletir e compreender sobre o modo biopsicossocial para que se possam transformar as condições de vida das pessoas.

Assim, para Pitta (2001), a RP é um conjunto de fatores, incluindo os programas e serviços de saúde, que temo propósito de facilitar a vida das pessoas com transtorno mental severo e/ou persistente, possibilitando que elas tenham autonomia na comunidade.

Nessa perspectiva, Saraceno (2001a) enfatiza que todo procedimento que busca aumentar as capacidades da pessoa e minimizar suas deficiências deve estar entrelaçado com as variáveis possíveis, dentre elas a família, os serviços e qualquer que seja o tipo de organização, de modo a ampliar as modalidades técnicas para os contextos reais de vida e características situacionais da pessoa.

Como aponta Salles (2011), no campo da saúde mental, todas as ações e formas de tratamento devem estar no território e inseridas nas políticas públicas, possibilitando reflexos e transformações no cotidiano das pessoas.

De acordo com Guerra (2004), a reabilitação psicossocial no cenário brasileiro é apoiada nas obras *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (PITTA, 1996; 2001) e *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (SARACENO, 2001a).

Além disso, Guerra (2004) afirma que o processo de reabilitação psicossocial está em transformação, pontuando três modelos de reabilitação como divergências nesse processo, que seriam: o psicoeducativo, o sociopolítico e a orientação clínica; enquanto, para Pitta, a reabilitação psicossocial é apoiada em três eixos: a autonomia, as trocas sociais e a noção de clínica.

Saraceno (2001a) já apontava a diversidade no conceito de reabilitação psicossocial descrita na literatura, sendo em alguns casos a focalização da reabilitação somente no indivíduo, outros na sociedade e, em outros ainda, na junção entre indivíduo e sociedade. Assim, Saraceno (2001a; 2001b; 1996) reflete sobre o processo de reabilitação como uma reconstrução de cidadania e novo cuidado da saúde mental, o qual se dá a partir do hábitat, do trabalho e da rede social, sendo o hábitat entendido como os espaços em que se vive, o trabalho aquele que promove uma relação com os campos de interesse e desejos e a rede social aqueles considerados espaços onde ocorrem as trocas sociais, sendo todas as estratégias baseadas no contexto comunitário, envolvendo a participação e envolvimento dos

usuários, familiares e do próprio meio social. Já para Kinoshita (1996), a reabilitação psicossocial é a ampliação da autonomia do usuário a partir de sua restituição de poder contratual**.**

Diante dessas definições, vale ressaltar, também, o conceito de *recovery*, que surgiu nos EUA, na década de 1980, a partir de um movimento de usuários dos serviços de saúde mental que reivindicava para que as pessoas com transtornos mentais pudessem ser empoderadas a nível pessoal, político e social, levando em consideração a irreversibilidade da doença (LOPES, 2011).

O *recovery* não propõe a ideia de remissão absoluta dos sintomas, mas sim a superação dos efeitos ocasionados pelo sofrimento mental (FARKS, 2007; DAVIDSON, 2003). Como afirma Anthony (1993), *recovery* não é a cura baseada a partir da ausência da doença, mas a cura baseada a partir de um novo modo de vida, de experiências vividas na sociedade, de autocontrole sobre a sua própria vida, no intuito de superar o estigma e exercer a cidadania. Assim, Davidson e Strauss (1995) referem que o *recovery* tem como premissa promover novos significados à vida apesar do transtorno mental.

O *recovery* perpassa pela subjetividade do indivíduo por meio de caminhos pessoais que possibilitem um novo sentido e significado a sua vida após o adoecimento (NOISEUX et al., 2010), pois, como aponta Anthony (1993), o transtorno mental sai de cena para dar espaço a outras possibilidades e formas de vida saudáveis.

O conceito de *recovery* tem sido descrito como um meio pelo qual a pessoa com transtorno mental, apesar de sua patologia, pode ser protagonista de seus próprios projetos e escolhas (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

A noção de *recovery* tem orientado alguns programas de saúde mental em países como Canadá e Portugal, os quais se utilizam de uma abordagem comunitária de intervenção (ORNELAS et al., 2005). Assim, Farkas et al. (2005) referem que todo serviço pautado pelo *recovery* deve valorizar as potencialidades, interesses e limitações, envolvendo o indivíduo em todo o processo de tratamento, acreditando sempre em sua recuperação.

Tanto a reabilitação psicossocial como o *recovery* provêm de um modelo que visa superar a lógica biomédica, sendo a reabilitação psicossocial voltada para o

resgate de cidadania, emancipação e autonomia do indivíduo e o *recovery* visando às experiências desse indivíduo advindas do adoecimento (LOPES, 2011).

Assim, pode-se relatar que a RP está ligada aos serviços e técnicas que possibilitam ao indivíduo viver em sociedade, enquanto que o *recovery* envolve as experiências que as pessoas vivenciam quando passam por situações vulneráveis. É a partir desse olhar que se afirma que o processo de reabilitação psicossocial e *recovery* são interdependentes, pois os objetivos da RP auxiliam nas mudanças internas da pessoa, que provêm do *recovery*, facilitando os papéis que são desempenhados na sociedade (CAROZZA, 2005).

Duarte (2007) refere que, mesmo os serviços de saúde mental tendo superado o paradigma biomédico, a RP ainda permaneceu centrada com o olhar na doença e limitações das pessoas, enfatizando uma relação ainda verticalizada no cuidado, onde o profissional é aquele que detém o poder de ditar ao indivíduo o que este deve fazer no seu processo de reabilitação. Já no modelo de *recovery*, sugere-se que o serviço de saúde mental funcione de modo mais horizontal, possibilitando ao indivíduo o empoderamento no seu plano terapêutico, potencializando sua autonomia e participação social.

No entanto, o *recovery*, assim como a RP, não possui um modelo de práticas consistentes nos serviços de saúde mental, fato que possibilita a esse modelo mais contemporâneo sustentar a potência do paradigma da reabilitação psicossocial, no cenário brasileiro (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

Nesse sentido, é importante retornar à RP, a qual tem como objetivos promover a inclusão das pessoas em sofrimento mental na comunidade, aumentando suas habilidades sociais, possibilitando apoio e suporte social, reduzindo o estigma e preconceito sobre a doença mental (HIRDES, 2001).

Assim, Saraceno (2001b) aponta o risco e a importância de entender e compreender a RP a partir das habilidades e/ou desabilidades das pessoas, dependendo do poder de aquisição de cada uma delas. Sob essa ótica, Saraceno (2001a) enfatiza que essa reabilitação a que se refere não está atrelada a uma reabilitação que substitui a desabilidade pela habilidade, mas que é por meio das trocas sociais que acontece esse poder reabilitador, pois a reabilitação psicossocial está implicada no processo de produzir sentidos e oferecer os espaços de trocas entre

as pessoas e os contextos, com a necessidade de um restabelecimento da contratualidade de cidadão, de produção de sentido.

Ainda para Saraceno (2001a), a RP pode ser entendida como um conjunto de estratégias e/ou recursos que possibilitam espaço para a negociação entre a pessoa, sua família, a comunidade e os dispositivos dos quais a pessoa usufrui. Nesse sentido, Hirdes (2001) ressalta que as práticas assistenciais devem ser focadas no tratamento da pessoa, levando em consideração suas histórias e vida cotidiana, distanciando do tratamento centrado apenas na doença, valendo-se salientar que todo o processo de reabilitação se inicia nas práticas da vida cotidiana, ou seja, a partir das atividades de autocuidado e de vida diária, para que, assim, possam refletir e atingir outros aspectos e ocupações da vida da pessoa, a depender do PTS.

A partir da proposta da reabilitação psicossocial, é possível construir um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental, no qual a pessoa é compreendida em sua complexidade de vida, valorizando as experiências com o sofrimento, numa proposta de cuidado coletivo e transdisciplinar por meio de uma rede intersetorial de prática social voltada para a inserção e solidariedade (YASUI, 2010).

Para que se obtenha um fortalecimento efetivo da RP, é necessário: criar mais movimentos sociais a partir da micropolítica dos serviços; evitar a reprodução de uma lógica excludente e de base manicomial; descentralizar os serviços que são considerados, atualmente, como de controle; comprometer todas as instâncias políticas em todas as esferas (municipal, estadual e federal); desistigmatizar-se dos preconceitos sobre a loucura; e entender o conceito de saúde mental a partir do paradigma da reabilitação psicossocial, valorizando as escolhas e desejos da pessoa enquanto cidadã (PITTA, 2001; PINTO; FERREIRA, 2010; YASUI, 2010).

Como afirma Dimenstein (2006), todo e qualquer processo de reabilitação é efetivado na vida cotidiana da pessoa com transtorno mental, pois, se houver restrição dos espaços entre encontros extramanicomiais e vida cotidiana, será necessário o desenvolvimento de outras e novas práticas de saúde.

Logo, é importante enfatizar que o eixo da ação terapêutica deve estar centrado na construção de projetos de vida que devem ser significativos para a pessoa (BARROS et al., 2007).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) apontam que a reabilitação psicossocial pretende reinventar a prática e considerar a invenção de novas instituições, dando

ênfase à complexidade das pessoas com transtorno mental de maneira que novos sentidos sejam atribuídos conforme suas necessidades, somando as práticas sociais e as produções de vida a esse indivíduo.

Partindo desse princípio, ressalta-se que o CAPS é um dispositivo que articula o trabalho em rede, promove processos de subjetivação de encontros que são possíveis e pode propiciar os direitos humanos à pessoa em sofrimento psíquico, visando a sua autonomia, por meio de uma gestão coletiva e compartilhada do cuidado em saúde (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Sidrim (2010) enfatiza que trabalhadores dos CAPS têm suas representações sociais a respeito da reabilitação psicossocial sustentadas como uma forma de adaptação social; como uma prática de não internação; como conquista social dos direitos e igualdade; e como a reinserção do usuário no território.

Sob essa vertente, Salles (2011) reafirma que é de extrema importância compreender as esferas da vida cotidiana, pois o processo de reabilitação psicossocial ocorre no emaranhado de relações do dia a dia, nas atividades exercidas pelas pessoas e em suas relações cotidianas.

3.1.2. A teoria sobre o cotidiano: Agnes Heller

A Teoria sobre o Cotidiano, de Agnes Heller, foi utilizada como suporte filosófico para que esta pesquisa pudesse ser desenvolvida, somando-se e auxiliando no referencial teórico da reabilitação psicossocial.

Agnes Heller nasceu na cidade de Budapeste no ano de 1929. Estudou filosofia e foi aluna de Gyorgy Lukács, o qual estudava a concepção marxista como uma ontologia do ser social. Heller tinha como temáticas principais de suas obras as relações entre ética e vida social (HELLER, 2008).

Primeiramente, faz-se necessário entender o conceito de cotidianidade:

> O conceito de cotidianidade provém da filosofia e não pode ser compreendido sem ela. Ele designa o não-filosófico para e pela filosofia [...]. O conceito de cotidianidade não vem do cotidiano nem o reflete: ele exprime antes de tudo a transformação do cotidiano vista como possível em nome da filosofia. Também não provém da filosofia isolada; ele nasce da filosofia que reflete a não-filosofia, o que é sem dúvida o arremate supremo da sua própria superação! (LEFEBVRE, 1991, p.19).

Logo, a cotidianidade, enquanto conceito, está atrelada a uma transformação do cotidiano baseada em dados filosóficos, visando uma possível superação de um conceito que é proveniente do senso comum, possibilitando a transformação de um ser humano melhor.

Nessa perspectiva, Guimarães (2002) pontua que é por meio da filosofia que se analisa o cotidiano e se desvela a sua essência.

Assim, para esse autor:

> A teoria da cotidianidade procura trazer novos elementos para se pensar o próprio cotidiano e que permite ir além das formas de pensamento do senso comum. Pois o próprio nome sugere que o cotidiano, palavra que vem do latim *cotidie* ou *cotidianus*, significa todos os dias, o diário, o dia a dia, o comum, o habitual [...] quando nos referimos ao cotidiano, estamos falando sobre o prisma da representação social [...] é o viver o dia a dia de uma forma quase banal [...] descobrir o incomum no repetido. É descobrir que a essência do cotidiano está no não-cotidiano ou na cotidianidade [...] quando nos referimos à cotidianidade estamos propondo uma teoria que evoca uma série de elementos que a comparam, cujos conceitos baseiam-se principalmente na filosofia (GUIMARÃES, 2002, p.11).

Para Guimarães (2002), cotidiano e cotidianidade apresentam significados distintos, caracterizando a cotidianidade com objetivações mais elaboradas quando comparada ao conceito de cotidiano, sendo o cotidiano entendido como uma dimensão do senso comum, levando em consideração tudo o que o ser humano é capaz de viver e sentir (sofrimentos, prazeres, alegrias, tristezas, destruições e construções).

Salles (2011) relata que é por meio do processo histórico que os homens aprendem com o meio social e se constituem, considerando o que foi construído no passado e almejando as possibilidades do futuro.

Nesse sentido, Heller (2008, p.12) aponta que “a história é a substância da sociedade” na qual o homem é aquele que possui a objetividade social, responsável pela construção e transmissão de toda e qualquer estrutura social.

A partir dessa perspectiva, durante todo o percurso histórico, o homem é quem dá sentido à história, possibilitando espaço à vida cotidiana, colocando-a no centro desse acontecimento (HELLER, 2008).

Dessa forma, afirma-se que:

> A vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico [...] A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se “em funcionamento” todos os sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus

sentimentos, paixões, idéias, ideologias (HELLER, 2008, p.31).

Pela compreensão da vida cotidiana ser também a vida do indivíduo, esta é particular e genérica, ou seja, o homem está sempre em relação com outros homens (HELLER, 2008), pois, como afirma Salles (2011), o homem individual sempre se relaciona com o contexto social em um dado momento histórico, numa trama de relações com outros homens que acontece no mesmo tempo e espaço.

Para Heller (2008, p.37), todo indivíduo possui características individuais e genéricas que podem ser conscientes ou inconscientes. Nesse sentido, "é comum a toda individualidade a escolha *relativamente* livre (autônoma) dos elementos genéricos e particulares; mas, nessa formulação, deve-se sublinhar o termo *relativamente*".

Assim, no cenário da saúde mental, para a pessoa em sofrimento psíquico, há uma limitação diante das possibilidades de escolhas na criação de seu próprio modo de viver, as quais são barradas por exclusão e discriminação social (SALLES, 2011).

Heller aponta que é na vida cotidiana que se desenvolve a vida humana, por meio das relações sociais entre os homens, articulando-se entre a produção e reprodução social, entre o que é público e o que é privado, lembrando que o homem só pode reproduzir quando assume uma função no contexto social por meio das objetivações que "pressupõe uma ação do homem sob o objeto, transformando-o para seu uso e benefício" (HELLER, 2008; GUIMARÃES, 2002, p.12).

Para Heller, as objetivações envolvem a apropriação dos instrumentos e produtos (tudo o que está à disposição do homem no meio social); costumes (tudo o que é pertinente para o convívio social); e linguagem (possibilitadora da comunicação que funciona como meio de sobrevivência) (GUIMARÃES, 2002).

Pelo fato de os homens nascerem na cotidianidade "assumem como dadas funções da vida cotidiana e as exercem paralelamente", pois existe uma realidade de se construir uma relação com seu meio social como com sua própria experiência vivida (HELLER, 2008, p.38).

Logo, a vida cotidiana é constituída por variáveis que abarcam a regularidade, uniformidade e repetição, possibilitando ordenar a vida e assumindo características que se oferecem como modelo entre os seres vivos, enfatizando que, quando houver transformações nesses modelos, consequentemente, haverá também transformações na vida cotidiana. São permeadas por essas transformações que se estabelecem as

regras e normas, as quais são interiorizadas pelo processo de aprendizagem para que o homem construa uma cooperação mútua e constitua significados para sua adaptação ao meio social (HELLER, 1991).

Assim, conforme citado por Salles (2011) e Guimarães (2002), Heller apropria-se de alguns conceitos para sustentar a teoria do cotidiano, valendo-se, assim, da: heterogeneidade, hierarquia, espontaneidade, analogia, pragmatismo, probabilidade, economicismo, precedentes, ultrageneralização, juízos provisórios, imitação e entonação.

Heller (2008) sustenta que a vida cotidiana é heterogênea porque existem diversos segmentos da atividade humana com diferentes graus de importância e significados, pois, como complementa Salles (2011), essa composição, permeada pelas diversas atividades, se desenvolve no percurso da história individual.

Imersa nessa multiplicidade de esferas de atividades, a vida cotidiana também é compreendida como hierárquica, quando uma determinada atividade assume um lugar central e determinante diante de outras formas de atividades (HELLER, 2008), pois como nos enfatiza Guimarães (2002), não é possível realizar tudo num mesmo tempo, devendo-se selecionar e escolher a consequência das ações.

Outro ponto apontado por Guimarães (2002) como característica da vida cotidiana é a espontaneidade, a qual tem relação com os comportamentos sociais ligada a ações não planejadas e sem considerar consequências no futuro, sendo apontada por Heller (2008) como a característica dominante da vida cotidiana, pois se apresenta nas formas de motivações particulares e/ou públicas.

Uma outra característica da vida cotidiana é a analogia, colocada por Heller (2008) como sendo a classificação de homem contemporâneo a partir de experiências já vividas e/ou conhecidas, sendo possível, num primeiro momento, uma rápida orientação do homem singular para depois compreendê-lo, ou seja, Guimarães (2002, p.17) enfatiza que essa analogia “se manifesta para manter a repetição de um mesmo procedimento”, não considerando uma criticidade nas ações, com comportamentos preestabelecidos e que podem até ser considerados preconceituosos.

Guimarães (2002) refere, também, que o pragmatismo é um conceito pertinente à vida cotidiana, o qual advém de um pensamento empírico com tendência a não refletir e não reproduzir algo que não tenha tido sucesso confirmado na prática, ou seja, não há racionalidade e não necessita de uma teoria para justificar a prática diária.

Nesse sentido, Heller (2008) ressalta que o pragmatismo que acompanha a vida cotidiana tem estreita relação com a fé e a confiança.

A probabilidade é outra característica que percorre a vida cotidiana do homem, pois está atrelada à possibilidade de uma ação e um pensamento de caráter empírico para dar certo ou errado e, dependendo do resultado positivo, esta pode ser repetida ou não (GUIMARÃES, 2002). Como afirma Heller (2008), a probabilidade se dá quando existe relação objetiva entre suas atividades e as consequências delas.

Ainda Heller (2008) refere que a ação que se dá sobre a probabilidade remete ao economicismo da vida cotidiana, que, segundo Guimarães (2002), está relacionado ao fato de não se desperdiçar tempo ou esforços, utilizando dos recursos disponibilizados pela sociedade para facilitar seu uso prático.

Além disso, o uso de procedentes também tem relação com a vida cotidiana, pois possui uma interface com os procedimentos de rotina, ou seja, uma ação automática e/ou repetitiva que se dá a partir de uma ação que precedeu outras (GUIMARÃES, 2002), podendo ser considerada com “maior importância para o conhecimento da situação do que para o conhecimento das pessoas. É um indicador útil para nosso comportamento, para nossa atitude” (HELLER, 2008, p.55).

Há também de se destacar o uso do conceito de ultrageneralização, que é uma característica do cotidiano que se baseia na confiança. “Os juízos ultrageneralizadores são todos eles juízos provisórios que a prática confirma, pelo menos, não refuta, durante o tempo em que, baseados neles, formos capazes de atuar e de nos orientar” (HELLER, 2008, p.53). Entretanto, Guimarães (2002) coloca que a ultrageneralização se dá a partir da ocorrência de uma crença que já aconteceu e tende a se repetir.

Os juízos provisórios podem ser classificados em dois tipos, os ultrageneralizados, que se baseiam na confiança, e os preconceitos, que se baseiam na fé (HELLER, 2008), em que Guimarães (2002) aponta como sendo aqueles que não são sustentados por nenhuma teoria, pois são provenientes de pensamentos empíricos a partir de experiências do cotidiano e da vida social das pessoas.

Sob essa ótica, afirma-se também que “não há vida sem imitação”, pois sem a imitação seria impossível o trabalho e o intercâmbio entre os homens, sendo a mimese a ação possibilitadora de assimilar tudo o que acontece no entorno. A mimese possibilita a relação do indivíduo com o meio social (HELLER, 2008, p.55). Todavia,

Guimarães (2002) ressalta que a mimese pode ser compreendida como a primeira ação do cotidiano, porque as imitações sempre existiram na história da humanidade.

Por fim, outra característica a se considerar é a entonação, referida pelo tom em que a pessoa se coloca perante as relações humanas, configurando-se a partir da comunicação o “tipo de atividade e o pensamento quanto na avaliação dos outros”, fato esse que possibilita a individualidade a cada um (HELLER, 2008). Assim, entonação é, segundo Guimarães (2002, p.15), “a irrepetibilidade da singularidade de cada um”.

É possível afirmar que “não há vida cotidiana sem espontaneidade, pragmatismo, economicismo, analogia, precedentes, juízo provisório, ultrageneralização, mimese e entonação” (HELLER, 2008, p.56), pois Salles (2011) e Guimarães (2002) complementam que todos esses conceitos se articulam entre si e são essenciais para a cotidianidade, no ato de que o homem se reproduz a si e a sua espécie.

Salles (2011) e Guimarães (2002) chamam a atenção para que se tome cuidado com a cristalização dos conceitos descritos anteriormente, de modo a não se voltar para uma alienação, entendendo que a vida cotidiana é um campo propício para uma alienação quando o indivíduo vive uma vida restrita a normas e rotinas, caracterizada por um conformismo, em que o indivíduo assume papéis que são impostos pela sociedade de maneira não consciente.

Para tanto, “a condução da vida supõe, para cada um, uma vida própria, embora, mantendo-se a estrutura da cotidianidade; cada qual deverá apropriar-se a seu modo da realidade e impor a ela a marca de sua personalidade” (HELLER, 2008, p.61).

Dessa forma, podemos entender a teoria da cotidianidade, que se encontra esquematizada na Figura 1 (GUIMARÃES, 2002, p.24):

Figura 1 – Esquema elaborado por Agnes Heller para demonstrar a síntese da teoria da cotidianidade. Fonte: Guimarães (2002, p.24).

Vida cotidiana não alienada ou alienante é o ponto de partida para o desenvolvimento desta pesquisa, de forma que o homem possa apropriar-se da sua realidade e demarcar com sua própria personalidade a condução de sua vida, levando em conta a trama de relações com o meio em que vive (HELLER, 2008). Para Fernandes (2002, p.37), “tudo indica, pela história da humanidade, que a vida associativa é elementar. Desde que nascemos convivemos com a presença do outro na nossa vida [...] Seres humanos [...] [portanto] são absolutamente dependentes uns dos outros”.

Assim, Fernandes (2002) acrescenta que a coletividade imersa nos diversos contextos, dentre eles o histórico, cultural, econômico e social, possibilita o registro da identidade pessoal.

É com base nesses conceitos de cotidiano que revisitamos as ideias de Salles (2011), que afirma que a importância de conduzir a própria vida cotidiana está relacionada aos pressupostos da reabilitação psicossocial, os quais possibilitam a busca de autonomia, autodeterminação, participação social e cidadania de pessoas em sofrimento psíquico, compreendendo o cotidiano como a “chave” para o cuidado em saúde mental, de modo que as pessoas possam viver em sociedade sem perder a sua particularidade.

Enquanto a Reabilitação Psicossocial tem como premissa possibilitar a inserção social da pessoa com transtorno mental por meio de um tratamento ampliado e ações comunitárias (AMARANTE, 2007), a teoria de Agnes Heller evidencia que a vida cotidiana acontece nas produções e trocas de âmbito social entre as pessoas, destacando que essa inserção do indivíduo se constitui em uma trama de relações sociais nas diferentes atividades do dia a dia (HELLER, 2008).

Deve-se atentar que essa concepção de reabilitação é de um indivíduo que seja ativo, o qual não se coloca refém e passivo às adaptações do meio em que vive (FIORATI; SAEKI, 2011), fazendo destaque aqui à própria organização de sua vida cotidiana a partir das áreas ocupacionais apontadas neste estudo, as quais não acontecem de forma isolada e/ou fragmentada, mas sim de maneira simultânea em consonância com as reais necessidades pautadas nas práticas sociais e produções de vida.

Nesse sentido, diante do objetivo desta pesquisa, que é investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares, cabe enfatizar a importância em relacionar essas duas teorias.

Por ser esta uma pesquisa que se insere em preceitos de análise predominantemente qualitativos, com o envolvimento das percepções de usuários e seus familiares, os referenciais da reabilitação psicossocial e da teoria do cotidiano de Agnes Heller se complementam, tornando-se adequados e complementares para a compreensão do objeto do estudo.

3.2. Participantes do estudo

Este estudo foi composto por amostras de quarenta participantes: vinte usuários e um familiar de cada usuário de serviços de saúde mental denominados de Centros de Atenção Psicossocial do tipo II do Departamento/Direção Regional de Saúde de Piracicaba (DRS-X).

Vale ressaltar que a família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores e conhecimentos do indivíduo e que, em geral, quando um indivíduo adoece, toda a família sofre e sente as consequências do momento vivenciado (ELSEN, 2002).

O número de usuários e familiares dos serviços de saúde mental (CAPS II) dos municípios incluídos na coleta de dados foram dez de cada município, sendo cinco usuários e cinco familiares, indicados pelos profissionais dos serviços selecionados conforme critérios de inclusão.

Para a seleção dos usuários e familiares, o pesquisador realizou cerca de duas reuniões prévias com os profissionais de cada serviço, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa, garantindo que os participantes tivessem condições para compreender e responder às questões.

Foi solicitado que se excluíssem aqueles usuários que tivessem como diagnóstico principal o uso de álcool e/ou outras drogas, ou seja, deveriam ser priorizados aqueles que tivessem como diagnóstico de base algum transtorno psicótico. O familiar de cada usuário mencionado foi selecionado pelo próprio usuário por esse ser a pessoa mais envolvida ou responsável quanto ao seu tratamento. Todos aceitaram participar da pesquisa.

3.2.1. Critérios de inclusão

1) Usuários que residiam no município e que estavam em acompanhamento e/ou tratamento no serviço especializado de saúde mental (CAPS II) há pelo menos um ano, com discurso organizado, que não estavam em surto e/ou crise psicótica, conscientes e preservados no espaço e tempo, capazes de compreender e responder às questões, podendo participar da entrevista.

2) Familiares de usuários do serviço especializado de saúde mental (CAPS II) que residiam no município, com discurso organizado, consciente e preservado no

espaço e tempo, capazes de compreender e responder às questões, podendo participar da entrevista.

3.3. Locais do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em serviços especializados de saúde mental de um Departamento/Direção Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo.

Para tanto, foi elencada a DRS-X, por ser a regional de cidades onde trabalhou e pertence o pesquisador.

A DRS-X é composta pelos municípios de: Águas de São Pedro, Analândia, Araras, Capivari, Charqueada, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Elias Fausto, Engenheiro Coelho, Ipeúna, Iracemápolis, Itirapina, Leme, Limeira, Mombuca, Piracicaba, Pirassununga, Rafard, Rio Claro, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Cruz da Conceição, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra e São Pedro (BRASIL, 2006).

Foram selecionados para esta pesquisa os serviços de saúde mental denominados CAPS II, os quais foram descritos anteriormente, sendo esses serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, tendo como responsabilidade o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, por meio da oferta de atendimentos individuais e grupais com atividades diversificadas, onde a família faz parte fundamental do tratamento (BRASIL, 2002b).

Dessa forma, o CAPS II foi escolhido pelo pesquisador por ser aquele considerado adequado para as cidades de médio porte e/ou complexidade, excluindo os do tipo I (cidades muito pequenas e com atendimento realizado apenas em horário comercial) e também os do tipo III (aquele que realiza algum tipo de internação), pois se ressalta que o foco deste trabalho é investigar as ações cotidianas dos usuários dos serviços de saúde mental nas condições de independência e autonomia.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde–CNES (2016), as cidades da DRS-X que possuem CAPS II serão apresentadas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Municípios da DRS-X que possuem CAPS II de acordo como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CIDADES	CAPS I	CAPS II	CAPS i II	CAPS ad II	CAPS III	TOTAL
ÁGUAS DE SÃO PEDRO	0	0	0	0	0	0
ANALÂNDIA	0	0	0	0	0	0
ARARAS	0	1	0	0	0	1
CAPIVARI	0	1	0	1	0	2
CHARQUEADA	0	0	0	0	0	0
CONCHAL	0	0	0	0	0	0
CORDEIRÓPOLIS	1	0	0	0	0	1
CORUMBATAÍ	0	0	0	0	0	0
ELIAS FAUSTO	0	0	0	0	0	0
ENGENHEIRO COELHO	0	0	0	0	0	0
IPEÚNA	0	0	0	0	0	0
IRACEMÁPOLIS	0	0	0	0	0	0
ITIRAPINA	0	0	0	0	0	0
LEME	1	0	1	0	0	2
LIMEIRA	0	1	0	1	0	2
MOMBUCA	0	0	0	0	0	0
PIRACICABA	0	1	0	0	0	1
PIRASSUNUNGA	1	0	1	1	0	3
RAFARD	0	0	0	0	0	0
RIO CLARO	0	0	1	1	1	3
RIO DAS PEDRAS	1	0	0	0	0	1
SALTINHO	0	0	0	0	0	0
SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO	0	0	0	0	0	0
SANTA GERTRUDES	1	0	0	0	0	1
SANTA MARIA DA SERRA	0	0	0	0	0	0
SÃO PEDRO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	4	3	4	1	17

Fonte: DATASUS (2016).

Desse modo, realizar-se-á a pesquisa em quatro cidades que possuem CAPS IIda DRS-X: Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba.

3.3.1. Caracterização dos locais do estudo

Os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes: espaço de acolhimento; salas de atendimento individualizado; salas de atividades coletivas; espaço interno de convivência; sanitários públicos, adaptados para pessoas com necessidades especiais; posto de enfermagem; farmácia; sala de aplicação de

medicamentos (sala de medicação); quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com duas camas), com banheiro contíguo; quarto de plantão (sala de repouso profissional), com banheiro contíguo; banheiro com vestiário para funcionários; sala administrativa; sala de reunião; almoxarifado; arquivo; refeitório; cozinha; sala de utilidades; área de serviços; depósito de material de limpeza (DML); rouparia; abrigo externo de resíduos comuns; área externa para embarque e desembarque; área externa de convivência; e abrigo/espaço destinado ao abrigo de botijão de gás (GLP)(BRASIL, 2015).

Todos os serviços a serem descritos a seguir estão localizados em municípios brasileiros, no interior do estado de São Paulo, que compreendem segundo Brasil (2015; 2002b), uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes e que realiza atendimento diário para adultos com transtornos mentais, severos e persistentes.

Assim, para uma melhor compreensão do território que compreende a DRS-X, será apresentada uma tabela com o mapa que corresponde à DRS-X e sua localização pontual no estado de São Paulo, com os respectivos municípios da pesquisa (Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba) em destaque vermelho.

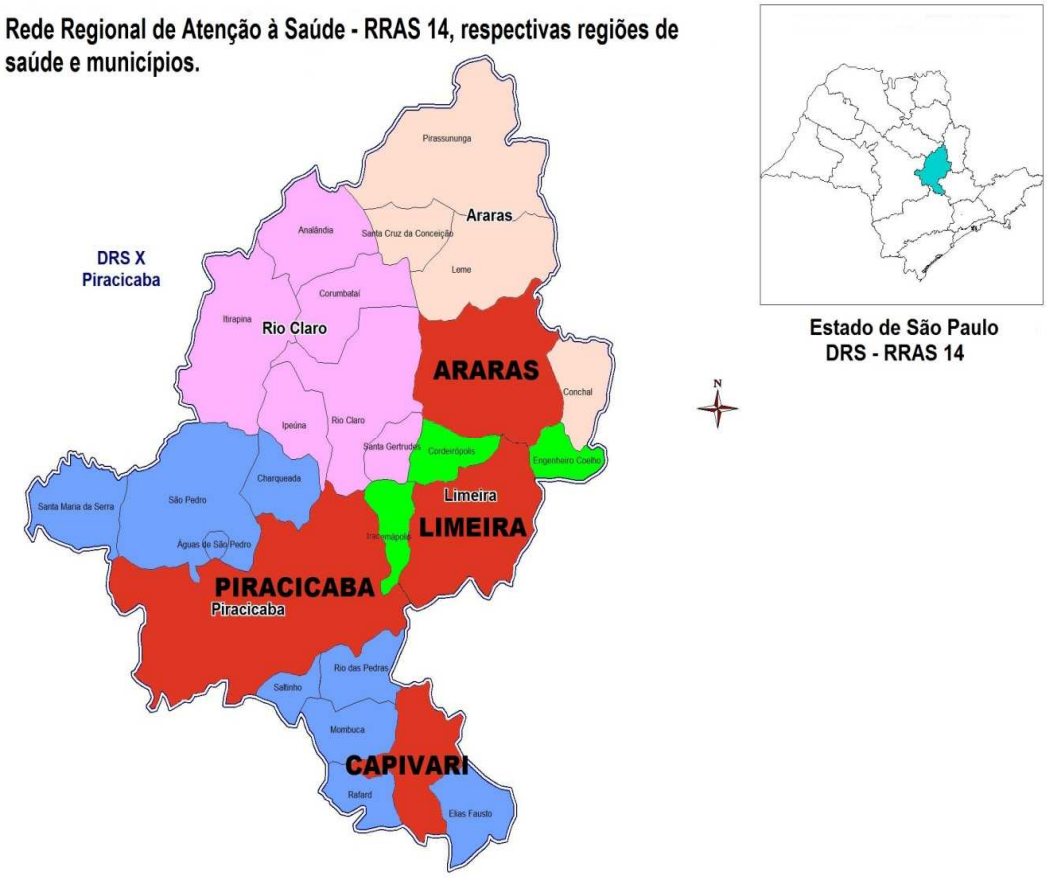

Figura 2 – Mapa da DRS-X com a discriminação dos respectivos municípios da pesquisa. Fonte: Governo do Estado de São Paulo (2016).

Cada serviço tem um modo particular e singular de relatar a sua dinâmica. Assim, os dados foram compilados a partir de relatos dos profissionais dos respectivos serviços, dentre eles, dos coordenadores, dos *sites* municipais das respectivas prefeituras, do *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além das observações do pesquisador, que complementaram as informações pertinentes a cada dispositivo.

Município de Araras (SP)

É um município brasileiro do estado de São Paulo, pertencente à região oeste e microrregião de Limeira, distando da capital em 174km, segundo dados contidos no *site* oficial da Prefeitura Municipal de Araras (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAS, 2016).

De acordo com a contagem do IBGE (2016), a população de Araras no ano de 2010 era de 118.843 habitantes, com a estimativa para 130.102 habitantes para o ano de 2016.

Em se tratando de fonte de renda deste município, vale pontuar que a cafeicultura alavancou o desenvolvimento da região, entretanto, no início do século XX, a cidade iniciou a atividade que atualmente ainda movimenta grande parte da cidade: a monocultura de cana-de-açúcar. Inicialmente, o cultivo era voltado para a produção de açúcar, mas hoje a maior parte das colheitas é destinada à produção de etanol (álcool combustível). A cidade de Araras conta com a instalação da primeira fábrica da Nestlé no Brasil no ano de 1921. Sendo assim, de modo geral, a fonte renda de Araras é distribuída em 64% ao comércio e serviços, 32% a indústria e 4% a agropecuária (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAS, 2016).

De acordo com os profissionais da equipe do CAPS II, a rede municipal de saúde de Araras oferece atendimento em medicina preventiva, curativa, atendimentos de urgência e emergência, além de assistência pré-hospitalar. É dotada de unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Especialidades. Já os serviços especializados de saúde mental do município compreendem: um Ambulatório de Saúde Mental, um CAPS II, um CAPSad para atendimentos de usuários dependentes de Álcool e outras Drogas e três Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

O serviço que é denominado de CAPS II “Idalina Corredor Victorello”, o qual faz parte deste estudo, existe há dez anos e foi inaugurado em 28 de setembro de 2006. Funciona de segunda-feira à sexta-feira das 7h às 16h e, de acordo com a equipe, possui uma boa articulação com toda a rede de saúde do município de Araras, que, mesmo de maneira lenta, está sempre tentando se comunicar e executar um trabalho coerente às demandas e necessidades de seus munícipes.

A localização do CAPS II é em um bairro que favorece o acesso a todos os usuários, contando com uma média de 256 usuários atendidos mensalmente, tendo inscritos um total de 1.503 usuários no serviço. Vale pontuar que o número de usuários atendidos diariamente oscila, dependendo da demanda e quadro clínico específicos.

A demanda do CAPS II é constituída, em sua maioria, de usuários psicóticos, havendo menor quantidade de usuários com comorbidades sob uso de drogas. A participação de familiares no tratamento não é significativa, porém, os profissionais do

serviço oferecem orientações direcionadas aos contratos terapêuticos e nos papéis de referências para que estes possam integrar e auxiliar no tratamento.

A equipe é composta por um assistente social, dois enfermeiros, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

O espaço físico é constituído por uma recepção, uma cozinha, uma sala para reuniões de equipe, três salas de atendimento (uma delas em divisa com o refeitório), um consultório, um posto de enfermagem, três banheiros e uma área externa.

As atividades realizadas no CAPS são: grupos terapêuticos, atendimentos individuais, orientações familiares e com a rede e oficinas terapêuticas (jardinagem, jornal, culinária, bingo, caminhada e alongamento, horta, artesanato, futebol, utilização de recursos da comunidade e cuidados pessoais).

É importante ressaltar que as grandes dificuldades desse dispositivo são os espaços muito reduzidos (com área inadequada e descuidada), equipe reduzida, adesão ao tratamento de alguns usuários, falta de adesão dos familiares no tratamento e contrato terapêutico desses usuários.

Conforme a coordenadora do CAPS II, a supervisão institucional é algo que seria de extrema importância para todos os envolvidos no trabalho de saúde mental, no entanto, esse recurso não é viabilizado devido a dificuldades burocráticas e financeiras.

Aponta-se, também, que existe dificuldade para conseguir formas de fomentar a adesão dos familiares e assumir alguns casos limítrofes que não seriam pertinentes ao CAPS II.

No entanto, para os profissionais, todo o trabalho executado e a abordagem são centrados no que é proposto pelo CAPS II. São destacados como pontes fortes nesse serviço: coesão da equipe, adaptabilidade dos profissionais diante das demandas, perfil adequado desses profissionais, médico presente diariamente e a construção de três serviços de residências terapêuticas.

Município de Capivari (SP)

De acordo com o censo do IBGE (2016), sua população total era de 48.576 habitantes no ano de 2010, sendo distribuídos 45.904 na área urbana e 2.672 na área rural. A estimativa para o ano de 2016é de 53.731 habitantes.

Capivari é um município brasileiro do estado de São Paulo que pertence à mesorregião e também microrregião de Piracicaba, distando 108km da capital de São Paulo. De tradição agrícola, o município foi um importante centro de produção de cana-de-açúcar, café e chá. Em meados de 1850 a principal fonte de renda provinha do imposto sobre a venda de aguardente, sendo que a produção canavieira é, até hoje, a base da economia que conta com o rendimento das indústrias instaladas em seu território. Há uma usina de açúcar e álcool e indústrias nos ramos de metalurgia, vidro, fibrocimento, têxtil para a linha automotiva, esportiva e de decoração (PREFEITURA DE CAPIVARI, 2016).

A cidade está em uma fase de transição, com investimentos em tecnologia realizados pelo governo municipal, porém, a cana-de-açúcar ainda é considerada como a maior fonte de renda.

O município de Capivari está inserido na DRS-X, fazendo parte do colegiado de Piracicaba, que é formado por onze municípios: Capivari, Piracicaba, São Pedro, Elias Fausto, Mombuca, Rafard, Santa Maria da Serra, Charqueada, Águas de São Pedro, Saltinho, Rio das Pedras (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2016).

Capivari é composta pelos seguintes serviços de saúde: uma Santa Casa de Misericórdia e seis Unidades Básicas de Saúde (sendo cinco Programas de Saúde da Família (PSFs) e uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre esses serviços, estão no contexto da saúde mental: um Ambulatório de Saúde Mental, um CAPS II e um CAPS ad.

Vale ressaltar que, de acordo com os profissionais, no dia 8 de abril de 2006, foi inaugurado, em Capivari, o primeiro CAPS II, nomeado “Reviver”. Esse serviço assume o atendimento da população de algumas cidades de sua macrorregião, dentre elas: Capivari (53.731 habitantes), Elias Fausto (17.241 habitantes), Rafard (9.030 habitantes) e Mombuca (3.456 habitantes), conforme dados do IBGE estimados para o ano de 2016.

Os profissionais do CAPS II referem que existe um direcionamento rumo ao fortalecimento da articulação entre os diversos equipamentos e atores do município por meio de uma reunião mensal da rede de saúde.

É importante referir que o CAPS II atende uma média diária de 50 usuários, sendo estes, em sua maioria, indivíduos com transtornos mentais graves e usuários de substâncias psicoativas, sendo estes últimos encaminhados para o CAPS ad.

O CAPS Reviver está localizado em local de fácil acesso, situado no centro da cidade, ao lado do terminal rodoviário.

A equipe que compõe o serviço é formada por: uma coordenadora, três psicólogas, um estagiário de psicologia, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma estagiária de serviço social, quatro oficineiras, um educador físico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma recepcionista, um agente de saúde, uma ajudante de limpeza e dois motoristas.

Toda equipe constrói, juntamente com os usuários, os projetos e propostas de funcionamento do serviço, respeitando as necessidades singulares do público-alvo.

Nesse serviço são desenvolvidas as seguintes atividades: oficinas de arte-terapia, grupos terapêuticos, atendimentos individuais, oficina no território, triagens, passeios, assembleias, grupo de atividade física, oficina de música, festas temáticas, grupo de família, vídeo-terapia e visitas domiciliares.

Esse serviço realiza mensalmente grupos de família, porém, a adesão desses familiares na participação do tratamento ainda é uma preocupação dos profissionais, embora todo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) tenha uma articulação com o familiar.

Todo espaço físico que abrange o CAPS II é composto por: três salas de oficina, uma sala de vídeo-terapia, uma sala de grupo, um almoxarifado, um banheiro feminino e um banheiro masculino, um espaço de convivência coberto e um espaço de convivência sem cobertura, uma horta, um refeitório, uma sala de enfermagem, uma cozinha, uma sala de coordenação, duas salas de atendimento e uma recepção.

Algumas dificuldades apontadas pelos profissionais da equipe são: falta de suporte de outros setores no cuidado dos usuários, falta de recursos materiais permanentes, falta de recursos humanos e supervisão, falta de estrutura de rede, como, por exemplo, um Centro de Convivência ou outros espaços sociais.

Os pontos fortes do CAPS Reviver estão centrados: no acolhimento, na responsabilização da equipe com os usuários e familiares, na construção de PTS com usuários e familiares com o objetivo de envolver o maior número de familiares na construção destes, sendo esse processo uma estratégia enriquecedora para técnicos, familiares e principalmente os usuários.

Existe apoio por parte de DRS-X e vários projetos já aprovados pelo Ministério da Saúde, para os quais estão sendo viabilizados recursos financeiros para capacitação da rede e das equipes de Saúde Mental.

De acordo com os profissionais da equipe, embora o serviço apresente aspectos positivos, há necessidade de potencializar o trabalho de matriciamento para que a Atenção Básica esteja preparada para acolher os usuários com demanda de saúde mental, com possibilidades de maximização de recursos territoriais e um trabalho de portas de saída para espaços de convivência. Existem dificuldades em lidar com alta do setor, visto que a cidade não possui outros espaços para inserção social.

Reforça-se que são compreendidos como pontos positivos: a localização do CAPS, que é em região central da cidade, e o amplo espaço desse serviço.

Município de Limeira (SP)

De acordo com o IBGE (2016), Limeira é um município brasileiro situado no Centro-Leste do estado de São Paulo e está localizado a 145km a noroeste da cidade de São Paulo. Sua população era de 276.022 habitantes no ano de 2010, com estimativa de 298.701 habitantes para o ano de 2016.

Com base nos dados do *site* oficial da prefeitura municipal e relatos dos profissionais do CAPS II, Limeira é considerada uma cidade industrializada, tendo forte setor comercial e de serviços (ramo forte em fábrica e comercialização de joias). Atualmente, o setor de joias folheadas a ouro tem tido lugar de destaque por sua grande importância para a cidade. A produção dessas empresas responde por quase metade da produção do setor no Brasil e é exportada para todo o mundo, atraindo compradores de vários locais. Essa expansão do setor de joias cria uma grande demanda por mão de obra. Na agricultura a cidade possui maior visibilidade com a laranja e a cana-de-açúcar (PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA, 2016).

Para a coordenadora do CAPS II, a missão da Secretaria de Saúde do Município de Limeira (SP) é atuar de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS por meio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde da população; ações de vigilância epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador; a assistência farmacêutica; imunobiológicos e outros insumos; a prestação de serviços de urgência e emergência; a realização de campanhas de esclarecimentos, contribuindo para a melhoria da saúde da população.

Sendo assim, destaca-se que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Limeira se constitui em:

- Rede Cegonha (RC), que é uma estratégia do Ministério da Saúde e tem por finalidade assegurar às mulheres o direito a uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, prestando assistência à criança em todas as fases de desenvolvimento. Acontece nos Centros da Saúde da Família (CSFs), Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM) e Hospitais Santa Casa e Humanitária.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora que advém de uma estratégia do Ministério da Saúde que busca articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso, com atendimento humanizado e integral aos usuários.

Assim, a rede de saúde do município de Limeira está organizada da seguinte forma: 30 Centros de Saúde da Família; três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas; um Pronto Atendimento Infantil, dois Hospitais Gerais e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Em se tratando de RAPS, esta se deu a partir da necessidade de reorganizar a assistência psiquiátrica, envolvendo a ampliação e qualificação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação e ações de prevenção e redução de danos. No Município de Limeira (SP), a RAPS está organizada da seguinte forma: ações de promoção e prevenção nos CSFs, Ambulatório de Saúde Mental “Dr. Fernando Regis Dantas”, que está em funcionamento desde 1990 e presta atendimento a crianças, adolescentes, adultos e idosos que estejam apresentando dificuldades afetivas psíquicas, familiares e/ou sociais que podem interferir no desenvolvimento, comprometer a convivência e o

desempenho escolar e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS II (Atendimento a Adultos), CAPS-ad (Álcool e Drogas) e CAPS-i (Infantil).

A Rede de Atenção às Doenças e às Condições Crônicas, no Município de Limeira (SP), corresponde em: CAPS-ad como referência do Programa Nacional de Tabagismo, que está sendo ampliado para os CSFs; Associação Limeirense Contra o Câncer (ALICC) e Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM), que compreende serviços de saúde que oferecem tratamento ao Câncer. Nesse sentido, enfatiza-se que os CSFs acompanham e tratam os casos de Hipertensão e Diabetes e outros dispositivos como a Policlínica e Ambulatório de Especialidades (AME) que acompanham os casos de doenças crônicas.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, no Município de Limeira (SP), está organizada em: Centro do Idoso que oferece atendimento ao idoso; atendimentos odontológicos para pessoas com deficiência com parceria com os CAPS; e Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), que oferece atendimento domiciliar à população.

É possível referir que existe uma melhora crescente na articulação entre os serviços do Município a partir da nova gestão política, sendo que no final do ano de 2015 aconteceu um encontro intersetorial, fator que acarretou no avanço e desenvolvimento de melhorias de diversos setores.

Vale ressaltar que o CAPS II, local que se realizou este estudo, foi inaugurado em março de 2009, existindo já a sete anos com funcionamento de segunda-feira à sexta-feira das 7h às 17h. Esse serviço conta com uma variação de usuários atendidos, tendo em média um total de 170 usuários atendidos semanalmente, os quais passam por consultas médicas, terapias, oficinas e outras atividades.

Atualmente, o CAPS II conta com 15 usuários atendidos na modalidade intensivo, 30 usuários na modalidade semi-intensivo, 21 na modalidade não intensivo e 12 na condição de uso de substância psicoativas. Cabe enfatizar que a maior demanda atendida nesse serviço é direcionada aos casos de psicoses.

O serviço conta com uma equipe composta por um médico psiquiatra, uma enfermeira especialista em saúde mental, duas psicólogas, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um assistente administrativo, um auxiliar de serviços gerais, perfazendo, assim, um total de oito profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental.

O CAPS mudou de endereço recentemente, passando para o centro da cidade. Tal mudança acerca da localização já vinha sendo discutida pelos profissionais da equipe, no intuito de funcionar como ponto estrategista na realização das atividades de reinserção social e acessibilidade para todos os usuários. Essa mudança também foi necessária para que a capacidade para acolhimentos e atendimentos dos munícipes de Limeira pudesse ser ampliada.

Ressalta-se que em sua estrutura o CAPS conta com duas salas para atendimentos individuais, uma sala de enfermagem, quatro salas grupais, um refeitório, uma sala de espera, uma cozinha para usuários e uma cozinha da equipe.

Um importante fator a ser destacado no serviço é a participação e inclusão dos familiares nos atendimentos individuais (acompanhamento de consultas médicas e de enfermagem, elaboração do projeto terapêutico); atendimentos grupais (grupo de família Café e Prosa, assembleias, festas comemorativas e passeios).

As atividades que são desenvolvidas no serviço compreendem: oficina de pintura em tela, cinemateca, grupo de saúde do homem, oficina de beleza, oficina de sabonete artesanal, oficina de jogos, oficina de pintura em pano de prato, assembleia, grupo de família, medicação assistida no CAPS e CSFs, passeios, festas comemorativas, reuniões de equipe, educação permanente, articulação com a rede, visitas domiciliares, busca ativa, exames de rotina, acompanhamento clínico, acompanhamento odontológico e próteses, esporte, acompanhamento nutricional.

No momento, as dificuldades encontradas pelo serviço são: contratação de mais recurso humano (atualmente em tramitação), aumento na capacidade da oferta de atendimento aos usuários para acolhimento integral e desempenho de uma função mais efetiva desse serviço como regulador e articulador com a rede.

A partir desse contexto, a falta de recursos humanos impossibilita o aumento na capacidade de atendimento e acolhimento integral, necessitando, também, uma supervisão técnica para que avance nos acompanhamentos de casos mais graves e complexos.

Sob a perspectiva dos profissionais do CAPS II, observa-se que, em termos práticos, esse serviço de saúde precisa de maiores investimentos, pois muitas vezes fica restrito ao burocrático. Há a necessidade de supervisão técnica, projetos mais efetivos de geração de renda, incentivos e gratificações para a equipe de saúde

mental e mais cursos acessíveis de formação e especialização para os profissionais da área.

Em contrapartida, o serviço apresenta algumas potencialidades, como um trabalho em equipe integrado que possibilita um olhar atento e de qualidade no atendimento dos usuários com transtorno mental grave e persistente, possibilita ainda a criação de vínculos positivos e a participação dos usuários em todas as decisões do gerenciamento do CAPS.

Município de Piracicaba (SP)

De acordo com o IBGE (2016), o município de Piracicaba apresentou uma população de 364.571 habitantes para o ano de 2010, sendo considerado o 17º mais populoso do estado e o mais populoso da Mesorregião de Piracicaba, apresentando uma densidade populacional de 266,43 habitantes por km. Segundo o mesmo censo, 178.538 habitantes eram homens e 186.334 mulheres, sendo que 355.136 habitantes viviam na zona urbana e 9.736 na zona rural. Conforme estimativa para 2016, a população é de394.419 habitantes.

É importante referir que Piracicaba pertence à mesorregião e microrregião de Piracicaba, localizando-se a noroeste da capital do estado, distando desta em aproximadamente 164km. O município apresenta índices de desenvolvimento positivos com apostas na biotecnologia e produtos de exportação. No ano de 2012, Piracicaba era considerado um dos maiores polos de produção sucroalcooleira do mundo, além possuir um importante centro industrial e diversas universidades de renome. A chegada da fábrica da Hyundai, gerou milhares de empregos, possibilitou ampliação na participação no setor industrial, passando a ser uma das mais significativas no interior do Estado de São Paulo (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA, 2016).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMS) de Piracicaba é o órgão ligado de forma direta à Prefeitura do Município de Piracicaba e tem por função a manutenção e funcionamento do SUS, assim como a criação de políticas, programas e projetos que visem à saúde municipal.

Quanto aos serviços que compõem a rede de saúde do município, a coordenadora do CAPS II destaca que, no ano de 2009, Piracicaba possuía 241

estabelecimentos, dentre eles: hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos.

Para emergências a cidade conta com quatro Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Central de Ortopedia e Traumatologia (COT).

Dentre os serviços de apoio, são alguns exemplos: o Hospital Dia (HD), a Central de Fisioterapia Municipal, o Serviço Integrado de Transportes da Secretaria da Saúde (SITSS), a Vigilância Sanitária (VISA), a Vigilância Epidemiológica e a Coordenadoria em Programas de Alimentação e Nutrição (CPAN).

Fazem parte também dos serviços de atenção básica presentes em Piracicaba: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Programa de Saúde da Família (PSFs).

Quanto aos serviços de saúde mental, estes compreendem: um CAPS II, três Ambulatórios de Saúde Mental, uma Casa de Oficinas (ligada ao empreendedorismo de Geração de Renda), uma Residência Terapêutica Masculina, um Ambulatório Infanto-Juvenil e um Ambulatório para usuários de Álcool e outras Drogas (AD).

O CAPS II foi inaugurado no ano de 1998, ainda como Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM) e apenas no ano de 2001 como CAPS II “Bela Vista”.

De acordo com a coordenadora do CAPS II, os serviços de saúde mental possuem uma boa articulação com os Departamentos e Setores de Educação, Cultura, Serviços de Desenvolvimento Social (SENDS), PSFs, UBSs, entre outros. É um serviço que funciona de segunda-feira à sexta-feira das 7h às 18h.

O CAPS II “Bela Vista” é composto por uma equipe que compreende: uma coordenadora (que também é psicóloga), três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois terapeutas ocupacionais, três psicólogos, uma assistente social, quatro médicos, uma professora de artes plásticas, dois estagiários de psicologia, um voluntário e três auxiliares de limpeza. A recepção é revezada pelos profissionais de enfermagem.

O número total de cadastrados que frequentam o serviço é de 1.450 usuários, sendo que destes 450 possuem referência técnica nesse serviço. Estima-se que são atendidos, diariamente, em consulta médica, um montante de vinte a trinta usuários e recebem atendimento intenso, aproximadamente, trinta e cinco usuários, que passam por terapias e participam de atividades.

É importante pontuar que o CAPS é um dispositivo que está localizado em um ponto estratégico do município, de fácil acesso para os usuários, por meio de transporte público ou privado.

As demandas mais significativas são: psicoses, esquizofrenias e transtornos do humor, sendo que a clientela para demanda de álcool e outras drogas não fica tão evidente, fato que segundo a coordenadora desse serviço, pode justificar a existência de um serviço específico para essa clientela.

O espaço físico compreende: uma área externa, uma quadra poliesportiva, quatro dormitórios com suítes (sendo que para esses quatro dormitórios existe uma cozinha noturna, que ainda não está em funcionamento), uma sala de plantonista noturno (ainda não funciona) e um almoxarifado noturno (ainda não funciona), uma sala de plantão para realização de acolhimentos, uma sala de enfermagem, duas salas para a realização de consultas médicas, uma sala da Coordenadoria Geral, uma sala administrativa, um almoxarifado, três salas de grupos, uma sala de Terapia Ocupacional, uma sala de artes plásticas, uma copa para funcionários, uma copa/cozinha para usuários, uma sala de higiene e beleza, um depósito, seis banheiros, dois banheiros com acessibilidade, uma sala multimídia, uma recepção e um jardim.

É importante ressaltar que os familiares recebem atendimentos em grupos, porém, a adesão ainda é pequena. Existe a perspectiva de prolongar o período de funcionamento desse serviço na tentativa de resgatar uma população maior de familiares dos usuários.

As atividades desenvolvidas no serviço são distribuídas atualmente em: confecção de mandala, informática, equoterapia, caminhada, oficina de beleza, corte e cabelo, jogos, artesanato, atividade expressiva, passatempo e informação, assembleia, atividade de leitura, expressão artística, bingo, expressão corporal, grupo de jornal, sessão de cinema, visita domiciliar e karaokê.

Conforme relatos da coordenadora desse serviço, existem algumas dificuldades devido à falta de especificidade ou formação dos profissionais pelo fato de eles serem provenientes de concurso público, o que caracteriza dificuldades políticas enviesadas por entraves de visão estritamente política. Existe, também, a falta ou restrição de serviços de emergência em saúde mental e a falta de incentivos

financeiros, com a liberação de horas para a realização de cursos de especialização ou formação para os profissionais do serviço.

Embora já exista uma reestruturação do serviço com melhorias físicas, estruturais, dinâmicas e de recursos humanos, segundo a coordenadora, esse serviço apresenta também potencialidades por ser considerado como “de portas abertas”. Um exemplo seria o fato de não existir, atualmente, uma lista de espera, pois tem havido aceleramento e efetividade nos atendimentos.

3.4. Procedimentos éticos

A investigação respeitou os princípios bioéticos postulados na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que delimita as diretrizes das pesquisas que envolvem seres humanos.

Antes do início da coleta de dados, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e aprovada em sua 182ª Reunião Ordinária, realizada em 4 de junho de 2014 sob o protocolo CAAE: 31298914.8.0000.5393 (ANEXO A) com alterações analisadas e consideradas aprovadas *ad referendum* pelo mesmo Comitê de Ética em Pesquisa e mesmo protocolo, em 2 de maio de 2016(ANEXO B).

No primeiro contato com os participantes, foram explicados os objetivos e a metodologia. Ficou pontuada a liberdade em participar ou não da pesquisa e o direito de se retirar caso desejasse, com garantia de sigilo e anonimato aos participantes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B) foi lido antes do início das entrevistas e assinado, em seguida, pelo pesquisador e por aqueles que aceitaram participar do estudo. Esse documento foi elaborado em duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador.

3.5. Procedimentos para a coleta de dados

O desenvolvimento da pesquisa com vistas à coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2014, incluindo o teste piloto. A coleta de dados teve início no mês de julho de 2014 e término no final do mês de agosto do mesmo ano.

Como descrito anteriormente, para a seleção dos usuários e familiares, o pesquisador realizou cerca de duas reuniões prévias com os profissionais de cada serviço, a fim de investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares.

Para a coleta dos dados, foram utilizados: questionários sobre os dados sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas e observação do participante com anotações em diário de campo. Os usuários e familiares foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi agendada a entrevista individual.

Inicialmente, foi aplicado um breve questionário de dados sociodemográficos aos usuários do serviço de saúde mental que participaram da pesquisa (APÊNDICE C), contendo perguntas sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, fonte de renda, com quem vivia atualmente, número de pessoas no domicílio, tipo de moradia, se era sua primeira admissão no serviço de saúde mental, há quanto tempo esse serviço, qual o diagnóstico, número de internações psiquiátricas anteriores, data da última internação, se tinha algum outro problema de saúde e, se sim, onde era atendido por esse problema.

Para os familiares dos usuários dos serviços de saúde mental que participaram da pesquisa também foi aplicado um questionário breve sobre os dados sociodemográficos (APÊNDICE D), contendo perguntas sobre idade, sexo, estado civil, parentesco com o familiar atendido, escolaridade, ocupação, fonte de renda, com quem vivia atualmente, número de pessoas no domicílio e tipo de moradia.

Vale ressaltar que alguns dados sociodemográficos dos usuários dos serviços de saúde mental que não foram contemplados nas entrevistas puderam ser obtidos por meio da base do Banco de dados do Sistema Único de Saúde, Portal do DATASUS (2016), e/ou base de dados dos respectivos serviços (planilhas, arquivos, fichas de acolhimento e de encaminhamento e/ou prontuários).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para os usuários (APÊNDICE E) e familiares dos usuários de saúde mental (APÊNDICE F), com perguntas sobre as categorias de autocuidado, produtividade e lazer com uma compreensão a partir de interações entre a pessoa, o ambiente/contexto e suas ocupações.

Segundo Triviños (2008), a entrevista semiestruturada tem a vantagem de ser realizada na presença do pesquisador, o que favorece o surgimento e identificação de pontos escuros, regiões de conflitos e divergências no interior do grupo, os quais possivelmente não se evidenciariam se a entrevista fosse completamente estruturada.

Essa técnica de coleta permite, também, ao pesquisador explorar informações e dados que não se apresentam em observação direta ou pesquisa bibliográfica, como sentimentos, pensamentos e intenções, ou seja, os dados subjetivos (BONI, QUARESMA, 2005; NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004).

Todas as entrevistas foram realizadas em local (próprio CAPS) e horário de acordo com a disponibilidade de cada participante, quando se garantiu o sigilo e ininterrupções. Elas foram gravadas em áudio digital com posterior transcrição integral, formando um *corpus* de informação (MINAYO, 2008).

O orçamento da pesquisa referente a gastos com materiais de escritório (folhas de sulfite A4 e canetas esferográficas), gravadores e deslocamento com viagens para a realização da coleta de dados foi possibilitado com financiamento próprio.

3.6. Organização dos dados empíricos

É importante ressaltar que, antes de proceder à ordenação dos dados e após a coleta de dados, foi realizada a transcrição literal (na íntegra) das 40 entrevistas referentes aos usuários e seus familiares, constituindo-se, assim, um texto para análise.

Após a realização das transcrições das entrevistas, estas foram lançadas na base de dados do *software* HyperRESEARCH – Qualitative Analysis Tool, versão 2.8.3, para que pudessem emergir eixos de análise.

Assim, surgiram três eixos de análise, os quais foram originados a partir das entrevistas com base nos respectivos objetivos presentes na realidade investigada.

Para tanto, cada eixo temático foi analisado utilizando-se da técnica do DSC, que permite a apresentação da opinião de uma coletividade por meio de um único discurso, dando ênfase a cada depoimento analisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

De cada eixo de análise emergiram categorias, ou seja, Ideias Centrais (IC) sínteses, originadas das ICs semelhantes ou complementares, as quais aparecem com maior veemência em cada um dos três eixos e se sobressaíram a partir da

representatividade das respectivas expressões chaves (ECH) dos depoimentos, resultando, assim, num total de vinte categorias:

EIXO 1 – Sentidos e significados do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários:

•**Categoria 1** – Avida cotidiana atravessada pelo sofrimento psíquico.

EIXO 2 – Implicações do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários sob a perspectiva das áreas ocupacionais (autocuidado, produtividade e lazer):

•**Categoria 1** – Sofrimento Psíquico como Atravessamento para a Realização das Atividades de Autocuidado.

•**Categoria 2** – Independência para a Realização das Atividades de Autocuidado.

•**Categoria 3** – Impedimentos e Dificuldades para a Realização das Atividades Produtivas.

•**Categoria 4** – Expectativa e Conquista de Habilidades nas Atividades Produtivas.

•**Categoria 5** – O Sofrimento Psíquico como Atravessamento para a Realização das Atividades Sociais e de Lazer.

•**Categoria 6** – Atividades Realizadas Contexto Familiar, no CAPS e de Cunho Religioso realizadas no Contexto Familiar, no CAPS e de Cunho Religioso.

•**Categoria 7** – Interface entre Atividades Prazerosas e Ampliação do Lazer.

EIXO 3 – Implicações do sofrimento psíquico dos usuários sob a ótica da autonomia:

•**Categoria 1** – (Des)organização Cotidiana: O (Des)caminho para a Tomada de Decisão e Empoderamento da Autonomia.

•**Categoria 2** – A Sexualidade como Válvula de Escape.

Vale enfatizar que surgiram dois DSCs para cada categoria, sendo um direcionado às percepções dos usuários e o outro voltado às percepções dos familiares, os quais obtiveram ideias centrais semelhantes ou complementares, descritas no corpo do texto, no capítulo *Resultados e discussão*.

Para uma melhor compreensão e clareza de como foram organizados os dados, foi elaborado pelo pesquisador um diagrama de todas as etapas, conforme a figura a seguir:

Dessa forma, para um melhor entendimento das experiências de familiares e pessoas em sofrimento psíquico em CAPS II, a partir da construção dos eixos e suas respectivas categorias, foi possível iniciar a análise de cada discurso, correlacionando-os com o estado da arte e visando à compreensão de semelhanças, contrapontos e argumentações críticas sobre os diversos olhares.

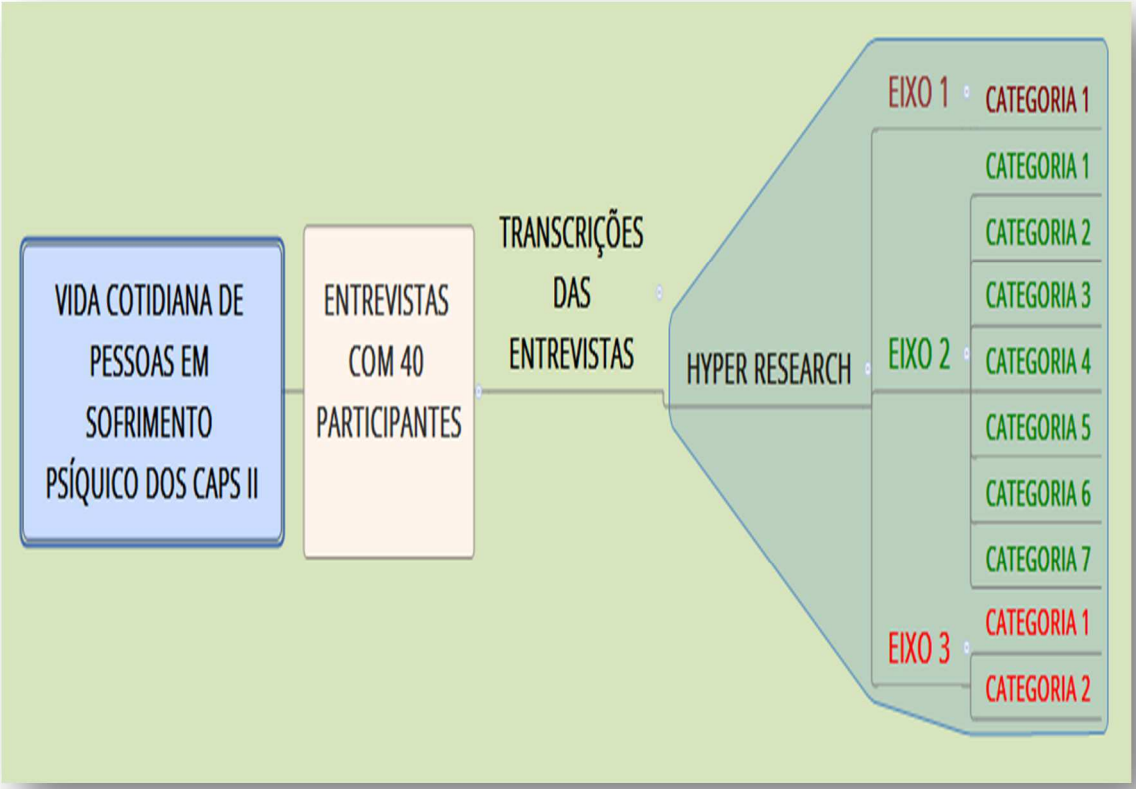

Figura 3 – *Diagrama elaborado pelo pesquisador para demonstrar a forma de* organização dos dados do estudo. Fonte: elaborado pelo autor.

Todos os conceitos do DSC proposto por Lefèvre e Lefèvre (2012) serão discutidos, de maneira detalhada, nos procedimentos para análise dos dados.

3.7. Procedimentos para a análise dos dados

Segundo Gil (2010), é importante ressaltar que toda a análise de dados é parte de um processo que propõe obter respostas de um problema de investigação, sendo

necessário o estabelecimento entre questões teóricas que são colocadas pelo estudo e os dados de campo.

Para a análise dos dados foi utilizada a abordagem qualiquantitativa, com predominância da abordagem qualitativa. Os dados sociodemográficos foram digitados em uma base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Excel, utilizando-se estatística descritiva e porcentagens. Após a digitação e impressão da primeira lista de frequência simples, foram verificados e corrigidos os erros de codificação ou de digitação dos dados. É importante ressaltar que, para a ordenação dos dados, foi realizada a leitura exaustiva do material, proveniente de um total de 40 entrevistas, que foram transcritas, em seguida, pelo pesquisador.

Após a transcrição das entrevistas, o material de pesquisa foi lançado em uma base de dados do *software* HyperRESEARCH – Qualitative Analysis Tool, versão 2.8.3, para ser processado e analisado. A partir daí, emergiram as categorias de análise.

Ressalta-se que o HyperRESEARCH é uma ferramenta de *software* para análise de dados qualitativos desenvolvida pela Research Ware Inc. que auxilia na organização de textos, áudio, vídeo e dados de imagem, possibilitando eliminar o material repetitivo por meio de um processo de codificação dos dados. O HyperRESEARCH permite a organização dos dados de diversas formas, a partir da escolha de códigos e/ou relacionamentos de códigos.

Conforme Researchware (1998), o HyperRESEARCH tem como objetivo contribuir com pesquisadores na compilação de dados textuais nos estudos de caráter qualitativo que têm sua análise baseada em códigos predeterminados pelo próprio pesquisador, ligados a conceitos de estudos, casos e códigos. Assim, o estudo é a pesquisa que está sendo desenvolvida, o caso é cada entrevista operacionalizada e os códigos são os núcleos de ideias que auxiliam na organização e análise de dados.Assim, Lopes e Gomes (2001) reforçam que esse *software* é indicado aos estudos de Representações Sociais, como é o caso desta pesquisa, para confrontar ideias e gerar hipoteses.

Por outro lado, para análise dos dados referentes à percepção dos usuários e familiares sobre a vida cotidiana dos usuários e auxílio na interpretação do material produzido através das entrevistas semiestruturadas foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é um método de análise pautado na organização de figuras

metodológicas proposto por Lefèvre e Lefèvre (2012), com aprofundamento dos discursos e estruturas relevantes, no intuito de buscar convergências, divergências e complementaridades, a fim de compreender de maneira mais clara os objetivos traçados na pesquisa.

Assim, Lefèvre e Lefèvre (2012) ressaltam que o DSC constitui um método:

> [...] para pesquisas de opinião, de representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal como matérias de revistas, jornais etc. [...] trata-se de um método essencialmente qualiquantitativo, já que, em todos os momentos de pesquisa, do começo ao fim, fica preservada a natureza essencialmente discursiva e qualitativa da opinião ou representação e, inseparável dela, a dimensão quantitativa, associada à representatividade e generalização dos resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p.16).

Os autores referem que as pesquisas de opiniões são qualiquantitativas porque todas as opiniões que emergem do coletivo apresentam paralelamente dimensões qualitativas e quantitativas, sendo que a princípio deve-se qualificar algo para depois quantificar, necessitando assim de uma dialética entre essas duas dimensões (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

A esse respeito Lefèvre e Lefèvre (2002, p. 18) referem que o DSC apresenta dimensões:

> [...] qualitativa porque no DSC cada distinta opinião é apresentada sob a forma de um discurso [...] que recupera os distintos conteúdos e argumentos que conformam a dada opinião na escala social e coletiva; quantitativa porque tais discursos têm, ademais, uma expressão numérica, considerando-se que as sociedades [são] coletividades de indivíduos que compartilham idéias e opiniões socialmente disponíveis.

Logo, os depoimentos inseridos no DSC, devido à técnica, devem ser redigidos na primeira pessoa do singular, o que propõe expressar o pensamento coletivo sinalizado por meio da proposta metodológica com a teoria da Representação Social (RS), sendo que as RS são entendidas como o social vivido individualmente de forma legítima, nas quais as variantes individuais das opiniões são socialmente compartilhadas, ou seja, o DSC visa resgatar o discurso coletivo por meio dos discursos individuais. Para tanto, o DSC tem como foco identificar e descrever as RS num dado cenário sociocultural, no intuito de recuperar o semelhante e o diverso que é próprio das RS (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Vale pontuar que alguns fundamentos do DSC provêm da Representação Social, enfatizando que:

> [...] a sociedade (toda sociedade) é constituída por um plano simbólico que pode ser configurado como um sistema de crenças ou Representações Sociais (RS) compartilhadas (JODELET, 1989) que permitem a comunicação ou a troca de sentidos entre seus membros, conferindo-lhe coesão. A comunicação como sustentáculo das formações sociais pressupõe, portanto, dois tipos de códigos compartilhados: um código lingüístico e, a partir dele, um código ideológico, que é o sistema compartilhado de crenças aludido. Os membros de uma formação social determinada costumam falar [...], mas não compartilham necessariamente as mesmas idéias, possuindo, contudo, em comum um determinado nível de compartilhamento que permite que idéias, mesmo divergentes, possam ser trocadas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p.20-21).

Assim, as RS são compreendidas como reelaborações de informações e conhecimentos que emergem em determinado espaço social, no qual essas informações e conhecimentos são produzidos ou difundidos por diversas fontes, tais como internet, escola, museu, entre outros, podendo ser do tipo literária, narrativa, artística, científica etc. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2012), o DSC é proveniente de um conjunto de instrumentos que vislumbram a RS, sendo estes em formato verbal de escritas e falas ou representado por meio de painéis e depoimentos do coletivo.

É importante ressaltar que o DSC contém operadores e figuras metodológicas, dentre eles: Expressões-Chaves (ECH), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

As ECHs são entendidas como fragmentos ou trechos de discursos, os quais podem ser contínuos ou não, sendo selecionados pelo pesquisador pela sua relevância e essência no interior do depoimento. A IC se refere ao nome ou expressão linguística que possibilita descrever de modo sintético o sentido das ECHs, reforçando que as ICs semelhantes devem estar em uma IC, ou Categoria. A AC remete a uma teoria que o protagonista do discurso possui e acredita, sendo esta inserida em seu discurso como uma afirmação qualquer. Já o DSC é uma reunião de conteúdos e argumentos de opiniões semelhantes num *discurso-síntese*, escrito na primeira pessoa do singular. Para tanto, o DSC é composto pelas ECHs das ICs em uma dada Categoria (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2012), existem também atributos quantitativos do DSC, sendo eles a intensidade e a amplitude. A intensidade é também conhecida como força e se destina ao número de indivíduos que contribuíram para a constituição das ECHs que são ligadas as ICs, ou AC, para que seja construído um DSC. Esse atributo possibilita ao pesquisador conhecer o grau de compartilhamento

das RS no campo pesquisado. Já a amplitude se associa sempre a uma ideia ou representação social do campo de pesquisa, possibilitando ao pesquisador o grau de difusão das ideias no contexto pesquisado.

Logo, a intensidade e a amplitude, a partir do ponto de vista quantitativo, a RS apresenta quatro dimensões: baixa força e alta amplitude – RS está imersa por todo o campo onde poucos compartilham dessa ideia; grande força e alta amplitude – RS é concentrada em algumas partes do campo; grande força e alta amplitude – RS é compartilhada por todos do campo em questão; e baixa força e baixa amplitude – RS são isoladas do campo que pertencem de maneira pouco compartilhada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Assim, Lefèvre e Lefèvre (2012) pontuam que o DSC possibilita soluções para os problemas que são elencados pelo pesquisador, atribuindo sentido aos eventos que são colocados pelos atores sociais. Desse modo, contribui para verificar como pensa cada grupo de indivíduos, ou seja, constitui a verdadeira realidade cotidiana das formações sociais da atualidade no intuito de propor transformar essa realidade.

Assim, é importante destacar que a organização dos dados, que se deu através do DSC, teve o intuito de garantir a riqueza de todo o material empírico obtido através do Portal do DATASUS (2016), das observações em campo e das entrevistas com os usuários e seus familiares. Para uma melhor compreensão deste trabalho, as falas foram transcritas seguindo-se a norma culta da língua portuguesa (concordâncias, acentuação e conjugação verbal). Vale também ressaltar que no DSC, quando existe ponto e ponto e vírgula, significa final da fala de um participante e início da fala de outro.

Para aprimoramento da análise de dados, vale enfatizar que foram possibilitadas vivências e observações por meio da imersão do pesquisador em um estágio sanduíche de seis meses na região da Úmbria, cidade de Perúgia, na Itália, com participação nas atividades dos serviços da rede de saúde mental, as quais foram registradas em diário de campo e também auxiliaram para complementar a análise.

3.8. Estágio de doutorado no exterior

Saúde Mental: aproximações e experiências no contexto italiano

É importante destacar que, diante das transformações e mudanças contemporâneas na assistência e cuidado à saúde, o campo saúde mental tem grande relevância para o cenário das políticas públicas de saúde, (re)organizando e (re)significando as práticas terapêuticas no que se refere ao cuidado do usuário em sofrimento psíquico. No Brasil, todo o percurso de transformação do paradigma biomédico teve influência do processo de Reforma Psiquiátrica iniciado na Itália, por Franco Basaglia, que propôs a abertura das portas do hospital psiquiátrico a partir de uma nova forma de lidar com a loucura, com um novo olhar para o cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, Minelli (2013) refere que a Lei de Reforma Psiquiátrica 180, de 1978, resultado das lutas antimanicomiais italianas, possibilitou dar espaço e voz à pessoa em sofrimento psíquico no centro das ações de saúde mental, respeitando cada um em sua singularidade. Assim, a saúde mental comunitária na região da Úmbria e a história de desinstitucionalização parecem constituir um terreno fértil para uma reflexão acerca de práticas na comunidade e relações de dialógicas entre usuários e trabalhadores de saúde mental.

No entanto, com base nessa importante contextualização da saúde mental, destaco a minha participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), financiado pelo Programa Ciência sem Fronteiras (CsF), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), desenvolvido no *Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e Della Formazione da Università Degli Studi di Perugia – Itália*.

Vale ressaltar que a *Università Degli Studi Di Perugia* tem como objetivo a consolidação de um ensino superior de qualidade, com o fomento à pesquisa científica e o compartilhamento de seus resultados com a sociedade.

O referido estágio ocorreu no período de 1º de fevereiro de 2015 a 31 de julho de 2015, perfazendo um total de seis meses, com a imersão do pesquisador nos serviços de saúde mental da cidade de Perúgia, na região da Úmbria, no intuito de conhecer como está organizada a rede de saúde mental dessa cidade e como se dá o cuidado em saúde mental.

Especificamente na região da Úmbria, estudos apontam que o fechamento dos manicômios se deu a partir de um processo de cunho ético, social, cultural e político que envolve o fechamento dos manicômios na Itália (MINELLI, 2011; FLAMINI,

POLCRI, SEPPILLI, 2008a; 2008b; FLAMINI et al., 2005; FLAMINI, POLCRI, 2003; 2005).

De acordo com o *site* italiano oficinal do Servizio Sanitario Regionale – USLUmbria1 (2016), a Úmbria é uma região situada ao centro da península Italiana e possui aproximadamente 895,259 mil habitantes. Tem uma área de 8.456km², sendo que 6.334km² são na província de Perúgia e 2.122km² em Terni.

A partir destes dados é importante situar a região da Úmbria no território italiano:

Figura 4 – Mapa da Itália com destaque para a região da Úmbria. Fonte: USLUmbria1 (2016).

Logo, é relevante também situar as duas províncias que têm destaque na região da Úmbria:

Figura 5 – Mapa da região da Úmbria, na Itália, com destaque para as províncias de Perúgia e Terni. Fonte: USLUmbria1 (2016).

Conforme o *site* oficial da Comune di Perugia (2016), vale enfatizar que a cidade é a capital regional da Úmbria, sendo caracterizada pelas belas colinas verdes, com povoados ricos em sua história e tradições. Foi uma região povoada em tempos pré-históricos pelos úmbrios e os etruscos, sendo, assim, parte do Império Romano. Perúgia, por sua vez, é uma região que não é banhada pelo mar, mas é atravessada pelo Rio Tibre e o Lago Trasimeno, Lago Piediluco, os rios Chiascio, Chifre Preto, Nestor e Areia Martin eas Cachoeiras Marmore.

De acordo com Flamini e Polcri (2009), na cidade de Perúgia o processo de transformações na assistência psiquiátrica teve início em meados dos anos de 1960 com lutas contra as instituições de caráter manicomial.

Assim, Seppilli (2009) pontua que o antigo hospital neuropsiquiátrico Santa Margherita, localizado na cidade de Perúgia, que apresentava um modo institucional e marginalizante, foi pioneiro na desconstrução do processo de reforma desse espaço asilar na região da Úmbria.

Nesse sentido, foi instituído e inaugurado na cidade de Perúgia, no ano de1970, o ***Centro di Igiene Mentale*** **(CIM)**, que consiste em um Centro de Higiene Mental, o qual é um serviço com base no território. O CIM foi resultado de um movimento coletivo contra o hospital psiquiátrico, estendendo-se a uma rede de atenção que

abarcava o atendimento de pessoas provenientes de outras cidades vizinhas à província de Perúgia. No ano de 1974, a administração da província de Perúgia realizou uma assembleia de consulta popular com a participação de todos os cidadãos locais, a fim de discutir oficialmente o regulamento dos ***Centri di Salute Mentale* (CSM)**, ou seja, dos Centros de Saúde Mentais (GIACANELLI, 2014).

Logo, foi efetivada a construção de um modelo de serviço comunitário com práticas no território, as o qual foi difundido com a lei italiana de 180, sendo estas de interesses de um coletivo de militantes com desejo em fazer uma nova psiquiatria (FLAMINI, POLCRI, 2009).

Contudo, a superação dos manicômios frente ao processo de desinstitucionalização, coloca em foco, o protagonismo no cenário italiano, destacando-o como um modelo de referência para uma rede de serviços substitutivos. Assim, os serviços de saúde mental, integrados ao Sistema Nacional de Saúde italiano por meio da Lei 833, de 1978, que regulamenta a oferta dos serviços de saúde, passam a ser reflexo para as práticas em saúde mental do cenário brasileiro que tem como base os princípios da globalidade, igualdade e universalidade (BERLINGUER; FLEURY TEIXEIRA; CAMPOS, 1988).

Em seguida, de acordo com Cavicchi (2005) o governo italiano, criou nos anos de 1980, um sistema de coparticipação da sociedade onde o cuidado em saúde, na atenção de média complexidade, era pago de acordo com a renda do indivíduo para que pudesse garantir a gratuidade na assistência a pessoas com menores condições financeiras. Entretanto, este modo de gerir, aumenta a participação do sistema privado em saúde e permite o deslocamento de uma gestão para um governo tecnocrático, no qual as despesas são administradas pelos Serviços Sanitários Locais, conhecidos como ***Azienda Sanitaria Locale* (ASL's)** que é composta por um ou mais Departamentos de Saúde Mental – ***Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)***, os quais são responsáveis pela gestão e operacionalização dos serviços de saúde mental.

A partir desta perspectiva, conforme dados da Comune di Perugia (2016), é importante situar que Perúgia está compreendida na zona territorial da Azienda da Unidade Sanitária Local, ou seja, a ***Unità Sanitaria Locale* (USL) Umbria 1** que inclui 38 municípios: Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Castiglione del Lago, Citerna, Città della Pieve, Città di Castello, Collazzone, Corciano, Costacciaro, Deruta, Fossato di Vico, Fratta Todina, Gualdo Tadino, Gubbio, Lisciano Niccone, Magione, Marsciano,

Massa Martana, Monte Castello di Vibio, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Perugia, Piegaro, Pietralunga, San Giustino, San Venanzo, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Todi, Torgiano, Tuoro sul Trasimeno, Umbertide, Valfabbrica, para uma área total de 4,298.38km com 501,351 habitantes. O Distrito Sócio-Sanitário envolve uma rede de agências que abarcam promoção, prevenção e reabilitação por meio de uma gestão de recirsos corporativos integrados. Neste sentido, o Distrito Perugino inclui os municipios de Corciano, Perugia e Torgiano.

A seguir, é apresentado o mapa dos distritos sanitários da região da Úmbria:

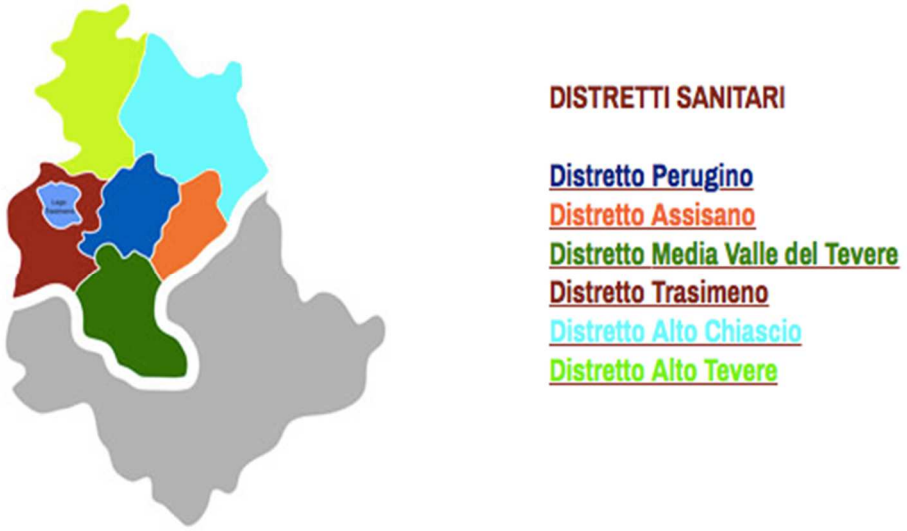

Figura 6 – Mapa dos distritos sanitários da Azienda − USL Umbria 1. Fonte: Città di Perugia (2016).

Nesse sentido, faz-se necessário destacar, também, os municípios que pertencem à região da Úmbria 1:

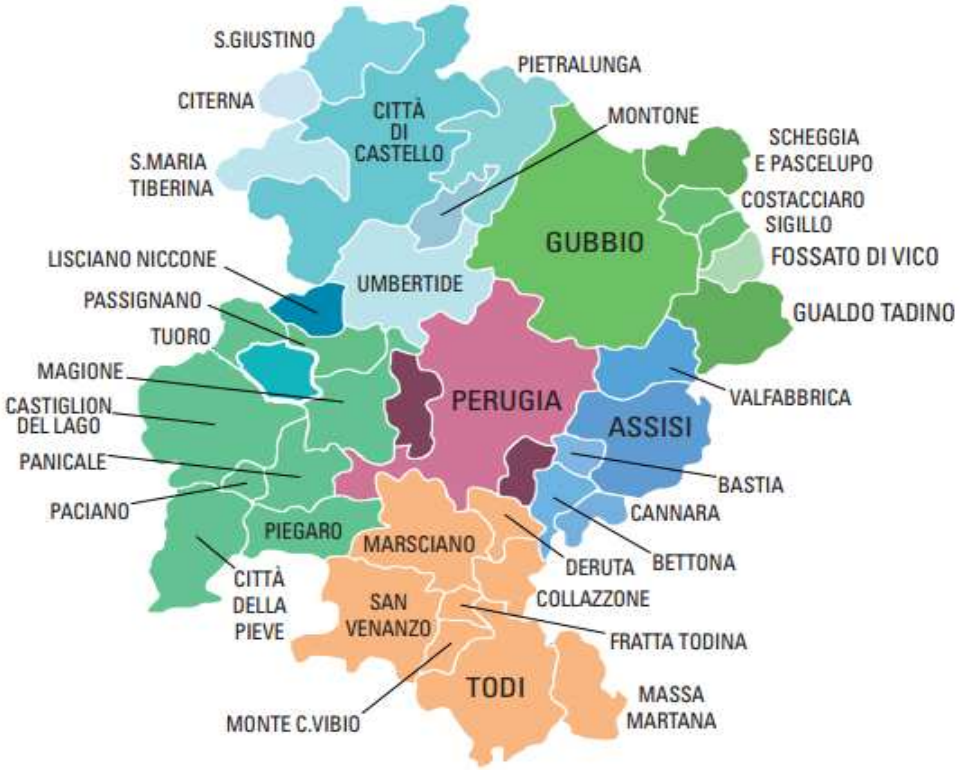

Figura 7 – Mapa com os 38 municípios da ASL1 – Úmbria. Fonte: USLUmbria1 (2016).

Diante do exposto, de acordo com o *site* do Servizio Sanitario Regionale − USLUmbria1 (2016), vale enfatizar que o Distrito Perugino possui um DSM que tem como objetivo promover e proteger a saúde mental dos cidadãos do território, com a oferta de uma ampla e diversificada gama de serviços, a continuidade dos cuidados, a relação de colaboração com os pacientes e suas famílias, a integração de medicina geral e a participação ativa da comunidade local, em especial, para os caminhos da inclusão social, da educação e do emprego.

O DSM de Perúgia conta, para isso, com uma rede de saúde mental composta por seis Centros de Saúde Mental − *Centri de Salute Mentale* (CSM), sendo três localizados na região central da cidade e três na região mais periférica; Estruturas Residenciais – *Strutture Residenziale*; Estruturas Semirresidenciais – *Strutture Semiresidenziale*; e um Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento− *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (SPDC) (USLUMBRIA1, 2016).

Desse modo, o **CSM** é um ponto de referência das atividades que acontecem no território, contando com uma equipe profissional composta por médicos psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e operadores sociais. O acesso e o

contato ao CSM são realizados de maneira espontânea, por parte do cidadão: intervenção no domicílio (urgência ou reuniões agendadas), pedidopor meio de entrevista (e/ou aconselhamento por telefone), a qual pode ser solicitada pelo médico assistente ou por outros órgãos ou instituições de emergências ou, ainda, reuniões agendadas (USLUMBRIA1, 2016).

As **estruturas residenciais** são instações extra-hospitalares que visam intervenções de reabilitação terapêuticas e reinserção social dos usuários a curto, médio e longo prazos, tendo o acesso restrito a pessoas que residam no território de empresas. Elas têm como objetivo oferecer uma rede de relacionamentos com o fortalecimento de oportunidades no âmbito das atividades de reabilitação. Os projetos são desenvolvidos de forma individual e são acordados juntamente com o usuário, o familiar e a equipe interdisciplinar, visando à melhoria da autonomia na gestão das atividades relacionadas com cuidados diários, habilidades interpessoais e sociais. É uma estrutura que se mantém aberta por 24 e 12 horas, ou ambas, e possui relações com o DSM (USLUMBRIA1, 2016).

Essas estruturas são instalações que não possuem permanência do usuário no serviço e contam com equipe própria, incluindo voluntários e a participação da equipe do CSM. Nesse caso, os **Centros de Atenção Diurnos (CAD)** são um exemplo, os quais possuem uma série de funções com fins terapêuticos e/ou reabilitativos. Assim, como as estruturas residenciais, esses serviços também realizam projetos a curto, médio e longo prazos, por meio de oficinas terapêuticas, no intuito de desenvolver habilidades de cuidado de si, atividades de vida diária e relações interpessoais e de grupos. É um serviço que se mantém aberto, pelos menos, oito horas por dia, durante seis dias da semana, garantindo a presença permanente do médico, do enfermeiro e a presença de outros profissionais (USLUMBRIA1, 2016).

O **SPDC** é um serviço em queé realizado o tratamento psiquiátrico de forma voluntária e obrigatória, atuando, também, como um consultor para outros serviços do hospital, sendo parte integrante do Departamento de Saúde Mental. Nesse caso, Perúgia conta com um SPDC localizado no Ospedalle Santa Maria della Misericordia(USLUMBRIA1, 2016).

Contudo, vale destacar que a rede de saúde mental de Perúgia conta com diferentes parcerias no território, dando ênfase à inserção no mercado de trabalho na

forma de “inserimento laborativo” dos usuários, ou seja, inserção dos usuários para o mercado de trabalho.

Nesse sentido, é importante destacar que a imersão e inserção do pesquisador no campo se deram de modo mais abrangente no CSM − Centro, onde foi possível criar um vínculo de maior proximidade com profissionais e operadores para assim articular a visita com outras estruturas e serviços disponíveis no território perugino.

É no CSM que os usuários buscam agendar suas consultas com o médico psiquiatra e com psicólogo, solicitar a medicação ou qualquer outra demanda que seja de responsabilidade da saúde mental. É possível ainda contatar os profissionais do serviço por telefone para quaisquer eventualidades.

A partir das observações realizadas em todas as estruturas da rede de saúde mental, inclusive nos CSMs, foram possibilitadas discussões com o professor da universidade no exterior, Dr. Massimiliano Minelli, o qual aceitou o acordo do estágio e recebeu o doutorando, a fim de trocar experiências acerca das reflexões produzidas a partir do processo histórico de desinstitucionalização italiana, na província de Perúgia.

Fica evidente que a cidade de Perúgia possui uma rede de saúde mental que pode ser destacada como um ponto de partida para um modelo de participação social, de acordo com os princípios que sustentam a saúde mental comunitária e a superação da lógica do hospital psiquiátrico.

Durante todo o percurso, foi possível participar de seminários relacionados ao tema “saúde mental”, aulas de antropologia e acompanhamento do cotidiano dos serviços de saúde mental, sempre em contato com o professor Dr. Minelli, com profissionais e usuários dos respectivos serviços, vivência esta que proporcionou transformações durante a análise parcial da pesquisa.

Nesse sentido, reforça-se que, durante todo o percurso do estágio, foi possível: 1) participar da disciplina de *Metodologia della ricerca etnografica*, realizada do dia 2 de março a 25 de junho de 2015 no Palazzo Stocchi – Perugia, ministrada pelo professor Dr. Massimiliano Minelli; 2) participar do VIII Forum Nazionale de Salute Mentale: *Le politiche e La cura – cittadini, persone, soggetti*, realizado na cidade de Pistoia nos dias 4, 5 e 6 de junho de 2015; 3) realizar visitas nos serviços de Trieste/Itália nos dias 25 e 26 de junho de 2015, possibilitadas pelo Dipartimento do Salute Mentale di Trieste; 4) adquirir *Certificato di conoscenza della Lingua Italian*

Livello A2 – Celli 1 Immigrat como curso de língua italiana realizado na Università per Stranieri di Perugia e; 5) acompanhar o cotidiano dos serviços da rede de saúde mental, sempre em contato com profissionais e usuários dos respectivos serviços na cidade de Perúgia, mais especificamente e de forma intensa, nos meses de junho e julho de 2015.

A seguir, serão abordadas, de forma detalhada, cada uma das atividades:

1) A disciplina de *Metodologia della ricerca etnografica* abordou questões gerais sobre o que é "pesquisa etnográfica" com uma breve descrição de grupos e práticas das ações humanas sociais, bem como as habilidades e competências necessárias de um pesquisador.
2) O *VIII Fórum Nazionale di Salute Mentale* foi um evento realizado na cidade de Pistóia, na Itália, e abordou as questões de políticas e cuidado em Saúde Mental. É preciso refletir sobre os espaços de cuidado, a administração, os relacionamentos, os conflitos, a aceitação, os deferentes e diversos contextos, a dignidade, a história, as escolhas, orientações e diferenças.
3) Visitas possibilitadas pelo *Dipartimento di salute mentale di Trieste – Centro Collaboratore da OMS per la ricerca e la formazione*.

De acordo com alguns profissionais e operadores de Trieste– Itália, foi possível compilar um pouco da história no cenário da saúde mental, como será relatada na sequência deste texto. É importante ressaltar que as observações foram todas registradas em notas de diário de campo, as quais são construções narrativas a partir das percepções do pesquisador durante todo o percurso do estágio.

A cidade de Trieste viveu por muito tempo sobre o domínio do império austro-húngaro (até o ano de 1918). Logo, no ano de 1904, é colocada em pauta uma Lei sobre a periculosidade social, no intuito de preservar os direitos civis e humanos no contexto italiano.

Já no ano de 1968, é iniciado um processo de reforma dos direitos civis, com o questionamento do hospital psiquiátrico e avanços sobre o questionamento da instituição, porém, somente no ano de 1978, com a Lei nº 180 de 13 de maio, é que se que propõe a descentralização dos regulamentos, na qual todos os territórios triestinos com as suas particularidades geográficas fazem diferença para a aplicação desta lei.

Nesse sentido, diferenças culturais criam uma aliança política, de um lado, de maneira positiva, com a desinstitucionalização, e de outro, de maneira negativa, com o reforço de uma rede de institucionalização privada.

Os triestinos dizem que é importante ressaltar que “superamento” é diferente de “fechamento”, uma vez que, nesse sentido, os manicômios, assim como as práticas que eram exercidas nesses espaços foram superados, e o objetivo da superação do hospital psiquiátrico sempre foi garantir a equidade do acesso ao tratamento.

Renata Bracco, uma assistente social da Saúde Mental, relata que o histórico do *Parco San Giovani*, o maior manicômio de Trieste, era repleto de crianças que cresceram neste local. Isso se dava pelo simples fato de suas mães serem tratadas ali, gerando, assim, nessas crianças, grandes dificuldades para o desenvolvimento de suas capacidades de abstração.

No ano de 1997, cerca de vinte anos para superação do hospital psiquiátrico na Itália, a região de Trieste conquistou um fundo regional de saúde que visa ao controle da gestão, no qual 5% é direcionado à Saúde Mental e 18 milhões de euros são divididos para os fármacos, reabilitação, profissionais, bolsas de trabalho, entre outros.

Com uma Lei sancionada no ano de 1968, os indivíduos que eram mais velhos e possuíam alguma desabilidade tinham direito ao trabalho, fato que possibilitou uma ampliação dos problemas sociais.

Vale ressaltar que cada região na Itália tem autonomia para decidir como aplicar os fundos econômicos.

Um ponto importante inserido na Lei nº180 de 13 de maio de 1978 e que vale ser destacado é a participação da **família** no contexto do tratamento psiquiátrico, sendo nas primeiras crises ou nas condições crônicas estabelecidas.

Atualmente, Trieste conta com quatro CSM para uma população de cerca de 60 mil habitantes, sendo dois situados na cidade, no contexto urbano, e dois situados em áreas mais periféricas, ou seja, na área rural.

A partir das visitas, permeadas de diálogos e histórias compartilhadas, foi possível conhecer os seguintes serviços:

a) *Azienda per l'Assistenza Sanitaria* (AAS): é o Serviço para a Assistência Sanitária e *Dipartimento di Salute Mentale* (DSM), com a apresentação da assistente social Renata Bracco, que contou um pouco sobre a história de

Triste e *do Parco San Giovanni* e relatou como é realizada a organização do Departamento de Saúde Mental de Triste, relatando que a cidade possui 4 CSM (dois na cidade, para casos menos cronificados, e dois na área rural, para casos mais cronificados) para 60 mil habitantes, que são divididos por território em distritos sanitários.

b) *Servizio di Abitazione e Residenze* (SAR): estrutura que consiste em um serviço de habitação e residência, em que o operador italiano Alessandro Norbedo foi o condutor para o conhecimento de um Centro Diurno, possibilitando, também, o contato com todos os usuários inseridos neste serviço.

c) *Servizio di Diagnosi e Cura* (SPDC): recebido pela enfermeira Michela, que explicou que este é um serviço de emergência psiquiátrica no qual a internação é voluntária, porém, existe o *Trattamento Sanitario Obbligatório* (TSO) – Tratamento Sanitário Obrigatório, prescrito por médicos, no qual as pessoas podem permanecer até sete dias internadas.

d) *Centro di Salute Mentale* (CSM) 4 Gambini: recepcionado pelo médico psiquiatra Stefano, o qual afirmou que este é um serviço 24h, com 5 leitos, onde é atendida uma demanda de 1500 usuários diários/semanais, com visitas domiciliares e busca ativa no território.

e) *Dipartimento delle Dipendenze*: Departamento de Dependência Química, apresentado pela assistente social Cristina Stanic, segundo a qual, trata-se de um local que atende usuários de bebidas alcoólicas e de substâncias ilegais. Existe o trabalho de prevenção (que é a ação principal) e de tratamento; este pode-se utilizar do tratamento farmacológico, com o uso da metadona. A operadora revela que também existe o tratamento para o tabagismo, por meio da inserção dos pacientes em atividades profissionais e da oferta de “bolsas” de estudo (recursos financeiros); além disso, são realizadas visitas domiciliares, com o objetivo de uma negociação entre pessoa e serviço a partir de uma rede informal primária (amigos, família), rede informal secundária (grupos de autoajuda), rede formal (serviços) e o departamento de dependência.

f) *Recovery House*: é uma estrutura que está sendo implantada sob a supervisão do americano Paul Becker. É um espaço para pessoas que possuem um grau

de organização nas atividades cotidianas e que visem a um emprego. Nesta estrutura, são trabalhados as habilidades e o relacionamento entre os usuários que habitam em uma residência, juntamente com auxílio e contribuição de profissionais.

4) Realização de um curso de proficiência em língua italiana: realizado pela *Università per Stranieri di Perugia*, na Itália, com *Certificato di conoscenza della Lingua Italian Livello A2 – Celli 1 Immigrat*, para que fosse possível uma melhor comunicação e interação com tudo o que foi oferecido durante o estágio no exterior.

5) Descrição, de forma breve, sobre os serviços observados na cidade de Perúgia.

a) *Centro di Salute Mentale* – CSM *Centro*: a responsável, Dra. Elizabetta Rossi, apresentou a estrutura do serviço e explicou sua dinâmica, bem como a apresentação de alguns profissionais para iniciar as visitas e a imersão nos serviços de saúde mental. Foi possível, também, o contato com Dra. Angela Dello Mastro, que relatou um pouco sobre o funcionamento do serviço, no intuito de proporcionar a participação nas atividades. Participações em reunião de equipe foram frequentes neste serviço, as quais são divididas em casos urgentes, acompanhamento e distribuição de casos novos. Neste serviço, também foi possível vivenciar os grupos de acolhimento, destinados aos usuários que chegam ao serviço pela primeira vez ou que necessitam de algum auxílio recorrente do seu tratamento.

b) *Poliambulatorio*: o doutorando foi recepcionado pelo médico psiquiatra Dr. Marco Grignani, o qual explica que Perúgia possui os Centros de Saúde, os Centros de Saúde Mental (divididos em ambulatórios e programas reabilitativos) e os Serviços para Toxicodependência (serviços separados). Existem dificuldades políticas, econômicas e socioculturais (principalmente com relação aos imigrantes que chegam à Itália). Como atender uma pessoa com demanda para saúde mental que não fala a mesma língua? Devem-se criar estratégias para se compreender as reais necessidades dos usuários que chegam aos serviços de saúde mental. Como trabalhar a autonomia sem recursos humanos e econômicos suficientes? Essas são algumas questões apontadas pelo médico.

c) *CSM Magione*: a médica psiquiatra Dra. Nicoletta Marinelli relata que Magione possui 1.200 usuários, de uma região de 600 mil habitantes. Magione abarca toda a região do Lago Trasimeno e é considerado grande e populoso. Neste serviço, existem nove enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga e três médicos psiquiatras, ficando aberto de segunda a sábado, das 7h30 às 19h30. São realizados atendimentos a adolescentes e adultos com demandas para a saúde mental. Nesta estrutura, existem atividades domiciliares e ambulatoriais, e as intervenções de cuidados em saúde mental são realizadas em diferentes e diversos níveis de atenção. Existe uma repartição/estrutura física que atende, também, crianças de três a treze anos, mas é necessário que sejam acompanhadas de um familiar ou pessoa mais próxima. Existem grandes dificuldades dos usuários nas relações familiares e sociais. O serviço oferece um trabalho com terapia de grupo que acontece uma vez na semana.

d) *Factoria*: estrutura acompanhada pelo enfermeiro Joseph. Compreende duas casas grandes, ou seja, dois prédios, onde residem entre treze e quinze usuários, de ambos os sexos, com acompanhamento de operadores que revezam os turnos durante 24h, segundo Joseph. As atividades cotidianas são desenvolvidas com os usuários e operadores dos serviços. Todos os usuários que residem nesta estrutura são psicóticos e a maioria possui família; os familiares realizam visitas constantes na estrutura.

e) *Orto Sinérgico*: acompanhado por Ângelo, operador da área de Educação, o qual realizou um curso para este trabalho de horta na cidade de Firenze – Itália. O curso contou com 160 horas e custa, em média, 1300 euros. “Horta Sinérgica” é o nome dado a uma horta confeccionada com produtos orgânicos, ou seja, sem química, onde as plantas são colocadas de maneira estratégica, auxiliando outras plantas em nutrientes e facilitando seu crescimento. Existe, também, na estrutura, a Horta Tradicional, a qual se utiliza de alguns produtos químicos para seu cultivo. Este é um serviço aberto a usuários psicóticos graves e funciona das 10h às 13h. Atualmente, fazem parte deste projeto quatro a cinco usuários. A horta, neste momento, funciona apenas para autossustento, não se vendendo seus produtos externamente (comunidade). Os usuários que ali estão apresentam dificuldades com atividades que podem ser consideradas simples, a exemplo de molhar as plantas.

f) *La volta della carta*: uma oficina de papel que pertence ao laboratório *San Constanzo*; neste serviço, quem acompanha é Lucca, enfermeiro do CSM Centro. Lucca relata que o laboratório é realizado com atividades feitas com papel, tais como bolsas, cintos, entre outras. Os encontros são realizados às quartas e segundas-feiras. É um laboratório muito semelhante às oficinas que são realizadas nos CAPS, no Brasil, e participam cerca de dez usuários.

g) *Pittura – Laboratório San Constanzo*: é um grupo de pintura que também pertence ao laboratório *San Costanzo*, coordenado por Manuela e Marinela (operadoras), e acontece de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 16h.

h) *Centro di Trattamento Residenziale (CTR)*: Silvia, coordenadora do serviço, explica que esta é uma estrutura residencial, sendo o primeiro serviço a ser implantado após o fechamento total dos manicômios no ano de 1998. Silva explica que existem dois tipos de estruturas residenciais: do tipo I, para usuários com patologia estabilizada, e do tipo II, destinado a usuários com patologia não estabilizada. Os usuários deste serviço advêm de diversos CSMs. É um serviço que possui o funcionamento de uma residência 24 horas, todos os dias da semana, inclusive aos domingos. Existem doze operadores e sete usuários (duas mulheres e cinco homens); estes possuem consulta médica dentro do serviço uma vez na semana e existe o tratamento farmacológico, mas a psicoterapia, que tanto é solicitada, geralmente não é atendida. Os usuários têm autonomia para saírem e entrarem a hora que quiserem, mas a responsabilidade não é do serviço, e sim do próprio usuário. Eles possuem famílias, mas a relação e o convívio com elas são muito difíceis ou não são possíveis. Além disso, todos os usuários desta estrutura possuem um benefício em torno de 250 a 750 euros, podendo também de uma *borsa de inserimento lavorativo*, que varia de 150 a 300 euros, onde as atividades são realizadas em espécie de serviço protegido. As assembleias são realizadas durante as refeições, quando estão todos juntos. As atividades da casa são organizadas em forma de escala, nas quais todos auxiliam nas tarefas cotidianas, sempre com um operador.

i) *Centro Reabilitativo Sociale e di Educazione*: um Centro Diurno Sócio-Reabilitativo e Educativo, aberto de segunda à sexta-feira, das 8h30 às 16h, que atende usuários de saúde mental e *hand-cap* (deficiência múltipla).

Primeiramente, quando inaugurado, no ano de 1985, o serviço tinha como objetivo o inserimento laborativo para usuários de saúde mental e *hand-cap* (casos de média e grave complexidade). Com o passar do tempo, isso não teve muita eficácia, porque os usuários inseridos no mercado de trabalho exerciam as atividades que eram exigidas pelas empresas. Logo, no ano de 1999, o serviço assume outra característica, de centro diurno, funcionando com a execução de diversas atividades com a mesma clientela de usuários de saúde mental e *hand-cap*. São desenvolvidas atividades com vidro, lenha/madeira, macramê, mosaico, pintura em tele, tecido e papel, entre outros, como coral e poesias. Alguns usuários permanecem no serviço o dia todo, com direito às refeições, e outros participam apenas um período, dependendo das necessidades e possibilidades de cada um. É um serviço que se automantém, pois não recebe auxílio de empresas para a aquisição de materiais, e, na maioria das vezes, utilizam-se de materiais recicláveis. São realizadas as vendas de produtos confeccionados pelos usuários em eventos promovidos pela cidade; por exemplo, no Umbria Jazz, no qual existe uma participação significativa dos familiares. Alguns familiares preferem não se expor e não expor seus usuários; outros acreditam ser importante essa participação em comunidade. Para muitas famílias, a participação dos usuários é de grande relevância, ressaltando certa satisfação; outros ainda apresentam dificuldades para aceitação da própria doença.

j) *CSM Magione – Laboratorio di cucina*: é uma oficina coordenada por Linda e destinada aos usuários para aprenderem a cozinhar. Nesta oficina, foi possível aprender com os usuários como se faz a verdadeira pizza italiana e a *torta al testo*; em seguida, fez-se brigadeiro, sendo o pesquisador referência nesta técnica culinária.

k) *CSM Magione – Laboratorio di transferimento*: é uma oficina coordenada por Chiara em que os usuários aprendem uma técnica de transferir imagens em pedras ou madeira.

l) *CSM Magione – Loratorio della carta*: é uma oficina coordenada por Chiara, realizada com papeis, possibilitando alguns usuários confeccionarem envelopes, imãs de geladeira, porta-retratos, entre outros produtos provenientes do papel.

m) *CSM Magione – Laboratorio di pittura*: é uma oficina coordenada por Francesco, destinada aos usuários com habilidades e competências para pintar quadros e desenhos. O operador Francesco diz que, durante a pintura, os usuários colaboram mutuamente na realização das atividades, pois todo produto final é codividido, dando importância ao sentido e significado do "fazer junto".

n) *CSM Magione Group Famiglia*: é uma estrutura onde residem usuários que têm autonomia para saírem e entrarem na casa, e alguns possuem carro. É uma estrutura que conta com operadores que ficam auxiliando nas atividades cotidianas dos usuários, somente durante o dia, e, no período da noite, os usuários ficam sozinhos, pois todos apresentam certo grau de autonomia que os possibilitam escolher e tomar suas próprias decisões. Existem quartos que são individuais para cada usuário.

Assim, a partir dessas observações e durante muitos diálogos com o professor Minelli, profissionais, operadores e usuários, foi possível conhecer um pouco da história de Perúgia no contexto da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica em Perúgia iniciou-se com um médico que se chamava Dr. Manuale e uma psicóloga que se chama De Carlo, seguidores dos ideais de Basaglia. Antes de fecharem os hospitais psiquiátricos, deveriam se criar serviços para suprir a demanda de saúde mental, criando, assim, os CSM articulados com a rede de Saúde, valorizando os direitos das pessoas. Túlio Seppilli, um antropólogo conhecido no cenário da reforma psiquiátrica italiana, também teve uma participação significativa neste momento de Reforma Psiquiátrica.

Para melhor compreensão desse processo de Reforma Psiquiátrica, foi sugerido, por algumas pessoas, um filme intitulado *Dentro le proprie mura*, que está disponível *on-line*.

Assim, algumas indagações foram emergindo, tais como: O que mudou na saúde mental italiana? O âmbito social (a sociedade/inserção social) ou as práticas de atenção ao cuidado que exercem os operadores?

O que ficou evidente, a partir das observações, foi que as formas de cuidados dos profissionais, ou seja, as práticas do cuidado em saúde mental, têm abarcado uma visão mais ampla, estendendo-se ao cotidiano.

A lei italiana nº 180 de 13 de maio de 1978, segundo alguns militantes da reforma democrática italiana, tem funcionado porque tem trabalhado muito no território com a família e com os usuários, sendo que as mudanças das práticas de atenção em saúde mental sempre se fizeram presentes no percurso terapêutico, em forma de uma aliança de relações com todas as pessoas envolvidas: usuário, família, operadores e comunidade.

Após todas as observações realizadas neste contexto italiano, foram possibilitadas indagações sobre questões a respeito do cotidiano dos usuários, principalmente nos serviços de saúde mental, onde existem dificuldades para uma integração comunitária efetiva, ou seja, onde o trabalho em conjunto − entre usuários, familiares, operador-profissionais e comunidade − é um fator que interfere diretamente na autonomia e inserção/inclusão dos usuários de saúde mental.

Nesse sentido, é notório que as transformações das propostas da Reforma Psiquiátrica, tanto no contexto brasileiro como no contexto italiano, avançaram muito, mas ainda há um longo caminho a percorrer, no intuito de refletir sobre alternativas e estratégias de como trabalhar a partir de uma perspectiva integralizada do usuário na comunidade; afinal, rede não inclui apenas os serviços de saúde e outros departamentos, mas a comunidade que está imersa num cotidiano e numa trama de relações, que são, efetivamente, uma trama de relações humanas.

Retornando ao contexto acadêmico, é importante destacar que também foi possível estabelecer uma boa relação com o corpo docente da universidade italiana, na qual há possibilidades de firmar parcerias para a realização de projetos de pesquisa colaborativa entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e a *Università Degli Studi Di Perugia*, uma iniciativa importante no processo de internacionalização da pesquisa e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) − USP.

A partir da aproximação entre o programa brasileiro e o italiano, pretendeu-se: promover ações de intercâmbio com discentes e docentes da Pós-graduação da EERP/USP e da *Università Degli Studi di Perugia*, possibilitando o conhecimento de outra estrutura de ensino e uma vivência do cuidado em saúde mental, desenvolvidos nos serviços de forma a problematizar as realidades de países como Brasil e Itália; impulsionar e estimular a vinda de professores visitantes para o Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP, de forma a contribuir na

qualificação do Programa a partir da troca de experiências acadêmicas e culturais; estabelecer convênio de cooperação entre a Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP e o *Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e Della Formazione*, de modo a estimular o crescimento institucional e a excelência do Programa de Pós-graduação a partir da sua inserção internacional.

Vale enfatizar aqui que o professor Dr. Massimiliano Minelli é antropólogo de formação. A antropologia trata, de maneira direta e indireta, de questões de saúde, preocupando-se com o significado que os diversos grupos ou coletivos dão aos processos de adoecimento, sendo que esta não pode estar dissociada do conceito de cultura (MARTIN et al., 2006).

O trabalho do antropólogo é descortinar significados cotidianos e relações sociais, tanto no trabalho de campo – por meio da observação etnográfica e entrevistas em profundidade – como na análise dos textos produzidos nas culturas locais (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1995).

Logo, o método etnográfico, que é um método de investigação por excelência da antropologia, vem sendo crescentemente utilizado para estudar uma variedade de temas na área da Saúde, pois abarca uma forma básica de investigação social e uma variedade de fontes de informações (CAPRARA; LANDIM, 2008).

O método etnográfico – que é entendido como uma atividade intensiva de pesquisa no território, por um período de tempo, em contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência – possibilitou constatar (na região da Úmbria e também no território brasileiro) que alguns pontos propostos pelo novo paradigma de atenção à saúde mental já estão consolidados, especialmente em termos de políticas de reorientação de modos de atenção, mas ainda existe um caminho a percorrer em termos de práticas que se oponham ao asilamento.

Essas mudanças incluem não só uma profunda reorientação dos princípios que norteiam o tratamento, mas também transformações nos padrões de oferta de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, que visa ao empoderamento de sua própria autonomia.

Durante este percurso de pesquisa, que é uma construção do saber teórico paralelo à coleta dos dados (PIZZA, 2005), o processo de trabalho científico foi

conduzido com sensibilidade reflexiva, levando em conta a própria experiência no campo, juntamente com pessoas que o pesquisador investiga (GEERTZ, 1989).

De acordo com os princípios que sustentam a saúde mental comunitária e a superação da lógica do hospital psiquiátrico no cenário italiano, o ponto de partida é a participação social.

No entanto, esta experiência prática na região da Úmbria permitiu uma revisitação e revisão de alguns dados a serem trabalhados na análise parcial dos dados desta tese de doutorado, com o auxílio e contribuição da antropologia sobre a valorização e abordagem de alguns aspectos da vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde mental.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de compreender como as pessoas organizam suas vidas e seus próprios cuidados com a saúde em uma rede de práticas e recursos complexa e articulada.

Partindo do princípio de que a Terapia Ocupacional (profissão de formação do pesquisador) e a Antropologia se ocupam de práticas e observações cotidianas em diversos contextos sociais, o diálogo entre essas duas áreas do conhecimento pode nortear e contribuir para o entendimento dos processos de adoecimento e de cuidado em um contexto singularizado, que valoriza o cenário grupal e comunitário.

Neste ínterim, pode-se dizer que pessoas que se encontram em sofrimento psíquico enfrentam várias dificuldades na vida cotidiana, dentre elas, dificuldades físicas ou cognitivas, com obstáculos emocionais, psicológicos e sociais significativos para a participação nas atividades ocupacionais (KIELHOFNER et al., 2004).

Dessa forma, a etnografia, que permite colocar em contato e valorizar os saberes e as práticas das pessoas na comunidade, possibilitou uma interlocução entre Terapia Ocupacional e Antropologia, possibilitando, assim, a ampliação de conhecimentos, por meio das trocas de experiências e reflexões produzidas a partir do processo histórico de desinstitucionalização.

A dialogicidade Brasil-Itália oportunizou uma aproximação com o método etnográfico de pesquisa, como compartilhamento de ideias e conhecimento a um coletivo de pesquisadores, trabalhadores e usuários de serviços envolvidos no processo de desinstitucionalização na região da Úmbria, Itália.

A interface entre Terapia Ocupacional e Antropologia pode contribuir para a discussão e reflexão das práticas terapêuticas e de recursos terapêuticos

psicossociais por meio da observação, participação e interpretação da experiência da vida cotidiana.

Nesse contexto, o intercâmbio oportunizou o compartilhamento de ideias e conhecimentos com um coletivo de pesquisadores e trabalhadores dos serviços envolvidos no processo de desinstitucionalização na região da Úmbria, Itália, além do contato com os discentes da *Università Degli Studi di Perugia*, sendo estabelecido um ambiente de cordialidade em nível acadêmico – pessoal, profissional, político, social e cultural, o qual possibilitou vivenciar como se dá o cuidado em liberdade a partir do processo de extinção dos manicômios.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo parte do pressuposto de que as áreas ocupacionais de autocuidado, produtiva e de lazer são pouco estimuladas, escassas e/ou quase inexistentes na vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico.

Busca-se compreender, problematizar e refletir sobre o cotidiano de pessoas em sofrimento psíquico, inseridas em CAPS II, a partir das áreas ocupacionais na perspectiva da reabilitação psicossocial, tendo como referencial de suporte a teoria do cotidiano de Agnes Heller.

Interessa a esta pesquisa identificar como as pessoas iniciaram o processo de adoecimento, como se descobriram adoecidas e como se reconheceram em sofrimento psíquico, como a doença interferiu em sua vida cotidiana, como utilizam o seu tempo, quais os seus desejos, quais as atividades que lhes proporcionam prazer, as conquistas de habilidades e expectativas nas realizações das outras atividades, a necessidade de acompanhamentos de pessoas demarcando sua independência e autonomia nas áreas ocupacionais (autocuidado, produtiva e lazer), até mesmo para as tomadas de decisões, e como os diferentes contextos sociais e territoriais facilitam ou dificultam a sua participação em atividades significativas.

Assim, é possível resgatar que os CAPS II, locais escolhidos para esta investigação, são dispositivos estrategistas de atenção à saúde mental no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, os quais surgem na tentativa de substituir os hospitais psiquiátricos, oportunizando a inclusão da pessoa em sofrimento psíquico em ações e serviços territoriais e comunitários.

Cabe então revisitar o conceito de “cotidiano” descrito por Leão e Salles (2016), as quais ressaltam que este pode influenciar no direcionamento de propostas para as práticas territoriais e facilitar o alcance de objetivos de intervenção, dentre eles, a inclusão social, a autonomia e a subjetividade de cada pessoa, fatores estes que advêm do trabalho em equipe e são intrínsecos à reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, acredita-se que este estudo possa oferecer subsídios para discussão e reflexão das práticas terapêuticas e de recursos terapêuticos psicossociais da vida cotidiana dos usuários inseridos nos serviços de saúde mental. Na sequência, serão apresentados, em forma de tabelas e quadros, os resultados da presente pesquisa, seguidos das discussões mais significativas sobre eles.

4.1. Desdobramentos dos dados sociodemográficos: mapeando o

perfil dos usuários e familiares

Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, estes foram identificados, ao longo da pesquisa, com a letra “U” para usuários e “F” para familiares, todos acrescidos de um número escolhido aleatoriamente.

É importante enfatizar que todos os dados sociodemográficos foram autorreferidos pelos usuários e seus familiares.

4.1.1. Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários

Alguns estudos realizados no cenário brasileiro ressaltam a importância em se caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários de CAPS (TOMASI et al., 2010; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; PELISOLI; MOREIRA, 2005; MONTANARI, 2005; ANDREOLI et al.,2004; FARIA; SCHNEIDER, 2009) no intuito de mapear a população que necessita de atendimento especializado, afim de propor estratégias e intervenções adequadas e pertinentes aos contextos socioculturais.

Assim, para Mangualde et al. (2013), estudos desse porte têm importância para o cenário de saúde mental, na projeção e nas avaliações no âmbito da saúde pública.

Tabela 2 – Idade, sexo, estado civil e escolaridade dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
IDADE		
20 a 29 anos	05	25,0
30 a 39 anos	04	20,0
40 a 49 anos	09	45,0
50 a 59 anos	01	05,0
60 a 69 anos	01	05,0
SEXO		
Feminino	04	20,0
Masculino	16	80,0
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	15	75,0
Casado(a)	02	10,0
Divorciado(a)/ Separado(a)	03	15,0
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental incompleto	07	35,0
Ensino médio completo	11	55,0
Curso técnico completo	01	05,0
Ensino superior completo	01	05,5

De acordo com a Tabela 2, pode-se observar que 45% dos usuários, participantes deste estudo possuem idade entre 40 e 49 anos, sendo 80% do sexo masculino, 75% solteiros e 55% com ensino médio completo. Esses dados corroboram estudos realizados anteriormente (SALLES; MATSUKURA, 2015; MEDEIROS, 2005; MELO; GUIMARÃES, 2005; RABELO; CARDOSO; MELO, 2005; YOUNG et al., 2005; DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; GOMES et al., 2002), que apontaram predominância de usuários do sexo masculino, principalmente no que se refere a transtornos psicóticos e esquizofrenias, contrastando com estudos realizados em outros serviços, que apontam uma predominância de mulheres em atendimento de serviços de saúde mental (TOMASI et al., 2010; KANTORSKI, 2008; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; CATTY et al, 2005; CATTY; GODDARD; BURNS, 2005; MONTANARI, 2005; RUGGERI et al., 2005; SOUZA; SOUZA; CAETANO, 2005).

Com relação ao início da doença e ao estado civil, Chaves (2000) diz que principalmente os homens com diagnóstico de transtornos de personalidade pré-mórbida apresentam início da doença quando muito jovens e, dessa forma, permanecem solteiros, como também observado neste estudo. A faixa etária dos

participantes está compreendida entre 40 e 49 anos (45%), sendo esses dados reforçados pelos estudos que apresentaram que a média de pessoas em sofrimento psíquico compreendia a faixa etária adulta e economicamente ativa (SALLES; MATSUKURA, 2015; SALLES; BARROS, 2013a; FREITAS; SOUZA, 2010; MELO; GUIMARÃES, 2005; MOREIRA, 2005; ANDREOLI et al., 2004). Confrontando esses levantamentos, no que se refere à idade dos usuários, um estudo de Medeiros (2005), realizado nos serviços de saúde mental no estado da Paraíba, apresentou uma compreensão menor na faixa etária, a qual predominou entre 20 a 39 anos de idade.

Com relação ao estado civil, também outros estudos apontam predominância de pessoas solteiras nos serviços de saúde mental (GOMES et al., 2002; DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; HALLAK et al. 2003; YOUNG et al, 2005). De acordo com Silva e Braga (2009), esse fator pode estar atrelado ao fato de que pessoas em sofrimento psíquico apresentam dificuldades para iniciarem uma vida conjugal.

De acordo com o grau de escolaridade, observa-se que a maioria (55%) possuía o ensino médio completo. Os dados desta pesquisa contradizem estudos realizados por outros autores, nos quais se referiam a uma predominância dos usuários com escolaridade apenas no primeiro grau ou ensino fundamental (MELO; GUIMARÃES, 2005; DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; HALLAK et al., 2003; GOMES et al., 2002; ABUMADINI; RAHIM, 2002).

De modo sucinto, os dados contidos nesta tabela corroboram o levantamento de Cardoso e Galera (2009), que apresentam que a maioria dos usuários de saúde mental era do sexo masculino, solteiros, com idade média de 43 anos e ensino médio completo.

Tabela 3 – Ocupação, fonte de renda, constituição familiar e tipo de moradia dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
OCUPAÇÃO		
Nenhuma	19	95,0
Limpador(a) de calças	01	05,0
FONTE DE RENDA		
Aposentadoria	07	35,0
Auxílio doença	04	20,0
LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social)	01	05,0
Emprego informal	01	05,0
Renda familiar	05	25,0
Não possui renda	02	10,0
COM QUEM VIVE ATUALMENTE		
Sozinho	04	20,0
Pais	03	15,0
Pais e irmãos(ãs)	04	20,0
Mãe, padrasto e irmãos(ãs)	01	05,0
Mãe e irmãos(ãs)	01	05,0
Mãe e padrasto	01	05,0
Mãe	02	10,0
Esposo(a) e filhos(as)	02	10,0
Filhos(as) e netos(as)	01	05,0
Avós e irmãos(ãs)	01	05,0
NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO		
01	04	20,0
02	02	10,0
03	05	25,0
04	07	35,0
05	02	10,0
TIPO DE MORADIA		
Casa própria	13	65,0
Casa alugada	04	20,0
Casa de familiares	02	10,0
Casa de amigos	01	05,0

Conforme a Tabela 3, é possível notar que a maioria (95%) dos usuários não possui nenhuma ocupação, indo ao encontro de estudos anteriores que citam a predominância de usuários inativos (SALLES; BARROS, 2013a; PELISOLI; MOREIRA, 2005; CATTY et al., 2005; CATTY; GODDARD; BURNS, 2005;

BRUFFAERTS et al., 2004a; BRUFFAERTS et al., 2004b; GODDARD; BURNS; CATTY, 2004; ABUMADINI; RAHIM, 2002).

Esses dados são comprovados com os estudos de Freitas e Souza (2010), que falam sobre a importância de se possibilitar, por meio dos dispositivos de saúde mental, a inserção dos usuários no mercado de trabalho e a geração de renda, empoderando os indivíduos para que possam exercer sua cidadania e maximizar sua qualidade de vida.

Quanto à fonte de renda, 35% dos usuários são aposentados. Ressalta-se que 20% vivem sozinhos e 20% com pais e irmãos(ãs), variando no número de pessoas que viviam no domicílio, sendo que35% residem em quatro pessoas na casa. Dessa forma, vale pontuar, também, que 65% possuem casa própria.

Esse estudo apresentou um percentual de pessoas que vivem sozinhas no domicílio (20%), sendo que a maioria (80%) vive acompanhada de um familiar, confirmando os estudos já realizados, que referiram uma dependência financeira e emocional marcante de familiares (CATTY et al., 2005; CATTY; GODDARD; BURNS, 2005; RUGGERI et al., 2005; ANDREOLI et al., 2004; BRUFFAERTS et al., 2004a; BRUFFAERTS et al. 2004b; GODDARD; BURNS; CATTY, 2004).

Em contrapartida, em consonância com os outros 80% que residiam com outras pessoas, Motta (2001) e Nascimento (2002) ressaltam que o suporte familiar é um ponto crucial, o qual auxilia na manutenção da saúde mental da pessoa que convive com o sofrimento psíquico.

Tabela 4 – Internações psiquiátricas e frequência nos CAPS dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
VÓCÊ JÁ PASSOU POR INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS?		
Sim	08	40,0
Não	12	60,0
SE SIM, QUANTAS?		
1	01	05,0
2	01	05,0
3	02	10,0
9	02	10,0
12	01	05,0
28	01	05,0
DATA DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO (ANO)		
Não sabe informar	02	10,0
1983	01	05,0
1994	01	05,0
2009	01	05,0
2012	01	05,0
2013	01	05,0
2014	01	05,0
HÁ QUANTO TEMPO FREQUENTA ESTE SERVIÇO? (ANOS)		
Não sabe informar	1	05,0
0,5 (6 meses)	1	05,0
2	4	20,0
3	4	20,0
4	2	10,0
5	4	20,0
8	1	05,0
10	1	05,0
11	1	05,0
14	1	05,0

Na Tabela 4, observa-se que a maioria dos usuários (60%) não passou por internações psiquiátricas. Aqueles que vivenciaram esse tipo de situação correspondem ao número de três (10%) e nove (10%) internações, porém, três (10%) não souberam informar a data da última vez que estiveram internados; os demais tiveram sua última internação entre os anos de 1983 e 2014. Quando questionados sobre a frequência do tratamento no CAPS, 20% dos usuários disseram estar nesse serviço por dois anos, 20% por três anos e 20% por cinco anos.

Nesse sentido, Salles e Barros (2013b), a partir de suas pesquisas em que usuários vivenciaram algum período ou algumas internações em hospitais

psiquiátricos, referem que essas pessoas passam a vislumbrar o seu cotidiano atravessado pelo cotidiano hospitalar, com atividades desenvolvidas em um contexto de regime fechado sem contato com o meio social, dificultando, assim, um estabelecimento de vínculo nas relações comunitárias e familiares.

Tabela 5 – Diagnóstico, comorbidades e serviços de atenção à saúde respondidos pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
SABE INFORMAR O DIAGNÓSTICO?		
Sim	16	80,0
Não	04	20,0
SE SIM, QUAL O DIAGNÓSTICO?		
Esquizofrenia	05	25,0
Depressão	07	35,0
Esquizofrenia + Depressão	01	05,0
Nervosismo	01	05,0
Nervosismo + Ansiedade + Dependência química	01	05,0
Síndrome de Ásperger	01	05,0
TEM ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE?		
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
SE SIM, QUAL?		
Diabetes	01	05,0
Diabetes + Hipertensão	02	10,0
Diabetes + Hipertensão + Colesterol + Tireoide	01	05,0
Diabetes + Retocolite ulcerativa	01	05,0
Colesterol	01	05,0
Sinusite	01	05,0
Labirintite + Asma	01	05,0
Hipertensão + Rinite alérgica	01	05,0
ONDE É ATENDIDO POR ESTE PROBLEMA DE SAÚDE?		
Posto de Saúde (PSF)	05	25,0
Plano de Saúde (Convênio)	02	10,0
CAPS	01	05,0
Hospital Universitário (HU)	01	05,0

Na Tabela 5, verifica-se que a maioria dos usuários (80%) não sabe informar o diagnóstico. Dos que informaram, 35% disseram ser esquizofrênicos. Esses dados podem ser confrontados com estudos realizados em outros serviços de saúde mental,

em que os transtornos de humor e esquizofrenias tiveram destaque (TOMASI et al., 2010; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; MONTANARI, 2005; PELISOLI; MOREIRA, 2005; GOMES et al., 2002).

Dos usuários que disseram ter outro problema de saúde, as comorbidades atreladas ao sofrimento psíquico foram apontadas como diabetes e hipertensão (10%). Eles ressaltaram, ainda, que eram atendidos em postos de saúde – PSF (25%).

4.1.2. Caracterização e dados sociodemográficos dos familiares

Cabe ressaltar aqui que a família assume um papel importante na construção do projeto terapêutico dos usuários, sendo fundamental na melhora do sofrimento psíquico (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Assim, a partir do prisma do CAPS, a família, que antes excluía e culpabilizava o indivíduo com transtorno mental por modificações na dinâmica familiar, passa a ser vista como potente contribuidora para o processo de reabilitação psicossocial e reinserção dos usuários na sociedade (SOUZA; PEREIRA; SCATENA, 2002).

Para Salles e Barros (2013a), a família tem um importante papel no quesito de romper o processo de exclusão social, embora as pessoas em sofrimento psíquico possuam outras formas para a construção de rede social e inclusão social.

Nesse sentido, a família é entendida como um grupo de indivíduos que podem ser consanguíneos ou não, que convivem entre si numa relação de valores e crenças em comum, possibilitando uma trama de trocas relacionais entre os membros familiares e com o mundo externo, fatores estes que implicam e se justificam na importância da adesão familiar no tratamento e cuidado em saúde (ALTHOFF, 2004; BIELEMANN, 2004).

Tabela 6 – Idade, sexo, estado civil, escolaridade e grau de parentesco dos familiares dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
IDADE		
20 a 29 anos	01	05,0
30 a 39 anos	03	15,0
40 a 49 anos	01	05,0
50 a 59 anos	08	40,0
60 a 69 anos	04	20,0
70 a 79 anos	03	15,0
SEXO		
Feminino	17	85,0
Masculino	03	15,0
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	02	10,0
Casado(a)	12	60,0
Divorciado(a)/Separado(a)	03	15,0
Vive com companheiro(a)	01	0,05
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	02	10,0
Ensino fundamental incompleto	09	45,0
Ensino fundamental completo	01	05,0
Ensino médio incompleto	01	05,0
Ensino médio completo	06	30,0
Ensino superior completo	01	05,0
GRAU DE PARENTESCO		
Mãe	09	45,0
Pai	02	10,0
Filho(a)	01	05,0
Irmão(ã)	03	15,0
Avô(ó)	01	05,0
Esposo(a)	01	05,0
Sogro(a)	01	05,0
Cunhado(a)	01	05,0
Tio(a)	01	05,0

De acordo com a Tabela 6, pode-se observar que do total dos 20 familiares que fizeram parte da amostra, a maioria (85%) é do sexo feminino. Esses dados corroboram estudos que apontaram uma predominância de familiares do sexo feminino (SALLES; MATSUKURA, 2015; KANTORSKI et al., 2012; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; BANDEIRA et al., 2007; BARROSO; BANDEIRA;

NASCIMENTO, 2007). Cabe colocar, portanto, que essa predominância de cuidadores do sexo feminino pode ser devido a questões culturais e sócio-históricas, cabendo à mulher a função de desempenhar atividades em casa e cuidar da família (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008). No entanto, a inclusão do gênero masculino nos cuidados familiares vem crescendo, mesmo que de forma tímida, de acordo com alguns estudos (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

A maioria (60%) dos familiares é casada, sendo que estes resultados se assemelham a estudos realizados com familiares de pacientes com transtornos mentais e Alzheimer em que referiram estado civil com predominância do sexo feminino e casados (KANTORSKI et al, 2012; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Observa-se que o grau de parentesco dos familiares é atribuído à figura materna (45%). No que diz respeito ao grau de parentesco, esta pesquisa ratifica estudos que apontaram a predominância da figura materna, paterna, filhos, irmãos e cônjuges como os vínculos mais presentes no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (SALLES; BARROS, 2013a; KANTORSKI et al., 2012; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; BANDEIRA et al., 2007; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

A faixa etária dos familiares participantes está compreendida entre 50 e 59 anos (40%). Esta se pesquisa aproxima de estudos que também apresentaram a faixa etária de familiares e cuidadores entre 48,5 e 51,04 anos (SALLES; MATSUKURA, 2015; SALLES; BARROS, 2013a; KANTORSKI et al., 2012; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; BANDEIRA et al., 2007).

Desses familiares participantes da pesquisa, afirma-se que 45%possuem ensino fundamental incompleto. Esses dados complementam os estudos já realizados, nos quais a predominância da escolaridade dos familiares cuidadores era o ensino fundamental incompleto (KANTORSKI et al., 2012; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Tabela 7 – Ocupação, fonte de renda, constituição familiar e tipo de moradia dos familiares dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n=20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
OCUPAÇÃO		
Aposentado(a)	07	35,0
Autônomo(a)	02	10,0
Funcionário(a) público(a)	01	05,0
Do lar	04	20,0
Caseiro(a)	01	05,0
Ajudante de serviços gerais	01	05,0
Cozinheiro(a)	01	05,0
Nenhuma	03	15,0
FONTE DE RENDA		
Aposentadoria	07	35,0
Pensionista	02	10,0
Renda do(a) cônjuge	02	10,0
Caseiro(a)	01	05,0
Emprego formal	03	15,0
Renda familiar	02	10,0
Bolsa família	01	05,0
Autônomo(a)	02	10,0
COM QUEM VIVE ATUALMENTE		
Sozinho	04	20,0
Pais	03	15,0
Pais e irmãos(ãs)	04	20,0
Mãe, padrasto e irmãos(ãs)	01	05,0
Mãe e irmãos(ãs)	01	05,0
Mãe e padrasto	01	05,0
Mãe	02	10,0
Esposo(a) e filhos(as)	02	10,0
Filhos(as) e netos(as)	01	05,0
Avós e irmãos(ãs)	01	05,0
NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO		
02	06	30,0
03	05	25,0
04	07	35,0
05	02	10,0
TIPO DE MORADIA		
Casa própria	13	65,0
Casa alugada	05	25,0
Casa de familiares	01	05,0
Casa de amigos	01	05,0

Conforme a Tabela 7, é possível notar que 35% dos familiares são aposentados(as), os quais sobrevivem com esta fonte de renda. Esses resultados apontam que a maioria não tem uma atividade produtiva, corroborando estudos realizados anteriormente, o que pode implicar na gravidade e inadequação do cuidado ao indivíduo (KANTORSKI et al., 2012; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; ARRUDA; ALVAREZ; GONÇAVES, 2008). Porém, é importante ressaltar que a maioria dos familiares desta pesquisa possui uma renda, mesmo que aposentadoria ou algum outro tipo de benefício.

A maioria (65%) possui casa própria. Vale apontar que 20% residem sozinhos e 20% residem com pais e irmãos(ãs). O número de pessoas que vivem no domicílio varia de duas a cinco, destacando que 35% compreendem quatro pessoas que residem na mesma casa. A partir desses dados, esta investigação confirma estudos realizados anteriormente, cujos dados apontaram de uma a quatro pessoas vivendo no domicílio (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Tabela 8 – Diagnóstico, frequência no CAPS, comorbidades, serviços de atenção à saúde, respondidas pelos familiares dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Araras, Capivari, Limeira e Piracicaba (n= 20) – 2014.

VARIÁVEIS	F	%
SABE INFORMAR O DIAGNÓSTICO DO SEU FAMILIAR?		
Sim	16	80,0
Não	04	20,0
SE SIM, QUAL O DIAGNÓSTICO?		
Esquizofrenia	09	45,0
Depressão	03	15,0
Esquizofrenia + Depressão	01	05,0
Depressão + TDHA	01	05,0
Esquizofrenia + Síndrome de Down	01	05,0
Síndrome de Ásperger	01	05,0
HÁ QUANTO TEMPO SEU FAMILIAR FREQUENTA ESTE SERVIÇO (ANOS)?		
Não sabe informar	02	10,0
1	01	05,0
2	04	20,0
3	04	20,0
5	04	20,0
6	01	05,0
9	01	05,0
10	02	10,0
18	01	05,0
SEU FAMILIAR TEM ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE?		
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
SE SIM, QUAL?		
Não sabe informar	11	55,0
Diabetes	01	05,0
Diabetes + Hipertensão	01	05,0
Diabetes + Hipertensão + Tireoide	01	05,0
Diabetes + Problema intestinal	01	05,0
Diabetes + Hipertensão + Problema de coluna	01	05,0
Diabetes + Hipertensão + Convulsão + Problema cardíaco	01	05,0
Diabetes + Obesidade mórbida	01	05,0
Enfisema pulmonar	01	05,0
Problema intestinal	01	05,0
ONDE SEU FAMILIAR É ATENDIDO POR ESTE PROBLEMA DE SAÚDE?	11	55,0
Não sabe informar	04	20,0
Posto de Saúde (PSF)	04	20,0
Plano de Saúde (Convênio)	01	05,0
Hospital Universitário (HU)		

No referente ao diagnóstico do usuário, a Tabela 8 aponta que a maioria (80%) soube informar sobre o diagnóstico. Destes que informaram, 45% aponta que o familiar tem esquizofrenia. Dos 20 entrevistados, 55% disseram que seu familiar não apresenta outro problema de saúde; já dos 45% que disseram que o familiar possui outro problema de saúde, as comorbidades atreladas ao sofrimento psíquico, oscilam entre diabetes, hipertensão, tireoide, problema intestinal, problema de coluna, convulsão, problema cardíaco, obesidade mórbida e enfisema pulmonar. Assim, são atendidos para tratar desta demanda de saúde em Posto de Saúde-PSF 20% e plano de saúde (convênio) 20%. Quando questionados sobre a frequência do tratamento do familiar no CAPS, 20% referem que eles estão neste serviço especializado de saúde mental há dois anos, 20%relatamtrês anos e 20% cinco anos.

4.2. Construção dos Discursos do Sujeito Coletivo: sentidos e significados da vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II a partir da perspectiva dos usuários e familiares

A utilização do DSC constitui-se ferramenta estrategista para a consolidação da existência do que há em comum na fala de um determinado grupo, com o objetivo de articular uma representação significativa de participantes que partilham determinada experiência, no caso desta pesquisa, a experiência do sofrimento psíquico, por meio das percepções dos usuários e seus familiares.

Vianna e Barros (2003) afirmam que o discurso está atrelado à cultura de uma sociedade que traduz falas de um determinado grupo social. Nesse sentido, os DSC enquadram-se como uma pesquisa de representação social, com importante papel na dinâmica das relações sociais e práticas, respondendo a funções de: permitir a compreensão e explicação da realidade; definir a identidade de um grupo, preservando suas especificidades; orientar comportamentos e práticas sociais; e justificar as tomadas de decisões e comportamentos (ABRIC, 2000; MOSCOVICI, 1978).

Vale enfatizar que a trama para articular o tema proposto advém das percepções dos usuários e de seus familiares, construída a partir dos discursos acerca da vida cotidiana dos usuários que apresentem algum tipo de sofrimento psíquico, os

quais estão inseridos em serviços de saúde mental, especificamente no CAPS II, situado na DRS de Piracicaba, SP.

Ressalta-se que é fundamental a participação das pessoas em sofrimento psíquico em atividades significativas, no que tange às áreas ocupacionais. Essa participação maximiza a independência dessas pessoas, permitindo a elas autonomia, além de lhes possibilitar o acesso aos seus direitos como cidadãs e protagonistas emancipatórias de suas próprias vidas, nos contextos político, cultural e social.

Após a leitura e exploração exaustiva do material, foram identificados temas, a partir de analogias, conforme o objetivo de cada questão apresentada nas entrevistas. Desse modo, os discursos dos usuários e seus familiares estão fundamentados em três eixos temáticos.

Constantinidis e Cunha (2016) colocam que o objeto deixa de ser a doença, colocando-se em evidência a experiência do sofrimento psíquico do indivíduo. Logo, com base na experiência do sofrimento psíquico dos usuários de serviços de saúde mental, serão apresentados os DSC desses usuários e de seus familiares, que estão fundamentados nos três eixos temáticos descritos anteriormente. De cada eixo emergiram categorias, ou seja, ideias-síntese centrais, originadas das ideias centrais semelhantes ou complementares, representativas das suas expressões-chave.

Os discursos dos usuários e seus familiares estão fundamentados em três eixos:

1. **Sentidos e significados do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários.**
2. **Implicações do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários sob a perspectiva das áreas ocupacionais (autocuidado, produtividade e lazer).**
3. **Implicações do sofrimento psíquico dos usuários sob a ótica da autonomia.**

EIXO 1: Sentidos e significados do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários

Inicialmente, torna-se importante a apresentação das ideias-síntese centrais, denominadas categorias, dos discursos dos usuários em sofrimento psíquico e seus

familiares, as quais possuem representatividade das ideias centrais que são acompanhadas de suas expressões chaves.

Neste eixo, a partir dos discursos dos usuários e seus familiares, surgiu a **Categoria 1**, denominada A Vida Cotidiana Atravessada pelo Sofrimento Psíquico, a qual apresentou como ideias centrais: o despertar dos primeiros sinais e sintomas, a descoberta do diagnóstico e o reconhecimento do sofrimento psíquico.

Assim, é possível observar os discursos dos usuários:

DSC – 1

A minha mãe sempre fala que é desde os oito anos. Comecei a repetir coisa sem importância, sem sentido. Fui internado, e, quando eu saí, eles não falaram que era pra tomar remédio, aí deu surto de novo, tive que ser internado, aí ficou descontrolado de saúde. Comecei a escutar vozes. O médico diagnosticou que é esquizofrenia. Comecei o tratamento com remédio, eu venho tomando remédio há seis meses porque ouvia vozes! Eu demorei muito pra procurar ajuda. Não tinha informação nenhuma. Não sabia nem o que era psiquiatra. Tive alguns problemas de depressão. Aí tive que vir aqui no CAPS. Esquecia de voltar pra casa e dormia na rua. Comecei babar, passar mal. Tava andando pra rua, todo sujo. Cheguei a bater, a agredir minha mãe. Dei um soco, um chute nela. Estava bem ruim. Tava querendo já me matar. O meu emocional é abalado, eu fico muito descontrolado por isso que eu faço tratamento aqui. Eu vim pra cá porque eu tava com crise, escutando vozes. Uma voz dizendo que era pra eu pular da ponte. Eu fui internado no sanatório, aí fiquei lá seis meses, depois eu saí. Depois voltei de novo. A doença não tem cura! Começou dar depressão no serviço. Eu fiquei ruim dentro da usina, querer ser coisa que eu não era. As pessoas ficaram com medo de mim porque eu fiquei muito agressivo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), estima-se que uma em cada quatro pessoas desenvolverá um distúrbio mental no decorrer de sua vida. Nessa perspectiva, Rocha et al. (2012) referem que o adoecimento psíquico compromete a saúde da população e eleva gastos para a saúde púbica.

De acordo com os usuários dos CAPS II, o início do adoecimento deu-se desde muito cedo, com a apresentação de atitudes e comportamentos desorganizados, tal como referido em um trecho do discurso:

> “[...] Comecei a repetir coisa sem importância, sem sentido [...]”.

Essa explicação pode ser comprovada nas ações práticas atuais, no cotidiano dos CAPS, quando o usuário chega nesses serviços especializados, acompanhado (ou não) pelo seu familiar e/ou responsável, com discurso desconexo e desorganizado

que, num primeiro momento (fase de acolhimento) de escuta pelos profissionais de saúde mental, não é possível compilar informações sobre sua vida pessoal, pois o que sobressai é a sintomatologia decorrente do sofrimento psíquico.

Nota-se, ainda, que os usuários referiram um período de internações recorrentes em hospitais psiquiátricos, as quais se deviam às crises e aos surtos psicóticos, ressaltando as alucinações auditivas.

Reforçando as ideais relatadas pelos usuários sobre os primeiros sintomas e possíveis causas do adoecimento, em um discurso individual, um usuário contou a seguinte informação:

> "[...] eu tava fumando muita maconha, eu vendia as coisas, alimento. Eu vendia pra compra droga. Minha mãe falou que ia internar [...]".

Observa-se que, em determinados momentos, o uso de algum tipo de substância psicoativa, como a maconha, pode interferir na vida cotidiana dos usuários, desencadeando certa desorganização nas atividades do dia a dia e até mesmo ser compreendida e atribuída como um fator que pode impulsionar o início do adoecimento. Nesse sentido, verifica-se atualmente um número significativo de indivíduos que chega ao CAPS relatando dificuldades após o uso de algumas drogas ilícitas, as quais atravessaram o seu cotidiano a partir de uma desapropriação, descontrole ou até mesmo perda da sua própria autonomia.

Para reforçar a concretude dos fatos relatados, sobre o despertar dos sintomas, os estudos de Barros, Jorge e Pinto (2010) apontam que o início e a manifestação da primeira crise compreendem, em sua maioria, a fase da adolescência. Para Salles e Barros (2013b), as pessoas que vivenciam um sofrimento psíquico apresentam uma história de vida singularizada, permeada por mudanças significativas em seu repertório cotidiano, interferindo diretamente em suas ocupações, relações e perspectivas futuras.

No que se refere ao diagnóstico, os usuários verbalizaram que este foi o ponto-chave para poderem iniciar as medicações para combater a sintomatologia decorrente do sofrimento psíquico. Essa conduta de prescrições de medicações, proveniente do médico psiquiatra, é primordial na melhora dos sintomas para que os demais profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental possam proporcionar o projeto

terapêutico singular, resgatando o empoderamento da independência e da autonomia dos indivíduos nas atividades cotidianas.

Vale enfatizar que os usuários relataram uma demora para procurarem ajuda especializada, fato este que pode estar atrelado ao desconhecimento para se reconhecerem em sofrimento psíquico (mental), não compreendendo o que se passava com seu corpo diante dos seus próprios comportamentos. O desconhecimento, a falta de percepção de si, a não aceitação do sofrimento e, talvez, o preconceito sobre a temática Saúde Mental e as práticas de cuidado dessa vertente se tornaram pontos significativos para que procurassem por ajuda tardiamente.

Marcolino (2016) enfatiza a importância de se conhecer a história de vida pregressa ao adoecimento para uma melhor compreensão das implicações, repercussões e até mesmo rupturas que o sofrimento psíquico ocasiona em seu cotidiano, pois, para Salles e Matsukura (2015), o adoecer reflete em transformações importantes na vida cotidiana dos indivíduos, com dificuldades para realizarem ocupações antes realizadas com facilidade, implicando em rupturas identitárias.

Para os indivíduos que se descobrem em sofrimento psíquico, muitas implicações são refletidas na sua vida cotidiana, pois, de acordo com Wisdom et al. (2008), o desaparecimento do senso de *self* é um dos fatores que acarreta em perda de identidade prévia, dificultando manterem-se nos mesmos projetos de vida.

Dessa forma, a partir do discurso dos usuários, após essa fase de percepção, descoberta e aceitação do sofrimento psíquico, que pôde ser reconhecido com base nos sintomas, deu-se o início do tratamento.

Mais uma vez, apareceu a internação psiquiátrica como estratégia de tratamento, e isso se deve à cultura vigente do cuidado em saúde mental do período:

> “[...] Eu vim pra cá porque eu tava com crise, escutando vozes. Uma voz dizendo que era pra eu me pular da ponte. Eu fui internado no sanatório, aí fiquei lá seis meses, depois eu saí. Depois voltei de novo. Tem ao todo nove internações [...].”

Visto que a idade dos usuários participantes desta investigação compreende, em sua maioria, entre 40 e 49 anos e que o início dos sintomas surgiu na fase da adolescência, é possível afirmar que esses indivíduos participaram da mudança do paradigma dos cuidados em saúde mental e do processo de reforma psiquiátrica e vivenciaram internações nos grandes hospitais psiquiátricos no cenário nacional.

Assim, apreende-se, pelos discursos dos usuários dos CAPS II, que o sofrimento psíquico dá indícios dos primeiros sintomas desde muito cedo, seguido da descoberta do diagnóstico e do reconhecer-se em sofrimento psíquico. Ribas, Borenstein e Padilha (2007) referem que é importante o indivíduo se aceitar e se reconhecer em sofrimento psíquico para que seu tratamento obtenha sucesso.

Ainda em relação à Categoria 1 (A Vida Cotidiana Atravessada pelo Sofrimento Psíquico), o discurso dos familiares também consolida as ideias centrais já referidas nos discursos dos usuários.

DSC – 2

Quando bebê, ele teve problema no nascimento. Eu me esqueci do período de fazer aquele exame na palminha do pé. Quando ele fez um aninho, ele tinha desmaios, gritava na cadeirinha. Quando completou dois anos, ele não aguentava andar e caía. Ele foi crescendo, foi sendo sadio, nunca teve doença. Muito inteligente! QI [referindo-se ao grau de inteligência] muito alto. Ele merecia uma educação melhor. Talvez por eu trabalhar muito fora, eu não pude dar muita atenção pra ele. Trabalhava com serviço de frentista, de posto. Aí ele começou a ficar ruim da cabeça. Quando ele perdia a mente, ele sumia pro meio do mundo. Internou, fez exame e aí provou que a mente dele já era de família. Ele tinha muita crise. Esquizofrenia! Doença mental! Ele teve um problema de ameaça com ele mesmo. Passou sete dias sem comer, se ameaçando, ele queria morrer. Passou na saúde mental. A esquizofrenia é contra ele mesmo, não é contra a família. Eu cheguei a pegar ele com uma faca do lado. Na primeira crise, ele tava no último ano de colégio. Tava terminando a última fase. Ele bebeu muito bebida alcoólica, o cérebro dele atrofiou um pedaço, começou a ver coisa, sentir-se mal. Ele trabalhava no mercado. Tava indo muito bem, era repositor. E ele começou a se fechar. Ele começou surtar. Só falava de ir embora. Teve um surto horrível, tentou se matar. Entrou em depressão. Iniciou o tratamento faz três anos. Descobriu-se, a princípio, que ele tinha Down [se referindo a Síndrome de Down]. Depois foram surgindo outros tratamentos, descobriu a Síndrome de Asperger, que é um atraso emocional. Ficou na APAE! E [atualmente] ele vir aqui [referindo-se ao CAPS], ele ocupa a mente dele!

Os discursos dos familiares ressaltam que os usuários apresentaram dificuldades desde o nascimento, com comportamentos que sugeriam possíveis atrasos no desenvolvimento vital. Nessa perspectiva, os familiares relataram ter um cuidado especial com o usuário desde o período de gestação, demarcando a ausência de exames específicos e essenciais para a detecção de alguma anomalia ou anormalidade no percurso normal do seu desenvolvimento.

Sabe-se que tais exames, pré e pós-natal, são oferecidos pelo sistema público de saúde de forma gratuita, porém, mesmo assim, algumas famílias negligenciam

esses protocolos e levam a gestação adiante sem quaisquer tipos de acompanhamento para a saúde do bebê.

Com relação a essas questões, os familiares ainda apontaram que tal negligência de um acompanhamento de saúde adequado durante a gestação e/ou desenvolvimento infantil foi um marco importante, e posteriormente pode ter contribuído para o desencadeamento do sofrimento psíquico.

De acordo com os discursos dos familiares, embora os usuários apresentassem um desenvolvimento cognitivo e intelectual positivos, algumas dificuldades físicas no percurso do desenvolvimento infantil mereceriam maior atenção permanente, pois observaram-se crises de desmaios, agitação psicomotora (e emocional) e até mesmo falta de equilíbrio para manterem-se de pé.

Baseado nas questões relatadas, sabe-se da importância do envolvimento da família nos cuidados em saúde desde os primeiros instantes de vida. Estar informado sobre os estágios e etapas do desenvolvimento humano pode trazer segurança, esclarecimentos e busca de auxílios sobre alguns pontos que não estão coerentes com determinadas fases:

> “[...] ele teve problema no nascimento. [...]. Quando ele fez um aninho, ele tinha desmaios, gritava na cadeirinha. Quando completou dois anos, ele não aguentava andar e caía [...].”

Já na fase produtiva, quando os usuários estavam inseridos no mercado de trabalho, apresentaram dificuldades para manterem-se no emprego devido à frequência de crises, necessitando de acompanhamento em saúde mental de forma mais próxima, inclusive passando por internações psiquiátricas, até se chegar a descoberta de um diagnóstico.

Diante do exposto, Salles e Matsukura (2013) falam sobre a importância de compreender como a doença interfere na vida dos indivíduos e das pessoas que estão ao seu entorno. Dessa forma, as pessoas precisam ressignificar suas experiências advindas com a doença, revisitarem como era a forma de organização cotidiana antes do adoecimento e refletirem sobre estratégias para novos caminhos de protagonizar sua própria vida.

Dando sequência aos discursos dos familiares, foram relatados sintomas psiquiátricos de autoagressão, os quais foram acompanhados por ingestão de bebida alcoólica, como apontado no seguinte trecho:

> "[...] Ele bebeu muito bebida alcoólica, o cérebro dele atrofiou um pedaço, começou a ver coisa, sentir-se mal [...] tais sintomas acarretaram ideações e tentativas de suicídios."

No cotidiano dos CAPS, é comum deparar-se com discursos semelhantes, como narrativas sobre comportamentos de autoagressão e ingestão de bebidas alcoólicas, as quais implicam diretamente nas atividades produtivas, especialmente nas atividades laborais de usuários que estão trabalhando:

> "[...] Ele trabalhava no mercado. Tava indo muito bem, era repositor [...] E ele começou a se fechar. Ele começou surtar. [...]. Teve um surto horrível, tentou se matar. Entrou em depressão."

Em relação a esses aspectos, Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) referem que os comportamentos entendidos como problemáticos envolvem a agitação, agressividade verbal e física, solilóquio (fala sozinho), quebra de objetos, entre outros, os quais geram, segundo Almeida et al. (2010), em seus familiares, preocupações constantes com a vida cotidiana dos usuários em sofrimento psíquico.

É importante ressaltar que a doença acarreta fragmentações nas ocupações da vida cotidiana das pessoas, desencadeando consequências negativas, tais como isolamento, minimização das relações sociais e implicações na construção de laços afetivos e de amizade (SALLES; MATSUKURA, 2015).

Conforme os discursos dos familiares, o reconhecimento do sofrimento psíquico do usuário deu-se de maneira muito lenta e com diversos tratamentos, tendo início nas APAEs, e, somente mais tarde, encaminhados para os CAPS, a fim de uma terapêutica e assistência mais singularizada e adequada:

> "[...] Descobriu-se, a princípio, que ele tinha Down [referindo-se à Síndrome de Down]. Depois, foram surgindo outros tratamentos, descobriu a Síndrome de Ásperger, que é um atraso emocional. Ficou na APAE! E [atualmente] ele vir aqui [referindo-se ao CAPS], ele ocupa a mente dele!"

Confirmando esse discurso, os familiares apontaram dificuldades para se chegar a um diagnóstico atual, a fim de realizar o tratamento da maneira mais adequada e eficaz, beneficiando-se dos atendimentos no CAPS.A partir disso, foi possível observar uma oscilação importante nos diagnósticos dos usuários, visto que, quando eles se descobriram em sofrimento psíquico ou receberam os respectivos diagnósticos, os serviços de saúde mental e os recursos disponíveis eram outros, diferentes dos CAPS que se encontram nos dias atuais.

Em relação a essa questão, referente ao diagnóstico, Del-Ben et al. (2005) apontam que a precisão de emissão diagnóstica depende de fatores que demandam tempo de observação do usuário, acompanhamento do familiar, características regionais dos serviços, setorização geográfica perspicaz e treino profissional do médico psiquiatra, bem como experiência cumulativa de um trabalho em equipe.

Neste ínterim, Constantinidis e Cunha (2016) mencionam a necessidade em se entender um modo particular e singular de se relacionar com as diferentes loucuras do mundo contemporâneo, embasados na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira.

É fato que o sofrimento psíquico traz implicações na vida cotidiana do indivíduo, porém, os sentidos e significados acerca de tal sofrimento dependem de múltiplos fatores, dentre eles as políticas vigentes no país e o contexto histórico e sociocultural aos quais o usuário pertence.

É importante enfatizar que as pessoas em sofrimento psíquico apresentam uma história de vida, a qual passa a ser atravessada pelo tratamento nos serviços de saúde mental, com diferentes modos de compreensão e representação social acerca do sofrimento mental diante das transformações históricas e práticas advindas com o paradigma da reabilitação psicossocial (SALLES; BARROS, 2013b).

Os discursos dos usuários e seus familiares também indicaram implicações trazidas pelo adoecimento psíquico na vida cotidiana, com ênfase nas áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e lazer, dando origem ao segundo eixo.

EIXO 2: Implicações do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários sob a perspectiva das áreas ocupacionais (autocuidado, produtividade e lazer)

Os usuários em sofrimento psíquico e familiares enfatizaram implicações decorrentes das áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e lazer que refletiram na vida cotidiana. Dessa maneira, surgiu a **Categoria 1** – O Sofrimento Psíquico como Atravessamento para a Realização das Atividades de Autocuidado. Para essa categoria, nos discursos dos usuários de saúde mental, emergiram as seguintes ideias centrais: atividades realizadas antes do adoecimento, dificuldades advindas com o adoecimento e necessidade de ajuda de outras pessoas.

DSC – 3

Eu era mais ativo antes do CAPS. Eu me cuidava mais quando namorava. Cortava o cabelo toda semana, fazia a unha. Cuidava do pé direitinho. Comprava roupa direto. Agora eu parei de comprar roupa e parei de fazer a unha. É problema de memória. Tem vez que eu esqueço. A cabeça fica muito esquecida. Eu fico agitado. Às vezes eu peço ajuda, mas nem sempre quando eu peço ajuda eles [os familiares] me entendem. Eles acham que eu faço porque eu quero. Mas tem hora que eu peço ajuda, eu converso com alguém, eu desabafo com alguém. Tem hora que eu não acho ninguém pra conversar e então fico no meu cantinho. Quando eu não tô muito bem eu peço pra minha mãe marcar uma consulta pra mim. Quando eu tô com dor de dente eu falo. Às vezes eu falo pra minha mãe [quando não está bem]. Meu pai até hoje, ele não aceita [a doença]! Eu venho sempre com a minha mãe. Minha mãe precisa vir comigo [se referindo a consulta médica]. Minha mãe me acompanha. Tem medo, então ela vem comigo. Minha mãe pensa que eu vou ter outras crises. Eu sei pegar o ônibus sozinho, mas a minha mãe sempre vai me acompanhando.

Conforme os usuários dos CAPS II, estes referiram ser mais ativos antes do adoecimento, pois apresentavam melhor desempenho nas atividades de autocuidado. Atualmente, queixam-se de problemas de memória e agitação, fatores que implicam em dificuldades para cuidarem de si.

É possível perceber ainda nos dias atuais indivíduos que chegam ao CAPS (ou outros dispositivos de saúde mental) com dificuldades para a realização de atividades básicas de higiene, porém, significativas, principalmente no que diz respeito a tomarem banho, vestirem-se, escovarem os dentes, pentearem os cabelos, dentre outros aspectos relacionados aos cuidados consigo e com o seu próprio corpo. Ressaltamos, desse modo, as implicações advindas com o sofrimento psíquico para a realização das atividades de autocuidado, porém, cabe pontuar também sobre os aspectos culturais, sociais e familiares, os quais devem ser levados em consideração, pois refletem na forma como as pessoas organizam suas atividades voltadas aos cuidados com sua saúde e com o seu próprio corpo.

Reforçando os discursos dos usuários, Almeida et al. (2015) referem que, no cenário da saúde mental, indivíduos em sofrimento psíquico apresentam dificuldades para se cuidarem, demonstrando condições precárias de higiene oral e corporal, fator muito importante e que os afastam do convívio social.

De acordo com os discursos dos usuários, dificuldades de aceitação e não compreensão dos familiares com relação ao sofrimento psíquico são relatados como pontos fortes para um desempenho satisfatório das atividades de autocuidado. Em determinados momentos, os usuários necessitam de auxílio de familiares ou pessoas próximas para execução de tarefas essenciais ao cuidado com a saúde e como seu próprio corpo; por isso, é de extrema importância a compreensão dessas pessoas acerca do sofrimento psíquico e das implicações que este acarreta no cotidiano dos usuários.

O discurso dos usuários remeteu à percepção de que estes necessitam sempre da presença de um familiar, geralmente da mãe, para passar em consulta médica, notando-se que o próprio familiar não se sente seguro em permitir que o usuário compareça sozinho nos serviços de saúde, podendo haver crises no percurso até a consulta.

A partir dessa perspectiva, há de se reforçar a implicação dos familiares no tratamento do usuário, a fim de compreender as reais necessidades e cuidados com a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico.

Todavia, Almeida et al. (2015) afirmam que a capacidade de autocuidado é um fator significativo para a reinserção social de usuários de saúde mental, sendo que a falta dessa habilidade desencadeia doenças próprias da falta de higiene e cuidados básicos com a saúde.

Ainda com base nesta **Categoria 1** – O Sofrimento Psíquico como Atravessamento para a Realização das Atividades de Autocuidado, os discursos dos familiares ofereceram as ideias centrais: dificuldades advindas com o adoecimento, necessidade de ajuda de outras pessoas, percepção de não estar bem e autocuidado ancorado na vigilância.

DSC – 4

Ele não é muito animado. Ele vem [referindo-se ao CAPS] conforme a disponibilidade da doença dele. Tenho que lembrar ele que tem que fazer barba, eu tenho que lembrar ele tem que trocar de roupa. Ele toma banho sozinho. Veste-se, precisa eu estar falando. Ele toma banho sozinho, mas precisa [ser lembrado], senão ele não toma banho. Eu tenho que falar! No banheiro tudo sou eu que tenho que dar descarga. Ele não dá [risos]. Eu acho que ele esquece. Conversa com ele mesmo no espelho! Na minha cabeça, eu acho que ele não tem condições ainda, mas eu acho que ele possa ter [de se cuidar sozinho]. A gente percebe que não tá bem. A gente percebe [quando não está bem]. Não fala. Ele fica em volta de você. Eu percebo quando ele não tá [bem], fica fumando demais! E fico falando: daqui uns dias você vai sentir o problema do cigarro. Ele não reclama. Eu sinto que tem que fazer alguma coisa. Se você não ficar em cima, ele não sabe: vai escovar os dentes, meu filho, a boca tá cheirando! Tem que falar. Se ele ficar sozinho numa casa, ele não consegue nem se reagir pra comer! Toda vez que ele for fazer consulta médica, precisa ir junto, eu tenho que ir. E se eu não posso ir, é meu filho mais velho que vai com ele. Quando ele tá em crise, ele não consegue, eu tenho que tá junto com ele. Pessoas assim que a esquizofrenia é contra ele mesmo, você não pode distrair. Fiz aquela proteção em volta dele. A gente não sabe se ele vai melhorar com a idade dele ou piorar. Eu não me sinto segura, eu tenho que cuidar. Eu fiz minha vida em torno dele. Sente a cabeça ruim, acho que a própria doença mesmo. Essa inconstância da doença é terrível! Um dia ele pode estar com um humor, outro dia ele pode estar com outro. Ele se esquece das coisas. O problema dele, como é mental, é uma dificuldade muito grande pra ele.

Conforme o discurso dos familiares, os usuários eram desanimados, frequentavam o CAPS de acordo com a sua patologia e demonstravam esquecimentos e dificuldades para desempenharem as atividades de autocuidado, necessitando do auxílio de outras pessoas para serem lembrados.

Foi apontado, ainda, que o usuário, quando não estava bem, apresentava alguns indícios para os familiares, tais como esquecimentos, fumar demais ou conversar consigo mesmo em frente ao espelho. Dessa forma, a perda da habilidade para cuidar de si e de sua saúde são sinais facilmente observados pelas pessoas que convivem com o indivíduo que está em sofrimento psíquico.

A fim de reforçar as implicações do sofrimento psíquico na área ocupacional de autocuidado, Salles e Barros (2013b) pontuam mudanças significativas na vida cotidiana dessas pessoas, provocando diversas transformações nos seus “fazeres”, bem como nas formas de se relacionarem e nos seus projetos de vida.

Corroborando os discursos dos usuários, nos discursos dos familiares, também se constatam necessidades de acompanhamento para determinadas atividades, tal como consulta médica, relatando uma preocupação com crises que possam emergir.

Conforme Amarante (2007), antecedente ao período da reforma psiquiátrica, era evidente o distanciamento dos familiares na vida das pessoas com transtorno mental, pois, para Pimenta e Romagnoli (2008), a pessoa que tinha algum tipo de sofrimento de ordem psíquica apresentava riscos ao contexto familiar, sendo que as relações geradas no âmbito familiar eram responsáveis por desencadear alienação e promover a loucura.

A partir desse prisma, a família, que era compreendida, por um lado, como geradora da loucura, por outro lado, deveria estar protegida da pessoa em sofrimento psíquico, sendo esta considerada perigosa (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008).

A partir dessa concepção histórica, Navarini e Hirdes (2008) referem que a família era afastada do tratamento e proibida das visitas durante as internações de seus entes acometidos pelo sofrimento psíquico. Contudo, a partir dos anos de 1970, as transformações da reforma psiquiátrica deram espaço a um novo papel à família, incluindo-a como participante ativa no tratamento da pessoa sofrimento psíquico (MORENO, 2009).

Assim, a política de saúde mental vigente possibilitou a aproximação de familiares no tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico, permitindo a este o desenvolvimento da autonomia e da autodeterminação (BRASIL, 2010).

Nesta investigação, ficou evidenciado como os familiares perceberam a autonomia e independência dos usuários para a realização do autocuidado, ficando marcante uma superproteção por parte dos familiares devido a um desconhecimento e, talvez, certa insegurança prospectiva no que diz respeito à própria doença. A partir do convívio e proximidade do familiar com o usuário, foram relatados que, em determinados momentos, o usuário apresentava esquecimentos e oscilações de humor.

Dessa forma, para auxiliar o usuário em sofrimento psíquico nas atividades em que eles apresentam dificuldades, os cuidadores devem agir de maneira empática e sensível (SOARES; SANTANA; SIQUEIRA, 2000), destacando, aqui, a importância da presença do familiar em consulta médica. Assim, Mostazo e Kirschbaum (2003) referem que o envolvimento da família no tratamento e cuidado com o indivíduo com sofrimento psíquico contribui em vários aspectos, dentre eles, na orientação e adesão deste com relação à medicação e cuidados da vida diária.

Torna-se visível, no discurso dos familiares, uma supervisão por parte dos familiares com relação aos cuidados deste usuário quando apresenta sintomas do adoecimento. Nesse contexto, as experiências dos familiares apontam a vigilância e supervisão dos comportamentos das pessoas em sofrimento psíquico como uma necessidade a ser incorporada na vida cotidiana delas próprias (BARROS; JORGE; VASONCELOS, 2013).

Benetton (1994) refere que a pessoa em sofrimento psíquico não deixa de fazer coisas por vontade própria, mas por não conseguir realizá-las, necessitando, assim, do auxílio de outras pessoas de sua confiança para a superação de dificuldades.

Assim, Benevides e Passos (2003) reforçam que o cuidado deve suspender o indivíduo em sofrimento psíquico, de forma que ele não se mantenha na passividade dos diversos procedimentos, mas que seja protagonista e responsável de seus desejos, vontades e decisões.

Segundo Torre e Amarante (2001), quando se opera sob a lógica tutelar, impede-se a construção de uma relação de contratualidade, o que possibilitaria um compartilhamento entre indivíduo, família e comunidade, com o objetivo de (re)construção da autonomia e da cidadania.

De acordo com Cavalheri (2010), a família assume papel importante no processo de reabilitação psicossocial do usuário em sofrimento psíquico. Nesse sentido, Vasconcelos (2011) aponta que, na prática, ainda existem dificuldades importantes para a inclusão do familiar no projeto terapêutico da pessoa em sofrimento psíquico em serviços como os CAPS, visto que, para Dimenstein et al. (2010), a assistência oferecida pela família é insatisfatória.

A partir dessa perspectiva, Marcolino (2016) aponta que as pessoas que convivem com o indivíduo que apresenta sofrimento psíquico também necessitam de cuidados para que possam auxiliar os indivíduos na inserção e participação social.

Assim, sob o olhar da reabilitação psicossocial, as famílias devem ser assistidas pelos CAPS, no sentido de possibilitar um cuidado planejado e permanente para os indivíduos em sofrimento psíquico, de modo a alcançar uma atenção à saúde mental compromissada com o cuidado e cidadania (BARROS, JORGE, VASONCELOS, 2013).

Portanto, os discursos dos usuários e seus familiares sobre o sofrimento psíquico como atravessamento para a realização das atividades de autocuidado

comprovaram um dos pressupostos desta pesquisa: de que esta área ocupacional é pouco estimulada. Tais discursos tornaram-se importantes ferramentas para obter uma melhor compreensão de qual é o lugar desta área ocupacional na vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico e do seu familiar.

Embora o sofrimento psíquico tenha acarretado a necessidade dos usuários de serem lembrados para a realização de determinadas atividades de autocuidado, foram referidos, também, nos discursos dos usuários e seus familiares, pontos que sinalizaram independência desses usuários para a execução das atividades referentes ao cuidado de si e de sua saúde.

Resgatando os conceitos citados neste estudo de que a autonomia advém de escolhas do indivíduo, de forma livre e esclarecida, sendo que é a própria pessoa quem decide o que é melhor para si conforme seus valores e necessidades (FORTES; ZOBOLI, 2004) e de que independência é uma habilidade individual para realizar as atividades sozinho, sem necessidade de ajuda de outras pessoas(AOTA, 2002), cabe apontar que, ter autonomia e ser independente são referências diferentes e importantes para entender a complexidade das percepções dos usuários e seus familiares sob a perspectiva das áreas ocupacionais.

Como mencionado nos discursos, o fato de o usuário necessitar ser lembrado pelo seu familiar sobre a realização das atividades de autocuidado não implica na não independência desse usuário para a execução de tais atividades. Dessa forma, a partir dos discursos dos usuários e seus familiares, destacou-se a **Categoria 2**– Independência para a Realização das Atividades de Autocuidado, trazendo no seu cerne as ideias centrais de independência no autocuidado, organização das medicações e cuidados com a saúde.

DSC – 5

Eu tomo banho de manhã, eu tomo três banhos por dia mais ou menos. Não tenho dificuldade. Pentear o cabelo, escovar os dentes. Tudo sozinho! Não tenho nenhuma dificuldade, tomo banho sozinho, me arrumo sozinho, gosto de andar bonito. Eu que botei essa calça, esse sapato, essa camisa. As minhas atitudes são coerentes com o meu tratamento, tomo medicamento sempre conversando com o médico, tudo dentro dos conformes. Eu já acostumei bastante tomar [medicação]. Eu deixo tudo separado [se referindo à medicação]. Eu consigo organizar certinho [se referindo à medicação]. Eu que organizo. Eu tomo remédio certinho!

De acordo com os discursos dos usuários, os mesmos referiram independência na execução das atividades de autocuidado, sem dificuldades ou auxílio de outras pessoas. Ressaltaram ser vaidosos, gostarem de se arrumar e terem capacidade de discernimento e coerência de suas atitudes para a qualidade de seu cuidado e/ou tratamento com relação à organização e administração de suas medicações.

O discurso dos usuários apresenta congruência com o discurso dos familiares que apontaram que os usuários realizam as atividades de autocuidado de maneira independente.

DSC – 6

Ele é independente. Ele já consegue fazer tudo! Esse ano já tem raspado a barba sozinho. Toma banho sozinho, come sozinho, se cuida. Ele maneira as comidas dele sozinho. Ele marca consulta, ele mesmo pega [se referindo à medicação]. Depois que ele fez o tratamento, tranquilo. Ele vai sozinho, marca consulta no posto, ele mesmo pega [medicação]. Ele vai, pega na farmácia [a medicação], monta os remédios em envelopinho, já deixa montado o da manhã e da noite. Ele toma sozinho. Dá o horário e ele já bebe certinho! Hoje ele toma diariamente no horário [medicação]. Toma certinho [se referindo à medicação] porque eu vi as cartelinhas. Nem mais, nem menos. Ele monta os remédios em envelopinho pra ficar mais fácil.

De acordo com os familiares, os usuários não apresentam dificuldades para a realização das atividades de autocuidado, conseguindo tomar banho, vestir-se, comer e até mesmo marcar consultas médicas, constatando-se, assim, um cuidado com sua saúde. Eles conseguem, de maneira independente, buscar suas próprias medicações e organizá-las, pontuando uma forma própria:

> "[...] Ele monta os remédios em envelopinho pra ficar mais fácil [...]."

A partir do trecho em destaque, percebe-se uma preocupação do usuário com os cuidados de saúde, pontuando que este cria uma rotina, não demonstrando dificuldades físicas ou cognitivas para a execução de tal ação, inferindo, ainda, que este compreende suas limitações e reconhece a necessidade de um tratamento adequado perante seu sofrimento psíquico.

Nesse sentido, Almeida et al. (2015) reforçam que, para que se estabeleça atividades instrutivas e rotineiras de promoção de autocuidado, faz-se necessário possibilitar ao indivíduo em sofrimento psíquico uma melhor aceitação de si próprio, melhorando sua autoestima, com a redescoberta da percepção de si e do ambiente

que o rodeia, a fim de proporcionar a execução de atividades simples e úteis, o que também possibilita uma consciência da sociedade acerca das limitações e potencialidades desses usuários.

Dessa maneira, apreende-se que o sofrimento psíquico não implicou na independência dos usuários dos CAPS II para a realização das atividades de autocuidado, mas interferiu na autonomia dessa área ocupacional, necessitando de maiores estímulos e ações voltadas para os cuidados com a saúde e a higiene pessoal.

Dando sequência, os discursos dos usuários e seus familiares indicaram a **Categoria 3**, denominada Impedimentos e Dificuldades para a Realização das Atividades Produtivas. No discurso dos usuários, emergiram as seguintes ideias centrais: trabalho voluntário, efeitos das medicações, dificuldades físicas e de memorização, alucinações auditivas, insegurança, iniciativa, estigma e preconceito, conforme observado no seguinte discurso:

DSC – 7

Trabalho voluntário nunca por causa da medicação. Começo a tremer. Cada quinze dias eu tomo uma [medicação]. O problema é o remédio. Na igreja, eu não posso nem ir lá pegar uma vassoura e varrer que vai perder o benefício. E eu não posso carregar peso! Tenho um pouco de dificuldade porque dói muito o osso. O problema do osso! Eu passei muito tempo parado, com o corpo todo travado! Dá aquele desânimo de fraqueza, parece que não tem muito destreza. Eu não tenho muita memória pra guardar as coisas, pra gravar. Tenho um pouco de dificuldade pra gravar. Eu escuto [vozes]. Eu tenho dificuldade de escrever. Como eu falo, eu escrevo. É imprevisto o meu comportamento do dia a dia, uma variável personalidade que muda. É insegurança de fazer certas coisas devido ao meu problema. Eu tenho medo de errar. Não tenho ânimo pra nada. A esquizofrenia dá. Eu tenho medo de ir trabalhar e não dar certo. As pessoas não entenderem a minha doença. Insegurança! O corpo não tem mais aquele desempenho de antes. A vista tá ruim. Eu nasci com miopia. Eu não enxergo muito bem. Quando eu tô na costura, tô colocando a linha na agulha, às vezes eu não enxergo muito bem a linha na agulha. Tem dia que não saio da casca do ovo! Tenho uma personalidade quieta. Parece que eu não vou aguentar. O meu caso é grave e não tem cura. Vai ter uma melhor qualidade de vida! Tenho medo de ser rejeitado. Às vezes as pessoas rejeitam a gente, pensam que a gente que faz tratamento é louca. Achar que eu sou um doido, um louco, só porque eu venho no CAPS. Preconceito! Eu acho que todos nós somos todos iguais. Ninguém é melhor do que ninguém!

Os usuários apresentaram alguns impedimentos para a realização das atividades produtivas, sendo relatados por eles que não desempenhavam nenhum

trabalho voluntário devido aos efeitos colaterais da medicação e aos impedimentos colocados por outras pessoas devido a preocupações de perda de seus benefícios. Relataram, ainda, que não realizavam nenhum tipo de trabalho por apresentarem dificuldades físicas e desânimo, enfatizando dificuldades para memorização, alucinações auditivas, insegurança e personalidade baseada em comportamentos inconstantes.

Apreende-se, a partir do discurso dos usuários, que a imprevisibilidade no comportamento, atrelada a uma personalidade inconstante, que ocasiona medos e inseguranças, desencadeia dificuldades concretas para a comunicação e socialização, no que diz respeito à interação e à falta de iniciativas, como apresentado no trecho a seguir:

> "[...] Eu tenho medo de ir trabalhar e não dar certo. As pessoas não entenderem a minha doença. Insegurança! [...]."

As percepções de impotência nas atividades produtivas dos usuários provocam reflexos permeados de medos relacionados à rejeição e à estigma da sociedade. Esse relato corrobora as ideias de Rebeiro et al. (2001), que referem que as pessoas em sofrimento mental vêm enfrentando muito preconceito no contexto de trabalho, pois são vistas como doentes, em primeiro plano, para depois serem compreendidas como humanos.

Ao focalizar outro trecho do discurso dos usuários dos CAPS II:

> "[...] Tenho medo de ser rejeitado. Às vezes as pessoas rejeitam a gente, pensam que a gente que faz tratamento é louca. [...] Preconceito! [...]."

Nota-se que os usuários percebem um preconceito por parte das pessoas que estão ao seu entorno. Constandinidis e Cunha (2016) apontam que a sociedade contemporânea descredencia a pessoa em sofrimento psíquico devido à própria doença, à questão da incurabilidade e da cronificação, demarcando limites para que esse indivíduo possa estar no mundo e expor suas potencialidades.

O preconceito, a falta de conhecimento e de informações por parte da sociedade dificultam a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico nos contextos familiar, comunitário e social, implicando em prejuízos em sua vida cotidiana (BARROS, JORGE, VASONCELOS, 2013).

Frente ao exposto, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV (2003) menciona que existem padrões de normalidade que são aceitáveis e outros que não são aceitáveis em toda comunidade. Tais padrões são determinados por comportamentos que são aceitos em dado grupo social e/ou comunidade, podendo estes variarem de acordo com gênero, classe social, poder aquisitivo e mesmo com relação à ocupação do indivíduo. Toda pessoa que apresente um padrão que esteja desarticulado com esses determinantes é considerada como anormal ou diferente.

Por conseguinte, Goffman (1988) ressalta que os indivíduos que não preenchem os requisitos impostos pelas normas são denominados “estigmatizados”, pois estes apresentam uma marca ou estigma diferente do que o grupo social exige, dificultando então, numa efetiva integração/inclusão social. O estigma que provém do grupo social impede e nega ao indivíduo possibilidades para que possa se desenvolver e viver inserido, de acordo com os padrões de normalidade adotados pela própria comunidade.

Contudo, no cenário das atividades produtivas e laborais, o preconceito, principalmente por parte dos empregadores, que exigem indivíduos ágeis e o mínimo de ausências durante a execução das atividades, é um dado extremamente relevante a esta pesquisa, que dificulta a inclusão social dos usuários de saúde mental (MARWAHA; JOHNSON, 2005; EVANS; REPPER, 2000).

Retornando ao discurso dos usuários, verificou-se, também, que eles mesmos percebem que seu desempenho atual, especialmente relacionado à produtividade, é menor quando comparado ao desempenho antes do adoecimento. A partir dessa perspectiva, Salles e Barros (2013b) enfatizam que os usuários podem assumir uma posição que os desqualifica quando imersos numa sociedade em que existe um preconceito importante diante do sofrimento psíquico. Cabe ressaltar aqui que a história de vida de cada usuário em sofrimento psíquico é inserida em uma história social impregnada de exclusão, cujo cotidiano é atravessado pelo preconceito e pela discriminação.

Compreende-se, então, que essas dificuldades apresentadas pelos usuários sobre o impedimento ou não realização de atividades produtivas, por quaisquer que sejam os motivos, convergem para um distanciamento de suas relações sociais, (re)descobertas de potencialidades, aquisição de direitos enquanto cidadãos e empoderamento da sua própria autonomia.

Desse modo, Morgan et al. (2007) referem que as pessoas que estão à mercê da não produtividade, ou seja, que não participam de atividades sociais, culturais, políticas e econômicas, estão mais vulneráveis e propensas a uma exclusão social, a partir da qual são privadas de possibilidades e oportunidades para se apropriarem de ocupações significativas.

Nos discursos dos familiares, ainda em relação à **Categoria 3** – Impedimentos e Dificuldades para a Realização das Atividades Produtivas, foram apontadas as seguintes ideias centrais: efeitos das medicações, dificuldades físicas e de memorização, descontrole e oscilação de comportamentos sobre suas próprias condutas, alucinações visuais, heteroagressividade, desejo de trabalhar, falta de iniciativa e/ou não continuidade das atividades.

DSC – 8

Já tem o ordenado [salário] dele. E não precisa mais trabalhar. Não dá pra trabalhar porque bebe muito remédio! Os remédios que toma, acho que deixa a pessoa desanimada. O problema dele é só mental. Ele no corpo é sadio! Mas quando chega na hora da mente, é que não ajuda. Eu acho que ele esquece. Eu mandava lavar a louça, mas agora eu nem mando. Depois do dia que eu peguei ele com o nariz arrancado o couro com a bucha, eu tenho medo dele lavar uma louça! Ele tem a consciência que ele não tem o domínio sobre o problema, que ele faz coisas que não é pra ele fazer, mas ele não tem o controle. Ele não trabalha [atualmente] não porque ele fala que o corpo dele não ajuda. Acho que pra trabalhar não viraria. Para trabalhar acho que ele tem [dificuldades]. No corpo não, só na cabeça. Ele não sabe mentir. Ele conta que ele passa no psiquiatra, que ele toma remédio. O problema dele é só mental, o nervoso. Fica vendo vultos, quebra as coisas. Chegou um tempo a agredir! Ele não é uma pessoa ligeira, ele é bem devagar. Não tem aquela capacidade de ficar esfregando [quando lava um tênis, por exemplo]. A coordenação que não é boa na mão e uma mente atrasada. No meu entender, ele põe na cabeça que se ele fala que não consegue, aí não adianta! Ele tem dificuldade pra trabalhar porque ele não consegue reagir. Um dia ele está de um jeito, outro dia ele está de outro. Ele fica nervoso, agitado. Ele fala que tem vontade de trabalhar. Ele tem muita vontade de trabalhar, tem um sonho de ter o dinheiro dele. Quer trabalhar, mas ainda não chegou a procurar. Ele fala que ele tem vontade de voltar a trabalhar, mas não aguenta mais por causa do remédio, tirou a força dele. Ele só sabe dar ordem [risos], mas ele não tem capacidade de pegar a enxada e ir carpir, você entendeu? Ele só mostra, mas ele não tem a capacidade de fazer. Ia muito ao SESI, [em curso] de culinária, de artesanato. Ele parava sempre! Já coloquei em tudo que eu pude. Ele não vai. Não sei se é dificuldade é desânimo mesmo!

De acordo com o discurso dos familiares, é possível observar um conformismo com os benefícios que os usuários recebem, reforçando, assim, impedimentos e até

mesmo um descredenciamento das potencialidades desses usuários para a realização de quaisquer atividades produtivas.

Corroborando essa ideia dos familiares, cabe pontuar aqui que a aposentadoria precoce é um fator importante, mas gera sentimento de incapacidade e desvalorização para muitos usuários de saúde mental (RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007).

Além dos benefícios recebidos precocemente, outro fator limitante para que os usuários pudessem realizar atividades voltadas à produtividade foi o uso das medicações, uma vez que eles têm buscado por trabalho, mas, devido aos efeitos colaterais das medicações, apresentam desânimos, dificuldades físicas e/ou motoras, dificuldades de concentração e memória. Sobre essa questão, os familiares referiram inseguranças, como observado no seguinte trecho:

> "[...] Eu mandava lavar a louça, mas agora eu nem mando. Depois do dia que eu peguei ele com o nariz arrancado o couro com a bucha, eu tenho medo dele lavar uma louça! [...]."

Conforme relatos dos familiares, a sintomatologia que atravessa sua saúde mental impede atividades cotidianas básicas, como, por exemplo, lavar uma louça.

Para os familiares, os usuários têm consciência de suas limitações e dificuldades, mas não conseguem ter controle e domínio sobre estas. Foram relatadas histórias laborais antes do adoecimento dos usuários, porém, após o diagnóstico psiquiátrico, a conquista do benefício e o início do tratamento destes no CAPS, as atividades de cunho produtivo tornaram-se cada vez mais escassas. Assim, as práticas e o cuidado em saúde mental devem ser repensados, de modo a contribuir na perspectiva da produtividade, oportunizando mais espaços e créditos de autonomia aos usuários.

Reforçando a concretude do relato acima, Leão e Salles (2016) afirmam que o cuidado em saúde mental, que teve início na década de 1970 com os movimentos da reforma psiquiátrica brasileira e que teve influência da reforma psiquiátrica italiana, ainda passa por transformações. Mângia e Nicácio (2001) dizem que essas transformações ocorrem no contexto da psiquiatria, com reflexões no âmbito institucional da organização social, na função exercida pelos operadores dos serviços

de saúde mental, na exclusão social e na falta de direitos de cada indivíduo que passa pela experiência do sofrimento psíquico.

Conforme o discurso dos familiares, os usuários referiram desejo em ter um emprego, porém, não esboçaram nenhuma iniciativa, enfatizando que esses últimos não conseguem reagir a atividades simples, como molhar uma horta, ou mesmo não dar seguimento e/ou finalizar determinada atividade, o que pode estar atrelado ao desânimo decorrente do próprio sofrimento psíquico, como apresentado no relato a seguir:

> "[...] quer trabalhar, mas ainda não chegou a procurar. [...] ele não tem capacidade de pegar a enxada e ir carpir [...]. Ele só mostra, mas ele não tem a capacidade de fazer. [...]. Já coloquei em tudo que eu pude. Ele não vai. [...]."

A partir desse relato, é possível afirmar que o trabalho exige uma modificação de si mesmo, destacando, a partir de uma relação subjetiva com esse trabalho, vivências de prazer e sofrimento (DEJOURS, 2007). Pontua-se, ainda, que, ao mesmo tempo em que o trabalho pode ser um dispositivo que possibilita bem-estar e saúde, pode também levar ao adoecimento.

No que se refere aos aspectos positivos, o espaço de trabalho pode possibilitar experiências satisfatórias, principalmente para os indivíduos em sofrimento psíquico, a ponto de restabelecer sua saúde, melhorar a qualidade de vida, oferecendo à pessoa uma condição de ser mais ativa e participativa (RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007). Bertolote (1997) reforça que a atividade laboral permite a melhora da autoimagem da pessoa, da autoestima, oportunizando a ampliação de comunicação e socialização, pois, como apontam Salles e Matsukura (2015), o trabalho é um meio que possibilita a construção de redes sociais a partir do contato com outras pessoas, uma vez que é mediado por esse contato, tornando a pessoa socialmente aceita.

No que diz respeito aos aspectos negativos da inserção no trabalho, configurou-se que este pode gerar desconfortos nos estados psíquicos, físicos, sociais e emocionais, acarretando o aparecimento de sérias doenças, quando esses espaços se tornam insalubres (TSU, 1993). Para Krupa et al. (2003), o mercado de trabalho pode criar barreiras para a pessoa em sofrimento psíquico, refletindo em baixo nível de escolaridade e falta de seguridade no próprio ambiente de trabalho.

Levando em consideração os discursos dos usuários e seus familiares apresentados acima, foi possível observar impedimentos significativos para a realização das atividades produtivas, e, dentre estes, o preconceito é considerado um ponto crucial.

O preconceito e a discriminação ainda são potentes impeditivos para a construção da rede social na vida cotidiana dos indivíduos em sofrimento psíquico, pois impossibilita o acesso a novos contatos no âmbito social. (SALLES; BARROS, 2013a).

Entende-se que o preconceito com o usuário em sofrimento psíquico tem importantes implicações na construção dos seus vínculos sociais, acarretando no isolamento do convívio com outras pessoas. Complementando essas ideias, Topor et al. (2006) ressaltam que tal isolamento não deve ser considerado uma característica do sofrimento psíquico, mas algo gerado pelo contexto social em que essas pessoas estão inseridas, provenientes do estigma.

Dessa forma, Salles e Barros (2013a) reforçam que o preconceito associado à falta de engajamento em atividades significativas no contexto social é uma característica marcante no contexto de vida desses usuários, a qual influencia de maneira negativa na constituição de sua rede social.

A partir dessa perspectiva, Sampaio e Barroso (1997) colocam que a pessoa com transtorno mental foi vítima de preconceitos e estigmas ao longo de toda a história. No contexto atual, mesmo após importantes avanços, esta demanda vem enfrentando obstáculos importantes relacionados ao temor e à precaução por parte da sociedade.

Portanto, as atividades produtivas, incluindo aqui o trabalho, podem ser uma porta para a veiculação social das pessoas em sofrimento psíquico em um contexto ampliado de relações e produções na perspectiva da reabilitação psicossocial, de modo a (des)construir e (re)significar o cenário atual da saúde mental, que ainda é permeado de estigmas e preconceitos.

O trabalho está compreendido nas práticas de cuidado, sob a ótica da reabilitação psicossocial, facilitando o resgate da autonomia, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, de modo que o indivíduo em sofrimento psíquico possa exercer seus direitos e conquiste sua reinserção social (BRASIL, 2004).

O trabalho permite às pessoas tornarem-se produtivas, podendo usufruir de conforto, segurança, satisfação econômica estável, além de possibilitar o contato com outros indivíduos. Para a pessoa em sofrimento psíquico, o mercado de trabalho pode ser uma porta para a construção de relações de amizades, aumentando sua rede de relações sociais e diminuindo seu isolamento (BERTOLOTE, 1997).

É a partir de experiências compartilhadas no território, envolvendo trabalhadores de saúde e de saúde mental, família e usuários, que se pode alcançar a minimização desses preconceitos (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013).

Apesar de emergirem aspectos relacionados aos impedimentos e às dificuldades para a realização das atividades produtivas nos discursos dos usuários e seus familiares, também foram observados discursos desta investigação que originaram a **Categoria 4** – Expectativa e Conquista de Habilidades nas Atividades Produtivas. Dessa forma, nessa categoria, o discurso dos usuários apresentou as seguintes ideias centrais: expectativas, conquista de habilidades, satisfação pessoal, voluntariado e trabalho informal.

DSC – 9

Eu pensei que eu não ia conseguir fazer a almofada. E outra coisa também que eu consegui foi o crochê! Eu gosto [de trabalhar] porque agora eu tenho o meu dinheiro. Eu tenho o meu dinheiro e não estou nervoso. Não é aquele dinheirão, mas dá pra ajudar quando estiver precisando das coisas. Eu pretendo começar aqui no CAPS, na aula de informática pra ver se eu posso dar uma orientação, se eu posso aumentar esse campo de conhecimento, oferecer os meus serviços. Eu tô querendo fazer e ver se eu consigo passar na faculdade de Jornalismo. Eu fui voluntário! Trabalhei um tempo na gestante e na sopa. Eu sou missionário, me empenho em trabalhar pra pastoral do dízimo da igreja, encontros, retiros. Fazemos cursos! Levo a oração, catecismo pras crianças, casamento pra adulto, comunhão para os doentes. Realizamos encontro, retiro espiritual. Eu tô assim me completando com esses trabalhos, com esses trabalhos espirituais já tem três anos. Eu procuro bico, às vezes pra festas, promover churrascos. Eu tô fazendo crochê! Tem que esforçar pra ganhar o dinheiro da gente.

De acordo com o discurso dos usuários, foi a partir de tentativas em determinadas atividades produtivas que eles conquistaram novas habilidades e, consequentemente, sentimentos de utilidade e prazer. Referiram que a realização de determinadas atividades é satisfatória e que, quando existe um reconhecimento financeiro, há uma melhora ainda mais significativa em sua autoestima. Expectativas para retomarem os estudos são frequentes no discurso dos usuários, almejando

conquistar o ingresso e sucesso em algum curso superior para a ampliação de seus conhecimentos. Nesse sentido, o CAPS torna-se um propulsor e estimulador desses desejos a serem ampliados pelos usuários, tendo em vista que é um local em que se sentem seguros para arriscar e iniciar determinadas atividades.

Salles e Matsukura (2015) reforçam que a sensação do indivíduo em sofrimento psíquico ao descobrir-se capaz de realizar determinada atividade possibilita um processo de constituição da sua identidade e de condução da sua vida, de modo que esse processo reforça e aumenta sua autoconfiança, podendo até mesmo contribuir com outros usuários para a ampliação de novos papéis na vida social, sobrepondo-se ao papel de doente.

Foi apontado pelos usuários que o envolvimento em atividade voluntária, tal como apresentado no trecho a seguir, teve forte influência para que esses indivíduos pudessem sentir-se úteis, destacando, assim, as atividades de cunho religioso:

> "[...] Eu sou missionário... [...]. Levo a oração, catecismo pras crianças, casamento pra adulto, comunhão para os doentes [...]. Eu procuro bico, às vezes pra festas, promover churrascos [...]."

Salles e Matsukura (2015) enfatizam que as atividades religiosas propiciam a ampliação de relações sociais, sendo um espaço potente para trocas, o qual possibilita realizar ocupações com outras pessoas, desencadeando um sentimento de pertencimento na sociedade e efetivando a inclusão social.

É exatamente esta a ideia à qual o discurso dos usuários remete: possibilidade de trocas e a execução de atividades a partir de um fazer compartilhado, que permite a efetivação da inclusão social.

O discurso dos familiares, também contemplados nesta **Categoria 4** – Expectativa e Conquista de Habilidades nas Atividades Produtivas, indicou as seguintes ideias centrais: expectativas, estudo e autonomia.

DSC – 10

Se tiver a roupa pra limpar, ele é de chegar, pegar e já começar a limpar. Ele é tecnólogo em Gestão Comercial. A vida dele é estudar. Ele adora livro, adora estudar. Ele queria terminar o curso que ele fez de AUTOCAD.

De acordo com o discurso dos familiares, observou-se uma percepção de autonomia perante as atividades de cunho produtivo, como apontado neste trecho:

> “[...] Se tiver a roupa pra limpar, ele é de chegar, pegar e já começar a limpar.”

Aqui vale ressaltar que, na percepção do familiar, o usuário é quem decide e opta por executar a atividade, sem precisar ser lembrado ou ter necessidade de auxílio de outras pessoas, denotando, assim, o empoderamento de sua autonomia.

Foi apontado ainda pelos familiares que os usuários tinham desejos em dar continuidade nas atividades que interromperam em determinado momento por algum motivo:

> “[...] Ele queria terminar o curso que ele fez de AUTOCAD.”

Ao focalizar esse trecho, apreende-se que os usuários demonstram interesse em dar continuidade a atividades e até mesmo projetos interrompidos no percurso de sua vida. Infere-se que essa característica é um marco saudável para que o indivíduo possa construir sua identidade na área ocupacional da produtividade, facilitando o seu processo de inclusão social e abrindo caminhos para a sua circulação no cenário da empregabilidade.

Partindo dessa premissa, Saraceno (2001a) indica que o trabalho está inserido como um dos eixos da reabilitação psicossocial e precisa ser explorado de forma minuciosa, propondo uma reflexão desse trabalho como um processo reabilitativo, a fim de promover articulação entre as necessidades e os desejos da pessoa em sofrimento psíquico.

Contudo, Lussi e Morato (2016) reforçam que o trabalho está entre os direitos sociais destituídos, principalmente quando referido ou direcionado às pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a inserção ou mesmo a reinserção ao trabalho dessa população, embora dificultosa, continua tendo destaque importante na vida dessas pessoas, por ter um lugar social privilegiado.

Vale resgatar que, para as autoras, a utilização do trabalho sob a ótica do tratamento moral teve grande relevância para as pessoas em sofrimento psíquico, tanto no cenário nacional como internacional. A diferença é que, no âmbito da literatura internacional, os modelos e programas de cunho laboral eram imersos em

um trabalho formal e competitivo, o que pode sugerir um obstáculo para o processo de inserção social pelo trabalho. Já no cenário nacional, experiências voltadas à inclusão no trabalho tinham suas bases fundamentadas na reabilitação psicossocial, com base nas teorias e práticas da reforma italiana, o que possibilitou uma via de acesso entre saúde mental e economia solidária a partir do ano de 2004, a qual ainda está em processo de desenvolvimento. No entanto, aponta-se sobre a relevância da participação de indivíduos em sofrimento psíquico em programas de reabilitação pelo trabalho, os quais devem estar alinhados ao contexto atual em que se desenvolve, pois, como afirma Saraceno (2001), o programa reabilitativo pelo trabalho é um processo complexo, que abarca o indivíduo e o contexto que o circunda (LUSSI; MORATO, 2016).

É importante referir que, no cenário italiano, mais especificamente na cidade de Perúgia, foi possível observar um processo de inclusão pelo trabalho denominado de “inserimento laborativo”, o qual vem apresentando resultados significativos, pois é facilitado por meio de um benefício que varia de 150 a 300 euros, tendo as atividades laborais realizadas no formato de serviço protegido.

Com os discursos dos usuários e seus familiares, foi possível comprovar, portanto, outro pressuposto desta investigação no que diz respeito à inexistência e à escassez de estímulos aos usuários dos serviços de saúde mental voltados às atividades de produtividade.

Dando sequência aos discursos dos usuários e seus familiares, foram indicadas implicações trazidas pelo adoecimento psíquico na área ocupacional de lazer. Dessa forma, emergiu a **Categoria 5** – O Sofrimento Psíquico como Atravessamento para a Realização das Atividades Sociais e de Lazer.

Em relação a essa categoria, o discurso dos usuários apresentou as ideias centrais: diminuição e/ou interrupção no ritmo das atividades sociais e isolamento social.

DSC – 11

Depois da doença [piorou]. Antes de eu ficar doente, eu ia à quermesse, eu ia à festa de fora [se referindo a outras cidades], festa do peão. Gosto de jogar dominó. Sempre gostei. Antes de ficar doente, eu jogava xadrez, agora eu não sei mais. Eu só sei mudar as peça do tabuleiro. Não sei armar a partida contra o adversário. Depois que eu fiquei doente nunca mais viajei. Eu vou à casa dos meus irmãos. À noite você tem que ficar sozinho. Não tem ninguém!

Conforme o discurso dos usuários, após o adoecimento, foi minimizada a ocorrência das atividades sociais e de lazer, destacando como impeditivos para sua realização problemas de concentração para participar de jogos e isolamento social, quando se refere a festas comunitárias.

Observou-se, então, que o adoecimento interferiu de maneira significativa no repertório cotidiano de atividades sociais e de lazer do indivíduo que é acometido pelo sofrimento psíquico. Infere-se, assim, que os usuários eram mais ativos na área ocupacional de lazer, conseguindo serem mais participativos, fato que foi dificultado devido aos sinais e sintomas após o adoecimento.

Complementando os discursos dos usuários, em relação à **Categoria 5** – O Sofrimento Psíquico como Atravessamento para a Realização das Atividades Sociais e de Lazer, os discursos dos familiares ofereceram como ideias centrais: diminuição e/ou interrupção no ritmo das atividades sociais, isolamento social, preconceito, uso de substância psicoativa, impaciência, dificuldades físicas e baixa autoestima.

DSC – 12

A gente que é normal, a gente sabe dosar as coisas. Ele não tem a dosagem, ele não sabe dosar. Eu creio que seja a própria doença. Em reunião familiar ele só escuta, ele não fala nada. Dá impressão que nem um gravador que tudo que ouve, sabe, e vai gravando. Depois um dia sai algum assunto, daí ele fala aquele episódio. Depois disso tudo [referindo-se à doença] ele ficou caseiro. Pelo menos lá [no CAPS], tem umas pessoas da mesma idade, que pode conversar e trocar ideia. O povo é muito preconceituoso. Ele era muito alegre, muito alegre. A porcaria da droga o estragou. É difícil ele sair de casa. A dificuldade que ele tem é porque ele fica só parado dentro de casa. Conforme o jeito que ele tiver, ele tem dificuldade de falar com aquela pessoa. Força muito a mente dele, ele não tem paciência [para ler]. Eu tenho medo dele explodir. Ele não gosta muito de sair. Pra caminhar até que ele caminha, pra jogar bola acho que não tem condição. Jogava bola, mas daí ele acabou com tudo! Ele se desligou um pouco das coisas, dos amigos. Ele não consegue fazer nada! Esporte, ele fala que tem dificuldade por causa do joelho. Agora começou a doer a coluna por causa do peso. Ele fala que ele é muito feio, muito gordo. Que ele não vai à casa dos outros porque os outros ficam reparando ele. Tem tempo que ele fica quieto, parado, tem dia que ele tá contente, dá risada.

Na perspectiva dos familiares, os usuários também apresentaram dificuldades para interação social, não se colocando e não conseguindo se inserirem em determinados assuntos. A única via de acesso para a realização das atividades sociais e de lazer parece ser o CAPS, local onde são construídos laços de amizades e

confiança, afirmando que a sociedade ainda tem um estigma muito forte e também muito preconceito com relação ao sofrimento psíquico.

É importante resgatar que, para o indivíduo que teve sua vida cotidiana atravessada pelo sofrimento psíquico, buscas para o engajamento em ocupações, a construção de sua identidade, a relação com outras pessoas e a efetivação da inclusão na sociedade são lutas diárias (SALLES; MATSUKURA, 2015). Assim, o CAPS II tem facilitado esse processo de envolvimento dos usuários em atividades e ocupações significativas, as quais, posteriormente, poderão ser ampliadas para o contexto social.

As drogas (se referindo especificamente à maconha), a baixa autoestima e as dificuldades físicas também foram citadas pelos familiares como agravantes para o desempenho de determinadas atividades sociais. É fato que as drogas estão inseridas no cotidiano contemporâneo, não somente no cenário brasileiro, mas também no âmbito internacional, sendo necessária uma reflexão mais atenta e assertiva sobre as formas de uso dessas substâncias, principalmente quando associada à pessoa em sofrimento psíquico, levando em consideração o repertório sociocultural dos envolvidos.

No quesito das dificuldades físicas e da baixa autoestima apresentadas pelos discursos dos familiares, deve-se atentar à prescrição e ao uso excessivo e, por vezes inadequados, de algumas medicações. Também se torna necessária uma educação alimentar, no intuito de informar sobre efeitos colaterais de determinados psicotrópicos, hábitos saudáveis de alimentação e práticas de atividades físicas, a fim de que as pessoas em sofrimento psíquico possam garantir seus direitos e se sentirem, de fato, incluídas socialmente, por meio da realização de diversas atividades.

Para tanto, o engajamento em ocupações é de direito de todo ser humano e não deve ser compreendido como uma escolha de vida (HARRISON; SELLERS, 2008). Constantinidis e Cunha (2016) afirmam que a utilização de atividades é compreendida como um recurso potente diante dos preceitos da reabilitação psicossocial, no intuito de criar estratégias de inclusão, participação social e ampliação de possibilidades de trocas com a comunidade.

Quando colocados em evidência a participação e o engajamento dos indivíduos em ocupações, foi possível encontrar, a partir dos discursos dos usuários e seus

familiares, a **Categoria 6** – Atividades Realizadas no Contexto Familiar, no CAPS e de Cunho Religioso, a qual foi fundamentada, em ambos os discursos, nas ideias centrais: atividades realizadas no contexto familiar, atividades realizadas no CAPS, atividades de cunho religioso, interação e comunicação.

Observaram-se no discurso dos usuários que as atividades de lazer estavam centradas no âmbito familiar, àquelas desempenhadas no CAPS e também às atividades de cunho religioso:

DSC – 13

Eu tenho saído pouco porque eu tô com os cachorros em casa. Eu brinco com o meu moleque mais novo e com as criações. Não tenho [atividade social] porque minha mãe comprou a net agora e a gente tá assistindo televisão em casa. Minha mãe proibiu de me dar dinheiro e eu não saio muito. Eu vou à casa de meu irmão de vez em quando. Nós fizemos uma viagem esses mês retrasado, em oito irmãos. Vou a alguns aniversários dos meus sobrinhos, festas, casamentos, aniversários. Festas entre família. Vou à casa de uma tia minha. Na casa dos meus tios que mora lá perto de casa eu vou sozinho. Vou pra casa da minha avó que é pertinho de casa. É com a família e o pessoal aqui do CAPS. Minha diversão é aqui [se referindo ao CAPS]. É andar aqui, fazer a caminhada, fazer a oficina de tapete, esse é meu lazer. No CAPS faço pintura, faço outras coisas também. Jogo *video game*, jogo bola aqui [no CAPS]. Quando tem aqui [se referindo a viagens oferecidas pelo CAPS], eu procuro me interagir com o grupo. Vou aos passeios com o CAPS. Circuitos turísticos! Quando tem excursão aqui [no CAPS]! Aqui [se referindo ao CAPS] com os doentes que a gente convive, sinto-me bem. Eu gosto daqui! Tem vez que eu vou pra alguma [se referindo a festas]. Participei da festa junina. Vou à Casa da Cultura, tomar banho de piscina. Eu procuro festas comunitárias. Conversar com as pessoas eu não tenho dificuldade. Eu acho muito legal ser comunicativo. Comunicar é muito bom! Gosto [se referindo as atividades da igreja]. Lá eu me sinto à vontade. Lá você brinca, você ri com os amigos. Eu gosto de ir à igreja.

De acordo com o discurso dos usuários, foi possível apreender que estes compreendem as atividades de lazer ligadas ao contexto familiar, tal como apontado nos trechos:

> "Eu tenho saído pouco porque eu tô com os cachorros em casa. Eu brinco com o meu moleque mais novo e com as criações. [...] a gente tá assistindo televisão em casa [...] vou à casa de meu irmão de vez em quando [...]. Vou a alguns aniversários dos meus sobrinhos, festas, casamentos, aniversários."

A partir desses fragmentos, para Salles e Barros (2013a), o convívio e as relações no âmbito familiar e com vizinhos podem ser considerados potentes recursos

propulsores de suporte social, pois possibilitam o resgate de sentimentos de capacidades do próprio usuário para a sociedade.

Foram relatadas, ainda, participações em festas comunitárias e de cunho religioso, as quais são possibilitadas pela cidade ou mesmo no próprio bairro. Nesses cenários, os usuários divertem-se e sentem prazer, pois permitem o contato com outras pessoas na construção de elos de amizades, como apontado neste trecho:

> "[...] Gosto [se referindo as atividades da igreja]. Lá eu me sinto à vontade. Lá você brinca, você ri com os amigos. Eu gosto de ir à igreja."

Para Salles e Barros (2013a), os espaços comunitários e de cunho religioso são aqueles que possibilitam o acolhimento e favorecimento da inclusão social às pessoas em sofrimento psíquico. As festas também são um forte contribuinte para a criação de laços sociais e até mesmo de transformações e mudanças de papéis sociais, pois nelas acontece o contato com outras pessoas, favorecendo mudanças nas formas de relacionar-se no cotidiano.

Assim, por meio do discurso dos usuários, foi possível observar que o repertório das atividades de lazer estava restrito ao CAPS e aos contextos familiar e religioso. Embora os usuários verbalizassem uma restrição às atividades de lazer, estes se consideraram pessoas comunicativas, participantes de festas comunitárias, casamentos, aniversários, quando em família. Os passeios restringiram-se às pessoas que residiam próximas à sua casa, com visitas a parentes ou até mesmo aos companheiros do CAPS, enfatizando que o lazer se dava por meio de caminhadas, excursões e convívio com outros usuários em grupo, como apontado no seguinte trecho:

> "[...] Minha diversão é aqui [se referindo ao CAPS]. É andar aqui, fazer a caminhada, fazer a oficina de tapete, esse é meu lazer [...]."

Em pesquisa realizada por Salles e Matsukura (2015), os CAPS e o contexto familiar apresentam-se também como os únicos recursos que permitem a participação dos usuários em ocupações, enfatizando dificuldades para o engajamento em ocupações de âmbito comunitário.

Para Laliberte-Rudman (2002), as ocupações podem auxiliar e contribuir para o processo de melhora da percepção das pessoas em sofrimento psíquico com

relação às suas capacidades e habilidades, quando comparadas antes mesmo do adoecimento. Também para Hvalsøe e Josephsson (2003), o engajamento de indivíduos em sofrimento psíquico em ocupações favorece e promove a socialização.

Assim, cabe retomar que os CAPS são os dispositivos que possibilitam às pessoas em sofrimento psíquico espaços para a realização de determinadas atividades, favorecendo-lhes ampliação social e circulação de maneira independente, em diversos contextos (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013; BRASIL, 2004).

Ao focalizar um trecho do discurso dos usuários dos CAPS II, observa-se que diversas atividades oferecidas pelo CAPS acontecem em grupo:

> "[...] É andar aqui, fazer a caminhada, fazer a oficina de tapete, esse é meu lazer. No CAPS faço pintura, faço outras coisas também [...]."

A realização de atividades em grupo possibilita às pessoas entrarem em contato umas com as outras (BRATUN; ASABA, 2008), fator este que, para Salles e Matsukura (2015), permite maximizar o processo de inclusão social. Para Salles e Barros (2013a), a ajuda mútua e compartilhamento a partir de experiências entre os usuários que frequentam os CAPS auxiliam nas relações, que são construídas de maneira espontânea e informal, sem sobrepor hierarquias de funções e desempenho de papéis entre todos, facilitando, assim, a construção de novos amigos, com relacionamentos de qualidade, a partir de trocas igualitárias.

Especificamente nos grupos de terapia ocupacional, a partir das técnicas artísticas, é possível perceber vários acontecimentos, os quais possibilitam diversas mobilizações por parte dos usuários, explorações de sensibilidades, expressões criativas, sentimentos de pertencimento grupal, ganho de autonomia, melhora da qualidade de vida e participação na construção de seus próprios projetos de vida (CASTRO, 2001; LIMA, 2009; 2010; MECCA, 2008; MECCA; CASTRO, 2008; 2009; BARBOSA, 2010; BUELAU, 2013; OLIVEIRA, 2013).

Lima (2016) reforça que, nos dias atuais, as formas de criatividade dialogam com a loucura, possibilitando práticas inovadoras e enfrentamento de problemáticas advindas com o sofrimento psíquico. É por meio de experiências criativas, facilitadas pela oferta de ferramentas e de recursos pelos profissionais de saúde mental, que são possibilitadas novas formas relacionais desse usuário com outras pessoas e com o mundo, de modo que possa sair do aprisionamento imposto pela loucura.

Salles e Barros (2013a) referem que, embora o CAPS necessite de avanços para contribuir no processo de ampliação de redes sociais dos usuários de saúde mental, esse serviço favorece mudanças positivas na vida das pessoas em sofrimento psíquico, a partir dos encontros, realização de atividades, trocas e vivências com diferentes pessoas, possibilitando, ainda, uma circulação estendida entre os participantes no contexto urbano. Contudo, além de propiciar a extensão das atividades que são realizadas no CAPS para o contexto social, o vínculo entre os usuários e a equipe técnica de saúde mental torna-se um mecanismo importante na constituição de uma rede social ampliada.

De acordo com o discurso dos familiares, a **Categoria 6** − Atividades Realizadas no Contexto Familiar, no CAPS e de Cunho Religioso obteve as mesmas ideias centrais do discurso dos usuários, como referido anteriormente.

DSC−14

Ele vai jogar baralho com meu tio. Diversão é só com a família! Ele gosta de sair, eu, ele e os dois filhos. Ele gosta muito de viajar. Na casa da minha cunhada que mora num bairro mais próximo. Às vezes ele vai lá. Ele vai visitar a outra neta. Vai na minha mãe e fica lá dois, três dias. Quando a gente viaja, ele sempre viaja com a gente. Ele só sai quando a gente leva pro cinema, uma festa, uma viagem. Sempre com a família. Todas as reuniões, todos os aniversários, ele é integrado. Principalmente na minha família. Almoço em família, sempre comigo. Ele é um pouco reservado, mas hoje eu acho que ele tá mais social. Ele conversa com as pessoas, se enturma. Eu acho que ele não tá com dificuldade, não pra fazer amizades. Gosta de conversar. O pessoal gosta muito dele. Ele é uma pessoa que passa muito bem despercebido como uma pessoa normal em qualquer lugar. A gente fez um cruzeiro e ele interagiu, ele participou das coisas, mas tipo assim, na dele sossegado. Aqui ele se diverte aqui [se referindo ao CAPS]. Ele molha a horta aqui. Gosta de pintar guardanapo. Ele joga bola aqui em volta do CAPS. Ele é fanático por bola! Ele precisa uma coisa de preencher a cabeça dele o dia inteiro. Aqui é o foco dele, é a estrutura, é muito familiar pra ele. É onde ele se identifica. É onde ele gosta de estar. Ele viaja aqui com o CAPS e conosco. Quando a gente sai, vai pro sítio, a gente leva ele. No CAPS, vai pra praia. Quando o CAPS planeja alguma viagem ou algum evento, alguma coisa, a gente sabe que tem segurança e aí ele vai. Tem as viagens daqui que pra ele é muito valorizada. Ele é participativo! Eu o levo pra ir comer um lanche *diet*, eu o levo no cinema, eu o levo ao teatro. Na pracinha, festinha, festa junina, essas coisinhas assim ele gosta de estar participando. Festa da cidade, quermesse, baile da terceira idade. Na religião da gente, uma festinha, um lazer para os jovens a gente vai, faz que nem um piquenique. Uma pessoa leva uma coisa, outro leva outra. E tem música assim de igreja. Se tiver culto a semana inteira [ele vai].

No discurso dos familiares, foram apontadas articulações das atividades de lazer com pessoas próximas, parentes, outros usuários e profissionais do CAPS,

corroborando o discurso dos usuários. Foi referida a participação dos usuários em passeios, tais como: cinema, sítios da família, algumas viagens acompanhadas de familiares e atividades que são oferecidas e possibilitadas pelo CAPS, tais como pinturas, futebol, caminhadas e viagens, sendo estas consideradas atividades de muito valor e significado:

> "[...] Diversão é só com a família! [...] Ele só sai quando a gente leva pro cinema, uma festa, uma viagem [...]. Aqui ele se diverte aqui [se referindo ao CAPS]. [...] Gosta de pintar guardanapo. Ele joga bola aqui em volta do CAPS [...]. Quando a gente sai, vai pro sítio, a gente leva ele [...]."

De acordo com Salles e Matsukura (2015), o contexto familiar favorece a participação dos usuários em ocupações a partir do fazer compartilhado, fato que, para Larson e Zemke (2003), possibilita a inclusão dos usuários em tarefas domésticas e recreativas, proporcionando o máximo de tempo juntos. Conforme Smyth, Harries e Dorer (2011), as pessoas que circundam o indivíduo em sofrimento psíquico podem influenciar, positiva ou negativamente, no modo em que este se sentirá incluído e engajado no cenário social.

Ao apontar um trecho do discurso dos familiares:

> "[...] Na casa da minha cunhada que mora num bairro mais próximo. Às vezes ele vai lá. Ele vai visitar a outra neta. Vai na minha mãe e fica lá dois, três dias [...]."

Observa-se que essa circulação do usuário, mesmo que relacionada a pessoas próximas e de seu convívio familiar, pode ser considerada uma experiência positiva para a ampliação da sua rede social. A partir desse prisma, Salles e Barros (2013a) referem que a circulação de usuários em sofrimento psíquico no contexto social possibilita a construção e ampliação de redes de relações, pois a convivência comunitária favorece experiências positivas para que a sociedade possa transformar suas representações e percepções a respeito do adoecimento mental.

No discurso dos familiares, a religião também é considerada um meio pelo qual o usuário amplia o lazer na participação de cultos e encontros festivos, como relatado neste fragmento:

> “[...] Na religião da gente, uma festinha, um lazer para os jovens a gente vai, faz que nem um piquenique. Uma pessoa leva uma coisa, outro leva outra. E tem música assim de igreja. Se tiver culto a semana inteira [ele vai].”

Para Wetzel (2005), o engajamento e a participação dos usuários de saúde mental em atividades comunitárias são meios de articular e fortalecer os laços sociais entre usuários, familiares, profissionais de saúde e a comunidade. Souza (2004) ressalta que a religião, sob o prisma da reabilitação psicossocial, tem impacto importante no contexto social, podendo ser utilizada como um recurso potente no combate ao estigma, ampliação da autoestima, possibilidade de trocas sociais e implicações diretas em favor da saúde mental.

De acordo com Saraceno (2001a), em locais onde não há dispositivos de saúde mental, as estratégias e recursos possibilitados pela comunidade, tais como a religião, podem funcionar como um mecanismo para a inovação de práticas terapêuticas de forma desmedicalizantes.

Dessa forma, os CAPS são serviços estrategistas e têm por prioridade reabilitar, de forma territorializada, utilizando-se de espaços comunitários e sociais (MIELKE et al., 2009). Todavia, o CAPS não deve ser um espaço em que o usuário adquira dependência no tratamento, pois este deve funcionar como um articulador entre as equipes da rede de saúde no território, possibilitando a autonomia de cada indivíduo por meio por meio de laços sociais, familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Cabe enfatizar que a família é compreendida como um elo entre os usuários em sofrimento psíquico e suas vidas em sociedade (BIELEMANN et al., 2009). Toda família assistida pela equipe de saúde mental pode favorecer a melhora da sintomatologia do usuário, além de se tornar parceira destes e dos profissionais, colaborando para promoção da saúde mental. Hirdes (2009) aponta que os profissionais dos CAPS precisam conhecer as famílias de seus usuários para contribuir de modo efetivo na assistência ao cuidado em saúde mental, facilitando a reinserção social, estabilização e qualidade de vida do usuário adoecido e de seu familiar.

Foi possível observar, a partir dos discursos narrados pelos usuários e seus familiares, uma extensão de estratégias de cuidado para além dos espaços protegidos, com o intuído de superação de um modelo centrado no hospital.

Logo, torna-se importante transformar o modo como as pessoas eram tratadas, passando de uma forma estritamente curativa para uma forma de produções e projetos de vida que lhes sejam significativos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Bezerra (1996) salienta a importância de as terapias assumirem um caráter valorativo no âmbito da subjetividade dos indivíduos em sofrimento psíquico, enfatizando um deslocamento do saber médico e estritamente medicamentoso para as relações interdisciplinares.

Assim, à luz da reabilitação psicossocial, o cuidado deve ser pautado na liberdade, no respeito e singularidade da pessoa em sofrimento psíquico, resgatando os direitos à cidadania e inclusão social (LEÃO; SALLES, 2016). Para tanto, Thornicroft e Tansella (2010) direcionam o cuidado para a comunidade, como sendo aquele com maior eficácia e melhor custo-benefício quando comparado ao retrógrado modelo de cuidados hospitalares de longa permanência.

O caminho para a socialização com a construção de redes sociais é importante para que o indivíduo estabeleça diversos tipos de trocas e relações, ultrapassando o contexto familiar, possibilitando à pessoa em sofrimento psíquico o reconhecimento de si, de seus interesses e afetos, evitando, assim, a sobrecarga de responsabilidades do núcleo familiar (SALLES; BARROS, 2013a).

Com base nas atividades de sociais e de lazer descritas anteriormente, algumas foram enquadradas como as que proporcionaram prazeres aos usuários, como as apresentadas na **Categoria 7** − Interface entre Atividades Prazerosas e Ampliação do Lazer.

De acordo com o discurso dos usuários, para esta categoria, obtiveram-se como ideias centrais: atividades de cunho intelectual, atividades manuais, passeios, atividades físicas, músicas, televisão, jogos e cinema.

DSC − 15

Ah, diversão é ouvir música e assistir televisão. Eu gosto muito de assistir televisão, escutar música. Assisto cinema, filmes. Eu sou fanático por personagem de desenho. Eu não sou criança, mas eu amo personagem de desenho, eu não posso ver personagem de desenho que eu fico louco! Gosto de jogar um baralhinho, de caminhada. Caminhar, pedalar, sair num pedalinho num parque. Eu ia no bar da minha vizinha, mas fechou! Eu jogo vídeo game, jogo bola, vou pra casa da minha avó. Eu leio, mas algumas coisas no computador! Sempre gosto de ler. Eu gosto [de escrever cartas] porque é para os meus tios, para os meus primos que moram longe. Faço pintura, faço mosaico, e faço uns desenhos, uns biquinhos, faço uns desenhos no caderno. Eu amo pintar! Eu tô fazendo crochê! Adoro dançar, forró é gostoso!

Para os usuários, a diversão mais significativa envolve: assistir televisão, a filmes, ouvir música, dançar, jogar baralho, futebol, voleibol, realizar caminhada, passear no parque, leituras, escrever cartas, viajar, além de participar de atividades e oficinas que são oferecidas pelo CAPS:

> "[...] Eu gosto muito de assistir televisão, escutar música. Assisto cinema, filmes. [...] Gosto de jogar um baralhinho, de caminhada [...]. Eu jogo vídeo game, jogo bola, vou pra casa da minha avó. Eu leio, mas algumas coisas no computador! Sempre gosto de ler. Eu gosto [de escrever cartas] [...]. Faço pintura, faço mosaico [...]. Eu amo pintar! [...] Adoro dançar!"

Destaca-se neste fragmento que as atividades de cunho artístico são consideradas importantes e prazerosas para o indivíduo em sofrimento psíquico, a fim de ultrapassar as barreiras das limitações e incapacidades (RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007).

Complementando os discursos dos usuários, a **Categoria 7** − Interface entre Atividades Prazerosas e Ampliação do Lazer, o discurso dos familiares apontou como ideias centrais: atividades de cunho intelectual, passeios, atividades físicas, músicas, televisão, cinema, atividades de cunho religioso e amigos.

DSC − 16

Tudo ele gosta. A vida dele é estudar. Ele adora livro, adora estudar. Ele gosta de ler. Sabe [informática]. Ele fica ali entrando [na internet], eu não sei até onde ele vai, mas ele sabe. Gosta dessas coisas. Ele gosta de passeios onde tem a comida! Ele vai à igreja todo dia. Ocupa-se assim, conversando com amigos. Ir ao teatro ver alguém cantar, isso ele gosta! Ele gosta de escutar música. Gosta de ver filme. Ele gosta muito de filme, desenho, cinema. Ele se amarra na televisão. Ele gosta de viajar, passear, ir a churrasco. Ele gosta de festa. Caminhar ele gosta, mas ele gosta de andar mais de ônibus.

A partir do discurso dos familiares, estes relataram que os usuários apresentaram como atividades de lazer que lhes proporcionam prazer: a leitura, informática, estudo, passeios comunitários, churrascos, conversas descontraídas com amigos, teatro, música, filmes e cinema:

> "[...] Ele adora livro, adora estudar. Ele gosta de ler. Sabe [informática]. [...] Ele vai à igreja todo dia. Ocupa-se assim, conversando com amigos. [...] Ele gosta de escutar música. Gosta de ver filme. [...] Ele gosta de viajar, passear, ir a churrasco. Ele gosta de festa. Caminhar [...]."

Observou-se que, em ambos os discursos, as atividades físicas são consideradas como propulsoras para o lazer. Dessa maneira, Rocha et al. (2012) apontam que a atividade física como lazer é significativa na vida cotidiana dos usuários em sofrimento psíquico, evidenciando uma correlação da prática de atividades físicas com menor prevalência de transtornos mentais.

Práticas de atividades físicas entre as pessoas em sofrimento psíquico podem ter sua realização de modo individual ou em grupo, sendo que, quando realizada em grupo, possibilita, também, a interação social entre os envolvidos no momento do lazer (PELUSO; ANDRADE, 2005; CAMARGO; BUENO, 2003; REEVES; DARVILLE, 1994).

Com base na percepção dos usuários e seus familiares sobre as atividades que proporcionam prazer, Marcolino (2016) refere que é partir da possibilidade de dar espaço ao novo, ao prazeroso, ao que é interessante e ao que se deseja fazer novamente que o cotidiano se amplia, proporcionando o desenvolvimento de promoção e espaços de saúde de modo particularizado, permitindo o entrelaçamento dos aspectos pessoais e sociais.

Reforçando a concretude dos discursos dos usuários e seus familiares sobre a área ocupacional de lazer, vale evidenciar que, no cenário nacional, os CAPS ainda são centralizados nessas atividades, fato este voltado às transformações e mudanças, ainda em vigência, de um cuidado ancorado na vigilância de familiares e profissionais de saúde mental para um cuidado de maior empoderamento da autonomia do usuário.

No contexto italiano, também foi possível perceber que as atividades de lazer se voltam às diversas atividades oferecidas pelas estruturas de saúde mental, tais como as oficinas. Nesse sentido, cabe resgatar o pressuposto referente ao lazer, de que aquelas não são suficientes e necessitam de mais espaços no território e mais esclarecimentos da sociedade para que esta área ocupacional, juntamente com a pessoa em sofrimento psíquico, possa ser ampliada e estendida ao social de maneira efetiva.

Assim, este estudo, que abrange as três áreas ocupacionais (autocuidado, produtividade e lazer) vai ao encontro dos pressupostos de Saraceno (2001a), que referencia que a reabilitação psicossocial se dá na capacidade de contratualidade das pessoas nos cenários da rede social (lugar de trocas sociais), do *habitat* (apropriação do espaço que habita) e do trabalho (espaço de produção de sentidos e valores subjetivos de troca).

É a partir destes três cenários (rede social, *habitat* e trabalho) que a alienação das pessoas em sofrimento psíquico pode ser superada, concretizando, então, a inclusão social e o exercício da cidadania (LEÃO; SALLES, 2016). Abumusse (2009), sob o prisma da Terapia Ocupacional, pontua que o cotidiano se dá a partir da composição das atividades do dia a dia que se relacionam à organização e à participação no trabalho, na vida particular, no lazer e no descanso, a partir dos vínculos sociais em determinado contexto e momento histórico.

Por fim, os discursos dos usuários e seus familiares apontaram dificuldades para a organização cotidiana, com implicações na tomada de decisões e empoderamento da autonomia dos usuários dos CAPS II, na perspectiva da reabilitação psicossocial e da vida cotidiana, dando origem ao terceiro e último eixo de análise:

EIXO 3: Implicações do sofrimento psíquico dos usuários sob a ótica da autonomia

Os discursos dos usuários e seus familiares deram origem à **Categoria 1**– (Des)organização Cotidiana: O (Des)Caminho para a Tomada de Decisão e Empoderamento da Autonomia. Para essa categoria, nos discursos dos usuários de saúde mental emergiram as seguintes ideias centrais: (des)organização cotidiana, dificuldade para memorização, timidez, dificuldades para interação social, vantagens e desvantagens advindas com o adoecimento e tomada de decisão.

DSC − 17

Não tô nem um pouco organizado porque se eu tivesse assim organizado, eu estaria bem diferente do que eu venho vivendo! Eu me esqueço de apagar as luzes. Às vezes, eu chego em casa, lavo as vasilhas. Tenho um guarda-roupa, só que eu não tenho paciência. Aí eu começo a dobrar a roupa e já paro. Aí você vai lavar uma vasilha, você deixa a roupa. Aí vai ajeitar a roupa, a comida lá e queima. Preciso da ajuda dos meus pais... Eu esqueço! É problema de memória! Tenho até medo de sair sozinho, de conversar com as pessoas, eu não gosto. Só converso aqui. Amizade lá na rua, onde eu moro eu não tenho. Tímido. Não sai a voz. Eu sou muito vergonhoso e tímido. Às vezes eu não gosto de muita gente. Tenho um pouco de dificuldade de conversar com as pessoas, fazer amizades. Eu sou tímido. O problema é a timidez! Tem hora que eu sinto prazer e tem hora que eu não sinto prazer de ter essa síndrome. Uma vez eu fui ao cinema, eu só consegui lugar por causa da síndrome. Na hora da parte da desvantagem, eu não sinto, eu sinto raiva. Difícil porque eu tenho um gênio muito assim de querer mudar, mas ao mesmo tempo sou conservador. Eu não faço nada, eu fico em casa direto parado, fico pensando, pondo coisa na cabeça. A minha cunhada pega o pagamento, vê as coisas de armário, as coisas de geladeira [quando necessita comprar]. Tem hora que sou eu quem toma decisão, tem hora que é meu pai que decide por mim.

O usuário apontou, nesse discurso, desorganização para a realização das atividades do dia a dia, ressaltou esquecimentos e impaciência, necessitando do auxílio de outras pessoas:

> "[...] Eu me esqueço de apagar as luzes [...]. Tenho um guarda-roupa, só que eu não tenho paciência. Aí eu começo a dobrar a roupa e já paro. Aí você vai lavar uma vasilha, você deixa a roupa. Aí vai ajeitar a roupa, a comida lá e queima. Preciso da ajuda dos meus pais... Eu esqueço! É problema de memória! [...]."

É notório que, nos CAPS e em outros serviços de saúde mental, pessoas em sofrimento psíquico referem queixas significativas para a organização cotidiana, como a realização de atividade simples do dia a dia. Existe uma dificuldade importante para

que esses indivíduos consigam se organizar no tempo e no espaço, bem como priorizarem e seguirem etapas de determinadas atividades, necessitando, para isso, da ajuda de pessoas próximas para a concretização de suas ações.

Sob esta ótica, Goldberg (1998) convida-nos a refletir que, mesmo quando a pessoa experiencia um sofrimento psíquico, com aparente cotidiano empobrecido, ela não se restringe apenas à apresentação de sintomas, pois ainda existe uma capacidade de formalizar necessidades individuais e singulares, na tentativa de romper com a alienação, rumo à (re)construção do indivíduo e à (re)significação do cotidiano. Nesse sentido, Heller (2008) aponta que essa alienação no cotidiano pode impossibilitar um desenvolvimento satisfatório e pleno para os indivíduos, pois limita as pessoas refletirem de modo sistemático sobre a sua própria condição de vida no cenário social.

Conforme o discurso dos usuários, foi possível observar: medo, insegurança, esquecimentos, problemas de memória, preocupações e dificuldades para a construção e empoderamento de uma real autonomia para interação social. As amizades e vínculos sociais são restritos ao CAPS, referindo características pessoais de timidez dos usuários e dificuldades para a ampliação e iniciativas de conversas em ambientes comunitários:

> "[...] Tenho até medo de sair sozinho, de conversar com as pessoas. [...] Só converso aqui. Amizade lá na rua, onde eu moro eu não tenho [...]. Eu sou muito vergonhoso e tímido [...]. Tenho um pouco de dificuldade de conversar com as pessoas, fazer amizades. Eu sou tímido [...]."

Conforme Salles e Matsukura (2015), o medo e a insegurança acarretam fracasso e podem impedir um desenvolvimento motivacional e interromper de forma negativa a vida cotidiana das pessoas, bloqueando possibilidades em fazer diversas atividades e descobertas de novas habilidades.

Outro ponto marcante no discurso dos usuários é a ambivalência perante um diagnóstico, ou seja, o (des)prazer; ora o usuário sente-se privilegiado e ora sente-se prejudicado quando o que se sobressai é a doença:

> "[...] Tem hora que eu sinto prazer e tem hora que eu não sinto prazer de ter essa síndrome. Uma vez eu fui ao cinema, eu só consegui lugar por causa da síndrome. Na hora da parte da desvantagem, eu não sinto, eu sinto raiva [...]."

É comum observar, nos serviços de saúde mental, usuários que entram em contradição e ambivalência com o seu próprio adoecimento. Faz-se necessário atenção às reais habilidades dos indivíduos, de modo que estes não se utilizem da doença para barganhas ou ganhos secundários, como, por exemplo, possibilitar vantagens em determinadas situações somente devido à sua sintomatologia. Deve-se analisar, com cuidado e de modo singularizado, o sentido e o significado do adoecimento, compreendendo as implicações concretas do sofrimento psíquico na vida cotidiana dessas pessoas.

Além da ambivalência de sentimentos gerados pelo adoecimento, usuários reconheceram dificuldades decorrentes da personalidade e dos comportamentos, demonstrando oscilação e inconstância em alguns momentos:

> "[...] Difícil porque eu tenho um gênio muito assim de querer mudar, mas ao mesmo tempo sou conservador [...]."

Disseram receber ajuda e auxílio de familiares e pessoas próximas para realização de algumas atividades cotidianas, inclusive atividades domésticas e aquelas que demandam algum recurso financeiro, conforme destacado no trecho a seguir:

> "[...] A minha cunhada pega o pagamento, vê as coisas de armário, as coisas de geladeira [quando necessita comprar] [...]."

A partir do discurso dos usuários, observou-se, também, que as decisões são divididas com pessoas do seu convívio familiar, principalmente os pais:

> "[...] Tem hora que sou eu quem toma decisão, tem hora que é meu pai que decide por mim [...]."

É importante, pois, compreender essas percepções das pessoas em sofrimento psíquico, visto que são pontos-chaves para o cuidado em saúde mental. É a partir das narrativas e das ações dos usuários que podemos traçar, de modo compartilhado, um projeto terapêutico singularizado, conforme as necessidades individuais e coletivas.

De acordo com discurso dos familiares, ainda na **Categoria 1** – (Des)organização Cotidiana: O (Des)caminho para a Tomada de Decisão e

Empoderamento da Autonomia, estes apontaram as ideias centrais: (des)organização cotidiana, cuidado ancorado na vigilância do familiar, medicações, namoro, dificuldades para interação social e tomada de decisão.

DSC – 18

Ele não organiza nada. E eu vejo que, se eu saio de perto dele, ele não vai tomar remédio, ele não vai comer nas horas certa, ele vai ficar tipo, meio abandonado mesmo! O remédio dele sou mais eu que cuido pra ele. Tenho que cuidar dele vinte e quatro horas pra remédio, pra tudo. Se eu não for atrás da organização dele, do remédio, ele não consegue. Não sei o que entra na cabeça dele, mas ele não consegue. Ele é mais num canto escutando uma música. Não concretiza o que tem que fazer. Não sei se é o próprio do medicamento que não toma direito. Ele é de momento. Tentei colocar ele no violão, coloquei na pintura, duas vezes no computador, duas vezes no inglês. Tem um pouco [dificuldade para cuidar da saúde]. Ele não grava muito as coisas. Ele toma bastante remédio! A cabecinha dele não adianta. O pessoal [referindo-se aos amigos] cresceu, começou trabalhar, começou namorar. Ele pegou um grupo menor. Uma idade menor. Ele regrediu bastante. Muito desconfiado! Se tiver aqui conversando, dependendo do tom de voz, ele acha que o vizinho está sabendo de tudo! Ele queria namorar, mas nunca ninguém se interessou por ele. Ele não tem uma conversa que atrai ninguém. O assunto dele não dá interesse pra ninguém. Ele fala que ele é muito feio. Ele é muito gordo, não vai à casa dos outros, que os outros ficam reparando ele. Ele tem dificuldade de interagir com outra pessoa. Ele tem muita dificuldade pra decidir. Eu que tenho que decidir. Tudo sou eu [quem decide]!

Por meio do discurso dos familiares, observou-se que estes não vislumbram uma organização plena de atividades por parte dos usuários, especificando que eles conseguem desempenhar e organizar determinadas atividades de modo parcial, necessitando sempre da presença e auxílio de outra pessoa que esteja por perto, inclusive para administração da medicação e para atividades de autocuidado, incluindo cuidados com a própria saúde.

Além disso, os usuários apresentaram dificuldades para a finalização de determinadas tarefas, fato este que, para os familiares, pode estar atrelado ao excesso de medicações.

O relato anterior complementa as observações realizadas no cenário das práticas em saúde mental, visto que muitas pessoas em sofrimento psíquico não conseguem administrar de maneira adequada as medicações e que, durante a participação em atividades oferecidas, em determinados serviços, não conseguem finalizar tarefas consideradas simples. Infere-se, aqui, que essas pessoas podem

apresentar dificuldades importantes para aquisição de hábitos cotidianos e uma rotina satisfatória.

Maximino e Tedesco (2016) enfatizam que hábitos são comportamentos automáticos, repetidos várias vezes, que podem ser desencadeados por estímulos internos e externos sem a necessidade de gastar energia psíquica, pois não exigem uma avaliação da situação tampouco uma tomada de decisão, e colocam que a rotina se dá quando o indivíduo distribui suas ações no tempo/espaço, podendo variar na flexibilidade e nas mudanças do que foi planejado previamente. Reforça-se, então, que é na trama de relações estabelecidas pelas pessoas no dia a dia, com seus acontecimentos, afazeres, hábitos e rotinas, que o cotidiano se constrói, levando-se sempre em consideração as histórias individuais e coletivas que acontecem no cenário da vida.

Ainda de acordo com o discurso dos familiares, é dito que os usuários não conseguem acompanhar um ritmo de desenvolvimento humano considerado “normal”, enfatizando atrasos e até mesmo regressões no que diz respeito ao desempenho de determinadas atividades:

> “[...] A cabecinha dele não adianta. [...] Ele regrediu bastante. [...] Ele queria namorar, mas nunca ninguém se interessou por ele. [...] Ele fala que ele é muito feio. [...] Ele tem dificuldade de interagir com outra pessoa [...].”

Os usuários apresentaram dificuldades de ordem físicas, baixa autoestima e falta de iniciativa, que os impediam de se divertirem e construírem laços sociais e afetivos.

No discurso dos familiares, notou-se que os usuários apresentaram dificuldades para a tomada de decisões. A partir dessa perspectiva, vale ressaltar que a personalidade pode dificultar na tomada de decisão, necessitando do auxílio de outras pessoas:

> “[...] Ele tem muita dificuldade pra decidir. Eu que tenho que decidir. Tudo sou eu (quem decide)! [...].”

Heller (2008) enfatiza que, mesmo que suas capacidades não sejam apropriadas no seu maior nível de intensidade, as características da personalidade,

individualidade e habilidades são colocadas em funcionamento em todos os sentidos, imersas no cotidiano.

Assim, uma visão “micro” do cotidiano pode contribuir para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) diante das particularidades do indivíduo, considerando importante a condução da sua própria vida, no intuito de este ser capaz de fazer suas próprias escolhas e ter direitos enquanto cidadão. No entanto, torna-se também importante uma interface entre o que é particularizado e o que é coletivo, possibilitando à pessoa em sofrimento psíquico, a partir de uma visão “macro” do cotidiano, a construção e ressignificação de sua vida inserida na sociedade. Essa construção pode sofrer influências e interferências nas formas de vida por meio as políticas públicas, do sistema de saúde e do sistema social, das formas de produção e até do modo em que a sociedade instaura ideologias (LEÃO; SALLES, 2016).

Para Maximino e Tedesco (2016), toda coparticipação, a nível micro ou macro, tem um viés político quando permite mudanças e transformações nos indivíduos e na sociedade. Leão e Salles (2016) complementam que é por meio dessa articulação entre a visão “micro” e “macro” do cotidiano que é possível efetivar a reabilitação psicossocial, permitindo a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico no âmbito territorial.

O poder de tomada de decisão dos usuários em sofrimento psíquico sob a perspectiva da cidadania, que antes era de posse de familiares, profissionais de saúde e representantes legais (ALMEIDA et al.,2015), deve ser repensado para que seja possível alcançar a modo de cuidado pautado nas premissas da reabilitação psicossocial. Assim, Olschowsky (2001) aponta que a reabilitação psicossocial se constrói quando existe um regate da saúde mental da pessoa em sofrimento, possibilitando a esta ser capaz de agir, decidir e tomar decisões, ultrapassando e sobrepondo-se ao estigma da loucura.

Mesmo não sendo questionados de maneira diretiva durante as entrevistas, os usuários e seus familiares verbalizaram que a sexualidade também é um ponto de extrema significância, originando, assim, a **Categoria 2** − A Sexualidade como Válvula de Escape.

Em ambos os discursos, dos usuários e familiares, foram apontadas como ideias centrais: desejo de namorar e preocupações decorrentes do namoro.

Observa-se, a seguir, o discurso de um usuário:

DSC − 19

Faz tempo que eu não namoro. Fico preocupado com ciúmes. Tinha uma menina que queria namorar eu e eu fiquei muito preocupado com o ciúme dela. Eu tinha outra namorada, a gente brigava e ela me unhava todinho. Namorar fazia bem, mas de repente o ciúme também fazia mal. Eu gosto de namorar bastante. Sinto falta do sexo, mas acontece que eu não tenho condições, eu não tenho ereção. Então fica por isso mesmo. Sinto falta de alguém!

A partir do discurso dos usuários, emergiram verbalizações de necessidades afetivas, inclusive relacionadas a atividades sexuais, como namoro e até mesmo comportamentos, sentimentos e temperamentos que podem vir à tona nesse tipo de relação:

> "[...] Fico preocupado com ciúmes. Tinha uma menina que queria namorar eu e eu fiquei muito preocupado com o ciúme dela [...]."

Apreende-se, por meio desse discurso, que a preocupação decorrente do namoro, referindo preocupações como o ciúme da outra pessoa, pode estar associada aos próprios medos e fantasias de si, caso os usuários assumam um relacionamento de vínculo amoroso.

A necessidade de um contato sexual torna-se um emergente significativo para os usuários, mesmo estes referindo dificuldades orgânicas e de desempenho no ato sexual em si:

> [...] Sinto falta do sexo, mas acontece que eu não tenho condições, eu não tenho ereção. Então fica por isso mesmo. Sinto falta de alguém! [...]."

Complementando as ideias dos discursos dos usuários, apresenta-se o discurso dos familiares:

DSC – 20

Ele não conhece isso. Ele desconhece. Teve uma época que queria namorar. Queria namorar, mas nunca ninguém se interessou por ele. Eu acho que agora já passou aquela fase. Ele fala que tem uma namoradinha e diz que os dois se amam. Eu percebo que ele mexe muito no pênis. Então tem dia que toma três banhos. Ele tem vinte e quatro anos. A idade mental dele é de doze anos. Eu vou tratando ele com a idade mental dele. Ele não tem uma conversa que atrai ninguém. Eu acho que seria importante uma namorada, uma mulher! Eu também não explico pra ele [se referindo à sexualidade] porque vai confundir.

Para os familiares, o aspecto sexual da pessoa em sofrimento psíquico é referido como algo sem importância ou atribuído a eventos e desejos passados, o que sugere certa negligência ou descredenciamento nessa parcela da vida cotidiana do indivíduo:

> “[...] Ele não conhece isso. Ele desconhece [...]. Eu também não explico pra ele [se referindo à sexualidade] porque vai confundir.”

A partir desse discurso, sugere-se uma privação e repressão de uma vida sexual do usuário de saúde mental por parte dos familiares.

Dessa forma, afirmando os discursos dos usuários e seus familiares, é possível compreender que a sexualidade de pessoas em sofrimento psíquico acompanha sentimentos de medo, inseguranças vergonha e impotências por parte dos seus cuidadores mais próximos, sendo esta considerada tarefa angustiante, desencadeando, assim, a repressão da manifestação dos desejos sexuais (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se cure além da conta. Gente curada demais é gente chata.
Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido:
Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda.
Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas.
(Nise da Silveira)

Esta pesquisa foi fundamentada com base nas percepções de usuários dos CAPS II e de seus familiares sobre a vida cotidiana desses usuários, a partir das áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e lazer, no intuito de contribuir para a ampliação dos processos da reforma psiquiátrica no cenário nacional sob a ótica da reabilitação psicossocial.

Vale retomar que o estudo teve como objetivo geral investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer. Para atingir essa finalidade, os objetivos específicos consistiram em investigar as mudanças na vida cotidiana do usuário após o seu adoecimento psíquico; investigar a autonomia do usuário no cotidiano sob a perspectiva da área do autocuidado; investigar a autonomia do usuário no cotidiano sob a perspectiva da área da produtividade (trabalho, estudos e atividades não remuneradas que sejam voltadas para a sociedade); investigar a autonomia do usuário no cotidiano sob a perspectiva da área do lazer; analisar, com base nas áreas do autocuidado, da produtividade e do lazer, como o nível de autonomia dos usuários s manifesta em sua vida cotidiana.

A partir dos objetivos, geral e específicos, traçados nesta pesquisa, foi possível extrair diagnósticos sobre a vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico que são assistidas pelos CAPS II, com base nas percepções dos usuários e seus familiares, emergindo, assim, três eixos de análise fundamentais para a discussão.

No primeiro eixo, denominado “Sentidos e significados do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários”, a partir dos discursos dos usuários seus familiares, surgiu a categoria “A vida cotidiana atravessada pelo sofrimento psíquico”, a qual apresentou que o início do adoecimento se deu desde muito cedo, com a apresentação de atitudes e comportamentos desorganizados. Foram relatados frequentes e longos períodos de internações em hospitais psiquiátricos devido às crises e surtos psicóticos, os quais, em alguns momentos, foram associados ao uso de algum tipo de substância psicoativa e à ingestão de bebida alcoólica, implicando na realização das atividades do dia a dia e na perda da autonomia. A partir daí o uso das medicações foi apontado como ponto-chave a fim de combater a sintomatologia

decorrente do sofrimento psíquico, porém, verbalizou-se demora a procurarem ajuda especializada, devido ao desconhecimento, não aceitação do sofrimento e, talvez, ao estigma e ao preconceito sobre a temática saúde mental. Dessa forma, a doença teve impacto significativo nas atividades de autocuidado, produtivas e de lazer dos usuários, desencadeando dificuldades para os usuários cuidarem de si e da sua saúde, com importante isolamento social, minimização das relações sociais e construção de laços afetivos e dificuldades físicas e até cognitivas (decorrentes dos sintomas do sofrimento psíquico) para se engajarem no mercado de trabalho.

O segundo eixo, denominado “Implicações do sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários sob a perspectiva das áreas ocupacionais (autocuidado, produtividade e lazer)”, possibilitou a construção da categoria “O sofrimento psíquico como atravessamento para a realização das atividades de autocuidado”, a partir da qual os participantes da investigação referiram que os usuários eram mais ativos antes do adoecimento, com melhor desempenho nas atividades de autocuidado. Foram relatados, pelos usuários, dificuldades de aceitação e entendimento dos familiares com relação ao sofrimento psíquico, uma vez que necessitam do auxílio de pessoas próximas para execução de tarefas essenciais ao cuidado com a saúde e como seu próprio corpo. Complementando essas ideias, os familiares disseram que os usuários eram desanimados, frequentavam o CAPS de acordo com a sua patologia e demonstravam esquecimentos e dificuldades para desempenharem as atividades de autocuidado, necessitando do auxílio de outras pessoas para serem lembrados. Ficou evidenciada uma superproteção por parte dos familiares devido a um desconhecimento e, talvez, certa insegurança prospectiva no que diz respeito ao sofrimento psíquico.

Embora tenha sido relatada a necessidade de o usuário ser lembrado pelo seu familiar sobre a realização das atividades de autocuidado, isso não implicou na dependência deste em tais atividades, originando, assim, a próxima categoria: “Independência para a realização das atividades de autocuidado”, ressaltando a independência dos usuários na execução das atividades de autocuidado, sem dificuldades ou necessidade do auxílio de outras pessoas. Dessa forma, foram verbalizados que os usuários eram vaidosos, gostavam de se arrumar e demonstraram capacidade de discernimento e coerência de suas atitudes para a qualidade de seu autocuidado, com relação a banho, vestimenta, alimentação, marcar

consultas médicas e até mesmo administrarem suas próprias medicações. Observou-se, ainda, uma preocupação do usuário com os cuidados de saúde, ressaltando implicações na autonomia dessa área ocupacional, necessitando de maiores estímulos e ações voltadas aos cuidados com a saúde e de higiene pessoal.

Dando sequência, os discursos dos usuários e seus familiares ofereceram a categoria denominada “Impedimentos e dificuldades para a realização das atividades produtivas”, a qual apontou alguns impedimentos para a realização dessas atividades devido aos efeitos colaterais da medicação e aos impedimentos colocados por outras pessoas em virtude das preocupações de perda de seus benefícios. Embora os usuários desejassem ter um emprego, não esboçaram nenhuma iniciativa, sendo destacado que estes não realizavam nenhum tipo de trabalho por apresentarem dificuldades físicas e desânimo, enfatizando dificuldades para memorização, alucinações auditivas, insegurança e personalidade baseada em comportamentos inconstantes. O preconceito também é tido como mecanismo importante, que implica na inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, interferindo nas relações sociais, (re)descobertas de potencialidades, aquisição de direitos como cidadãos e empoderamento da sua própria autonomia.

Apesar de serem relatados aspectos relacionados aos impedimentos e dificuldades para a realização das atividades produtivas, foram observados discursos que originaram a categoria “Expectativa e conquista de habilidades nas atividades produtivas”, na qual foi relatado que, a partir de tentativas em determinadas atividades produtivas, os usuários conquistaram novas habilidades e, consequentemente, sentimentos de utilidade e prazer, com melhora significativa na sua autoestima. Expectativas para retomarem os estudos e envolvimento em atividade voluntária, principalmente de cunho religioso, foram frequentes no discurso dos usuários. Na perspectiva dos familiares, eles apresentaram desejo em dar continuidade nas atividades que interromperam em determinado momento, por algum motivo, o que nos permitiu inferir um processo de inclusão e construção de sua identidade na área ocupacional da produtividade.

Outra categoria emergida neste segundo eixo foi “O sofrimento psíquico como atravessamento para a realização das atividades sociais e de lazer”, a qual apontou que a ocorrência das atividades sociais e de lazer foram minimizadas após o adoecimento, destacando como impeditivos para a realização destas, problemas de

concentração para participar de jogos e isolamento social em festas comunitárias. Assim, a via de acesso para a realização das atividades sociais e de lazer pareceu ser o CAPS, espaço onde são construídos laços de amizades e confiança, reforçando, mais uma vez, que a sociedade possui estigma e preconceito com relação ao sofrimento psíquico. As drogas, a baixa autoestima e as dificuldades físicas também foram citadas pelos familiares como agravantes para o desempenho de determinadas atividades sociais.

Dessa forma, quando colocada em evidência a participação e o engajamento dos indivíduos em ocupações, foi possível encontrar, a partir dos discursos dos usuários e seus familiares, a categoria “Atividades realizadas no contexto familiar, no CAPS e de cunho religioso”. Nessa categoria, foi possível observar que as atividades de lazer estavam centradas no âmbito familiar, àquelas desempenhadas no CAPS e também às atividades de cunho religioso. Embora os usuários verbalizassem uma restrição para as atividades de lazer, estes se consideraram pessoas comunicativas, participantes de festas comunitárias, casamentos, aniversários, quando em família. Os passeios restringiram-se, portanto, às pessoas que residiam próximas à sua casa, com visitas a parentes ou até mesmo aos companheiros do CAPS, enfatizando que o lazer se dava por meio de caminhadas, excursões e convívio com outros usuários em grupo.

Com base nas atividades sociais e de lazer, algumas foram enquadradas como as que proporcionaram prazeres aos usuários, como as apresentadas na categoria “Interface entre atividades prazerosas e ampliação do lazer”, a partir da qual se verificou que a diversão mais significativa para os usuários envolve: leitura, informática, estudo, passeios comunitários, churrascos, conversas descontraídas com amigos, teatro, música, cinema, assistir televisão, jogar baralho, futebol, voleibol, realizar caminhada, passear no parque, escrever cartas, viajar, além de participar de atividades e oficinas que são oferecidas pelo CAPS. Dessa maneira, vale evidenciar que, no cenário nacional, os CAPS ainda são centralizadores das atividades sociais e de lazer.

No terceiro eixo, denominado “Implicações do sofrimento psíquico dos usuários sob a ótica da autonomia”, os discursos dos usuários e seus familiares deram origem à categoria “(Des)organização cotidiana: o (des)caminho para a tomada de decisão e empoderamento da autonomia”, a partir da qual emergiram relatos de

(des)organização cotidiana, dificuldade para memorização, timidez, dificuldades para interação social, vantagens e desvantagens advindas com o adoecimento e implicações para a tomada de decisão. Foi possível observar que os vínculos afetivos e sociais eram restritos ao contexto familiar, ao CAPS e ao cenário de cunho religioso. Para a execução de determinadas atividades cotidianas, sejam estas ligadas ao ambiente doméstico ou de cunho financeiro, os usuários necessitaram do auxílio de outras pessoas. Houve, ainda, certa dificuldade para os usuários manterem-se ou concluírem determinada atividade, devido ao uso inadequado de medicações e à própria sintomatologia advinda do sofrimento psíquico. Houve impacto importante para a tomada de decisão por parte dos usuários, fato que pode estar associado às características da própria personalidade.

Ainda para esse eixo, a última categoria emergida foi “A sexualidade como válvula de escape”, a partir da qual os participantes referiram que os usuários apresentavam desejo de relacionarem-se sexualmente, porém, traziam consigo preocupações decorrentes de um envolvimento afetivo, tal como o ciúme. Para os familiares, a parcela sexual da vida cotidiana do usuário foi vista como algo sem importância ou latente, denotando negligência, descredenciamento nesse aspecto e até mesmo privação e repressão de uma vida sexual do usuário.

A partir desses três eixos, foram contemplados os objetivos da investigação, sendo possível observar, por meio dos DSC dos usuários e seus familiares, que se exige a necessidade urgente de uma reestruturação dos CAPS II e um novo direcionamento para a forma do cuidado em saúde mental, no intuito de minimizar as fragilidades e potencializar as fortalezas, compreendendo as problemáticas que emergem diante da transição de modelos de atenção ao cuidado em saúde.

Diante dos pressupostos desta pesquisa, foi possível comprovar que, de fato, as áreas ocupacionais de autocuidado, produtivas e de lazer dos usuários dos CAPS II ainda são pouco estimuladas por familiares e profissionais dos próprios serviços, necessitando, assim, de uma transformação e um novo olhar para o cuidado em saúde mental.

De modo geral, os usuários experienciam o sofrimento psíquico em idade produtiva, apresentando dificuldades para se relacionarem com outras pessoas e darem sequência em seus estudos. Têm dificuldades para manterem-se em empregos formais e, em sua maioria, necessitam do auxílio de familiares para a realização de

diferentes atividades cotidianas, fator este que implica no empoderamento de sua autonomia. Ainda há uma urgente necessidade de ampliação de espaços territoriais para que estes usuários possam ser reinseridos no contexto social.

A interface entre o conhecimento científico e o empírico permitiu uma aproximação com os usuários e seus familiares, a partir de seus discursos, reforçando ser este um campo fértil para reflexões das práticas em saúde mental, por meio das relações humanas. Dessa forma, existe um caminho a percorrer, pois a saúde mental ainda é vista, em determinados momentos e seguimentos do tratamento/assistência, como uma mera mercadoria, necessitando de uma melhor compreensão e sensibilidade de todos os envolvidos no cuidado.

Torna-se necessário desconstruir a imagem do louco como sendo incapacitado de viver no ambiente social, envolvendo-o em seu tratamento e possibilitando relações saudáveis entre familiares, profissionais de saúde/saúde mental e todos que estão ao seu entorno.

A saúde mental deve ser balizada como um direito do indivíduo enquanto cidadão, descortinando, assim, a doença reduzida ao corpo biológico e dando espaço e cena à saúde, permitindo a ampliação inclusiva das pessoas em sofrimento psíquico no combate aos preconceitos e estigmas e possibilitando o empoderamento e a autonomia para o alcance de uma sociedade mais justa, democrática e sem manicômios.

Entre as limitações deste trabalho, aponta-se o próprio delineamento da pesquisa, no qual o fato de ser um estudo transversal pode impedir que se assegurem relações implícitas acerca do cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, evidencia-se que as percepções de familiares e usuários em sofrimento psíquico sobre a vida cotidiana, na perspectiva das áreas ocupacionais de autocuidado, produtividade e lazer, apontaram o quão complexo é o cotidiano de uma pessoa acometida por algum tipo de sofrimento psíquico, necessitando, assim, de um cuidado que priorize a prática psicossocial.

Vale ressaltar que este estudo não se dá por finalizado; ao contrário, abre outras tantas possibilidades, dentre elas, pesquisar sobre o conceito de autonomia, que tanto se aplica a textos e artigos científicos na perspectiva da reabilitação psicossocial, porém, dificilmente tem sua eficácia nas ações e práticas em saúde mental.

Portanto, esta pesquisa oferece contribuições e informações úteis para a (re)organização de ações e políticas de saúde mental e até mesmo políticas públicas, pois a forma como é compreendida a vida cotidiana dos usuários em sofrimento psíquico propiciou identificar elementos que podem orientar a busca de intervenções e ações no cuidado em saúde mental, contribuindo, assim, para a consolidação da reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ABUMADINI, M. S.; RAHIM, S. I. Psychiatric admission in a general hospital. Patients profile and patterns of service utilization over a decade. **Saudi. Med. J.**, Riyadh, v.23, n.1, p.44-50, 2002. Disponível em: <http://www.smj.org.sa/index.php/smj/article/view/3955/1729>. Acesso em: 26 out. 2016.

ABUMUSSE, L. V. M. **Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados à vida cotidiana**: validação de escalas. 2009. 208f. Tese (Doutorado) –Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-07052009-134731/pt-br.php>. Acesso em: 26 out. 2016.

ALMEIDA, L.M. et al. Promoção do autocuidado da pessoa em sofrimento psíquico. **Rev. Enf. Dig. Cuidado e Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 66-70, jul./dez. 2015. doi: 10.5935/2446-5682.20150012.

ALMEIDA, M. M. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000300003>. Acesso em: 26 out. 2016.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, jan./mar. 2011.doi: 10.1590/S1414-32832010005000030.

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p.29-41.

AMARAL, P. C. G.; DURMAN, S. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.26, n.1, p.113-119, 2004. doi:

10.4025/actascihealthsci.v26i1.1629.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.p. 163-185. ISBN 8585561432.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. rev. e ampl. 1. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. ISBN 8585676515.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. ISBN 8585676515.

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

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Coleção Temas em Saúde). ISBN 9788575414309.

ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012.Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2126>. Acesso em: 26 out. 2016.

ANDREOLI, S. B. et al.Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, maio/jun. 2004. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300021.

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosoc. Rehabil. J.**, Boston, v. 16, n.4, p. 11-24, apr. 1993. doi: 10.1037/h0095655.

ARRUDA, M. C.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de Doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 339-345, jul./set. 2008. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v7i3.6505.

ASSAD, F. B. **Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em Centros de Atenção Psicossocial**: enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional.2015.175f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. doi: 10.11606/T.22.2015.tde-04092015-160208.

AOTA – AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: domain and process. **Am. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 56, p. 609-639, nov. 2002. doi: 10.5014/ajot.56.6.609.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. 3.ed.Trad. Alessandra Cavalcanti, Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra e Valéria Meirelles Carril Elui. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 26, p. 1-49, jan./abr. 2015. Edição especial. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.doi: 10.1590/S1413-81232001000100005.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 4, p. 73-92, 2004. doi: 10.1590/S1414-32832004000100005.

AZEVEDO, E. B. et al. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014. doi: 10.5902/2179769213562.

BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015. doi: 10.1590/1413-81232014201.04662013.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia ocupacional**: fundamentação &prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.162-170. ISBN 9788527712859.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

BANDEIRA, M. et al.Family burden interview scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reability study of the Brazilian version. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 47-50, mar. 2007. doi: 10.1590/S1516-44462006005000015.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.57, n. 2, p. 98-104, 2008.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n2/a03v57n2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

BARBOSA, N. D. **Fendas na cultura**: a produção de tecnologias de participação socioculturais em terapia ocupacional. 2010. 262f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.doi: 10.11606/D.5.2010.tde-10052010-145732.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia ocupacional**: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.347-384.ISBN 9788527712859.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeirodosanos1950. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000300016.

BARROS, M. M. M. A.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.72-83, jan./mar. 2010.Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/515/299>. Acesso em: 26 out. 2016.

BARROS, M. M. M.A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis**, Rio

de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 821-841, 2013. doi: 10.1590/S0103-73312013000300009.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARANHA E SILVA, A. L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, p. 815-819, dez. 2007. Número especial. doi: 10.1590/S0080-62342007000500013.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. doi: 10.1590/S0101-60832007000600003.

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**. Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1984. ISBN 8570380259.

_____. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 237-257.

BASTOS, S. C. A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 104-110, maio/ago. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14093/15911>. Acesso em: 26 out. 2016.

BEIRÃO, R. O. S.; ALVES, C. K. A. Terapia ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 18, n. 3, p. 231-246, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/378/293>. Acesso em: 26 out. 2016.

BENETTON, J. **Trilhas associativas**: ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo: Lemos, 1991.

BENETTON, M.J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. 1994. 190f. Tese (Doutorado) –Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000082083>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível?. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 53-58, 1996.

_____. _____. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 143-149.ISBN 9788527103800.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A instituição e sua borda. In: FONSECA, T. G.; KIRST, P. (Orgs.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p.341-355.ISBN 8570256787.

BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. Trad. Tânia Pellegrini. São Paulo: Hucitec, 1988. 209p. (Saúde em Debate). ISBN8527100614**.**

BERTOLOTE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-158.ISBN 9788527103800.

_____. **Reabilitação psicossocial**: a favor de um consenso. Geneva: WHO, 1997.

BEZERRA, J. B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.137-142.ISBN 9788527103800.

BIELEMANN, V. L. M. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p.199-215.

BIELEMANN, V. L. M.et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, jan./mar. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072009000100016.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.ISBN 200000225599.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletrôn. Pós-grad. Soc. Pol. UFSC**, Santa Catarina, v. 2, n.1, p. 68-80, jan./jul.2005.Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>. Acesso em: 26 out. 2016.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. doi: 10.1590/S0103-21002008000400009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a. 213p. ISBN 8533405928.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev.2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). ISBN 8533407750.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: OPAS, 2005. 56p.

_____. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 51.433, de 28de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 29 dez. 2006. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20061229&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>. Acesso em: 27 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Saúde Mental. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília:

Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 maio2013.Disponível em: <http://www.conass.org.br/siteantigo/conassinforma/anexo_3088__rep_maio_2013.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012.Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/lista_legislacoes/legis_2012/U_PT-MS-SAS-854_220812.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-772760>. Acesso em: 7 nov. 2016.

BRATUN, U.; ASABA, E. From individual to communal experiences of occupation: drawing upon Qi Gong practices. **J. Occup. Sci.**, London, v. 15, n. 2, p. 80-86, 2008. doi: 10.1080/14427591.2008.9686613.

BRUFFAERTS, R.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium – general characteristics and gender differences. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, [S.l.], v.39, n.2, p.146-153, 2004a. doi: 10.1007/s00127-004-0708-x.

_____. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. **Psychiatr. Serv.**, Washington, v.55, n.6, p.685-90, 2004b. doi: 10.1176/appi.ps.55.6.685.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.1, p.33-40, 2011.doi: 10.1590/S0104-07072011000100004.

BUELAU, R. M. **Plataforma arte, estação clínica**–fronteiras entre arte e vida. 2013. 156f. Dissertação (Mestrado) –Programa Interunidades em Estética e História da Arte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi: 10.11606/D.93.2013.tde-18122013-184631.

CAMARGO, R. A. A.; BUENO, S. M. V. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 490-498, 2003.doi: 10.1590/S0104-11692003000400012.

CAMARGO-BORGES, C; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.17, n.2, p.26-32, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0301.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 393-400, 2009. doi: 10.1590/S0080-62342009000200019.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, abr./jun. 2008. doi: 10.1590/S1414-32832008000200011.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167, mar. 2009. doi: 10.1590/S0080-62342009000100021.

CARLETO, D. S. G.; SOUZA, A. C. A.; SILVA, M.; CRUZ, D. M. C.; ANDRADE, V. S. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. **Revista do Triângulo Mineiro Ensino Pesquisa Extensão**, Uberaba, v. 3, n. 2, p. 57-147, 2010.

CAROZZA, P. O emprego como uma oportunidade para o recovery. In: ORNELAS, J. et al. (Coords.). **Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. Lisboa: AEIPS, 2005. p. 265-282. ISBN 9729990409.

CARVALHO, L. F. **Centro de reabilitação**: casa do paraplégico. São Paulo: [S.l], 1963.

CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.52, p. 74-82, set. 1996.

CASTRO, E. D. **Atividades artísticas e terapia ocupacional**: construção de linguagens e inclusão social. 2001.327p. Tese (Doutorado) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs). **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59. ISBN 9788585689612.

CATTY, J. et al. Social networks among users of mental health day care – predictors of social contacts and confiding relationships. **Soc. Psychiatry Epidemiol.**, [S.l], v. 40, n. 6, p. 467-474, 2005. doi: 10.1007/s00127-005-0909-y.

CATTY, J.; GODDARD, K.; BURNS, T. Social services and health services day care in mental health: the social networks and care needs of their users. **Int. J. Soc. Psychiatry**, [S.l], v. 51, n. 1, p. 23-34, 2005. doi: 10.1177/0020764005053267.

CAVALCANTI, A. C.; SILVA, R. M. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000400020.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, fev. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672010000100009.

CAVICCHI, I. **La sanità**. Bari: Dédalo, 2005.

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. v. 1.p.3-30.

CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, p. 21-22, maio 2000. doi: 10.1590/S1516-44462000000500008.

CHRISTIANSEN, C. H.; HAMMECKER, C. L. Self-care. In: BONDER, B. R.; WAGNER, M. B. (Eds.). **Functional performance in older adults**. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2001.p. 155-175.

CHRISTIANSEN, C. H.; TOWNSEND, E. A. **Introduction to occupation**: the art and science of living. 2. ed. Cranbury: Pearson Education, 2010.ISBN 9780132241588.

CIRINEU, C. T. **Grupo de atividades**: impacto na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina. 2011. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. doi: 10.11606/D.22.2011.tde-08082011-160618.

CITTÀ DI PERUGIA. **Homepage**. Disponível em: <http://prehome.comune.perugia.it/>. Acesso em: 28 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 7 nov. 2016.

CONSTANTINIDIS, T. C.; CUNHA, A. C. Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e**

ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 37-59. ISBN: 9788576004332.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168. ISBN 8585676868.

CRESSWELL, M. K.; RUGG, S. A. The Canadian performance occupational therapy measure: its use with clients with schizophrenia. **Int. J. Ther. Rehabil.**, [S.l.], v. 10, n. 12, p. 544-553, 2003.

DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003. doi: 10.1590/S0034-89102003000500013.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **O DATASUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 1º nov. 2016.

DAVIDSON, L. **Living outside mental illness**. Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: NYU Press, 2003. ISBN: 9780814719428.

DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. S. Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. **Psychiatry**, London, v. 58, n. 1, p. 44-55, feb. 1995.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 13-26. ISBN 8586315168.

DEL-BEN, C. M. et al. Precisão do diagnóstico psiquiátrico realizado sob supervisão indireta. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 58-62, mar. 2005. doi: 10.1590/S1516-44462005000100013.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 63-83, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007>. Acesso em: 28 out. 2016.

DIMENSTEIN, M.et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1209-1226, dez. 2010. doi: 10.1590/S0103-73312010000400008.

DRUMMOND, A. F.; REZENDE, M. B. (Orgs.). **Intervenções da terapia ocupacional**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. ISBN 8570416504.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>. Acesso em: 28 out. 2016.

EKLUND, M. Occupational factors and characteristics of the social network in people with persistent mental illness. **Am. J. Occup. Ther.**,[S.l.], v. 60, n. 5, p. 587-594, sep./oct.2006. doi: 10.5014/ajot.60.5.587.

ELSEN, I. Cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, out./dez. 2014. doi: 10.1590/1807-57622013.1007.

EPSJV – ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 242p. (Série Trabalho e Formação em Saúde). ISBN 8575410237.

EVANS, J.; REPPER, J. Employment, social inclusion and mental health. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**,[S.l.], v. 7, n. 1, p. 15-24, jan. 2000.

FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, set./dez. 2009. doi: 10.1590/S0102-71822009000300005.

FARKAS, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. **World Psychiatry**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 68-74, jun. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>. Acesso em: 28 out. 2016.

FARKAS, M. et al. A implementação de programas orientados para o recovery: domínios cruciais. In: ORNELAS, J. et al. (Coord.). **Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. Lisboa: AEIPS, 2005. p.19-44. ISBN 9729990409.

FERNANDES, I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In: GUIMARÃES, G. T. D. (Org.). **Aspectos da teria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.p.37-59. ISBN 857430316-X.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 1-23, 2003.

FIORATI, R. C. **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 243f. Tese (Doutorado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. doi: 10.11606/T.22.2010.tde-16112010-110619.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-84, jan./abr. 2011. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v22i1p76-84.

FLAMINI, S. et al. I processi di autoriforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella Provincia di Perugia (1960-1980). In: INCONTRO SEMINARIA LE "RICOSTRUZIONE E PRESERVAZIONE DELLA MEMORIA DELLE LOTTE PER UNA ALTERNATIVA ALL'ISTITUZIONE MANICOMIALE", 2005, Perugia. **Annali...** Perugia: [S.l.], 2005. Disponível em:

<http://www.antropologiamedica.it/progetti/processiAutoriforma/I_processi_di_autoriforma.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

FLAMINI, S.; POLCRI, C. (Eds.). **Atti del seminario di avvio collettivo del progetto di ricerca sulla storia delle politiche psichiatriche in Umbria**. Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2003. Disponível em: <http://www.antropologiamedica.it/progetti/processiAutoriforma2/Atti_del_seminario_di_avvio_2003.pdf>. Acesso em: 28 out. 2016.

_____. Dal manicomio al territorio. Una ricerca sulle politiche psichiatriche in Umbria dal 1960 al 1980. Parte II. **Percorsi Umbri. Informazione antropologica della Provincia di Perugia**, [S.l.], anno XXIII, n. 2, p. 71-74, giugno 2005.

_____. La ricerca sul movimento umbro di auto riforma. In: CONVEGNO "LA LEGGE 180: LE CONQUISTE DI IERI E LE SFIDE DI OGGI E DOMANI", 2009, Perugia. **Annali...** Perugia: Regione Umbria, Provincia di Perugia, Provincia di Terni, Anci, Fondazione Angelo Celli, 2009. Documento interno. Disponível em:<http://www.academia.edu/11769972/La_ricerca_sul_movimento_umbro_di_auto_riforma>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Umbria: un percorso fuori dal manicomio. In: COMUNE DI FOLIGNO et al. **Oltre questo muro**. Fotografie nell'ex-manicomio di Foligno. Spoleto: Nuova Eliografica Spoleto, 2008a. p. 9-14. (Quaderni de L'Officina della Memoria). Disponível em: <http://www.antropologiamedica.it/progetti/1965-1978-2008/umbria_un_percorso_fuori_dal_manicomio.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Le fortezze espugnate. Idee e pratiche del rifiuto dell'Umbria alle logiche manicomiali. **Micropolis. Mensile umbro di politica, economia e cultura**, Perugia, anno XIII, n. 6, p. 8, giugno 2008b.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e promoção da saúde. In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.p. 147-163. ISBN 9788588782167**.**

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**.7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 551p. (Coleção Estudos, 61). ISBN 8527301091.

FREITAS, A. A.; SOUZA, R. C. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **RBSP**, Salvador, v.34, n.3, p. 530-543, jul./set. 2010. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/53/53>. Acesso em: 31 out. 2016.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. ISBN 8521613334, 9788521613336.

GIACANELLI, F. **Nascita del movimento antimanicomiale umbro**. Perugia: Fondazione Angelo Celli, Editrice Pliniana, 2014. 238p. ISBN 9788897830313.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. ISBN9788522451425.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**.4.ed. São Paulo: Atlas, 2010.ISBN 9788522458233.

GODDARD, K.; BURNS, T.; CATTY, J. The impact of day hospital closure on social networks, clinical status, and service use: a naturalistic experiment. **Community Ment. Health J.**, London, v. 40, n.3, p. 223-34, 2004. doi: 10.1023/B:COMH.0000026996.46823.39.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deterioradora. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. ISBN 8521612559.

GOLDBERG, J. **Cotidiano e instituição**: revelando o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998**.**

GOMES, M. P. C. et al. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1803-1807, 2002. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600037.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev. Latinoam.**

Psicopat. Fund., São Paulo, ano VII, n.2, p. 83-96, jun. 2004. doi: 10.1590/1415-47142004002005.

GUIMARÃES, G. T. D. (Org.). **Aspectos da teria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 37-59. ISBN 857430316-X.

HALLAK, J. E. C. et al. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, Ribeirão Preto, v.36, n.9, p.1233-1240, sept. 2003. doi: 10.1590/S0100-879X2003000900014.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. A. **Ethnography**: principles in practice. 2. ed. London: Routledge, 1995.ISBN: 9780415086646.

HARRISON, D.; SELLERS, A. Occupation for mental health and social inclusion. **Br. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 71, n. 5, p. 216-218, 2008. doi: 10.1177/030802260807100509.

HARVEY, A. S.; PENTLAND, W. What do people do?. In: CHRISTIANSEN, C. H.; TOWNSEND, EA. **Introduction to occupation**: the art and science of living. 2. ed. New Jersey: Pearson, 2010. p.101-33. ISBN-13 9780131999428.

HELLER, A. **Para mudar a vida**: felicidade, liberdade e democracia. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1982. 204p. Entrevista concedida a Ferdinando Adornato.

_____. **Historia y futuro**: ¿sobrevivirá la modernidad?. Barcelona: Península, 1991. ISBN 9788483073186.

_____. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.ISBN 8521903642.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim: EdiFAPES, 2001. 208p. ISBN 8588565250 9788588565258.

_____. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.165-171, fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100022.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-221, 2004. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2016.

HVALSØE, B.; JOSEPHSSON, S. Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. **Scand. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 61-71, 2003. doi: 10.1080/11038120310009489.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão territorial do Brasil e limites territoriais** – São Paulo. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>. Acesso em: 30 ago. 2016.

INFORSATO, E. A. **Desdobramento**: constelações clínicas e políticas do comum. 2010. 217f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi: 10.11606/T.48.2010.tde-22042010-104547.

ISHARA, S.; CARDOSO, C. L. Delineamento do grupo comunitário de saúde mental. In: ISHARA, S.; CARDOSO, C. L.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Grupo comunitário de saúde mental**: conceitos, delineamento metodológico e estudos. Ribeirão Preto: Nova Enfim, 2013. p.19-40.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: _____. (Org.). **Folies et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. ISBN 9782130637387.

KANTARTZIS, S.; MOLINEUX, M. The influence of western society's construction of health daily life on the conceptualization of occupation. **J. Occup. Sci.**, London, v. 18, n. 1, p. 62-80, 2011. doi: 10.1080/14427591.2011.566917.

KANTORSKI, L. P. (Coord.). **CapSul** – avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil. Relatório de pesquisa. Pelotas: CNPq, 2008. 437p.

_____. Os desafios da avaliação no campo da saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 10-11, 2012. doi: 10.5216/ree.v14i1.27472.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 29-35, 2009. doi: 10.1590/S0034-89102009000800006.

KANTORSKI, L. P. et al.A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**,Curitiba, v. 15, n. 4, p. 659-666, out./dez. 2010. doi: 10.5380/ce.v15i4.20362.

KANTORSKI, L. P. et al. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 85-92, mar. 2012. doi: 10.1590/S1983-14472012000100012.

KEBBE, L. M. et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 494-505, 2014.doi:10.5935/0103-1104.20140046.

KIELHOFNER, G. et al. Outcomes of a vocational program for persons with AIDS. **Am. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 58, n. 1, p. 64-72, 2004.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KLEINMAN, B.L. The challenge of providing occupational therapy in menthal health. **Am. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 46, n. 6, p. 555-557, 1992.

KRUPA, T.; LAGARD, M.; CARMICHAEL, K. Transforming sheltered workshops into affirmative businesses: an outcome evaluation. **Psychiatr. Rehabil. J.**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 359-367, 2003. doi: 10.2975/26.2003.359.367.

LALIBERTE-RUDMAN, D. Linking occupation and identity: lessons learned through qualitative exploration. **J. Occup. Sci.**, London, v. 9, n. 1, p. 12-19, 2002. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_903.

LARSON, E. A.; ZEMKE, R. Shaping the temporal patterns of our lives: the social coordination of occupation. **J. Occup. Sci.**, London, v. 10, n. 2, p. 80-89, 2003. doi: 10.1080/14427591.2003.9686514.

LAW, M. et al. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional** – COPM. Trad.

Viviane C. S. Nascimento. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Documento interno. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/46397/50153>. Acesso em: 1º nov. 2016.

LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 61-76. ISBN: 9788576004332.

LEFEBVRE, H. **A vida cotidiana no mundo moderno**. Trad. Alcides João de Barros. São Paulo: Ática, 1991.ISBN 8508037929.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. ISBN 9788579630088.

LIMA, E. M. F. A. **Arte, clínica e loucura**: território em mutação. São Paulo: Summus/FAPESP, 2009.

LIMA, E. M. F. A. Subjetivação e criação: linhas para uma terapia ocupacional construtiva. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 147-165. ISBN: 9788576004332.

LOPES, T. S. **Experiências e narrativas de psiquiatras trabalhadores de serviços públicos de saúde mental sobre a prática de cuidado da esquizofrenia**. 2011. 153f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tati2011mestrado.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2016.

LOPES, M. V. O.; GOMES, A. S. O uso do HyperRESEARCH na compilação e análise de dados qualitativos. **Rev. RENE Fortaleza**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 47-51, jul./dez. 2001. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1028/pdf>. Acesso em: 1º nov. 2016.

LUSSI, I. A. O. **Concepção sistêmica do indivíduo**: auto-organização e reabilitação psicossocial. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. Terapia ocupacional e trabalho: perspectivas históricas e possibilidades atuais no campo da saúde mental. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 77-90. ISBN: 9788576004332.

MÂNGIA, E. F. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, jan./abr. 2000.

_____. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002.doi: 10.11606/issn.2238-6149.v13i3p127-134.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez., 2006.doi: 10.11606/issn.2238-6149.v17i3p115-122.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs). **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80. ISBN 9788585689612.

MANGUALDE, A. A. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 235-248, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272013000100006>. Acesso em: 26 out. 2016.

MARCOLINO, T. Q. Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método de Terapia Ocupacional Dinâmica. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 105-122. ISBN: 9788576004332.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 178-180, 2006.doi: 10.1590/S0034-89102006000100026.

MARWAHA, S.; JOHNSON, S. Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. **Int. J. Soc. Psychiatry**, [S.l], v. 51, n. 4, p. 302-316, 2005. doi: 10.1177/0020764005057386.

MAXIMINO, V. S.; TEDESCO, S. Rotina, hábitos, cotidiano: no banal e no sutil, a trama da vida. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 123-146. ISBN: 9788576004332.

MECCA, R. C. **Experiência estética na terapia ocupacional em saúde mental**: gestos na matéria sensível e alojamento no mundo humano. 2008. 284f.Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. doi: 10.11606/D.5.2008.tde-15122008-163550.

MECCA, R. C.; CASTRO, E. D. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetiva espaços destinados à saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.20, n.25, p. 377-386, 2008. doi: 10.1590/S1414-32832008000200012.

_____. A epifania do acontecer poético: aspectos da experiência estética na relação sujeito-obra em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 180-187, 2009. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v20i3p180-187.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde dos municípios paraibanos**. 2005. 136f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade

Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2005/dissertacaoemilenenobrega.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2016.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional**: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: Hucitec, EdUFSCar, 2003. 184p. ISBN 9788585173906.

MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 113-118, jun. 2005. doi: 10.1590/S1516-44462005000200008.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.133-1997. ISBN: 9788527103657.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro-política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate). ISBN: 9788527104074.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. doi: 10.1590/S1413-81231999000200006.

_____. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate). ISBN: 8527105802.

MEZZINA, R. Paradigm shift in psychiatry: processes and outcomes. In: RAMON, S.; WILLIAMS, J.E. (Eds.) **Mental health at the crossroads**: the promise of the psychosocial approach. London: Ashgate, 2005. p. 81-93. ISBN 9780754641919.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.ISBN 8527101815.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.ISBN 8575410113.

MINELLI, M. **Santi, demoni, giocatori**. Una etnografia delle pratiche di salute mentale. [S.l.]: Argo, 2011. ISBN 9788882343873.

_____. Jogando (com) o poder no campo da saúde mental. **Perspectivas**, São Paulo, v. 43, p. 219-254, jan./jun. 2013.Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/6619/4866>. Acesso em: 1º nov. 2016.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 917-923, out. 2008. doi: 10.1590/S0034-89102008005000051.

MONTANARI, A.J. Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases-MG. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 4, p. 83-114, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000100007>. Acesso em: 1º nov. 2016.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia, Saúde &Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 249-266, 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36240206>. Acesso em: 1º nov. 2016.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.566-572, set. 2009. doi: 10.1590/S0080-62342009000300010.

MORGAN, C. et al. Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 191, p. 477-483, 2007. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034942.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. ISBN 9788532628961.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 786-791, dez. 2003. doi: 10.1590/S0104-11692003000600013.

MOTTA, L. F. **Psicoterapia de grupo com casais em hospital dia segundo as percepções dos pacientes e seus cônjuges**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

NASCIMENTO, C. A. D. **Perfil clínico e demográfico de pacientes em união permanente tratados em Hospital-Dia**. 2002. 56f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 8-15, ago. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102009000800003.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000400008.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2 p. 71-81, maio/ago. 2004.doi: 10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set/dez 2004. doi: 10.1590/S0104-12902004000300006.

NOISEUX, S. et al. The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. **BMC Health Serv. Res.**, [S.l.], v. 10, p. 161-175, 2010. doi: 10.1186/1472-6963-10-161.

OLIVEIRA, S. M. **Processos de criação em dança**: investigações artísticas em um campo de ações em saúde mental. 2013. 172f. Dissertação (Mestrado) –Programa Interunidades em Estética e História da Arte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.doi: 10.11606/D.93.2013.tde-23012014-135050.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação “lato sensu”.2001. 240f. Tese (Doutorado) – Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/3157>. Acesso em: 2 nov. 2016.

OMS –ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Atención primaria de salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Genebra: OMS, 1978.p.91.ISBN 9243541358.

OMS –ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ORNELAS, J. et al. (Coords.). **Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. Lisboa: AEIPS, 2005. ISBN 9729990409.

PAN, A.; CHUNG, L.; HSIN-HWEI, G. Confiabilidade e validade da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional para clientes com desordens psiquiátricas em Taiwan. **Occup. Ther. Int.**, Malden, v. 10, n. 4, p. 269-277, 2003.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013. doi: 10.1590/S0103-73312013000100002.

PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. (Eds.). **Play in occupational therapy for children**. Saint Louis: Mosby, 1997. ISBN9780801678387.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional**: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004.ISBN 9788572414890.

PELISOLI, C.L.; MOREIRA, A.K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, set./dez. 2005. doi: 10.1590/S0101-81082005000300006.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-70, jan./fev. 2005. doi: 10.1590/S1807-59322005000100012.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

PESSOTTI, I.**A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro. Ed.34, 1994.ISBN8585490462.

PIMENTA, E.S.; ROMAGNOLI, R.C. **A relação com as famílias no tratamento de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial**. São João Del-Rei: Pesquisa e Práticas Psicossociais, 2008.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. doi: 10.1590/S1413-73722010000100004.

PITTA, A. M. F. **Sobre uma política de saúde mental**. 1984. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

PITTA, A. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26. ISBN 9788527103800.

_____. _____. In: _____. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. ISBN 9788527103800.

PIZZA, G. **Antropologia medica**. Saperi, pratiche e politiche del corpo. Roma: Carocci, 2005. ISBN9788843032112.

PREFEITURA DE CAPIVARI. **Home page**. Disponível em: <http://www.capivari.sp.gov.br/>. Acesso em: 2 nov. 2016.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA. **Home page**. Disponível em: <http://www.piracicaba.sp.gov.br/>. Acesso em: 2 nov. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAS. **Homepage**. Disponível em: <http://www.araras.sp.gov.br/home/>. Acesso em: 2 nov.2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA. **Home page**. Disponível em: <http://www.limeira.sp.gov.br/sitenovo/>. Acesso em: 2 nov. 2016.

RABELO, A. R.; CARDOSO, E.; MELO, A. Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. **RBSP**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 43-56, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1205/pdf_531>. Acesso em: 2 nov. 2016.

REBEIRO, K. L. et al.Northern initiative for social action: an occupation-based mental health program. **Am. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 55, n. 5, p. 493-500, 2001. doi: 10.5014/ajot.55.5.493.

REEVES, J. B.; DARVILLE, R.L. Social contact patterns and satisfaction with retirement of woman in dual-career/earner families. **Int. J. Aging Hum. Dev.**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 163-175, 1994.

RESEARCHWARE. **HyperRESEARCH mini manual**. Randolph: ResearchWare, 1998.13p.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1987. p.15-74. ISBN 9788532603203.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um CAPS em Florianópolis. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./mar. 2007. doi: 10.1590/S0104-07072007000100005.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v19i2p72-75.

ROBAINA, C. M. V.O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, Monte Alegre, n. 102, p.339-351, 2010. doi: 10.1590/S0101-66282010000200008.

ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 871-883, 2012. doi: 10.1590/S1415-790X2012000400017.

RODRIGUES, C. G. S. S. **Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul.2012**. 145f. Dissertação (Mestrado) –Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/a684eceee76fc522773286a895bc8436.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ROGERS, J. C.; HOLM, M. B. Assessment of self-care. In: BONDER, B. R.; WAGNER, M. B. (Eds.). **Functional performance in older adults**. Philadelphia: F. A. Davis, 1994.p.181-202.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.p.17-59. (Saúde em Debate).

RUGGERI, M.et al.Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. **Br. J. Psychiatry**, London, v.187, p.121-30, 2005.doi: 10.1192/bjp.187.2.121.

SALLES, M. M. **Internação em hospital psiquiátrico**: o (des)caminho para a vivência do cotidiano e da inserção social. 2005.233f.Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo,2005.

_____. **Vida cotidiana de usuários de CAPS**: a (in)visibilidade no território. 2011.

337f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi: 10.11606/T.7.2011.tde-17082011-105117.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, jul. 2013a. doi: 10.1590/S1413-81232013000700028.

_____. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013b.Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a14.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013. doi: 10.4322%2Fcto.2013.028.

_____. Do individual ao coletivo: perfil ocupacional de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 58-65, jan./abr. 2015. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v26i1p58-65.

SAMPAIO, J.J.C.; BARROSO, C.M.C. **Psicoses**: uma abordagem psicossocial em saúde mental. Quixadá: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1997. Mimeo.

SANTOS, A. M.et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.doi: 10.1590/S0102-311X2007000100009.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18. ISBN 9788527103800.

_____. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan/abr. 1998.

_____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001a.

_____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 13-18. ISBN 9788527103800.

SAYCE, L. **From psychiatric patient to citizen**: overcoming discrimination and social exclusion. London: MacMillan, 2000. ISBN 9780312227333.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Regionais de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude> Acesso em: 15 set. 2016.

SEPPILLI, T. Per un breve profilo del movimento antimanicomiale italiano negli anni '60-70. In: LUPATTELLI, P. (Ed.). **I ti**. Perugia: Crace, 2009.p. 91-95.SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

SIDRIM, M. I. C. **As representações sociais da reabilitação psicossocial**–um estudo sobre os CAPS. Curitiba: Juruá, 2010. p.107-128. ISBN 978853622320-9.

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado saúde mental. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.149-158, jan./fev. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100020.

SILVA, N. H. L. P. **Saúde mental na Estratégia Saúde da Família**: uma compreensão a partir da fenomenologia de Edith Stein. 2011. 212f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.Disponível em: <http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/25_01_2012__09_58_39__61.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

SMYTH, G.; HARRIES, P.; DORER, G. Exploring mental health services users' experiences of social inclusion in their community occupations. **Br. J. Occup. Ther.**, London, v. 74, n. 7, p. 323-331, 2011. doi: 10.4276/030802211X13099513661072.

SOARES, L. B. T. História da terapia ocupacional. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia ocupacional**: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 3-9. ISBN 9788527712859.

SOARES, M. C.; SANTANA, M. G.; SIQUEIRA, H. O cuidado de enfermagem no cotidiano das enfermeiras(os) autônomas(os) à luz de alguns conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderard. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 106-117, 2000.

SOUZA, A. C.; GULJOR, A. P. F.; SILVA, J. L. L. Refletindo sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 22, n. 2, p. 292-298, jul./dez. 2014. doi: 10.15446/av.enferm.v32n2.46242.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; CAETANO, D. Tempo médio de hospitalização em um hospital psiquiátrico de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.54, n.1, p.13-18, 2005.

SOUZA, R. C. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des)encontram. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, 2002. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4449/2374>. Acesso em: 3 nov. 2016.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri: Manole, 2010. ISBN 9788520430842.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 807-815, 2010.doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.

TOPOR et al. Others: the role of family, friends, and professionals in the recovery process. **Am. J. Psychiatr. Rehabil.**, London, v. 9, n. 1, p. 17-37, 2006. doi: 10.1080/15487760500339410.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.6, p.73-85, 2001. doi: 10.1590/S1413-81232001000100006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 8522402736.

TSU, T. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: EdUSP, 1993. ISBN 9788531401053.

USLUMBRIA1 – SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. **Home page**. Disponível em: <http://www.uslumbria1.gov.it/>. Acesso em: 3 nov. 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**. História, teoria e trabalho no campo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. v. 1. 191p. ISBN 9788560438518.

VASCONCELOS, M.G.F. **Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado na rede de saúde mental e sua (des)articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF)**. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/Dissertacao_Mardenia_Gomes_Ferreira_Vasconcelos.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. Análise do discurso: uma revisão teórica. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 56-60, 2003.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, maio/ago. 2004. doi: 10.1590/S1413-294X2004000200020.

WACHHOLZ, S. M. S.; MARIOTTI, M. C. A participação do terapeuta ocupacional na reforma psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup.**

UFSCAR, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 147-159, jul/dez. 2009. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/104/69>. Acesso em: 3 nov. 2016.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi: 10.11606/T.22.2005.tde-16052007-150813.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Canadian Public Health Association. Health and Welfare Canada. The Ottawa charter for health promotion. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1986, Ottawa. **Proceedings…** Ottawa: WHO, 1986.

WISDOM, J. P. et al. “Stealing me from myself”: Identity and recovery in personal accounts of mental illness. **Aust. N. Z. J. Psychiatry.**, Thousand Oaks, v. 42, n. 6, p. 489-495, 2008. doi: 10.1080/00048670802050579.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.192p. ISBN 9788575411957.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

YOUNG, A. S. et al. Characteristics of individuals with severe mental illness who use emergency services. **Community Ment. Health J.**, London, v.41, n.2, p.159-68, apr. 2005.doi: 10.1007/s10597-005-2650-0.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr(a) para participar de uma pesquisa intitulada "**Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e seus familiares**" e que tem por objetivo investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares. Para o desenvolvimento deste estudo será necessário entrevistá-lo, sendo que serão feitas perguntas ao(a) Sr(a) e suas respostas gravadas, se assim permitir. Informo que as entrevistas serão realizadas por mim, em local, data e horário marcados previamente com o(a) Sr(a). O conteúdo das entrevistas é de caráter confidencial, bem como as informações coletadas, sem que seu nome seja revelado. O tempo da entrevista é estimado em aproximadamente quarenta minutos à uma hora. Os dados sociodemográficos do Sr(a) que não forem contemplados na entrevista serão obtidos por meio de dados do respectivo serviço. O(a) Sr(a) poderá deixar de responder as questões que não se sentir a vontade bem como terá liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Acredito ter tomado todas as providências para que não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, mas entendo que durante ou após a entrevista o(a) Sr(a) possa sentir algum desconforto ou incômodo com as questões da mesma. Caso isso ocorra estarei à disposição para lhe dar apoio, acolhimento, escuta e, se necessário, encaminhá-lo(a) ao serviço especializado. O(a) Sr(a) não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém, também, não será beneficiado financeiramente, entretanto sua participação contribuirá para reflexão sobre as práticas de saúde mental e possíveis melhorias nessa área. Caso julgue que lhe ocorreu algum dano devido à participação nesta pesquisa, o(a) Sr(a) tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ao qual essa pesquisa foi submetida. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente o participante. O resultado deste estudo poderá ser apresentado em eventos e/ou publicados em revistas científicas.

Eu_____ declaro que após ter recebido as informações sobre a pesquisa, concordo em participar voluntariamente da mesma e autorizo o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos no estudo. Compreendi o que consta neste documento e depois de assiná-lo em duas vias, ficarei com uma cópia.

_____, _____ de _____ de 2014.

_____ _____

Assinatura do entrevistado Assinatura do responsável

_____

Pesquisador: Cleber Tiago Cirineu

Endereço para contato com os pesquisadores: Rua Octávio Franchini, nº 279 - Caixa Postal 162, Bairro do Cascalho, CEP: 13490-000 – Telefone (19) 99768-9290 e-mail: cleber_to@yahoo.com.br- Cordeirópolis/SP Brasil; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP- Universidade de São Paulo – USP – Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, CEP: 14040-902– Telefone (16) 3602-3415 – Sala 48, Ribeirão Preto/SP – Brasil.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr(a) para participar de uma pesquisa intitulada "**Vida cotidiana de pessoas em sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e seus familiares**" e que tem por objetivo investigar a vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS II do ponto de vista das áreas ocupacionais de autocuidado, de produtividade e de lazer, a partir das percepções dos usuários e seus familiares. Para o desenvolvimento deste estudo será necessário entrevistá-lo, sendo que serão feitas perguntas ao(a) Sr(a) e suas respostas gravadas, se assim permitir. Informo que as entrevistas serão realizadas por mim, em local, data e horário marcados previamente com o(a) Sr(a). O conteúdo das entrevistas é de caráter confidencial, bem como as informações coletadas, sem que seu nome seja revelado. O tempo da entrevista é estimado em aproximadamente quarenta minutos à uma hora. Os dados sociodemográficos do seu familiar que não forem contemplados na entrevista serão obtidos por meio de dados do respectivo serviço. O(a) Sr(a) poderá deixar de responder as questões que não se sentir a vontade bem como terá liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Acredito ter tomado todas as providências para que não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, mas entendo que durante ou após a entrevista o(a) Sr(a) possa sentir algum desconforto ou incômodo com as questões da mesma. Caso isso ocorra estarei à disposição para lhe dar apoio, acolhimento, escuta e, se necessário, encaminhá-lo(a) a um serviço especializado. O(a) Sr(a) não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém, também, não será beneficiado financeiramente, entretanto sua participação contribuirá para reflexão sobre as práticas de saúde mental e possíveis melhorias nessa área. Caso julgue que lhe ocorreu algum dano devido à participação nesta pesquisa, o(a) Sr(a) tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ao qual essa pesquisa foi submetida. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente o participante. O resultado deste estudo poderá ser apresentado em eventos e/ou publicados em revistas científicas.

Eu_____ declaro que após ter recebido as informações sobre a pesquisa, concordo em participar voluntariamente da mesma e autorizo o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos no estudo. Compreendi o que consta neste documento e depois de assiná-lo em duas vias, ficarei com uma cópia.

_____, _____ de _____ de 2014.

_____ _____

Assinatura do entrevistado Assinatura do responsável

_____

Pesquisador: Cleber Tiago Cirineu

Endereço para contato com os pesquisadores: Rua Octávio Franchini, nº 279 - Caixa Postal 162, Bairro do Cascalho, CEP: 13490-000 – Telefone (19) 99768-9290 e-mail: cleber_to@yahoo.com.br - Cordeirópolis/SP Brasil; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP- Universidade de São Paulo – USP – Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, CEP: 14040-902– Telefone (16) 3602-3415 – Sala 48, Ribeirão Preto/SP – Brasil.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Entrevistador:_____

Data da entrevista: ____/____/_____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – USUÁRIO

1. Identificação do entrevistado(a):_____ Nº_____

2. Local de Atendimento:_____

3. Idade:____anos

4. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

5. Estado Civil:
( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a)
( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a)
( ) Divorciado(a) ( ) Outro: _____
( ) Vive com companheiro(a)

6. Escolaridade:
( ) Não sabe ler/escrever ( ) Sem escolaridade
( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo
( ) Curso Técnico Completo ( ) Curso Técnico Incompleto
( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
( ) Pós-Graduação Incompleta ( ) Pós-Graduação Completa

7. Ocupação:_____

8. Fonte de Renda:
( ) Emprego ( ) Seguro-desemprego
( ) Auxílio Doença ( ) Pensionista
( ) Renda do Conjugue ( ) Benefício de assistência social ao idoso e ao deficiente – LOAS (Lei Orgânica Assist. Social)
.
( ) Aposentadoria ( ) Renda Familiar
( ) Outros: _____

9. Com quem vive atualmente?

( ) Sozinho(a) ( ) Com conjugue/companheiro(a)
( ) Com filho(a) ( ) Mãe/pai
( ) Amigos ( ) Com outro membro da família
( ) Irmãos ( ) Outros: _____

10. Número de Pessoas no domicílio: _____pessoas

11. Tipo de Moradia:

( ) Casa/apartamento próprio ( ) Casa/apartamento alugado por você
( ) Casa dos pais ou familiares ( ) Casa de amigos
( ) Rua ( ) Pensão
( ) Outros: _____

12 . Você já passou por internações psiquiátricas?

( ) Sim ( ) Não

Se SIM, quantas? _____

Qual a data aproximada da última internação:_____/_____/_____

13 . Há quanto tempo freqüenta este serviço?

14 . Você sabe informar qual o seu diagnóstico?

( ) Sim ( ) Não

Se SIM, qual é? _____

15 . Você tem algum outro problema de saúde?

( ) Sim ( ) Não

Se SIM, qual(is)?

_____

E onde é atendido (a) por este(s) problema(s) de saúde?

_____

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Entrevistador(a):_____

Data da entrevista: ____/____/_____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – FAMILIAR

1. Identificação do entrevistado: _____Nº_____

2. Local de Atendimento do usuário(a):_____

3. Idade:_____anos

4. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

5. Estado Civil:
( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a)
( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a)
( ) Divorciado(a) ( ) Outro: _____
( ) Vive com companheiro(a)

6. Grau de parentesco com o usuário(a):_____

7. Escolaridade:
( ) Não sabe ler/escrever ( ) Sem escolaridade
( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo
( ) Curso Técnico Completo ( ) Curso Técnico Incompleto
( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
( ) Pós-Graduação Incompleta ( ) Pós-Graduação Completa

8. Ocupação:_____

9. Fonte de Renda:
( ) Emprego ( ) Seguro-desemprego
( ) Auxílio Doença ( ) Pensionista
( ) Renda do Conjugue ( ) Benefício de assistência social ao idoso e ao deficiente – LOAS (Lei Orgânica Assist. Social)
.

( ) Aposentadoria ( ) Renda Familiar
( ) Outros: _____

10. Com quem vive atualmente?
( ) Sozinho(a) ( ) Com conjugue/companheiro(a)
( ) Com filho(a) ( ) Mãe/pai
( ) Amigos ( ) Com outro membro da família
( ) Irmãos ( ) Outros: _____

11. Número de Pessoas no domicílio:_____pessoas

12. Tipo de Moradia:
( ) Casa/apartamento próprio ( ) Casa/apartamento alugado por você
( ) Casa dos pais ou familiares ( ) Casa de amigos
( ) Rua ( ) Pensão
( ) Outros: _____

13 . Você sabe informar qual o diagnóstico do seu familiar?

( ) Sim ( ) Não

Se SIM, qual é? _____

Há quanto tempo o usuário freqüenta este serviço?
_____

14 . Seu familiar tem algum outro problema de saúde?
( ) Sim ( ) Não

Se SIM, qual(is)?
_____

E onde é atendido (a) por este(s) problema(s) de saúde?
_____

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O USUÁRIO

Entrevistador(a):_____

Data da entrevista: ____/____/_____

1. **Introdução para discorrer sobre o tema da pesquisa**
    a. Conte-me sobre seu tratamento no CAPS (início, motivo da busca pelo serviço).
    b. Quais atividades você participa no CAPS? (grupo, oficina, passeios)
    c. Conte-me sobre um dia seu, desde o momento que você levanta até o momento em que você vai dormir. O que você faz?

2. **Discorrendo sobre as atividades de autocuidado**
    a. Como é para você se vestir? Consegue sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    b. Você consegue tomar banho sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    c. Consegue se alimentar sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    d. Ir de um lugar para outro? Consegue sozinho(a) ou precisa de alguém para ir com você?
    e. Você consegue andar sozinho(a) dentro de casa? Ou precisa da ajuda de alguém?
    f. E fora de casa? Precisa da ajuda de alguém ou consegue andar sozinho(a)?
    g. Você utiliza transportes (por ex.: carro, moto, ônibus)? Consegue sozinho(a) ou precisa de alguém para ir com você?
    h. E para fazer compras? Consegue sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    i. Você tem alguma renda ou dinheiro seu? Se sim. Você cuida do seu dinheiro? Ou alguém cuida para você?
    j. Com relação à sua saúde? Quando você não está bem, pede ajuda ou consegue procurar o serviço de saúde (por exemplo.: posto, hospital, médico) sozinho(a)?
    k. Com relação aos seus remédios? Você toma sozinho(a) ou precisa de ajuda para ser lembrado?
    l. Você consegue ir sozinho(a) às consultas médicas ou precisa que alguém o(a) acompanhe?
    m. Quais as dificuldades encontradas?

3. **Discorrendo sobre as atividades produtivas/ de trabalho**

a. Você trabalha? Se sim. Com o que? Recebe por este trabalho?
b. Você participa de algum trabalho que você não recebe por ele (voluntário)? (Se sim. Como é? Onde é realizado? Vai sozinho(a)?)
c. Você já procurou emprego? Já trabalhou? Tem vontade de trabalhar?
d. Você tem dificuldades para trabalhar?
e. Você faz tarefas de casa (ex.: limpar, lavar roupas, preparar de refeições)? Faz sozinho(a) ou precisa de ajuda?
f. Você estuda? Se sim, participa de atividades na escola? (ex.: fazer o dever de casa, estudar).Se não. Já estudou? Por que parou? Conte-me um pouco.
g. Você participa ou já participou de algum curso (ex.: informática, artesanato, costura, cabeleireiro, outro)?
h. Quais as dificuldades encontradas?

4. Discorrendo sobre as atividades de lazer

a. O que faz para se divertir?
b. Você lê? Tem dificuldades? Precisa de ajuda?
c. Faz artesanato? (Se sim. Quais? Onde?)
d. Pratica esportes? (Se sim. Qual ou quais? Onde?)
e. Você viaja? (Se sim. Com quem? De quanto em quanto tempo?)
f. Visita outras pessoas (por ex.: amigos, parentes, vizinhos)? Vai sozinho(a)?
g. Você usa o telefone? Faz ou recebe telefonemas?
h. Participa de festas? (Se sim. Com quem vai? De quanto em quanto tempo?)
i. Escreve cartas? Se sim. Precisa de ajuda ou consegue escrever sozinho(a)?
j. Utiliza o computador? Navega na internet? Precisa de ajuda ou consegue utilizar sozinho(a)?
k. Quais as dificuldades encontradas?

5. Encerramento do tema de pesquisa

a. Você fazia tudo isso que conversamos antes do tratamento no CAPS ou começou a fazer depois do tratamento no CAPS?
b. Sabe o que você quer ou precisa fazer no seu dia a dia?
c. Você sabe me dizer quais são as coisas que faz bem a você, que dão prazer na vida?
d. O que você não gosta de fazer?
e. Quem decide as coisas para você?
f. Nos lugares que você vai, você consegue conversar com as pessoas e fazer amigos?
g. Quais as dificuldades encontradas?
h. Tem mais alguma coisa que você gostaria ou acha importante me falar sobre o seu dia a dia?

APÊNDICE F

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O FAMILIAR

Entrevistador(a):_____

Data da entrevista: ____/____/_____

1. **Introdução para discorrer sobre o tema da pesquisa**
    a. Conte-me sobre o tratamento de seu familiar no CAPS (início, motivo da busca pelo serviço).
    b. Quais atividades que seu familiar participa no CAPS? (grupo, oficina, passeios)
    c. Conte-me sobre um dia de seu familiar, desde o momento que levanta até o momento em que vai dormir. O que ele(a) faz?

2. **Discorrendo sobre as atividades de autocuidado**
    a. Como é para seu familiar se vestir? Consegue sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    b. Seu familiar consegue tomar banho sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    c. Seu familiar consegue se alimentar sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    d. Ir de um lugar para outro? Seu familiar consegue sozinho(a) ou precisa de alguém para ir com você?
    e. Seu familiar consegue andar sozinho(a) dentro de casa? Ou precisa da ajuda de alguém?
    f. E fora de casa? Precisa da ajuda de alguém ou consegue andar sozinho(a)?
    g. Seu familiar utiliza transportes (por ex.: carro, moto, ônibus)? Consegue sozinho(a) ou precisa de alguém para ir com você?
    h. E para fazer compras? Consegue sozinho(a) ou precisa da ajuda de alguém?
    i. Seu familiar tem alguma renda ou dinheiro próprio? Se sim. Ele(a) cuida do dinheiro? Ou precisa de alguém que cuide?
    j. Com relação à sua saúde? Quando seu familiar não está bem, pede ajuda ou consegue procurar o serviço de saúde (por exemplo.: posto, hospital, médico) sozinho(a)?
    k. Com relação aos seus remédios, seu familiar toma sozinho(a) ou precisa de ajuda para ser lembrado?
    l. Seu familiar consegue ir sozinho(a) às consultas médicas ou precisa que alguém o(a) acompanhe?
    m. Quais as dificuldades encontradas por ele?

3. **Discorrendo sobre as atividades produtivas/ de trabalho**
    a. Seu familiar trabalha? Se sim. Com o que? Recebe por este trabalho?
    b. Seu familiar Se não. Já procurou emprego? Já trabalhou? Tem vontade de trabalhar?
    c. Seu familiar participa de algum trabalho que não recebe por ele (voluntário)? (Se sim. Como é? Onde é realizado? Vai sozinho(a)?)
    d. Seu familiar procurou emprego? Já trabalhou? Tem vontade de trabalhar?
    e. Ele têm dificuldades para trabalhar?
    f. Seu familiar faz tarefas de casa (ex.: limpar, lavar roupas, preparar de refeições)? Faz sozinho(a) ou precisa de ajuda?
    g. Seu familiar estuda? Se sim, participa de atividades na escola? (ex.: fazer o dever de casa, estudar). Se não. Já estudou? Por que parou? Conte-me um pouco.
       Seu familiar participa ou já participou de algum curso (ex.: informática, artesanato, costura, cabeleireiro, outro)?

    h. Quais as dificuldades encontradas?

4. **Discorrendo sobre as atividades de lazer**
    a. O que seu familiar faz para se divertir?
    b. Seu familiar lê? Tem dificuldades? Precisa de ajuda?
    c. Seu familiar faz artesanato? (Se sim. Quais? Onde?)
    d. Seu familiar pratica esportes? (Se sim. Qual ou quais? Onde?)
    e. Seu familiar viaja? (Se sim. Com quem? De quanto em quanto tempo?)
    f. Seu familiar visita outras pessoas (por ex.: amigos, parentes, vizinhos)? Vai sozinho(a)?
    g. Seu familiar usa o telefone? Faz ou recebe telefonemas?
    h. Seu familiar participa de festas? (Se sim. Com quem vai? De quanto em quanto tempo?)
    i. Seu familiar escreve cartas? Se sim. Precisa de ajuda ou consegue escrever sozinho(a)?
    j. Seu familiar utiliza o computador? Navega na internet? Precisa de ajuda ou consegue utilizar sozinho(a)?
    k. Quais as dificuldades encontradas?

5. **Encerramento do tema de pesquisa**
    a. Seu familiar fazia tudo isso que conversamos antes do tratamento no CAPS ou começou a fazer depois do tratamento no CAPS?
    b. Seu familiar sabe o que quer ou precisa fazer no dia a dia dele(a)?
    c. Seu familiar sabe dizer quais são as coisas que faz bem a ele(a), que dão prazer na vida?
    d. O que seu familiar não gosta de fazer?
    e. Quem decide as coisas para seu familiar?
    f. Nos lugares que seu familiar vai, ele(a) consegue conversar com as pessoas e fazer amigos?
    g. Tem mais alguma coisa que você gostaria ou acha importante me falar sobre o dia a dia de seu familiar?
    h. Quais as dificuldades encontradas?

ANEXOS

ANEXO A - APRECIAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (VERSÃO INICIAL)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3361 - Fax: 55 16 3602.0514
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 110/2014

Ribeirão Preto, 4 de Junho de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 182ª Reunião Ordinária, realizada em 4 de junho de 2014.

Protocolo CAAE: 31298914.8.0000.5393

Projeto: O DESEMPENHO OCUPACIONAL NA VIDA COTIDIANA DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Cleber Tiago Cirineu

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - APRECIAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (VERSÃO ATUALIZADA)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 133/2016, de 05.05.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 02 de maio de 2016.

Protocolo CAAE: 31298914.8.0000.5393

Projeto: Vida cotidiana de pessoas com sofrimento psíquico dos Centros de Atenção Psicossocial II: percepções de usuários e familiares.

Pesquisadores: Cleber Tiago Cirineu
Toyoko Saeki (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP