

MARCIO WAGNER CAMATTA

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES SOBRE O TRABALHO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA DE
ALFRED SCHUTZ**

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

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Porto Alegre

2008

C173v Camatta, Marcio Wagner

Vivências de familiares sobre o trabalho de uma equipe de saúde mental na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz / Marcio Wagner Camatta ; orient. Jacó Fernando Schneider. – Porto Alegre, 2008.
101 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2008.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Família. 4. Relações profissional-família. 5. Filosofia. 6. Pesquisa qualitativa. 7. Enfermagem. 8. Enfermagem psiquiátrica. I. Schneider, Jacó Fernando.
II. Título.

Limites para indexação: Humano

LHSN – 763

NLM – WA 305

Catálogo pela Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS
Bibliotecária responsável: Michele Dias Medeiros CRB10/1575

MARCIO WAGNER CAMATTA

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES SOBRE O TRABALHO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA FENOMENOLÓGICA DE
ALFRED SCHUTZ**

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

Aprovada em Porto Alegre, 26 de fevereiro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider - Orientador
Presidente da Banca
Escola de enfermagem - UFRGS

Prof.^a Dr.^a Agnes Olschowsky - Membro
Escola de Enfermagem - UFRGS

Prof.^a Dr.^a Christine Wetzel - Membro
Escola de Enfermagem - UFRGS

Prof.^a Dr.^a Suzete Maria Fustinoni - Membro
Departamento de Enfermagem - UNIFESP

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre mostrar-se presente em minha vida iluminando meus caminhos e concedendo-me inúmeras bênçãos.

Aos meus pais, Jair e Glória, e aos meus irmãos Jefferson, André e Marcelo pelo apoio incondicional para a concretização dos meus projetos de vida.

Ao meu orientador, Jacó Fernando Schneider, pela sua presença constante, amizade, paciência e confiança em meu trabalho; e às professoras Agnes Olschowsky e Christine Wetzel pela acolhida desde o início desta caminhada.

Em especial, quero agradecer à equipe do CAPS CAIS Mental Centro de Porto Alegre/RS e os familiares e usuários deste serviço, pelos momentos de reflexão e aprendizado compartilhado durante o período em que estive lá, especialmente aos familiares entrevistados, pelo interesse e disponibilidade em sua participação e que serviram de base para este estudo.

Aos amigos da Escola de Enfermagem da UFRGS, dentre eles Vivian Elizabeth Araujo, Paulo Fábio Pereira, Cíntia Nasi, Adriana Fertig e Letícia Trindade pelo compartilhamento de sentimentos e apoio mútuo e à Tatiana Augustinho Rocha também por contribuir com seus conhecimentos de pesquisadora nesta dissertação.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), pelos momentos de reflexão e discussão.

Nas pessoas de Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e Maria Alice Dias da Silva Lima, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos e à CAPES, pelo apoio financeiro mediante a bolsa de mestrado.

Por fim, agradeço a Daniela Nascimento Silva, Solange Basso de Mattos e Vlademir Basso pela amizade, carinho e incentivo.

RESUMO

Desde o nascimento da psiquiatria, a participação da família no tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico tem sido pouco encorajada. Tendo em vista os recentes avanços alcançados pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, dentre os quais, a implementação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), torna-se relevante investigar o que nos apontam as famílias de usuários sobre o trabalho da equipe que atua nestes serviços. O objetivo deste estudo foi compreender as vivências de familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe, sob a perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo fenomenológico. Foram entrevistados 13 familiares em outubro e novembro de 2006, em um CAPS localizado em Porto Alegre. Para a coleta dos depoimentos, foi utilizada entrevista com a seguinte questão orientadora: “Fale sobre o trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial”. Da análise compreensiva, emergiram três categorias: o trabalho como projeto, ação e ato; fundamentado no interesse à mão; permeado por relações interativas. A análise realizada permitiu considerar que o trabalho da equipe do CAPS sofre interferência da gestão das políticas públicas municipais; tem resultados concretos na assistência em saúde mental; deveria integrar mais a família ao serviço. Estas considerações podem servir de subsídios para as equipes de saúde mental refletirem suas práticas quanto ao envolvimento da família no seu trabalho em um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Família; Pesquisa qualitativa; Filosofia

RESUMEN

Desde el nacimiento de la psiquiatría, la participación de la familia en el tratamiento de los individuos en sufrimiento psíquico ha sido poco encorajada. Teniendo en cuenta los recientes avances alcanzados por el movimiento de la reforma psiquiátrica brasileña, de entre los cuales la implementación de servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), es relevante investigar lo que nos apuntan las familias de usuarios acerca del trabajo del equipo que actúa en estos servicios. El objetivo de este estudio fue comprender las experiencias de familiares de usuarios de un CAPS sobre el trabajo del equipo, bajo la perspectiva de la Sociología Fenomenológica de Alfred Schutz. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, de la clase fenomenológica. Fueron entrevistados 13 familiares en octubre y noviembre de 2006, en un CAPS localizado en Porto Alegre. Para la recolección de los testimonios, fue utilizada entrevista con la siguiente cuestión orientadora: "Hable acerca del trabajo del equipo del Centro de Atención Psicosocial". Del análisis comprensivo emergieron tres categorías: el trabajo como proyecto, acción y acto; fundamentado en el interés a la mano; impregnado por relaciones interactivas. El análisis realizado permitió considerar que el trabajo del equipo del CAPS sufre interferencia de la gestión de las políticas públicas municipales; tiene resultados concretos en la asistencia en salud mental; debería integrar más la familia al servicio. Estas consideraciones pueden servir de subsidios para los equipos de salud mental reflexionar acerca de sus prácticas cuanto al involucramiento de la familia en su trabajo en un servicio sustitutivo al hospital psiquiátrico.

Descriptor: Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Familia; Investigación Cualitativa; Filosofía

ABSTRACT

Since psychiatry has arisen, family participation in the treatment of subjects undergoing psychiatric suffering has been little encouraged. Considering the recent progress reached by the movement of the Brazilian psychiatric reform, among which, the implementation of services in replacement of the psychiatric hospital like the Centers of Psychosocial Care (CAPS), it is relevant investigating what the users' families point out to us about the work of the team that perform in these services. This study aimed at understanding the life experiences of family members of CAPS users about the team work, under the perspective of the Phenomenological Sociology of Alfred Schutz. It is a study of qualitative approach of the phenomenological type. Thirteen family members were interviewed in October and November 2006 at a CAPS unit, located in Porto Alegre. For the collection of the testimonies, interview was carried out with the following guiding issue: "Talk about the team work of the Center of Psychosocial Care". From the comprehensive analysis, three categories have emerged: the work as project, action and act; founded in the interest at hand; featured by interactive relations. The performed analysis allowed considering that the CAPS team work suffers interference from the management of municipal public policies; it has concrete results in the mental health care; it should integrate more the family into the service. The considerations can provide inputs for the mental health teams to think over their practices regarding the involvement of the family in their work in a service that replaces the psychiatric hospital.

Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Family; Qualitative Research; Philosophy

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - A relação entre consciência, intencionalidade e as <i>coisas</i> na fenomenologia.....	38
Figura 2 - A visualização do <i>dado</i> enquanto fenômeno mediante a <i>epoché</i> na fenomenologia.....	40
Quadro 1 - As principais características da fenomenologia de Husserl.....	42
Figura 3 - As relações sociais segundo a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVO	18
3	A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA E A FAMÍLIA.....	19
4	BASES TEÓRICAS-FILOSÓFICAS.....	34
4.1	A fenomenologia.....	34
4.2	A sociologia fenomenológica.....	43
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	54
5.1	Tipo de estudo.....	54
5.2	Campo de estudo.....	55
5.3	Sujeitos do estudo.....	57
5.4	Coleta dos depoimentos.....	58
5.5	Considerações éticas.....	59
5.6	Análise dos depoimentos.....	60
6	ANÁLISE FENOMENOLÓGICA.....	63
6.1	Categorias concretas.....	63
6.1.1	Categoria concreta 1 - O trabalho como projeto, ação e ato.....	64
6.1.2	Categoria concreta 2 - O trabalho fundamentado no interesse à mão.....	67
6.1.3	Categoria concreta 3 - O trabalho permeado por relações interativas.....	69
6.2	Interpretação compreensiva.....	70
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A - Planilha de anotação dos possíveis sujeitos do estudo.....	97
	APÊNDICE B - Questão orientadora do estudo.....	98
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	99
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	100
	ANEXO B - Termo de ciência do responsável pelo CAIS Mental Centro.....	101

1 INTRODUÇÃO

Para entender os questionamentos que me levaram a propor o estudo com a temática *família* no contexto de um serviço de saúde mental, considero relevante apresentar parte da minha trajetória acadêmica e profissional.

Iniciei a graduação em Enfermagem e Obstetrícia, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 1997, atuando como aluno voluntário de iniciação científica e, posteriormente, como monitor da disciplina Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, permanecendo nesta atividade por dois anos. Neste período, desenvolvi atividades de estudo, assistência e pesquisa no Programa de Atendimento ao Alcoolista, do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (PAA/HUCAM/UFES), no município de Vitória, no Estado do Espírito Santo.

Ainda como acadêmico de graduação, desenvolvi consulta de enfermagem e a condução de grupo de sala de espera para alcoolistas e seus familiares. Além disso, desenvolvi, no estágio curricular da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, o Processo de Enfermagem, segundo o referencial de Wanda de Aguiar Horta, momento no qual fiz visitas domiciliares a famílias de alcoolistas.

A partir dessas visitas, observei que a realidade social daqueles indivíduos e as relações estabelecidas com a família e a comunidade eram extremamente complexas, tanto em âmbito socioeconômico, quanto cultural. Assim, percebi que o atendimento realizado em um consultório, muitas vezes, não respondia às demandas daquela população, sendo necessária uma atuação de maior proximidade do profissional de saúde, não apenas com o indivíduo no serviço de saúde, mas também em outros espaços.

Diante dos resultados da intervenção do enfermeiro junto à família, percebi que o trabalho com este grupo se configura numa importante estratégia que pode potencializar as transformações das diversas realidades vivenciadas pelos alcoolistas e seus familiares.

Aproximando-me cada vez mais do campo da saúde mental, comecei a participar frequentemente de eventos científicos ligados a esta área, o que ampliou meus questionamentos sobre o tema *família*, restritos ainda ao contexto da dependência química.

Enquanto bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, do Conselho Nacional de Pesquisa (PIBIC/CNPq/UFES), no ano de 2000 participei

de um estudo relacionado ao papel social do PAA/HUCAM/UFES, desenvolvendo no ano seguinte a minha monografia da graduação, com temática não mais restrita à dependência química, mas relacionada à saúde mental de acadêmicos de enfermagem. Com esta monografia, busquei novos desafios no campo da saúde mental, no qual meus horizontes foram se ampliando. Experimentar essas etapas na minha formação foi fundamental para uma escolha consciente na atuação profissional.

Ao concluir a graduação, entre os anos de 2001 e 2006, atuei durante dois anos como enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e por 3 anos como enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em dois municípios do Estado do Espírito Santo. Este período serviu-me de importante crescimento profissional e humano.

Nesses espaços de trabalho, exerci diversas atividades como enfermeiro, vivenciando de perto o cotidiano da comunidade e das pessoas atendidas pela equipe de saúde da qual eu fazia parte. Nesses serviços, atuei bem próximo das famílias dessas comunidades, momento no qual observei que a configuração de um grupo como família, transcende os laços de consangüinidade e os vínculos legais e de parentesco. Pareceu-me que um dos elementos que une as pessoas e as levam a se reconhecerem como família são os laços afetivos na relação entre seus membros.

Observei, ainda, que as famílias que possuíam entre os seus membros um indivíduo com algum tipo de problema psíquico freqüentavam regularmente os serviços de saúde e os de assistência social, apresentando demandas, tanto suas quanto do familiar em sofrimento psíquico, tais como doenças, problemas financeiros e jurídicos, dificuldade no relacionamento familiar e falta de perspectiva quanto à saúde do grupo familiar.

A partir dessas vivências, observei que a saúde mental, no contexto da família, era uma temática que pouco aparecia nos discursos dos gestores das políticas públicas, tanto no âmbito estadual quanto no municipal. Além disto, as práticas dos profissionais de saúde em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares eram frequentemente fragmentadas, conduzidas em um clima de preconceito sobre a loucura e delegadas predominantemente aos serviços de psiquiatria e de psicologia, eximindo os profissionais de outros serviços de saúde da rede a assumir atividades nesta área.

Na tentativa de atender essa demanda, em um dos municípios que atuei, após sensibilização da gestão municipal, em 2003, tentou-se criar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que não foi possível devido às dificuldades de adequação aos novos parâmetros de credenciamento desse tipo de serviço estabelecidos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004b). Além disto, a região na qual se localizava o referido município não seria contemplada naquele momento com a implantação de um CAPS devido ao andamento do processo de regionalização dos serviços de saúde mental no Estado.

Diante deste quadro, um grupo de profissionais de saúde, no qual eu estava inserido (composto de dois enfermeiros, duas assistentes sociais, uma psicóloga e um médico, apoiados pela gestão municipal de saúde), estruturaram um serviço de atendimento a alcoolistas e a seus familiares, visto que, dentre os tipos de sofrimento psíquico daquele município, o alcoolismo era o de maior impacto na saúde mental dos munícipes. Assim, criamos o Centro de Acompanhamento e Tratamento de Alcoolistas (CATA), nos mesmos moldes do PAA/HUCAM/UFES.

Diante disto, ao trabalhar com famílias, vivenciando de perto o seu contexto, enquanto enfermeiro da ESF, do PACS e do CATA, pude observar inúmeras dificuldades sociais, econômicas e culturais enfrentadas por elas em suas realidades sociais. Vale ressaltar que as famílias que possuíam entre seus membros indivíduos em sofrimento psíquico pareciam sofrer ainda mais com a falta de assistência individualizada e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente aos de saúde mental, permanecendo muitas vezes à margem das ações dos profissionais de saúde.

Em 2006, ingressando no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), *a família no contexto de um serviço de saúde mental* configurou-se como uma temática a ser investigada em projeto de dissertação. Assim, a delimitação do estudo foi dando-se na medida em que me aprofundava nas leituras sobre família, sobre políticas públicas em saúde mental, sobre serviços de saúde mental e sobre o movimento de reforma psiquiátrica.

Minha inserção no movimento de reforma psiquiátrica ocorreu ao atuar em um CAPS de Porto Alegre, denominado Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental Centro), por ocasião do desenvolvimento de atividades de Extensão Universitária da EEUFRGS e do Estágio de Docência na Graduação I do

PPGENF/EEUFRGS, junto à disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II. Além disto, o amadurecimento da proposta desta investigação foi constituindo-se ao longo de 2006 com as discussões junto à disciplina de Saúde Mental e Família do PPGENF e junto ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental (GEPESM) da EEUFRGS, ao qual estou vinculado.

Esta investigação tem como objeto de estudo as vivências de familiares de usuários de um CAPS em relação ao trabalho da equipe. A partir das discussões e leituras realizadas, teço algumas considerações iniciais acerca deste estudo.

Tendo em vista que o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro é pano de fundo deste estudo, inicio destacando que o mesmo foi influenciado pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia, e vem, desde a década de 1980, fortalecendo-se e alcançando importantes conquistas nos campos político, legislativo, judiciário, técnico, social e cultural, em diferentes proporções.

Observo que as mudanças mais significativas na legislação em saúde mental ocorreram juntamente com a redemocratização do país, impulsionadas, por um lado pelo movimento da reforma sanitária e, por outro, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, fortemente influenciados pela sociedade civil organizada. Essas mudanças estavam pautadas na tentativa de superação do modo asilar, ainda hegemônico na organização da assistência em saúde mental.

Neste modo, o indivíduo é visto como doente e não atua no seu tratamento, sendo isolado do convívio familiar e social, assistido por uma equipe multiprofissional que presta cuidados de forma fragmentada, por meio de intervenções focadas. O principal local de tratamento é o hospital psiquiátrico, ocorrendo hegemonia médica no processo de tratamento, com centralização de poder e hierarquização no processo decisório (COSTA-ROSA, 2000).

De acordo com Costa-Rosa (2000), no modo psicossocial, preconizado pela reforma psiquiátrica, o indivíduo é considerado como uma pessoa em sofrimento psíquico, que, juntamente com seus familiares e o meio social em que vivem, se tornam fundamentais no tratamento. Nesse modo, são considerados ainda os fatores políticos e biopsicosocioculturais desses sujeitos na busca de reintegração sociocultural. Assim, os sujeitos são assistidos por uma equipe multiprofissional que procura estabelecer uma relação horizontalizada com os usuários do serviço, tentando superar a centralidade médica e trabalhar de forma interdisciplinar. Os

locais de tratamento são diversificados e funcionam predominantemente de forma aberta na comunidade.

Neste sentido, o foco da psiquiatria deixa de ser a doença e passa a ser a existência, o sofrimento do sujeito e a sua relação com o corpo social (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Esta mudança epistemológica implica a utilização de outros instrumentos de intervenção terapêutica para atingir a finalidade de assistir em saúde mental.

Quando o foco da assistência está voltado para a existência de um sujeito em sofrimento psíquico, ocorre uma mudança de direção no trabalho da equipe de saúde mental, requerendo transformações na organização do trabalho. Assim, as ações dos profissionais da área devem privilegiar a saúde mental, em vez de manterem-se estagnadas na intervenção sobre a doença e na busca da cura, preconizada pela psiquiatria tradicional.

Essa nova proposta, a do modo psicossocial, implica que o meio social do indivíduo deva ser considerado no trabalho da equipe de saúde mental, sobretudo a família. Assim, a equipe de saúde busca a inserção e o envolvimento da família no tratamento, diferentemente do que foi prescrito pelos criadores da psiquiatria no século XVIII.

Por quase dois séculos, a família foi afastada do tratamento oferecido, pois, segundo Moreno e Alencastre (2003), sua inserção no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico foi negada devido ao entendimento que poderia prejudicar o processo de cura. Esta situação perdurou desde Philippe Pinel, o principal representante e fundador da psiquiatria como especialidade médica, até as experiências de reforma psiquiátrica ocorridas em meados do século XX. Assim, nas décadas de 1950 e 1960, a família voltou a compor o cenário da assistência, devido à desospitalização ocorrida em vários países.

No Brasil, a participação da família no tratamento está prevista nas novas legislações no campo da saúde mental, dentre as quais destaco a Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes assistenciais em saúde mental e estabelece normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2004b). Posteriormente, esta portaria foi atualizada pela de número 336/2002, acrescentando novos parâmetros e ampliando a abrangência de serviços substitutivos de atenção diária, em diferentes modalidades definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência

populacional, configuradas em CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II (infância e adolescência) e CAPS ad II (álcool e outras drogas) (BRASIL, 2004b). Todos os serviços públicos de saúde mental apontados por essas portarias expressam que as famílias devem ser atendidas, ou mesmo abordadas, pelos serviços.

Vale lembrar que a relação entre profissionais de saúde mental e os sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares foi historicamente construída por meio de uma relação de distanciamento. Na tentativa de sanar tal ruptura, surge a possibilidade de implementação de um novo modelo fundamentado na relação de respeito, solidariedade e cidadania.

Em consonância com esse modo de atenção, as políticas de saúde mental vigentes no Brasil vêm, desde a década de 1990, estimulando a constituição de uma rede de saúde mental nos estados e municípios com a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Dentre esses serviços, os CAPS foram escolhidos pelo Ministério da Saúde como articulador desta rede (BRASIL, 2004a).

Por meio desta rede, tem-se estimulado o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico o mais próximo das suas residências, em serviços funcionando em regime de *portas abertas* na comunidade. Acredito que isto tenha potencializado a estabilização do quadro clínico e a promoção da reabilitação psicossocial dessas pessoas, sem o rompimento dos laços sociais entre elas, suas famílias e a comunidade.

As legislações no campo da saúde mental tem se preocupado cada vez mais, não só com a assistência do sujeito em sofrimento psíquico, mas também de sua família, levando a equipe de saúde mental em considerar esta dimensão do seu trabalho nos diferentes tipos de serviços de atenção em saúde mental.

Tendo em vista que as propostas da reforma psiquiátrica estão pautadas no modo psicossocial e que o processo de mudança paradigmática desencadeado pela adoção desta postura tem levado a crises e mudanças no âmbito científico, filosófico e social, com esta investigação, tento responder à seguinte questão: como os familiares de usuários de um CAPS vivenciam o trabalho de uma equipe que atua neste serviço?

De acordo com Alves (1994), a reforma pressupõe uma maior sensibilidade dos serviços de saúde mental aos valores e crenças das comunidades-alvo, bem como um constante diálogo entre serviços e comunidade, fazendo-se necessário um conhecimento específico dos processos pelos quais os diversos grupos sociais

atribuem valores e constroem significados e práticas relativas à saúde e à enfermidade.

Frente ao exposto, surgiu a necessidade de investigar as vivências de familiares de pessoas em sofrimento psíquico que estejam vinculados a um serviço de atenção psicossocial. Penso que esta pesquisa seja relevante devido aos avanços e retrocessos das conquistas alcançadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, ainda em processo de consolidação paradigmática.

Esta investigação tem como objeto as vivências de familiares de usuários de CAPS em relação ao trabalho da equipe, como um fenômeno que se mostra situado na realidade do processo de construção de um modo de assistência em saúde mental.

Tal proposta de estudo é relevante na medida em que dá voz aos familiares desses usuários, por meio do relato sobre suas vivências ao experienciarem o trabalho da equipe do CAPS. Penso que esta investigação possa subsidiar a reflexão da equipe de saúde mental sobre o seu trabalho para a compreensão do movimento atual da saúde mental, no contexto deste estudo.

A compreensão dessas vivências poderá contribuir para o reconhecimento da família como uma parceira imprescindível aos profissionais de saúde mental. É um aspecto importante para a consolidação de políticas públicas em saúde mental.

Por meio deste estudo, os profissionais de saúde mental, entre eles os enfermeiros, podem refletir criticamente sobre suas ações no cotidiano e conscientizar-se da sua responsabilidade social, ética e política no contexto de mudança paradigmática na assistência em saúde mental.

Vale destacar que esta dissertação de mestrado integra-se à pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), promovida em parceria entre a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Cascavel (UNIOESTE), com financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), em parceria com o Ministério da Saúde.

Por tratar-se da compreensão de vivências de familiares, a abordagem adotada nesta investigação foi qualitativa, tendo como referencial teórico-filosófico a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Visto que este método se fundamenta na sociologia e na fenomenologia, pode contribuir para melhor compreensão do fenômeno.

Alguns estudos têm sido realizados por pesquisadores que se basearam no pensamento de Alfred Schutz, e que contribuíram para meu despertar na sociologia fenomenológica enquanto possibilidade de investigação, dentre eles, cito alguns por mim estudados: Popim (2001), Merighi (2002), Banda (2004), Oltramari (2005) e Brum, Tocantins e Silva (2005).

Nesta procura de aprofundamento em Schutz, juntamente com outros autores, desenvolvi uma investigação embasada no referencial da sociologia fenomenológica, buscando a compreensão de uma equipe de um CAPS sobre o seu trabalho (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2007).

Como esta dissertação trata de vivências de familiares em relação ao trabalho de uma equipe de um CAPS, é importante destacar que, para Schutz (1979, p. 124), o trabalho “é a ação no mundo exterior, baseada num projeto e caracterizada pela intenção de realizar o estado de coisas projetado, por meio de movimentos do corpo”, representando a mais importante forma descritiva de espontaneidade, isto é, de estar imerso na experiência imediata para a construção da realidade cotidiana.

Este conceito de trabalho refere-se a uma ação que é realizada por um sujeito, um ator social que se pauta em um projeto estipulado por ele anteriormente à ação que se pretende realizar. Trata-se, portanto, de uma ação com um propósito definido.

A ação que se pretende realizar ocorrerá necessariamente, em um mundo cotidiano. Este mundo não é particular, mas compartilhado pelo ator e por outros semelhantes a ele, que também realizam ações neste contexto. Isto caracteriza, então, que o mundo dessas ações sociais ocorre em uma realidade tida como mundo social, compartilhado, vivenciado e interpretado pelo ator e seus semelhantes.

Aproximando esse referencial do meu objeto de estudo, vejo que os familiares de usuários do CAPS e a equipe que atua neste serviço vivenciam, mesmo que de forma ocasional e recorrente, um ambiente de compartilhamento de espaço e tempo no mundo social.

Nesse sentido, é possível compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, ou seja, a partir das relações sociais entre as pessoas. Assim, considerando a ação social e o relacionamento social que ocorrem no cenário do mundo social, utilizo-me dos conceitos da sociologia fenomenológica

para a compreensão da realidade social dos familiares de usuários de um CAPS ao vivenciarem o trabalho da equipe deste serviço.

Nesta introdução, coloquei-me enquanto um ser à procura dos caminhos do conhecimento e busquei explicitar a proposta desta investigação.

Na seqüência, realizarei um apanhado sobre a reforma psiquiátrica brasileira e a família, com a preocupação de situar o leitor sobre este movimento social e da família inserida nesse contexto, no intuito de buscar na literatura algumas informações que julgo relevantes sobre estas temáticas.

No andamento do trabalho, na busca de aprofundamento sobre o referencial teórico-metodológico, abordarei as bases teóricas-filosóficas que darão suporte ao estudo, trazendo algumas idéias sobre a fenomenologia e sobre a sociologia fenomenológica, mais especificamente sobre o pensamento de Alfred Schutz, como forma de subsidiar-me por meio desse referencial.

A seguir, por meio da trajetória metodológica, desenvolvo uma elaboração do meu caminhar fenomenológico, na tentativa de desvelar *o modo dos familiares vivenciarem o trabalho da equipe de um CAPS*. Para tanto, percorro a análise fenomenológica, a compreensão vaga e mediana e a interpretação das vivências desses familiares, expressando a essência do fenômeno estudado.

Nas considerações finais, explicito as possibilidades do estudo, voltando meu olhar sobre o que emergiu dos familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe, vislumbrando possibilidades de atuação dessa equipe junto às famílias, embasado no que os mesmos compreendem sobre o seu trabalho, apreendido no decorrer dessa investigação.

2 OBJETIVO

Compreender as vivências de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial em relação ao trabalho da equipe, sob a perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A FAMÍLIA

O referencial teórico, que serve como pano de fundo para este estudo foi construído com o intuito de subsidiar ao leitor o entendimento de alguns aspectos que tangenciam a família no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Seguindo este pensar, antes de iniciar esta discussão considero que esta revisão de literatura

[...] não deve constituir um resumo de obras lidas, mas uma apresentação das idéias presentes nas obras estudadas, mostrando a relação que possuem com o tema pesquisado. Por meio dela, formulam-se os conceitos envolvidos. Tenha, contudo, bem presente que a fundamentação teórica serve antes como diretriz e orientação de caminhos de reflexão do que propriamente como modelo ou forma, uma vez que o pensamento criativo não pode escravizar-se mecânica e formalmente a ele (FUSTINONI, 2006, p. 126).

Aproveito para demarcar que o conceito de família utilizado nesse estudo é o de Fonseca, Lacerda e Maftum (2006, p. 11), nos quais colocam que a família é uma “rede de pessoas que derivam de um sistema social amplo que interagem por vários motivos, unidas por diferentes vínculos, afinidade, consangüinidade ou descendência e que ocupam o mesmo ambiente”.

Pode-se dizer que a primeira reforma instituída na abordagem às pessoas que possuíam algum problema de ordem psíquica se deu nos hospitais *Bicêtre* e *Salpêtrière*, da França, no final do século XVIII, na ocasião do nascimento da psiquiatria enquanto área de conhecimento da medicina. Este período foi marcado pelo nascimento da clínica, tendo Philippe Pinel como um importante representante (AMARANTE, 1996).

Criados na Idade Média, até este período os hospitais serviam como estabelecimentos de internação daqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, tais como mendigos, idosos, crianças abandonadas, deficientes físicos e portadores de doenças venéreas e os loucos, formando assim um grupo amplo de excluídos do convívio social no âmbito das cidades (BELMONTE *et al*, 1998).

A Europa do século XVIII era um cenário de efervescentes transformações políticas, econômicas, sociais e culturais. Esse período foi marcado pela Revolução Francesa (inspirada pelos ideais iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade) e

pela Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra. O impacto dessas revoluções levou a transformações substanciais nas relações de mercado, constituindo-se o período de evolução de uma sociedade mercantilista para uma capitalista.

Com o *gesto de Pinel*, o ato de retirada das correntes dos loucos, a assistência psiquiátrica sofreu a sua primeira reforma, separando a loucura do campo geral da exclusão (DESVIAT, 1999).

Por trás deste aparente gesto humanístico, havia o interesse, da recém constituída comunidade científica da época, em estudar a loucura. Além disso, de acordo com Desviat (1999), esse interesse contribuiria para a manutenção da ordem social, na medida em que se legitimava pela psiquiatria a tutela médica do doente mental pelo Estado, contribuindo de forma decisiva para a constituição da legislação psiquiátrica ocidental até a segunda metade do século XX.

Os séculos XVIII e XIX foram marcantes na transformação do fenômeno da loucura, pois aos poucos ela deixou de ser uma expressão das forças da natureza, perdendo o seu caráter mágico e misterioso. Conforme Amarante (1996), a loucura deixou de ser um tema exclusivo da reflexão filosófica, e passou também a ser tema da medicina, sobretudo da psiquiatria, na medida em que os alienistas, os precursores dos médicos psiquiatras, consideravam-na o reverso da razão.

No entanto, segundo Desviat (1999), logo os alienistas viram que o encapsulamento da loucura enquanto entidade clínica não permitia o cumprimento do objetivo da psiquiatria em atingir a cura, tendo em vista que os mesmos assistiram, ainda nos primórdios desta nova ciência, à massificação dos asilos e à vitória da corrente organicista da lesão e incurabilidade.

Penso que a loucura sempre fez parte da existência humana e, dada a sua complexidade em ser objetivada, definida, isolada e contemplada em todas suas dimensões, serviu, e vem servindo, de grande fascínio àqueles que tentam compreendê-la, interpretá-la, ou até mesmo explicá-la. Este interesse faz com que, muitas vezes, o cientista moderno se comporte de maneira cética no reconhecimento da loucura como um fenômeno possível de ser domesticado, reduzindo-a a um objeto de manipulação experimental ou a um amontoado de sintomas psíquicos. Contudo, penso ainda que a loucura deva, sim ser reconhecida como parte inerente da condição humana, ou seja, que faz parte da existência do ser humano.

Enquanto sinônimo de *desrazão*, a compreensão dos alienistas sobre a loucura os levou a propor como instrumento de intervenção o asilo e o tratamento moral. O primeiro imprimia a exclusão como terapêutica; o segundo tratava-se de uma abordagem de reeducação do louco de cunho fundamentalmente educacional de hábitos e moral. Assim, o isolamento se constituía como uma medida terapêutica imprescindível, pois somente assim seria possível conhecer e intervir sobre a doença mental para se chegar à *cura* (AMARANTE, 1996).

Para Torre e Amarante (2001), o isolamento proposto pelos alienistas era entendido como um ato, ao mesmo tempo, terapêutico, epistemológico e social. Segundo esses autores, era ato terapêutico por utilizar-se do tratamento moral na busca da cura; era epistemológico por referir-se à natureza do conhecimento do fenômeno; e era social por entender o louco como um sujeito irracional e perigoso.

Sendo o asilo o principal instrumento de intervenção da psiquiatria, o sujeito tido como louco era privado do convívio com os seus familiares e a comunidade na qual estava inserido. Esse sujeito, então, não era mais reconhecido como um protagonista de sua existência, mas um ser objetivado em suas manifestações classificadas como sintomas de algo que não era *normal*. Nesse contexto, segundo Moreno (2005), a família era vista como causadora de adoecimento pelos alienistas, o que reforçava a necessidade do isolamento, como medida terapêutica.

Para Saraceno (2001, p. 101), “a história da psiquiatria tem sido também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente”. Para este autor, a relação da família com o manicômio era de cumplicidade na internação do paciente, traduzida na gratidão desses familiares em verem-se aliviados do problema.

Penso que tal cumplicidade também se pautava na expectativa da família em resgatar a *razão* perdida, deste familiar acometido pela loucura, isto é, obter as promessas de *cura* dos alienistas, mediante o tratamento de exclusão e moral.

Essas duas posturas atribuídas à família - ora de cumplicidade das promessas de cura e ora de responsável pelo sofrimento de seu familiar - neste contexto tido como adoecimento, não deram visibilidade a seu possível papel como recurso no processo terapêutico do familiar em sofrimento psíquico.

Este quadro começou a mudar com os novos olhares propostos pelas reformas na assistência psiquiátrica que ocorreram em diversos países ao longo do século XX, sobretudo a partir da II Guerra Mundial. Desviat (1999) afirma que as

críticas ao processo constitutivo da psiquiatria ocorreram desde o seu nascimento, entretanto foi a II Guerra Mundial que inaugurou no mundo um novo tempo de crescimento econômico, de reconstrução social, de desenvolvimento de movimentos civis e de tolerância para com as diferenças e minorias, levando as comunidades profissional e cultural a concluírem que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

As principais propostas de reformas psiquiátricas desse período foram: Psicoterapia Institucional (França), Psiquiatria de Setor (França), Comunidade Terapêutica (Inglaterra e Estados Unidos), Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos), Antipsiquiatria (Inglaterra e Estados Unidos) e a Psiquiatria Democrática Italiana ou Psiquiatria Basagliana (Itália).

Segundo Amarante (1995), existem dois grandes períodos no campo teórico assistencial da psiquiatria. O primeiro foi marcado por um processo de crítica ao sistema asilar devido aos altos índices de cronificação, no qual se acreditava que o manicômio era uma instituição de cura, sendo necessário apenas uma reforma da organização psiquiátrica, partindo de uma discussão no interior dos asilos, até transcender este espaço, como foram os movimentos das Comunidades Terapêuticas e o de Psicoterapia Institucional. O segundo período foi marcado pela expansão da psiquiatria ao espaço público, com o intuito de prevenir e promover a saúde mental, representado pelas experiências de Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Comunitária.

Esses dois períodos limitavam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico, pois é visível que os mesmos mantiveram-se alicerçados no asilo (hospital psiquiátrico), como local de tratamento, e na psiquiatria, como saber competente.

Aliada à vontade coletiva de uma sociedade mais igualitária e solidária, os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica foram também impulsionados pela descoberta dos medicamentos psicotrópicos e pela adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria (DESVIAT, 1999).

Até a primeira metade do século XX, as abordagens aos sujeitos em sofrimento psíquico eram puramente organicistas e intrapsíquicas (inspiração psicanalítica). Entretanto, entre as décadas de 1940 e 1960, foram desenvolvidas diversas teorias acerca dos aspectos sociais e familiares para a compreensão do surgimento das “doenças mentais” (BASSIT, 1992).

A necessidade de estudos que fundamentassem o campo de ação da psiquiatria sobre os aspectos sociais e familiares foi impulsionada pelas diferentes reformas psiquiátricas que possuíam em comum a possibilidade de desospitalização dos sujeitos asilados. Vale lembrar que o desenvolvimento das medicações psicotrópicas na década de 1950 também serviu de importante instrumento no tratamento e no controle dos sintomas dos sujeitos em sofrimento psíquico, contribuindo para a sua desospitalização e convívio social.

De acordo com Moreno e Alencastre (2003), as principais teorias envolvendo as famílias, nesse período, foram a Terapia Familiar Sistêmica, a Psicanálise, a Abordagem Psicodinâmica e a Abordagem Psicoeducacional. Assim, a Terapia Familiar Sistêmica tinha como pressuposto que o diagnóstico psiquiátrico de um sujeito que representava dificuldades no núcleo familiar deveria ser tratado e transformado. A Psicanálise buscava vincular a interação atual dos membros da família a relacionamentos passados, sem se preocupar inicialmente com o alívio dos sintomas. A Abordagem Psicodinâmica propunha a intervenção direta e pessoal do terapeuta com a associação de princípios sistêmicos e psicanalíticos. E a Abordagem Psicoeducacional, de caráter educativo e não-confrontacional, visava ao oferecimento de suporte às famílias e à promoção de mudanças comportamentais.

Excetuando a Abordagem Psicoeducacional, Moreno e Alencastre (2003) reconhecem as contribuições das outras três teorias para o entendimento dos núcleos familiares pelos profissionais de saúde mental. Entretanto alertam que estas tendem a rotular as famílias como funcionais/difuncionais e estruturadas/desestruturadas.

Reconheço também a relevância das outras abordagens, porém a Psicoeducacional parece-me uma importante estratégia de transformação da realidade dessas famílias, desde que, na sua implementação pelos profissionais de saúde mental, não se pautem numa postura intervencionista, mas interacionista. Ou seja, que busque uma relação que valorize a história de vida desta família e promova o autoconhecimento do grupo.

Foi nesse período, entre as décadas de 1940 e 1960, que a família passou a ser responsabilizada, ou melhor, se intensificou a sua culpabilização pelo aparecimento de problema psíquico no indivíduo mais frágil do grupo, devido às ações danosas estabelecidas em suas relações (MELMAN, 2001).

Segundo Amarante (1995), a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana (Psiquiatria Basagliana) rompem com a visão da concepção da loucura e lançam um olhar crítico sobre as propostas do saber psiquiátrico e as suas práticas, buscando realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, tanto dos saberes e práticas quanto da instituição, avançando para além das propostas de reforma psiquiátrica da Psicoterapia Institucional, da Psiquiatria de Setor, da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Comunitária.

Franco Basaglia, a partir da experiência italiana, atualizou com suas vivências um nível teórico-prático de um movimento inicialmente político, referido às questões do direito e da cidadania dos pacientes, para a operacionalização de categorias e estruturas assistenciais de uma “psiquiatria reformada” (ROTELLI, 2000).

Vale ressaltar que Basaglia se fundamentou em estudos humanísticos, de conteúdo histórico, filológico, jurídico, literário, filosófico e teológico, apoiando-se em diferentes autores, tais como Sartre, Hegel, Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Foucault, entre outros, para construir sua trajetória original na busca pela desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

Penso que a proposta de reforma psiquiátrica italiana confere à mesma um caráter humanístico autêntico, pois reconhece o sujeito em sofrimento psíquico como um cidadão de direito. Além disto, o meio social e, sobretudo, a família desses sujeitos, passam a ser envolvidos no processo de cuidado e a ser também focos das ações dos profissionais de saúde mental.

Essa psiquiatria, também reconhecida como democrática, surge num movimento político com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo o território italiano, tendo em vista a desinstitucionalização.

A verdadeira distinção entre os projetos de reforma está, conforme Amarante (1996), na maneira do lidar prático e teórico com a *desinstitucionalização*, termo pelo qual se transforma e abre a novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica. Entretanto este mesmo autor ressalta que a desinstitucionalização apresenta, como característica, não a “desospitalização” ou a “desassistência”, mas a crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, na busca do resgate dos direitos dos cidadãos.

O movimento de desinstitucionalização ocorrido na Itália serviu de inspiração para o início do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, entre os anos 1978 e

1980. Este surgiu com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo objetivo foi constituir um espaço de luta, de transformação da assistência psiquiátrica, aglutinando informações, organizando encontros, reunindo trabalhadores, entidades e setores amplos da sociedade (AMARANTE, 1996).

No Brasil, as mudanças mais significativas na legislação em saúde mental ocorreram juntamente com a redemocratização do país, impulsionadas, por um lado, pelo movimento de reforma sanitária e, por outro, pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, fortemente influenciados pela sociedade civil organizada.

Para Olschowsky (2001, p. 183), o movimento da reforma psiquiátrica busca estabelecer uma concepção mais positiva de loucura, “mostrando que existe razão na loucura e que a linha de demarcação entre elas jamais é absoluta e irreversível”. A autora afirma, ainda, que é preciso inventar uma nova instituição, na qual a loucura seja considerada um objeto complexo e a liberdade seja entendida como terapêutica, para possibilitar ao *louco* apropriar-se ativamente de seu plano de vida e de sua cidadania.

Este processo de crítica do saber e as práticas psiquiátricas, envolto num clima de reivindicação, culminou com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, com o intuito de questionar as políticas públicas e propor alterações que fossem ao encontro dos interesses da sociedade. Para Moreno e Alencastre (2003), esta conferência não atendeu plenamente às inquietações das famílias e dos sujeitos em sofrimento psíquico, pois tinha como principal objetivo consolidar as propostas do movimento da reforma sanitária no campo da saúde mental.

No entanto, segundo Bezerra Júnior e Amarante (1992), com esta conferência se observou um novo momento nas políticas de saúde mental, visto que nessa nova conjuntura nacional surgiu em primeiro plano o espaço de trabalho territorial no âmbito das cidades. Assim, foram repensadas novas possibilidades assistenciais, tanto em hospitais, quanto em novos espaços nos demais serviços e municípios.

Aos poucos ampliou-se o número de associações de sujeitos em sofrimento psíquico e familiares, e cresceu também a participação dessas entidades enquanto movimentos organizados na tentativa de serem ouvidas em suas demandas, por meio da realização de encontros.

No âmbito das Américas, em 1990 foi aprovada, pela Conferência Regional, a Declaração de Caracas, que solicitou aos países, às instituições governamentais e

não-governamentais, e à sociedade apoio na reestruturação da assistência psiquiátrica na região (BRASIL, 2004b). Este documento representou um marco nos processos de reforma da assistência psiquiátrica e em saúde mental em curso, mobilizando e fortalecendo ainda mais a concretização de uma reforma na assistência psiquiátrica.

No Brasil, ocorreu, ainda, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1992, a qual contou com a participação mais efetiva dos familiares de sujeitos em sofrimento psíquico, entre outros grupos, assegurando no relatório final desta conferência a necessidade de evitar a culpabilização do sujeito em sofrimento psíquico e da família por sua condição e de se atender a ambos em um contexto comunitário e social (BRASIL, 1994).

Neste mesmo ano, acompanhou-se a publicação de normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, e as primeiras normas para fiscalização e classificação de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Essas novas legislações expressavam o atendimento de algumas reivindicações do movimento de reforma, enquanto não se tinha uma lei nacional que assegurasse o direcionamento dos anseios da proposta deste grupo.

Ainda na década de 1990, devido à falta de uma legislação nacional que atendesse aos interesses do movimento da reforma psiquiátrica, alguns estados da federação, influenciados pelo projeto de lei do deputado Paulo Delgado, conduziram a reforma psiquiátrica em âmbito estadual. Dentre esses, o pioneirismo nesta inauguração coube ao Rio Grande do Sul, em 1992, seguido de outros Estados, como o Ceará (1993), o Paraná (1995) e o Espírito Santo (1996) (BRASIL, 2004b).

A ampla discussão efetuada em torno da reforma psiquiátrica permitiu a sua disseminação e fortalecimento no país, evidenciado pela aprovação das reformas em alguns estados. Segundo Desviat (1999) os debates acerca da elaboração de uma lei específica no campo da psiquiatria permitiram transcender o estabelecimento de uma norma legal, ao propor um modelo de atenção à saúde e um modelo de organização dos serviços sociais e sanitários.

A originalidade da condução da reforma psiquiátrica brasileira

[...] está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir, e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais (DESVIAT, 1999, p. 150).

O resultado de 12 anos de discussão da proposta de reforma psiquiátrica no Congresso Federal culminou, depois de acirradas negociações, com a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, também denominada de Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004b), passando a constituir a base legal de todas as iniciativas da reforma a partir daquela data.

Nesse mesmo ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, mantendo o mesmo caráter avaliativo das políticas de saúde mental das outras conferências e o estabelecimento de novas metas de implementação das políticas, ganhou maior visibilidade e sustentação com a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, passando para uma etapa de consolidação (BRASIL, 2005).

Penso que tais conferências vêm servindo de espaço de discussão e negociação das políticas de saúde mental no país, inclusive incentivando os familiares dos usuários a participarem na gestão das políticas públicas em saúde mental. Penso ainda que o exercício de cidadania por meio da participação efetiva em conferências e conselhos de saúde, de pessoas comprometidas com os pressupostos da reforma psiquiátrica, são instrumentos imprescindíveis para a sua consolidação.

Frente aos avanços existentes na legislação em saúde mental, faz-se necessário consolidar um novo modelo de atenção à saúde mental, fundamentado em uma nova ética, que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços (TUNDIS; COSTA, 1997).

Considerando que este novo modelo de atenção em saúde mental está pautado no modo psicossocial, os instrumentos de intervenção terapêutica, devem necessariamente, segundo Costa-Rosa (2000), ser diversificados e operacionalizados por meio de psicoterapias, socioterapias e mais um conjunto de outros dispositivos de reorientação sociocultural, junto aos sujeitos em sofrimento psíquico, seus familiares, e com o envolvimento da comunidade em que eles vivem.

A legislação vigente em saúde mental prevê, enquanto serviços substitutivos, consolidar os hospitais-dia, as emergências psiquiátricas e alas psiquiátricas em hospitais gerais, os centros de atenção psicossociais, e também a assistência em

saúde mental em unidades básicas de saúde e as de saúde da família, entre outras, na constituição de uma rede assistencial em saúde mental.

Legitimada a reforma psiquiátrica pelo dispositivo legal, entendo que o momento atual implica a manutenção da luta iniciada na década de 1970 pelos trabalhadores de saúde mental, no sentido de consolidar as transformações conquistadas nas políticas e nas legislações em saúde mental. Além disto, é importante concretizar a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, ampliar a rede assistencial em saúde mental e o potencial terapêutico dos profissionais, possibilitados pelos pressupostos do trabalho no modo psicossocial e, ainda, preparar comunidade e sociedade para aprenderem a conviver com a diversidade humana, em especial com a *loucura*.

É neste cenário de mudanças do paradigma da assistência em saúde mental que a família se encontra. Na busca de efetivação da desinstitucionalização da *loucura*, as famílias dos sujeitos em sofrimento psíquico passam a ocupar um papel importante na efetividade da reforma psiquiátrica, visto que os serviços substitutivos ao asilo trabalham predominantemente em regime de *portas abertas* na comunidade, devendo envolver a família na construção do projeto terapêutico do sujeito em sofrimento psíquico.

Com a proposta de desinstitucionalização, a família passou da condição de *cúmplice* e *vítima* para de *protagonista*, que produz conflitos e consensos na sua participação do tratamento nos serviços substitutivos (SARACENO, 2001).

Os serviços de saúde mental que funcionam em regime de portas abertas têm possibilitado uma maior participação das famílias dos usuários devido à possibilidade daqueles em acompanhar o cotidiano do seu familiar-usuário, a sua evolução clínica e as atividades do serviço (ROSA, 2003).

Para Saraceno (2001, p. 103), além de serem protagonistas nas estratégias de cuidado e reabilitação “[...] também as famílias como sujeitos sociais coletivos podem ser protagonistas e aliados conflitivos das estratégias abrangentes dos serviços”.

O processo de desinstitucionalização do manicômio e o processo de desinstitucionalização da família têm, fundamentalmente características semelhantes, pois, trata-se de “modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio” (ROTTELI, 1994, p. 154).

Desta maneira, a desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico tem exigido da família aprender, ou a reaprender a convivência com essas pessoas, pois ao assumirem esta responsabilidade, os grupos familiares, freqüentemente, têm tido conflitos em adaptarem-se às novas demandas desse membro.

No entanto, Randemark, Jorge e Queiroz (2004), ao discutirem a inserção da família na assistência em saúde mental, destacam a preocupação dos profissionais desta área no que se refere às responsabilidades imputadas aos familiares no contexto da reforma psiquiátrica, devido à sobrecarga emocional e à carência de suportes institucionais, não permitindo que as mesmas sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do sofrimento mental de seu familiar em sofrimento psíquico.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares, estão: o desgaste do relacionamento intrafamiliar; as frustrações e inseguranças frente à saúde mental do seu familiar; os gastos financeiros de ter um familiar que freqüentemente não contribui com as despesas da família; a necessidade de atenção e cuidados dispensados a este membro; entre outros aspectos.

Em um estudo realizado sobre a maneira como os familiares e a comunidade lidam com a *doença mental*, Rabelo, Alves e Souza (1999), identificaram que, naquele contexto e período, a família representa o principal *lôcus* do tratamento do seu familiar em sofrimento psíquico e que a *doença mental* interfere no relacionamento social deste sujeito, com os seus familiares, e deste grupo com a comunidade.

Além de afetar a qualidade de vida dos familiares e representar gastos financeiros adicionais, a convivência com um sujeito em sofrimento psíquico constitui-se um grande problema para os familiares devido ao desencadeamento de desgaste, tensões e conflitos desta convivência (OLIVEIRA; JORGE, 1999).

De acordo com Koga e Furegato (1999), a convivência de familiares com um de seus membros em sofrimento psíquico gera diferentes sobrecargas na família, tais como: sobrecarga financeira devido à dificuldade de inserção do sujeito em sofrimento psíquico no trabalho; sobrecarga nas rotinas familiares, pois há alterações de papéis e de responsabilidades dos outros familiares; sobrecarga manifestada na forma de doenças físicas e emocionais, por levar ao adoecimento alguns membros da família devido aos encargos da convivência. Além dessas sobrecargas, as autoras referem ainda que ocorrem alterações nas atividades de

lazer, pela restrição e privação de atividades prazerosas, e mudanças nas relações sociais, caracterizadas pela frustração frente ao problema e à estigmatização do familiar em sofrimento psíquico pela comunidade.

Tenho observado que as famílias, freqüentemente, têm sido pouco envolvidas no tratamento pelos profissionais que atuam em saúde mental, e isto dificulta o convívio familiar. Para Waidman e Gusmão (2001), a família está pouco preparada para manter o seu familiar em sofrimento psíquico desinstitucionalizado, devido ao seu pouco envolvimento no tratamento. Penso que esta constatação aponta para uma importante lacuna a ser preenchida pelas ações dos profissionais que atuam na saúde mental, isto é, trabalhar junto às famílias.

O conhecimento deste quadro de sobrecarga sugere que as intervenções terapêuticas dos profissionais de saúde devam ser implementadas considerando essa realidade, pois a melhora na qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas só é possível por meio da relação de ajuda dos familiares na interação e na gestão da vida cotidiana (MELMAN, 2001).

Os profissionais que atuam na saúde mental devem se tornar mais sensíveis no trabalho com as famílias dos sujeitos em sofrimento psíquico, conscientizando-se do seu papel como provocadores e catalisadores dos processos de reinserção social desses sujeitos.

Penso que, no trabalho com as famílias, os profissionais poderiam envolvê-las mais no tratamento. Por exemplo: propiciar espaços de atendimento nos serviços, seja individual ou em grupo; convidar a família para a construção, a implementação e a avaliação do projeto terapêutico do seu familiar em sofrimento psíquico; aproximar-se da realidade social dessas famílias, ou seja, do cenário onde se desenvolve grande parte da dinâmica familiar (domicílio e comunidade); identificar as suas demandas; orientar sobre aspectos relacionados à qualidade de vida frente ao processo saúde/doença mental; responsabilizar-se pelo acompanhamento do tratamento do familiar em sofrimento psíquico e de sua família.

Frente a essas considerações, é importante destacar que “a invenção e a criatividade são de grande importância para que, na dinâmica do cotidiano, não transformemos nossas ações em saberes e práticas cristalizados” (KANTORSKI; WETZEL; REINALDO, 2005, p. 13).

Pereira e Pereira Júnior (2003), buscando entender a dinâmica da relação entre serviço de saúde mental, sujeito em sofrimento psíquico e família, identificaram

diferenças no relacionamento da família com este sujeito de acordo com o modo de atenção em saúde mental. Para esses autores, no modo asilar de assistência prevalece o sentimento de culpa e perda na família devido à decisão do internamento e da responsabilização no adoecimento do familiar, e à ausência do convívio com o sujeito em sofrimento psíquico.

Por outro lado, estes mesmos autores perceberam que, no modo psicossocial de assistência, em regime aberto, as relações entre a família e o sujeito em sofrimento psíquico têm sido conflituosas devido às diferenças dos ritmos de vida e a convivência com este sujeito no cotidiano da família.

Esta constatação mostra a relevância da família no processo de desinstitucionalização, pois ao mesmo tempo em que ela não deseja afastar seu familiar em sofrimento psíquico do seu convívio, sofre em conviver com o mesmo.

Outros estudos, como os de Oliveira e Jorge (1999), Koga e Furegato (1999), Schneider (2001), Melman (2001), Pereira e Pereira Júnior (2003), Moreno e Alencastre (2003), Nasi, Stumm e Hildebrandt (2004) e Kantorski, Wetzal e Reinaldo (2005), apontam para a necessidade da inserção da família na assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como a dedicação de cuidado e preparo do grupo familiar para melhor condução de suas vidas, visando à promoção da saúde e à qualidade de vida.

Algumas experiências têm mostrado resultados interessantes no desenvolvimento de estratégias de cuidado com as famílias dos sujeitos em sofrimento psíquico, como o trabalho com grupos terapêuticos (DURÃO; SOUZA, 2006; MELMAN, 2001), o relacionamento terapêutico em visitas domiciliares (KOGA; FUREGATO, 1999; WAIDMAN; GUSMÃO, 2001), busca ativa e atendimento individual (SCHRANK, 2006), e a inserção da família na construção do projeto terapêutico do usuário (SOUZA *et al*, 2001).

Para Wetzal (2005), o cuidado e a inserção da família em um serviço de saúde mental não se restringem a uma equipe aberta que trate bem a família e que utilize dispositivos como atendimentos individuais e em grupo. Para esta autora, é imprescindível uma atitude de compromisso e responsabilização por parte da equipe na construção de uma relação em que a família se sinta sujeito de um projeto mediante a construção de um espaço de negociação.

Como um dos serviços substitutivos preconizados pela reforma psiquiátrica, o CAPS tem entre os seus principais objetivos o de buscar a reabilitação psicossocial

dos seus usuários, tendo em vista o possível comprometimento do funcionamento social desses, evidenciado principalmente na crise. Nesse novo modelo assistencial em saúde mental, valoriza-se o diálogo, a fala e a escuta entre os envolvidos na assistência.

O processo de reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução da subjetividade das pessoas em sofrimento psíquico, considerando os aspectos de seu habitat, rede social e trabalho enquanto valor social, necessário ao exercício da cidadania (PITTA, 2001).

As ações dos profissionais de saúde mental no espaço do CAPS estão orientadas predominantemente para a realização de cuidados de reabilitação psicossocial dos seus usuários (BRASIL, 2004a). Frente a isto, a equipe multiprofissional busca atuar numa perspectiva de trabalho interdisciplinar, por meio do diálogo entre diferentes saberes como a psiquiatria, a enfermagem, a psicologia, a terapia ocupacional, a educação física, entre outras, para permitir a abordagem do sujeito como um todo, em seu contexto social, cultural, econômico e político.

É neste contexto de mudanças que os profissionais vêm exercendo suas atividades em saúde mental, e isto exige uma postura terapêutica ampliada frente aos sujeitos em sofrimento psíquico e à sua família, pois espera-se que sua atuação esteja fundamentada no modo psicossocial, tendo como horizonte a reabilitação psicossocial e a reinserção social.

Com as novas propostas de serviços como o CAPS, a equipe de saúde mental deve abandonar a tradicional abordagem à família - caracterizada pela culpabilização, vitimização, cumplicidade e de meros informantes do quadro clínico do seu familiar em sofrimento psíquico - para uma nova postura, enquanto protagonistas de um processo caracterizado pelo estímulo à cidadania, à construção da autonomia dos sujeitos envolvidos e à conscientização social e política na vida em sociedade.

Para Melman (2001), quando um familiar procura um profissional de saúde mental para tratar seu parente enfermo, surge neste encontro a possibilidade de reconhecimento e acolhimento do sofrimento de ambos - do indivíduo e da família - pois a aproximação do universo destes familiares pede paciência e sensibilidade na procura dos sentidos que brotam de suas histórias de vida.

Embora reconheça a importância de um plano de informação e orientação realizado pelo profissional de saúde mental junto ao familiar de um indivíduo em

sofrimento psíquico, Schneider (2001) coloca que os familiares destes sujeitos necessitam de informações personalizadas, nas quais o foco do conteúdo esteja voltado para o seu familiar específico, e não para um indivíduo *portador* de algum transtorno.

Permitir às famílias um espaço para verbalizar sentimentos, angústias, impressões, medos, verdades e dúvidas, acerca do familiar e do seu sofrimento, torna-se momento oportuno para aproximar-se do mundo cotidiano dessas pessoas. Isto, de acordo com Schneider (2001), possibilitaria uma melhor compreensão dos sentidos atribuídos por eles na assistência ao seu familiar.

Observo, assim, que o potencial terapêutico dos profissionais em saúde mental, sobretudo no CAPS, foi ampliado com a proposta do modo psicossocial de cuidar. Este potencial está intrinsecamente relacionado com a tomada de consciência desses trabalhadores quanto ao seu papel profissional, enquanto sujeito, situado histórico e socialmente como agente de mudanças.

Por fim, alguns estudos apontam para a necessidade de ampliar a discussão acerca da família, em âmbito assistencial, de ensino e pesquisa (WAIDMAN, 1999; MORENO, 2005; KANTORSKI, WETZEL; REINALDO, 2005). Desta forma, a busca pelo envolvimento da família no tratamento deve fazer parte do trabalho do profissional que atua em saúde mental, visando a ampliar as possibilidades de manutenção dos sujeitos em sofrimento psíquico no convívio social, na família e na comunidade.

Considerando que as vivências dos familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe poderão contribuir nas discussões acerca da assistência em saúde mental, faz-se necessária uma metodologia que dê voz a estes familiares, enquanto atores sociais envolvidos nesse processo de atenção.

4 BASES TEÓRICAS-FILOSÓFICAS

O referencial teórico-metodológico utilizado neste estudo foi o da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz (1899-1959).

Enquanto sociólogo, Schutz utilizou-se dos conhecimentos da área da sociologia - com enfoque especial nos estudos da sociologia compreensiva de Max Weber (1864-1920) e também do referencial da fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938) - para desenvolver sua sociologia fenomenológica.

Pela relevância do referencial da fenomenologia no direcionamento dos passos metodológicos deste estudo, torna-se imprescindível uma revisão dos principais termos que envolvem esta corrente de pensamento. Por outro lado, neste estudo não serão abordadas as contribuições da sociologia compreensiva de Weber para o desenvolvimento do pensamento de Schutz.

Portanto, para entender os elementos conceituais da sociologia fenomenológica, é necessário clarificar alguns elementos fundamentais da fenomenologia. Então, antes de aprofundar-me nas peculiaridades que envolvem aquela vertente, explorarei de forma sucinta o surgimento da fenomenologia e os principais elementos conceituais que a alicerçam.

4.1 A fenomenologia

Compreender o ser humano é uma tarefa complexa, pois envolve questões biológicas, psicológicas e sociais. Entende-se que o modelo cartesiano de investigação sofreu ruptura principalmente com a crítica à objetividade ao lidar com as questões humanas, com a crise no sistema de pensamento europeu no fim do século XIX.

A fenomenologia nasceu no fim do século XIX como opção filosófica e metodológica de pesquisa no mundo ocidental, num contexto de profundas transformações (sociais, políticas e culturais), de grande produção intelectual e de difusão das ciências humanas.

A fenomenologia, concebida como conhecimento da essência das coisas, teve seu início com Edmund Husserl que, sob a influência de Franz Brentano (1838-1917), concebeu a idéia de fazer da filosofia uma ciência rigorosa, baseada num novo método, o fenomenológico.

Naquela época, a crítica de Husserl foi devido à exacerbação dada ao racionalismo, ao positivismo e ao naturalismo para a existência humana, que se caracterizavam pela supremacia da razão do sujeito, pelo conhecimento como algo sempre objetivo e empiricamente comprovado, tornando obscuro o sentido da racionalidade, que passava a tratar os seres humanos como objeto (BODEI, 2000; PEIXOTO, 2003). Assim, para Husserl, era impraticável e inconcebível estudar a complexidade do ser humano nas ciências humanas pelos mesmos procedimentos adotados pelas ciências naturais.

Paralelamente, os grandes pensamentos filosóficos do mundo ocidental também estavam em crise devido às suas concepções abstratas e desvinculadas da realidade, pois partiam de concepções preestabelecidas e não dos fenômenos como são de fato (PEIXOTO, 2003). Segundo Aranha e Martins (2003), a filosofia tradicional desenvolvia uma metafísica na qual a noção de ser era vazia, estando voltada para a explicação.

Desta maneira, a ciência passava a ocupar a lacuna deixada pela filosofia. Frente a tudo isto, de acordo com Bodei (2000), Husserl propunha então que o filósofo deveria indicar o fundamento esquecido das ciências, a origem das suas perguntas, ou seja, o ser humano.

A busca de rigor aparece desde a origem da filosofia, e foi Husserl quem conseguiu sistematizar as bases dessa que foi denominada fenomenologia (PEIXOTO, 2003). Com isso, Husserl orientou o pensar filosófico e conseqüentemente tornou a filosofia uma reflexão rigorosa.

Para Husserl (1990, p. 22) “o método da crítica do conhecimento é o fenomenológico; a fenomenologia é a doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento”; sendo assim, a fenomenologia “[...] designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas; mas, ao mesmo tempo e acima de tudo, fenomenologia designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico.” (HUSSERL, 1990, p. 46).

O referido autor adverte que a tarefa da fenomenologia não é apenas a de olhar, de abrir os olhos, mas de rastrear todas as formas do dar-se e de todas as correlações, exercendo sobre elas a análise esclarecedora. Assim, o fenômeno significa aquilo que se mostra em si mesmo para a consciência. A fenomenologia

ensina, desta forma, como conseguir a vivência da realidade por meio da descrição do fenômeno que a experiência nos oferece, para chegar à sua essência.

A proposta de Husserl era construir uma disciplina psicológica de peso e estabelecer uma filosofia universal capaz de atingir o início de todo pensamento filosófico, chegando onde todas as filosofias tradicionais começam (SCHUTZ, 1979).

Portanto a fenomenologia é mais que um método de investigação científica, consistindo também em uma atitude ou modo de pesquisar, pois este modo refere-se a um pensamento impreterivelmente filosófico diante dos eventos da vida mundana. Em outras palavras, isso significa que pensar por meio desta vertente implica uma atitude fundamentalmente reflexiva, de profundidade filosófica.

A característica filosófica, inerente ao método fenomenológico, o torna complexo na assimilação e entendimento imediato por aqueles que não estão habituados aos termos abstratos costumeiramente fundamentais a este método. Este caminho árduo é sentido, freqüentemente pelos profissionais da área de saúde, como os da enfermagem que ainda possuem uma formação acadêmica predominantemente biologicista e mecanicista.

No entanto, para Capalbo (1994b), no campo da saúde o processo saúde-doença não pode mais ser analisado isoladamente da pessoa que vivencia de maneira concreta esse fenômeno em sua existência. A autora afirma que, para dar conta desta totalidade existencial, torna-se necessária uma metodologia que trate especificamente sobre esta existência. Desta maneira a fenomenologia se apresenta como uma relevante modalidade de pesquisa para os profissionais da área da saúde que buscam investigar os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença na existência humana.

É consenso entre os fenomenólogos que a construção de conhecimento na fenomenologia não foca os fatos, mas os fenômenos. Neste entendimento, o conhecimento está em permanente construção, já que a fenomenologia volta-se para o vivido, isto é, para as vivências humanas e os significados atribuídos às vivências de um determinado fenômeno.

Vale ressaltar que a cientificidade do método repousa sobre a produção de conhecimento do ser-no-mundo (vivências), na medida em que se utiliza impreterivelmente do rigor. Este é, sem dúvida, o caminho no qual permitiu a fenomenologia constituir-se - ainda que timidamente em alguns espaços acadêmicos - uma vertente de produção de conhecimento verdadeiramente científica.

Então, como método de pesquisa, a fenomenologia visa à descrição da experiência vivida e os significados atribuídos a ela, dirigindo-se para o sentido que os sujeitos que a vivenciam como fenômeno (SCHNEIDER, 1996).

Dentre os conceitos suscitados e desenvolvidos por Husserl na fundamentação da fenomenologia, destaco alguns nessa discussão para permitir avançar especificamente na sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Assim, torna-se elementar o entendimento dos fundamentos da fenomenologia de Husserl, principalmente dos conceitos de *fenômeno*, *essência*, *atitude fenomenológica*, *consciência*, *intencionalidade*, *epoché* e *redução eidética*.

Fenômeno refere-se a tudo aquilo de que podemos ter consciência, de qualquer modo que seja; é tudo o que existe e aparece diretamente à consciência (PEIXOTO, 2003; ZILLES, 2005). Assim, o fenômeno mostra-se a si mesmo para a consciência.

Para Boemer (1994), o *fenômeno* é aquilo que exige um desvelamento, e pede para ser revelado, pois o pesquisador se inquieta com algo que está oculto. Então, a proposta da fenomenologia como ciência dos fenômenos, conduz a volta às “coisas-em-si”.

Para se chegar à *essência*, ao sentido-da-coisa-em-si, a fenomenologia husserliana propõe superar a atitude natural pela atitude fenomenológica. Na primeira, há uma ingenuidade do ser frente ao mundo da vida, aceitando-o em sua aparência como verdade, numa relação dicotômica entre o ser humano e o mundo, entre sujeito e objeto. Por outro lado, por meio da atitude fenomenológica, esta relação entre ser humano e o mundo é resgatada, ou seja, é justamente na consciência dele que este mundo é constituído, ganha significado.

À *consciência* então, é atribuída a tarefa de constituição das essências e significados das coisas. Estas, por sua vez, são os correlatos da consciência, aquilo que é visado por ela e que por meio dela receberam significado.

Um importante elemento da fenomenologia de Husserl, e que ocupa lugar de destaque em seus manuscritos, diz respeito à *intencionalidade*. Esta característica da consciência permite que ela somente exista como *consciência de alguma coisa*, enquanto “consciência de algo” que é visado. Nesse sentido, “a consciência enquanto intencionalidade é o ato de expandir-se para o mundo e de apreendê-lo nos atos vivenciais” (PEIXOTO, 2003, p. 26-7).

Nesse sentido, por meio da intencionalidade, a consciência tem o poder de constituir ou criar as essências, sendo essas significações produzidas pela consciência, na qualidade de um poder universal de doação de sentido ao mundo (CHAUÍ, 1994).

Na Figura 1, apresento este raciocínio por meio de elementos gráficos para ilustrar a relação estabelecida entre a consciência, a intencionalidade e as *coisas* descritas na fenomenologia.

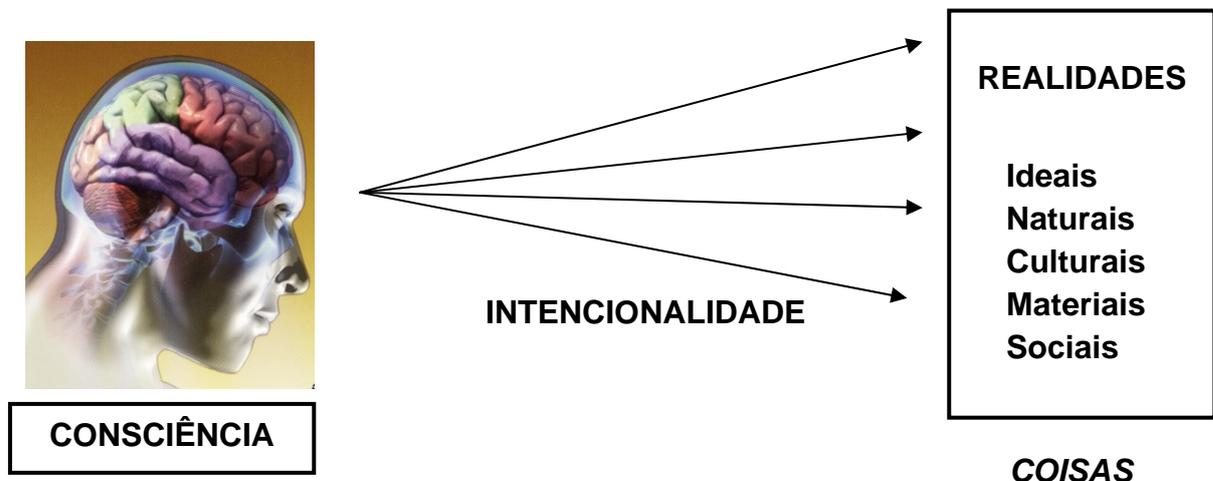


Figura 1 - A relação entre consciência, intencionalidade e as *coisas* na fenomenologia¹

Observa-se que a consciência é a responsável pela atribuição de significado às *coisas*. Na fenomenologia, este movimento de significação ganha o nome de *noese*. Neste ato, a intencionalidade está representada por setas mostrando que a consciência sempre é consciência de algo, ou seja, o seu correlato, aqui representado pelas *coisas*.

Esta relação é possível quando tais *coisas* se doam para a experiência da pessoa que as vê, podendo ser estas *coisas* os objetos percebidos, imaginados, lembrados (MARTINS; BICUDO, 1983), representados na figura pelas realidades ideais, naturais, culturais, materiais e sociais.

Por sua vez, as *coisas*, aquilo que é visado pela consciência, na fenomenologia representam a *noema*. Assim, as *coisas* só podem ser olhadas de

¹ Imagem de cabeça extraída do site: <<http://www.inovacaotecnologica.com.br/noticias/imagens/010150050629-cabeca.jpg>> no dia 20 de abril de 2007.

maneira fenomenológica quando elas surgem na experiência da pessoa que as vivenciam.

Portanto pode-se dizer que

Há o ato de perceber (pela consciência) e há o correlato percebido (a coisa externa); a característica principal do percebido é a de oferecer-se por faces, por perfis ou perspectivas, como algo interminável, que novos sentidos nunca podem apanhar de uma só vez e de modo total (CHAUÍ, 1994, p. 15).

Para melhor entendimento desta afirmação, envolvendo a consciência, a intencionalidade e as coisas, pode-se fazer uma analogia deste pensamento a um diamante lapidado. Apenas algumas facetas deste diamante (fenômeno) são possíveis de ser observadas de uma determinada perspectiva por um indivíduo. Da mesma forma, quando outro indivíduo observa este mesmo diamante de um ponto diferente, a ele será permitido apenas observar algumas outras facetas do mesmo fenômeno.

Por outro lado, mesmo que se olhasse o diamante do mesmo ponto, ambos indivíduos observariam diferentemente as facetas deste mesmo fenômeno, dada a sua dinamicidade de se mostrar por perspectivas e pelo fato de se considerar a interpretação do observador frente ao fenômeno observado, experienciado, vivido.

Na busca do fenômeno puro, da sua essência, Husserl propõe ainda que coloquemos o “mundo entre parênteses”, a partir da redução fenomenológica (*epoché*). Isto significa dizer que devemos colocar em suspensão os nossos valores, crenças, pressupostos, preconceitos, para se ter uma atitude fenomenológica, e assim, descrever o mundo como se apresenta na consciência, seguindo em direção à essência do fenômeno. Com isto, se busca “ir-às-coisas-mesmas”.

Assim, para estudar o fenômeno, o que se manifesta por si mesmo, a fenomenologia propõe que se tenha como ponto de partida o *dado*. Este corresponde ao “que é radicalmente empírico, no sentido de que aquilo com o que se lida, de início, é o que deve ser experienciado” (MARTINS; BICUDO, 1983, p. 11). Em outras palavras, o *dado* é aquilo que se mostra de modo evidente (apodíctico), estando presente de tal forma na experiência daquele que o experiencia que ele não duvida da presença evidenciada.

Desta maneira, ao reconhecer aquilo que foi experienciado como inquestionavelmente verdadeiro, a evidência desta presença é intuída, ou seja,

“aquilo que é dado e aceito como evidência deve ser de fato possível de ser experienciado dentro dos limites do humano e relacionado com esse humano que experiencia” (MARTINS; BICUDO, 1983, p. 13).

A *epoché* é a maneira pela qual se torna possível acessar a consciência pura (*durée*) para, assim, acessar as experiências significativas, isto é, aquelas já vivenciadas pelo sujeito e que são visíveis por meio de uma atitude reflexiva.

Para Schutz (2003), a redução fenomenológica não exige nenhuma faculdade mágica ou misteriosa da mente, no entanto a técnica de pôr entre parênteses não é nada simples, pois deve ser aplicada com a profundidade necessária. O que devemos pôr entre parênteses não é somente a existência do mundo exterior (junto com todas as coisas que este contém, incluindo os nossos semelhantes, os objetos culturais, a sociedade e as instituições), mas também devemos colocar em suspenso nossas crenças na validade de nossas afirmações acerca deste mundo e de seu conteúdo, concebidos dentro da esfera mundana.

No ato do pesquisador se dirigir para as coisas que se doam à experiência do outro, ou seja, no ato de voltar-se para a investigação do *dado* daquele que vivenciou determinada experiência, o pesquisador fenomenológico necessariamente deve utilizar-se da *epoché*. O termo *dado* está aqui empregado no sentido daquilo que é vivenciado por uma pessoa, que só é dado a ela, pois faz parte da sua situação em um determinado momento.

Na Figura 2, procuro ilustrar como se dá a constituição da *epoché* utilizada pelo pesquisador na visualização e no estudo de algo que está *dado* e é investigado pelo pesquisador fenomenológico como fenômeno.



Figura 2 – A visualização do *dado* enquanto fenômeno mediante a *epoché* na fenomenologia

Na fenomenologia, a *epoché* permite que se faça a investigação do *dado*, enquanto fenômeno. Contudo, desta maneira, o fenômeno se mostra desprovido dos predicados que se atribuem ao *dado*. Somente assim o pesquisador pode seguir na direção do fenômeno, da sua essência.

Para Martins e Bicudo (1983), a *epoché* vai permitir que o *dado* seja olhado fenomenologicamente, possibilitando que o fenômeno seja observado a partir de sua própria realidade, e não de como dizem que esta realidade se apresenta.

Então, com o emprego da *epoché* ao interrogar um fenômeno, o que restaria do mundo seria “a totalidade concreta da corrente de nossa experiência, contendo todas as nossas percepções, reflexões, enfim, as nossas cogitações” (SCHUTZ, 1979, p. 59).

Após a descrição do fenômeno mediante a *epoché*, o pesquisador fenomenológico busca, por meio da *redução eidética*, alcançar a essência (*eidós*) daquele fenômeno. Sendo assim, o submete a sucessivas reduções em busca da sua essência, por meio da variação, na qual se varia em pensamento, de toda maneira possível, a vivência, isolando o invariante (ZILLES, 2005).

Para a fenomenologia, o termo *invariante* não é aquilo que não varia, mas tem o sentido do que é impossível à consciência pensar o fenômeno de outro modo.

Em outras palavras, Moreira (2002) refere que a redução eidética utiliza-se do método da variação livre, na qual um objeto concreto (unidade de significado) é variado imaginativamente em diferentes aspectos até atingir efetivamente as limitações do dado, configurando-se na própria essência.

Para atingir as essências, portanto, torna-se necessário depurar o fenômeno de tudo o que não seja essencial, ou seja, é preciso promover a redução eidética. A essência definir-se-á pela análise mental como uma “consciência da impossibilidade”, ou seja, como aquilo que é impossível à consciência pensar de outro modo, ou, então, como aquilo sem o que a coisa ou fenômeno é impensável (MOREIRA, 2002, p. 90-1).

Neste ato de desvelar a essência do fenômeno busca-se voltar às-coisas-em-si”, para assim desvelar o sentido-das-coisas-em-si, ou seja, à raiz de todo pensamento em relação ao fenômeno.

Frente ao exposto, pode-se afirmar que a fenomenologia “é uma filosofia, um método e também um estilo de vida intelectual, aberto para a vida, para a

significação das coisas, para a valorização do humano, da ética e do diálogo” (PEIXOTO, 2003, p. 30).

Segundo Capalbo (1994a), a fenomenologia, pelo estudo da estrutura da consciência, coloca no centro da sua investigação a questão ontológica do ser humano, ou seja, a natureza do *ser*.

A partir da explanação dos principais elementos que compõem a fenomenologia como corrente de pensamento filosófica e metodológica de pesquisa, apresento, no Quadro 1, as principais características da fenomenologia proposta por Husserl, segundo Cordón e Martínez (1995).

Método	Um modo de fazer da filosofia uma ciência de rigor, face ao relativismo histórico e ao subjetivismo psicológico.
Ciência descritiva, teórica e não interessada	Em oposição ao pragmatismo e do utilitarismo da razão, a fenomenologia é psicologia descritiva, que descreve as essências assim que estas se tenham intuído; manifesta o dado, o manifesto enquanto fenômeno, antes de qualquer pensar teórico.
Ciência dos fenômenos	Quer dar sentido preciso e essencial às coisas, logo que estas se mostram (fenômenos), se revelam pela consciência pura.
Transcendental (Ciência fundamental e filosofia primeira)	É fundamental, na medida em que trata de fornecer os fundamentos do fazer científico e da racionalidade da história e da humanidade. É filosofia primeira, na medida em que pretende oferecer os princípios puros para levar a cabo essa fundamentação. É transcendental por ser princípio e fundamento.
Auto-reflexão da humanidade	A filosofia tem uma função de humanização do ser humano e o filósofo é funcionário da humanidade, colaborando para que esta se desenvolva e atinja essa razão com a qual o ser humano se descobre responsável do seu próprio ser.

Quadro 1 – As principais características da fenomenologia de Husserl

Frente ao exposto, a fenomenologia é um método por fazer da filosofia uma ciência de rigor; é ciência descritiva por se tratar de psicologia descritiva que descreve as essências; é ciência dos fenômenos por buscar o sentido essencial das

coisas; é transcendental por voltar à raiz de todo pensamento humano e tornar-se fundamento e; é auto-reflexão da humanidade por buscar a reflexão permanente da existência do ser humano e da sua razão existencial.

Frente ao desenvolvimento deste complexo referencial teórico, ficam marcadas as palavras de Merleau-Ponty (1994), nas quais afirma que Husserl solucionou concomitantemente uma crise da filosofia, uma crise das ciências da humanidade e uma crise das ciências puras.

A fenomenologia influenciou sobremaneira o pensamento no século XX, período no qual se observa muitos seguidores do pensamento de Husserl, especialmente Alfred Schutz, Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, entre outros.

4.2 A sociologia fenomenológica

Partindo dos pressupostos estabelecidos nos conceitos elementares da fenomenologia de Husserl e nos estudos da sociologia compreensiva de Max Weber, Schutz fundamentou a estrutura de uma sociologia fenomenológica, também denominada como Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz ou fenomenologia social.

Schutz se apropria dos conceitos husserlianos de *intencionalidade*, de *intersubjetividade* e de *mundo vivido (Lebenswelt)* para aplicá-los ao método sociológico compreensivo de modo sistemático (CAPALBO, 1998).

A partir desses conceitos, Schutz tinha por objetivo fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurando saber o que é a sociologia nela mesma. Buscava compreender o sentido das ciências sociais, voltando-se para sua fonte originária na vida da consciência.

O conceito de intencionalidade de Schutz equivale ao mesmo sentido utilizado por Husserl, entretanto é o conceito de *intersubjetividade* que ocupa lugar central no desenvolvimento do pensamento de Schutz. Este conceito foi desenvolvido primeiramente por Husserl, contudo este não conseguiu desenvolver este conceito no âmbito da fenomenologia transcendental.

Segundo Capalbo (2000), Schutz supera tal obstáculo ao considerar a intersubjetividade enquanto uma categoria ontológica da existência humana. Ou

seja, a intersubjetividade não é um problema a ser resolvido, pois é algo já dado aos sujeitos que vivenciam o mundo da vida.

Esta intersubjetividade está evidenciada no pensamento de Schutz quando um *eu* reconhece a existência de outro *eu* como semelhante; ambos dotados de consciência similar. Nesta condição, o *eu* percebe que tanto ele quanto o outro fazem parte de um mundo exterior, o mundo da vida, reconhecendo-o como eminentemente social, pois, desde o início, vivencia-o com outros semelhantes. O mundo da vida, portanto, é tido para Schutz como um mundo social.

Conforme Capalbo (1998, p. 86-7) o mundo social, no pensamento de Schutz, designa

[...] o meio em que o indivíduo vivo se encontra no seio de seu tempo-espaço histórico-cultural: assim o sujeito é 'de' um mundo social e mundo social é sempre o mundo 'de' um sujeito. A correlação entre homem e mundo social é sempre essencial. [...] Para Schütz, a sociologia compreensiva se ergue a partir do mundo vivido social comum a todos nós.

Nesse sentido, o mundo social se configura em um mundo intersubjetivo, um mundo cotidiano que é compartilhado, vivenciado e interpretado pelo sujeito e por outros semelhantes. Sendo o mundo da vida cotidiana, no qual nascemos, um mundo intersubjetivo desde o começo, implica dizer que ele não é unicamente o meu mundo privado, mas um mundo comum a todos, pois é nele que co-existem semelhantes com quem estabelecemos diferentes relações sociais.

As vivências da vida cotidiana no mundo social do sujeito apresentam-se em diferentes âmbitos, estando em íntima relação com os seus semelhantes, por meio do mundo dos antecessores, sucessores e contemporâneos. O dos antecessores compreende a herança histórica dos semelhantes do passado; e o dos sucessores representa a possibilidade das nossas relações e ações humanas interferirem no futuro; e o mundo dos contemporâneos é aquele habitado por outros com quem compartilhamos o tempo cósmico e com quem é possível fazer trocas e intercâmbios sociais no tempo presente (SCHUTZ, 1993).

O estabelecimento de um relacionamento social ocorre quando um sujeito compartilha com um semelhante um ambiente comum ou quando esse está orientado para um contemporâneo. Desta maneira, é possível experienciar o outro de forma direta, numa situação denominada *face-a-face*, ou indireta, quando nesta relação o sujeito se volta para um contemporâneo.

Para Schutz (1979), uma relação social direta ocorre quando:

- 1) Há orientação unilateral do sujeito (eu) para o semelhante (tu), surgindo assim a “orientação para o tu”;
- 2) Há orientação recíproca entre sujeito e semelhante concretizando o “relacionamento do nós”;
- 3) Esta relação confere ao mundo um caráter intersubjetivo e social;
- 4) Permite apreender o semelhante mais diretamente, de maneira mais viva, vivenciando-o de forma imediata;
- 5) Compartilham uma relação típica de comunidade de tempo e espaço.

A situação face-a-face acontece quando um participante torna-se intencionalmente consciente da pessoa que o confronta e compartilham o mesmo tempo e espaço. É somente do relacionamento face-a-face, da experiência comum do mundo do *nós*, que o mundo intersubjetivo pode ser constituído.

Por outro lado, Schutz (1979) aponta que uma relação social indireta ocorre quando:

- 1) O sujeito se volta para o *outro* (semelhante), que apenas compartilha com ele a dimensão do tempo cósmico, surgindo assim, a “orientação para o eles”;
- 2) O sujeito estabelece uma relação de anonimato com o seu contemporâneo, vivenciando-o de forma indireta e impessoal;
- 4) O sujeito apreende o contemporâneo pelas características típicas na orientação para o *eles*, pois a sua compreensão acerca dele ocorre por meio de um contexto significado objetivo, no qual o outro é tipificado em suas funções/papéis no mundo social.

Na Figura 3, procuro ilustrar a relação social direta e indireta na vida cotidiana e suas principais características, de acordo com Schutz.

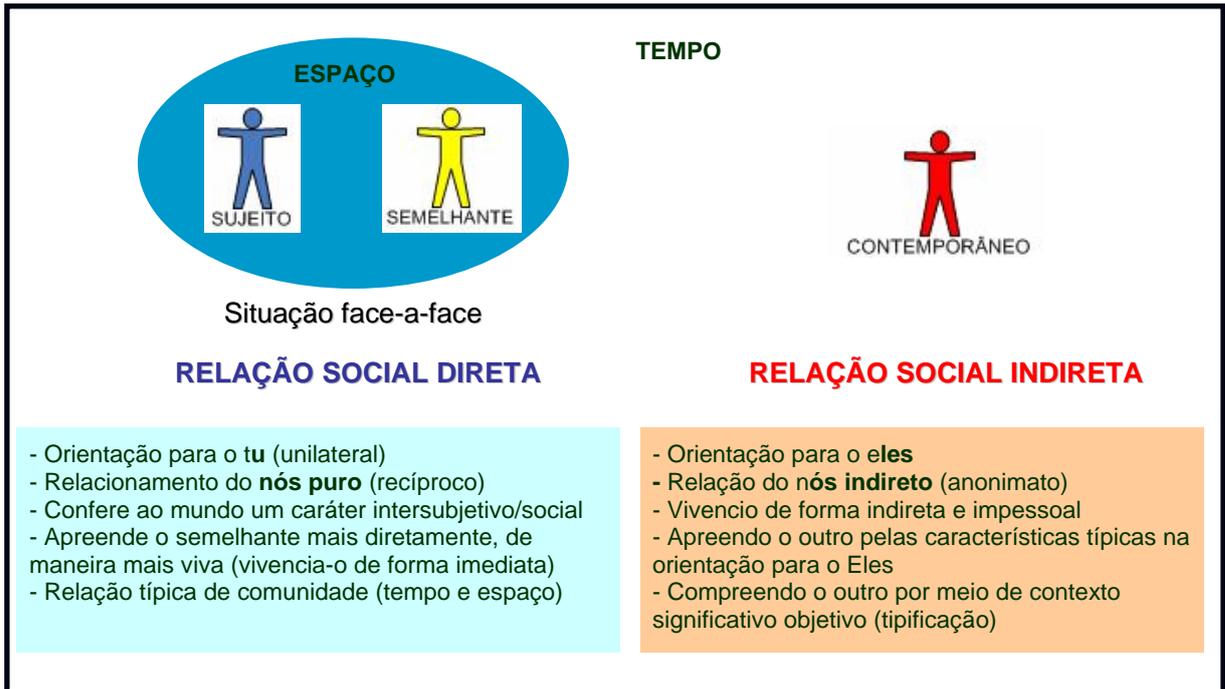


Figura 3 – As relações sociais segundo a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz

Penso que existe uma série contínua de experiências entre a experiência social direta, vivenciada em seu âmago na relação face-a-face, e a experiência social indireta, representada pela relação vivenciada no mundo dos contemporâneos. Nesse sentido, posso dizer que o próprio mundo dos contemporâneos é uma função variável da situação face-a-face.

Para melhor ilustrar este raciocínio, imaginemos uma régua de zero a dez. O marco zero representa o relacionamento do *nós puro*, caracterizado pela situação face-a-face entre sujeito e um semelhante, conscientes um do outro, reciprocamente. Na outra extremidade da régua, o marco dez é representado o relacionamento social indireto, o mais anônimo possível, caracterizado pela orientação para o *eles*. Na medida em que caminho da situação face-a-face (marco zero) para a orientação para o eles (marco dez), vivencio diferentes âmbitos do relacionamento social que necessariamente emergem da situação face-a-face.

Schutz (1979) propõe distinguir as memórias de situações face-a-face de um ato intencional dirigido para um contemporâneo. Nas memórias de situação face-a-face, ele salienta que as lembranças que temos de outra pessoa trazem todas as marcas da vivência direta, do período em que nossas consciências fluíam juntas num período de tempo, ou seja, de um relacionamento do *nós*.

Por outro lado, no ato intencional dirigido a um contemporâneo, o autor destaca que, mesmo sendo um semelhante, o contemporâneo está fora da minha vivência direta, ou seja, é alguém que meramente habita comigo e com outros o mesmo planeta.

Conforme nos aproximamos do mundo dos contemporâneos, nossa vivência dos outros torna-se cada vez mais remota e anônima. Disto resulta um conhecimento que é sempre indireto e impessoal. Sei que o meu contemporâneo coexiste comigo no tempo, mas não o vivencio pessoalmente como um eu e nunca de modo imediato, mas por meio da “orientação para o eles”, resultante do relacionamento do *nós indireto*.

Para Schutz (2003), o relacionamento social sofre interferência do *sistema de relevâncias intrínseco* e *imposto*. Também é influenciado pelo estoque de conhecimento à mão, que é dado pela *situação biográfica* do sujeito. Ambos, o *sistema de relevâncias* e o *estoque de conhecimento à mão*, vão definir os *interesses à mão* do sujeito, e isto o motivará a um determinado comportamento social. Em seguida, explico cada um desses termos em Schutz.

O *sistema de relevância intrínseco* diz respeito aos próprios interesses; já o *sistema de relevância imposto* diz respeito aos interesses de outros. Nesta situação, o outro está parcialmente sob meu controle, assim como eu estou sob o dele. Ao voltarmos espontaneamente um para o outro, emergem as relevâncias intrínsecas em comum. Contudo uma parte do sistema de relevâncias intrínsecas de cada um permanecerá não-compartilhada (SCHUTZ, 2003).

O *estoque de conhecimento à mão* refere-se à biografia do sujeito, ou seja, ao estoque de conhecimento adquirido ao longo de sua vida, por meio das suas vivências no mundo social. Segundo Schutz (2003), trata-se da *situação biográfica determinada* do sujeito que representa a sedimentação das suas experiências ao longo do tempo, que funciona como um esquema de referência para interpretação do mundo.

Penso que a *situação biográfica determinada* pode ser explicada de maneira mais detalhada da seguinte forma. O termo *situação* diz respeito ao espaço social que o sujeito ocupa no mundo social, isto é, o seu papel social neste mundo. O termo *biográfica* evoca a história de vida, as vivências deste sujeito, pois sua trajetória vivida vai moldar seu estoque de conhecimento à mão. E o termo

determinada vai imprimir a esta *situação biográfica* o seu caráter dinâmico, pois é determinada por estar circunscrita àquele exato momento em que é observada.

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

Então, de acordo com Schutz (1979), o nosso interesse à mão motiva todo nosso pensar, projetar, agir e também estabelece os problemas a serem solucionados pelo nosso pensamento e os objetivos a serem atingidos por nossas ações.

Nesse sentido, para determinar como ocorrem nossos relacionamentos com os diversos tipos de mundos sociais, também precisamos compreender cada tipo diferente de contemporâneo, suas peculiaridades, sua tipificação. Pode-se compreender o outro mediante tipos ideais de pessoas e de cursos de ações, sendo que ambos estão em íntima ligação (SCHUTZ, 2003).

A tipificação é de fato a forma de abstração que leva à conceituação mais ou menos padronizada, embora mais ou menos vaga, do pensamento do senso comum, e à necessária ambigüidade dos termos do vernáculo comum. Isso é assim porque nossa experiência, mesmo no que Husserl chamou de a esfera “pré-predicativa”, é organizada, desde o princípio, a partir de certos tipos (SCHÜTZ, 1979, p. 200).

As tipificações do mundo físico e sociocultural são vivenciadas desde o início como experiências da vida cotidiana, no qual o grupo social as possui como pressupostos, sem qualquer formulação de julgamentos, isto é, elas pertencem ao pensamento pré-predicativo.

Assim, na vida cotidiana, os encontros com os outros são típicos, pois apreendemos o outro como um tipo e interagimos com ele numa situação que é por si mesma típica (SCHUTZ, 2003). Sendo assim, a tipificação não é uma média estatística dos fenômenos sociais, mas sintetiza os traços típicos de um fenômeno social, pois, ela consiste em colocar em evidência o que há de original, específico e típico no fenômeno (POPIM; BOEMER, 2005).

Para Capalbo (2000), o “tipo ideal de pessoa” é um esquema interpretativo do mundo social que tem um valor de significação do qual os sujeitos fazem uso nas

relações sociais. Para que isto ocorra, os sujeitos utilizam-se do seu estoque de conhecimento à mão.

O contemporâneo só nos é acessível indiretamente, e suas experiências subjetivas só podem ser conhecidas na forma de tipos gerais de experiências subjetivas, por meio de inferência (SCHUTZ, 1979).

Com relação a isso, o referido autor ressalta que, por serem tratadas como experiências conscientes típicas de alguém, homogêneas e passíveis de repetição, graças à abstração do contexto subjetivo de significado, acessamos o caráter repetitivo delas.

A unidade do contemporâneo é constituída dentro da consciência a partir da síntese das próprias interpretações das vivências dele. Ou seja, elaboramos uma síntese de reconhecimento, na qual trazemos uma visão das nossas próprias vivências conscientes de alguém, pela qual se constitui o tipo ideal de pessoa.

Na construção do tipo ideal de pessoa, o contexto de significado subjetivo é substituído por uma série de contextos objetivos, altamente complexos e inter-relacionados. Trata-se de nenhuma pessoa em particular, mas de uma idealização que emerge da descrição vivida do comportamento social.

No contexto do relacionamento social com o outro (anônimo), que para nós é tido como típico, sempre esperamos que ele se comporte de um determinado modo. Schutz (1979, p. 221) ilustra isto dizendo que os outros

[...] são simplesmente entidades anônimas, cuja definição se esgota em suas funções. Somente como encarregados dessas funções é que eles têm qualquer relevância para o meu comportamento social.

O significado da ação tem sido um tema freqüentemente explorado por pesquisadores que utilizam o referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz como comportamento social. No âmbito do comportamento social descrito por Schutz, destaco os principais conceitos que fundamentam este raciocínio, ou seja, os conceitos de *ação*, *ato*, *projeto*, *trabalho* e *motivo*.

Em virtude da discussão especificamente do comportamento social, o termo sujeito será substituído por *ator social*, pois é o mais coerente para referir-se àquele que age e atua no contexto do mundo social.

O conceito de *ação* está relacionado com uma conduta baseada em um projeto prévio intrinsecamente ligado ao estoque de conhecimento à mão do ator. O

ato designa o resultado dessa ação em curso ou já realizada. O *projeto* é a fantasia antecipada do *ato*, motivada por uma intenção em desenvolvê-lo (SCHUTZ, 2003).

Diante desses elementos, Schutz (1979, p. 124) considera que o trabalho constitui-se numa ação, como uma atitude baseada em um projeto prévio e com interesse concreto para sua realização. Além disto, o trabalho é entendido ainda como uma ação aberta, na medida em que a mesma afeta o mundo exterior por meio de movimentos do corpo, transcendendo do “mero pensar” para o “mero fazer”.

Estes conceitos permitiram a Schutz desenvolver seu pensamento em torno das ações humanas, que segundo ele, só podem ser compreendidas por meio das motivações dos atores sociais. Para o autor, toda ação humana é um comportamento motivado (SCHUTZ, 2003).

Quanto ao *motivo*, Alfred Schutz (1979) diz que é o estado de coisas em função do qual a ação foi levada ao fim, podendo ter um significado subjetivo e outro objetivo. Assim, ele desenvolve os conceitos de *motivos para* e *motivos porque* para interpretar o comportamento dos atores no mundo social.

Os *motivos para* referem-se a uma categoria subjetiva, em que o ato do ator social é projetado, portanto numa perspectiva de futuro, sendo idêntico ao propósito cuja realização da ação é um meio. Por ser subjetiva, esta categoria de motivos só é revelada ao pesquisador social se ele perguntar ao ator da ação qual o significado que ele atribui a ela (SCHUTZ, 2003).

Já os *motivos porque* são de uma categoria objetiva, na qual a atitude do ator está concluída, numa perspectiva de passado, podendo ser denominada também de razão ou causa. Esta categoria de motivos é acessível ao pesquisador quando este reconstrói, a partir do ato realizado ou, mais precisamente, a partir do estado de coisas provocado no mundo exterior pela ação do ator, a atitude do ator em sua ação (SCHUTZ, 2003).

Isto ilustra que não atuamos somente sobre coisas inanimadas, mas também sobre nossos semelhantes, que nos induzem a atuar e, em contrapartida, nós os induzimos à reação. Empreendemos nosso interrogatório ao outro, por exemplo, com a intenção de provocar sua resposta, que é motivada por nossa pergunta. Este é um dos muitos tipos de ações sociais, no qual os *motivos para* de minha ação se convertem nos *motivos porque* da reação do co-partícipe.

Em relação à compreensão do outro, toda compreensão está dirigida àquilo que tem significado, ou seja, o vivido no passado. A atenção do pesquisador deve

focar-se no que se manifesta por meio do discurso, e não se limitar às indicações caracterizadas, por exemplo, pelos movimentos do corpo e por fatos externos.

Conforme Schutz (1979), a compreensão e interpretação da ação humana só tornam-se compreensíveis ao revelar seus *motivos para*, ou melhor, as suas motivações, o que pode ocorrer de duas maneiras: pela interação indireta ou ao voltar-se para o ator da ação e perguntar os seus motivos.

Schutz (1979) propõe três abordagens indiretas para interpretar as motivações do outro. Desta maneira, um semelhante qualquer ou o pesquisador pode: a) utilizar-se da lembrança de vivências semelhantes em sua biografia e assim destacar um princípio geral para explicar os *motivos para* do outro; b) tentar deduzir os *motivos para* da pessoa observada baseando-se no comportamento costumeiro do outro frente a situações similares; e c) tentar inferir os *motivos para* do outro por meio da interpretação da ação ainda em curso, supondo os efeitos desta ação. Esses três tipos de interpretação das motivações não oferecem a mesma segurança, pois, quanto mais distante do relacionamento do nós puro, mais abstrata é esta interpretação (SCHUTZ, 1979).

Focando-se mais especificamente na compreensão do outro, o referido autor ressalta que toda compreensão está dirigida àquilo que tem significado. A partir desta concepção, a compreensão subjetiva genuína do outro exige maior esforço, porque descobrir a constituição do outro *eu*, segundo Schutz (1979), só pode ser feito fenomenologicamente.

Uma outra maneira de compreensão do comportamento do outro pode ser definido por meio de um contexto de significado objetivo. Este contexto diz respeito aos *motivos porque* de uma determinada ação, que está acessível tanto ao ator, quando o mesmo reflete sobre sua ação, quanto ao pesquisador no momento em que este reconstrói os *motivos porque* do ator frente à ação desempenhada, concluída, como ato.

Diante desse contexto de significado objetivo, o pesquisador social tentar estabelecer o tipo ideal de pessoa que desempenha uma determinada ação típica em um cenário e em uma situação tipicamente similar. Para Schutz (1979), há uma grande possibilidade (chance) do pesquisador captar o significado subjetivo dos atos do ator, porém, esta possibilidade aumenta com o grau de anonimato e padronização dos comportamentos estudados pelo pesquisador.

Assim, quanto mais anônimo for este ator que desempenha a ação, mais o pesquisador utiliza-se de um contexto de significados objetivos para a compreensão desta ação.

Além destas maneiras citadas anteriormente para a compreensão das ações humanas, surge do relacionamento do *nós puro* outra forma de compreensão, na medida em o pesquisador e o outro (o ator de uma ação que está sendo estudada pelo pesquisador), estabelecem uma relação social direta. Nesta situação, o pesquisador pergunta ao ator da ação: *Qual o significado que atribui àquela determinada ação em estudo?* Desta maneira, é possível ao pesquisador acessar a categoria subjetiva da ação do ator, ou seja, os *motivos para* daquela ação.

O estudo do comportamento social tem sido tema das discussões no âmbito da sociologia há muitas décadas, contudo, por meio dos conhecimentos acumulados como sociólogo, Schutz aproxima esta temática aos conhecimentos desenvolvidos na fenomenologia. O diálogo entre estas disciplinas, sociologia e fenomenologia, tem permitido a compreensão do comportamento humano por outras perspectivas, contribuindo para a construção do conhecimento na área das ciências humanas e sociais.

Na dicotomia entre a utilização dos métodos científicos das ciências sociais e naturais, Schutz (1979) afirma que, no campo das ciências sociais, a filosofia fenomenológica pode mostrar os dispositivos metodológicos particulares desenvolvidos por estas ciências de forma mais adequada para a captação da realidade social.

Diante disto, Schutz (1979) propõe que o mundo social não deva ser aceito de forma ingênua, com idealizações e formalizações prontas, mas ser reconhecido como ambiente complexo de atividades humanas. Estas, para serem compreendidas, requerem que o pesquisador social volte ao ator dessas ações.

O autor ressalta ainda que o pesquisador que estuda os fenômenos sociais necessita estudar o processo de idealização e formalização, a gênese do significado que os fenômenos sociais têm para ele e para os atores, o mecanismo da atividade por meio da qual os seres humanos compreendem uns aos outros e a si próprios.

Com relação ao ator social, Schutz (1979, p. 265) destaca que o pesquisador social deve tentar “[...] compreendê-lo em função dessa ação, desse sentimento e do estado de espírito que o induziu a adotar determinadas atitudes com relação ao seu ambiente social”.

O campo da investigação do pesquisador social é a realidade social. Este campo tem um significado específico e uma estrutura de relevância para os seres humanos que vivem, agem e pensam dentro dele.

Por meio de uma série de construções do senso comum, os seres humanos previamente selecionam e interpretam a realidade social que vivenciam como a realidade de suas vidas diárias, classificada por Schutz como *construtos de primeiro grau*. São esses os objetos de pensamento que determinam seu comportamento, motivando-os (SCHUTZ, 1979).

Já os construtos das ciências sociais são de *segundo grau*, ou seja, os construtos feitos pelos atores no cenário social, cujo comportamento o pesquisador precisa investigar de acordo com as regras de procedimentos da sua ciência (SCHUTZ, 1979).

Em outras palavras, podemos afirmar que os significados atribuídos pelos atores do mundo social são reconhecidos pelo pesquisador como *construtos de primeiro grau*. Contudo, quando esses significados são interpretados e compreendidos pelos pesquisadores do mundo social, esses significados são tidos como *construtos de segundo grau*.

Os *construtos de segundo grau* compreendem as categorias concretas em Schutz, as quais comportam as vivências dos atores do mundo social acerca de um determinado fenômeno.

Assim, para Schutz (2003), a primeira tarefa da metodologia das ciências sociais é a de explorar os princípios gerais segundo os quais o ser humano organiza suas vivências na vida diária, isto é, as do mundo social.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo de estudo

Tendo em vista que o objeto e o objetivo de uma pesquisa determinam a metodologia a ser utilizada, a modalidade de pesquisa mais adequada para atender aos propósitos deste estudo é a fenomenológica, especificamente a sociologia fenomenológica. Esta modalidade de pesquisa está inserida no campo da ciência como um tipo de pesquisa de abordagem qualitativa.

Para Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, sendo uma atividade situada que localiza o observador nesse mundo. Esses autores afirmam ainda que a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa para o mundo, pois o pesquisador estuda as coisas em seus cenários naturais, tentando entender e/ou interpretar os fenômenos por meio dos significados que as pessoas conferem a eles.

A pesquisa qualitativa aborda a questão de que o mundo e o sujeito se inter-relacionam de forma dinâmica, visto que há uma interdependência do sujeito com o objeto e da objetividade com a subjetividade, entendendo o sujeito como um participante do processo no qual interpreta os fenômenos, dando a eles um significado. Segundo Minayo (2006), o significado ocupa o lugar central nas pesquisas que utilizam uma abordagem qualitativa.

O método fenomenológico não busca explicação mediante leis e princípios, e nem permite a generalização do fenômeno. Assim, de acordo com Gil (2007), esse método consiste em mostrar aquilo que está dado e em esclarecê-lo, por considerá-lo presente imediatamente à consciência.

Para Carvalho (1991, p. 15), o saber buscado pela fenomenologia não é um saber *sobre* o fenômeno, mas o saber *do* fenômeno, sendo o saber algo que é essencial ao fenômeno em seu existir e em seu mostrar-se ao pesquisador.

Face ao exposto, a fenomenologia apresenta-se como um referencial metodológico para o investigador que pretende desvelar a essência de determinado fenômeno, sendo este um aparecer de uma dimensão do mundo para um ser que o habita.

Assim, mantendo fidelidade ao fenômeno, pretendo tornar explícito o horizonte implícito do fenômeno em estudo, na tentativa de desvelar e compreender a vivência de familiares de usuários de um CAPS em relação ao trabalho da equipe.

5.2 Campo de estudo

O campo deste estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominado CAIS Mental Centro - também conhecido pelo nome de CAIS Mental oito, por estar situado no oitavo distrito do município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. O referido serviço está localizado num ponto nobre do município de Porto Alegre, na avenida José Bonifácio, ao lado do parque Farroupilha, conhecido como parque da Redenção.

Porto Alegre é a maior região metropolitana do sul do país e, de acordo com o Censo de 2000, possui cerca de 1.360.590 habitantes, sendo 635.820 homens e 724.770 mulheres. A expectativa de vida média é de 71,4 anos: 76,2 anos para as mulheres e de 66,2 para os homens (IBGE, 2004).

O município possui 519 estabelecimentos de saúde, com um total de 133 estabelecimentos de saúde pública, sendo 16 sob gestão federal, 12 estadual, 105 municipal e 386 estabelecimentos de saúde privados.

O CAIS Mental Centro foi criado em 1996, inspirados nos movimentos de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica brasileiras, regulamentado pela Lei estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Sua criação foi influenciada também pela reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e pela motivação de profissionais em construir uma rede de atenção em saúde mental na cidade de Porto Alegre (SIBEMBERG; SILVA, 2006).

Atualmente a denominação desse serviço está inscrita na política nacional de saúde mental como um CAPS II, porém a equipe de profissionais que lá atua manteve a denominação anterior devido aos seus efeitos metafóricos, ficando o serviço conhecido como CAPS CAIS Mental Centro. Para Sibemberg e Silva (2006, p. 11), “Cais como é o porto, lugar de chegada e partida. Ponto de referência numa travessia difícil que requer acolhimento, que possibilite o ir e vir, facilitando a ampliação dos horizontes sociais de cada usuário”.

O CAIS Mental Centro, por estar classificado pela Portaria Ministerial nº 336/2002 como um CAPS II, é um espaço protegido, funcionando em regime de

turnos, constituído por uma equipe multiprofissional, em que os usuários integram-se a diferentes dispositivos de atendimento durante o dia, retornando à noite aos cuidados de seus familiares, em suas casas ou para instituições que os estejam abrigando.

A clientela atendida pelo serviço é constituída de indivíduos adultos com psicoses ou neuroses graves, numa média de 40 usuários em regime de atenção diária - intensivo e semi-intensivo - e de 200 em regime ambulatorial especializado - não-intensivo (PORTO ALEGRE, 2006). Os regimes intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, previstos pela portaria 336/2002, são termos que indicam variedade clínica dos sujeitos assistidos no serviço, determinado à frequência e ao acompanhamento pela equipe de acordo com o quadro clínico (BRASIL, 2004a). Segundo esta portaria, os sujeitos em regime intensivo necessitam de acompanhamento diário; os em regime semi-intensivo devem ter um acompanhamento freqüente, não necessariamente diário; e os em regime não-intensivo podem ter uma frequência menor.

O trabalho da equipe do CAIS Mental tem alicerçado-se nos princípios de que o serviço esteja centrado no sujeito em sofrimento psíquico (usuário): no sentido da reconstrução ou construção dos laços sociais; no reconhecimento do serviço como um espaço de transição no processo de tratamento do usuário; na busca de um trabalho em equipe de forma interdisciplinar e com articulação intersetorial; e na operação de práticas políticas, administrativas e clínicas em consonância com outros equipamentos de saúde pública e da rede de atenção em saúde mental (SIBEMBERG; SILVA, 2006).

Segundo Sibemberg e Silva (2006, p. 11), os dispositivos terapêuticos utilizados pela equipe são guiados pelo plano terapêutico, de caráter individualizado, construído com os usuários numa relação de contratualidade e com a finalidade de potencializar sua subjetividade para a vida social e coletiva. No CAIS Mental Centro esses dispositivos são diversificados e são repensados constantemente pela equipe, embora a sua finalidade se mantenha, isto é, a “criação e a circulação da palavra, a busca respeitosa de um lugar onde a expressividade do sujeito/usuário possa se dar”.

Este serviço realiza atendimento individual e em grupo, desenvolvendo atividades como: consultas clínicas; oficinas terapêuticas e de expressão (jardinagem, caminhada, expressão corporal, terapia ocupacional, pintura, sessão de

vídeo, beleza, música, culinária, esculturas, jornal, ateliê de escrita, grupo de conversa e oficina de saúde); atividades de convívio no serviço (hora do chá, leitura livre e notícias do dia); acompanhamento terapêutico nos espaços da cidade; atendimento à população em situação de rua; assembléias de usuários e de usuário e familiares; inserção cultural (cinema em debate na saúde mental e grupo de *hip-hop*); e inserção em esportes, lazer e trabalho (SIBEMBERG; SILVA, 2006).

Para os referidos autores, o CAIS Mental Centro também tem servido de campo de estágio para graduação e pós-graduação em psicologia, terapia ocupacional e enfermagem, de diferentes universidades, além de servir de espaço de ensino para as especializações e residências multiprofissionais da Escola de Saúde Pública e do Grupo Hospitalar Conceição.

O referido serviço divide suas atividades em dois turnos (manhã e tarde), funcionando de segunda à sexta-feira das 8h às 18h com uma equipe de profissionais composta por dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, três psiquiatras, três terapeutas ocupacionais, três psicólogos, um assistente social, um professor de educação física, um nutricionista, mais o pessoal de apoio (uma secretária, uma estagiária administrativa, uma servente, uma cozinheira, e um vigilante).

A escolha do CAIS Mental Centro como campo de investigação foi intencional, pois minha inserção neste serviço ocorreu em julho de 2006, por ocasião do desenvolvimento de atividades de Extensão Universitária da EEUFRGS e do Estágio de Docência na Graduação I do PPGENF/EEUFRGS, junto à disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II. Além disto, vivenciei o cotidiano deste serviço durante a coleta dos dados da etapa qualitativa da pesquisa do CAPSUL.

5.3 Sujeitos do estudo

As pessoas que participaram deste estudo foram os familiares de usuários do CAIS Mental Centro. Para isto foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) ser familiar de algum usuário atendido no CAIS Mental Centro; b) ter disponibilidade em participar da pesquisa; c) ser o familiar mais envolvido no tratamento do usuário.

A aproximação com os familiares deu-se, inicialmente, no próprio serviço, enquanto desenvolvia minhas atividades acadêmicas, de extensão e pesquisa no segundo semestre de 2006. Neste período, identifiquei os possíveis sujeitos do

estudo por meio de conversas informais com usuários, familiares e profissionais. Nesses encontros, foi possível construir uma listagem de 20 familiares, segundo os critérios de inclusão, sendo anotados em uma planilha (APÊNDICE A), a fim de organizar e sistematizar o contato e o agendamento das entrevistas com os familiares.

Após esta identificação e organização, estabeleci contato com os possíveis entrevistados pessoalmente e por telefone, de acordo com os dados fornecidos pelos usuários, familiares e profissionais do CAIS. Dos contatos estabelecidos, dois agendamentos foram realizados por intermédio de uma enfermeira do CAIS Mental, com o intuito de facilitar o acesso a esses familiares, pois a mesma alertara sobre a possível desconfiança dos familiares em aceitar o convite do pesquisador sem o conhecimento da profissional do serviço.

Dos 20 familiares listados, quatro não foram localizados, um recusou-se em participar e dois não conseguiram disponibilizar uma data para a entrevista. Assim, foram realizadas 13 entrevistas com os familiares, sendo 11 conduzidas no próprio serviço e duas no domicílio, de acordo com a solicitação deles.

Dentre o grupo de familiares participantes, dois eram homens e onze eram mulheres, configurando vários graus de parentesco: mãe, tia, irmã, irmão, esposa, esposo e filha de usuários.

As entrevistas foram encerradas no momento em que observei a repetição acentuada das mesmas afirmações nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, visto que o interesse que se busca é a variação e amplitude do fenômeno e não a sua quantificação.

5.4 Coleta dos depoimentos

A coleta dos depoimentos foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), nos meses de outubro e novembro de 2006.

Para Martins e Bicudo (2004, p. 54) a entrevista

[...] não é um método. É apenas um recurso metodológico. [...] sempre que se desejar desocultar a visão que uma pessoa possui sobre uma determinada situação é preciso que se lance mão do recurso que a entrevista fornece. Ela é a única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente.

Ao utilizar a entrevista como recurso metodológico, procurei desvencilhar-me de qualquer ato ou indagação que pudesse induzir a resposta do sujeito, preservando a integridade do fenômeno em seu mostrar-se em cada consciência. Assim, segundo Martins e Bicudo (2004), as descrições ingênuas situadas sobre o mundo-vida do sujeito, obtidas por meio da entrevista, são consideradas de importância primária para sua compreensão.

Nas entrevistas, utilizei a seguinte questão orientadora: “Fale sobre o trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial!”. Os depoimentos emergidos a partir desta questão foram gravados em fita cassete e transcritos na íntegra posteriormente.

Houve o cuidado em conduzir a entrevista na instância fenomenológica, ouvindo os sujeitos sem senso crítico de julgamento, buscando interagir numa abordagem compreensiva (CARVALHO, 1991).

5.5 Considerações éticas

Estabelecido o contato com os possíveis entrevistados, os agendamentos das entrevistas foram realizados ao longo do período de coleta. Nos encontros com cada sujeito, foram apresentados o objetivo e a relevância do estudo, e o método de coleta dos depoimentos, respeitando a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das normas para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2003).

Antes da entrevista, os sujeitos foram informados sobre a garantia de sigilo e confidencialidade quanto às informações prestadas, e ainda tiveram assegurados o direito de serem esclarecidos ou de abandonarem a pesquisa em qualquer etapa do processo, sem danos à sua integridade.

Quanto aos riscos e benefícios, ressalttei que não haveria nenhum tipo de identificação dos participantes, sendo que as informações obtidas seriam utilizadas tão somente para fins de pesquisa. Tanto eu, quanto os sujeitos participantes deste estudo, assinamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia para mim e outra para cada um deles (APÊNDICE C).

Esta pesquisa cumpriu as exigências legais e éticas preconizadas pela Resolução nº 196/96 do CNS (BRASIL, 2003), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob número de

parecer 001.042261.06.6 em 27 de outubro de 2006 (ANEXO A). Além disto, vale ressaltar que a coordenação do serviço estava ciente da utilização daquele espaço como campo de investigação (ANEXO B).

Conforme as recomendações da Lei de Direitos Autorais nº 9.610, de 20 de fevereiro de 1998, as fitas cassetes utilizadas para o registro dos depoimentos dos familiares serão preservadas sob a minha guarda por cinco anos, a contar da publicação dos resultados deste estudo, sendo posteriormente inutilizadas (BRASIL, 1998).

Outro aspecto ético importante a ser considerado diz respeito à devolução dos resultados do estudo aos sujeitos envolvidos. Para Brêtas e Oliveira (2006), esta devolução é uma responsabilidade social do pesquisador, o qual deve fornecer aos envolvidos não somente o material impresso, mas também discutí-lo junto aos participantes, contribuindo assim para a construção do conhecimento coletivo.

5.6 Análise dos depoimentos

Para a compreensão das vivências dos familiares de usuários do CAIS Mental Centro em relação ao trabalho da equipe, trabalhei com as convergências das unidades de significado que emergiram dos depoimentos à luz do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.

Para Schutz (1979), na análise fenomenológica, cabe ao pesquisador organizar as experiências relativas ao mundo social dos sujeitos do estudo a partir da construção de categorias concretas, denominadas por este autor *construtos de segundo grau*.

Como forma de revelar a essência do fenômeno estudado, segui os passos elaborados por Giorgi (2001) e adaptados por Schneider (2001). Assim, cumpri as seguintes etapas:

- 1) Leitura de cada depoimento sem qualquer tentativa de interpretação sobre o que está expresso;
- 2) Identificação da questão orientadora no depoimento e releitura de cada um com o propósito de destacar afirmações que apresentem significados;
- 3) Utilização de uma postura reflexiva e imaginativa frente às afirmações significativas nos depoimentos, descrevendo o que está expresso nestas

afirmações mediante a questão orientadora: Fale sobre o trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial;

- 4) Busca de convergências das unidades de significado por meio da análise fenomenológica, integrando as afirmações significativas contidas nos depoimentos, para assim construir as categorias concretas, que comportem as vivências dos sujeitos com relação ao trabalho da equipe;
- 5) Estabelecimento de uma compreensão vaga e mediana dos depoimentos a partir da constituição das categorias concretas;
- 6) Busca pela compreensão das vivências dos familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe tendo por base o referencial teórico-filosófico da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz, na tentativa de expressar a essência do fenômeno estudado.

Por meio da interpretação compreensiva dos depoimentos, no intuito de iluminar o fenômeno, busquei compreender o modo de os familiares vivenciarem o trabalho da equipe, expressando a essência do fenômeno estudado. Este movimento de *voltar às coisas mesmas* busca chegar a um saber imanente dos depoimentos, no que diz respeito às vivências dos sujeitos desta pesquisa sobre o trabalho da equipe de um CAPS no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Na redação dos depoimentos, os familiares entrevistados estão representados pela letra F, seguida do número correspondente à ordem com que a entrevista foi realizada. Assim, F1 representa o primeiro familiar entrevistado, F2 o segundo, e assim por diante, até o F13. Desta maneira, busco garantir o anonimato dos sujeitos do estudo.

Na redação dos depoimentos, apresento ainda alguns símbolos para facilitar o entendimento do texto, das quais estão classificados a seguir:

- (...) – utilizo reticências entre parênteses quando há um trecho incompreensível no depoimento.
- ... – utilizo reticências no fim de uma frase quando o entrevistado não conclui a mesma, sem comprometer o sentido daquilo que é expresso por ele.
- (K, W, X, Y, Z) – Utilizo essas letras maiúsculas para garantir o anonimato dos profissionais do CAIS Mental Centro, quando mencionados pelos familiares.

A fim de preservar o anonimato dos usuários nos depoimentos dos familiares, utilizo nomes fictícios quando os mesmos são citados.

Para facilitar a leitura dos depoimentos, algumas palavras e expressões foram suprimidas do corpo do texto, como “né!”, “sabe!”, “aham!”, “hum!” entre outras, sem alterar, contudo, o seu sentido. Além disto, preservei nos depoimentos a linguagem coloquial utilizada pelos entrevistados.

6 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

6.1 Categorias concretas

A partir da análise das informações dos familiares de usuários de um CAPS, foi possível organizar os resultados das vivências desses familiares em relação ao trabalho da equipe deste serviço em três categorias concretas.

A construção das categorias concretas deste estudo foi inspirada em alguns conceitos elaborados por Schutz, mostrando que o trabalho da equipe é vivenciado pelos familiares dos usuários do CAIS Mental Centro do seguinte modo: 1) O trabalho da equipe como projeto, ação e ato; 2) O trabalho da equipe fundamentado no interesse à mão; 3) O trabalho da equipe permeado por relações interativas.

A delimitação dessas categorias concretas se deu fundamentalmente a partir da situação biográfica determinada de cada familiar entrevistado, dos quais emergiram suas descrições singulares acerca do fenômeno em estudo. Além disso, minha situação biográfica interferiu na compreensão sobre o fenômeno, pois, embora meu olhar seja orientado pelas regras da fenomenologia, faço-o a partir do local que ocupo no mundo social, isto é, como enfermeiro e pesquisador que já vivenciou o trabalho com famílias. Nesse sentido, as construções das categorias deste estudo foram mediadas tanto pela situação biográfica do pesquisado como a do pesquisador.

Nos fragmentos dos depoimentos dos familiares, há comentários de extrema relevância na composição da essência do fenômeno, mesmo quando aparece explicitamente apenas em uma unidade de significado. Assim, meu interesse frente ao fenômeno é explicitá-lo em variação e amplitude, apreendendo-o da maneira mais abrangente possível.

Além do aspecto considerado anteriormente, alguns trechos de depoimentos não são necessariamente excludentes, pois algumas frases e períodos aparecem, ocasionalmente, em mais de uma categoria, a fim de evidenciar um raciocínio específico à categoria.

Por meio desse estudo, tento mostrar algumas facetas das vivências de familiares de usuários do CAIS Mental sobre o trabalho da equipe. Para tanto, as categorias concretas apresentadas aqui representam, de acordo com Schutz (1979), *construtos de segundo grau*, pois são interpretações que faço acerca das descrições

iminentes dos familiares, de suas vivências do trabalho da equipe do CAIS. As descrições das vivências dos familiares representam o material empírico no qual me detive para compreender essas vivências, que, para Schutz, são os *construtos de primeiro grau*, isto é, as interpretações daqueles que vivenciam o mundo cotidiano.

Em seguida, destaco todas as unidades de significados de acordo com cada categoria concreta. Ao final de cada categoria, apresento uma síntese geral dos conteúdos dos depoimentos dos familiares, configurando-se enquanto uma compreensão vaga e mediana dos depoimentos a partir da constituição dessas categorias.

A partir das categorias concretas, com o propósito de conhecer as vivências dos familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe, busco, por meio de uma síntese, uma maior aproximação com essas vivências.

No entanto, ao trabalhar com a compreensão vaga e mediana, percebo que ocorre uma impregnação nessa forma de compreensão, na qual as vivências dos sujeitos sobre o trabalho da equipe de um CAPS, que é o centro desse estudo, podem estar impregnadas pela tradição e pelas opiniões, e que isso pode dominar os seus depoimentos.

Com relação a isso, Heidegger (1993, p. 32) coloca que “o procurado no questionamento do ser não é algo inteiramente desconhecido, embora seja, de início, algo completamente inapreensível”.

Segundo o referido autor, a compreensão vaga e mediana ainda não nos permite uma interpretação das vivências, pois há um velar do sentido nas significações vislumbradas nos depoimentos dos familiares, fazendo-se necessário recuperar esses depoimentos.

As vivências dos familiares de usuários sobre o trabalho da equipe de um CAPS se mostraram, enquanto totalidade, como o conjunto do que é articulado no depoimento, expressando ainda de modo velado que o trabalho da equipe mostra-se como veremos a seguir.

6.1.1 Categoria concreta 1 – O trabalho como projeto, ação e ato

Toda a turma trabalha como equipe mesmo. [...] Eu acho que este caminho está sendo maravilhoso. Continue assim para melhor. Tanto do rapaz, do secretário, até o fundo. Todo mundo. (F6)

A equipe toda é boa, eles trabalham numa união muito grande. (F1)

[...] é uma equipe, todo mundo sabe o que está acontecendo. (F7)

Aqui têm vários, tem psicóloga, assistente social... na verdade é fora de sério, os grandes e os pequeninhos, são fora de sério. Eles são muito queridos. (F2)

Toda a turma trabalha como equipe mesmo. [...] Tanto do rapaz, do secretário, até o fundo. Todo mundo. (F6)

Eu considero o trabalho muito bom. Eu considero as pessoas bem qualificadas para aquilo que fazem. [...] Todo mundo bem capacitado, bem inteirado. (F7)

Só tenho a referendar o trabalho. Não imaginava que existisse um trabalho desta qualidade. (F9)

O trabalho é surpreendentemente de nível muito elevado. [...] profissionais de muita capacitação se vê aqui. [...] todos são pessoas de muita qualificação. (F9)

[...] eu acho que o que querem fazer e o que estão fazendo é muito bom. (F1)

Essas reuniões que acontecem de equipe sempre uma vez por semana, eu acho que acontece aqui no Centro, pra quem trabalha na área da saúde é super importante [...] para poder prestar uma assistência melhor pra esse paciente. (F8)

Teve uma época que ele não estava bem, nós ligávamos pra cá e a enfermeira ou a assistente social, quem estivesse disponível na hora, ia lá em casa, pra ver se conseguia trazer ele pra cá pra ficar o dia todo. (F1)

[...] eu acho que ela tem um estímulo grande, ela tem oficinas, tem escrita, música, tem um monte de coisa e ela participa. (F4)

Ela participou das oficinas que ofereciam aqui no CAIS. [...] Então, quando ela se sentiu mais segura, ela veio mais para as consultas marcadas. (F8)

O hospital que marcou direto pra cá, porque ela estava hospitalizada, tentou suicídio, então, quer dizer, é uma coisa assim maravilhosa, pena que é pouco, precisa muito mais [...] quando alguém pergunta: vê se tu consegue lá no CAIS Mental! Sei que tem uma porta, mas vê se tu consegue. Essa minha amiga já veio direto, e eu digo, não, pelo amor de Deus, você não vai perder. (F1)

[...] a menina mais velha, retardada, está sem tratamento; porque é a burocracia; eu quis trazer a menina aqui, mas aí já tem que levar em outro lugar. Pra mim conseguir para o Ernesto se tratar aqui... ele teve vários anos sem tratamento [...] Aí mandaram pra cá. Aí com muito, muito sacrifício, aquela coisa, eles aceitaram ele aqui. (F11)

Uma amiga nossa nos indicou o CAIS. Eu acho que existe uma boa relação. Acho até que deveria ter mais, porque a psiquiatria, em termos de SUS, ela é muito difícil. (F1)

Até nem sabia que existia o CAIS; que existia este tipo de serviço. Se tivesse mais, pelos vários bairros, seria muito bom porque têm muitas pessoas que tem problemas psicológicos, e por falta de lugares para serem atendidas, cada vez vai piorando mais os casos. (F8)

Agradeço que tenha este lugar pelo SUS. [...] Viva as pessoas que trabalham lá. O trabalho que eles põem lá para os pacientes. (F6)

Só tenho elogios a fazer. Porque eu vi como ela era e como ela está. Então, eu acho que isto faz pra ela muito bem [...] eu vi como ela era e como ela está. [...] Eu acho que ela está ótima, mas isto é devido a ajuda grande que ela tem de lá. (F4)

O trabalho, pelo que eu vejo dá muito resultado. Pelo que minha mulher, quando começou a freqüentar aqui, do jeito que ela era, antes, e como está agora. [...] Tem resultado para ver. (F13)

Ela nunca tinha tido tanta melhora como ela teve desta vez com a doutora. [...] o atendimento que eles dão. (F8)

Eu considero o serviço muito bom. A minha mãe teve uma melhora considerável nestes últimos tempos. (F7)

Eu percebi uma grande melhora depois que ela começou a participar do CAIS Mental aqui de Porto Alegre. (F8)

Eu sinto que aqui ela conseguiu, não digo melhorar, mas estabilizar. E como são grupos pequenos que participam, eu acredito, e é quase certo que seja isto, é a questão do atendimento [...] Depois que ela veio para cá, ela não baixou (internou). (F12)

[...] a pessoa vai se tratando pra vê se fica curada, controlada. Tem que controlar, eu acho. Então a gente vai quando ela precisar, [...] tratando para ter controle. (F3)

E acredito que aqui ela melhorou. Quero dizer, melhorar não, mas estabilizar. Claro que de vez em quando tem uma recaída, mas é muito pouco as recaídas. Eu acredito que aqui ela conseguiu estabilizar. (F12)

Ao longo dos anos, se minha mãe tivesse feito um acompanhamento aqui, com certeza ela não tivesse passado por várias internações, como ela já passou. (F7)

Eu acho ótimo. Sensacional. Eu gosto muito. A gente acha que está bem atendido em tudo no que a gente precisou e no que está precisando. (F3)

Eu só tenho a elogiar todos eles. E agradecer a todos pelo bem que eles estão fazendo para minha mãe. (F8)

Eu gosto do atendimento deles, tanto para mim, no caso como familiar, como pra minha mãe que é paciente. (F12)

[...] eu me decepcionei tanto, que eu queria sair a todo custo daqui, porque o meu filho começou a ficar ruim [...] eles lutavam, mas mesmo assim, não mexeram nos remédios. Eu tinha demais que eles deveriam ser mudados. (F5)

[...] mandaram para cá. Com muito, muito sacrifício, aquela coisa, eles aceitaram ele aqui, mas fracassaram [...] Não quero culpar ninguém, mas você sabe como é que é. Sabiam que ele era fujão. (F11)

Os meus familiares vieram pra cá e conselho: é o melhor lugar para a pessoa se desenvolver. (F2)

Fiquei mais contente quando a gente passou a vir pra cá, depois que eu levei minha guria pra casa, eu achei que foi bem melhor do que todos os outros lugares que ela já esteve. (F3)

[...] arrumam uma birra quando eles vão sair. Demais! Demais! [...] não querem sair daqui, deste CAIS, porque o outro não vai servir pra eles. O outro não vai ser bom. Não tem outro lugar. (F3)

O tratamento daqui é bem melhor do que ela estava tendo lá no Hospital. (F12)

Mesmo como leigo, percebe-se que isto é muito importante para as pessoas que precisam deste atendimento, como para a sociedade em geral [...] a convivência com a família fica praticamente impossível, extremamente difícil... se não tivesse um atendimento desta ordem... é uma coisa muito necessária. (F9)

O trabalho da equipe é vivenciado pelos familiares dos usuários do CAIS como um trabalho planejado e organizado por uma equipe competente e qualificada que busca trabalhar de maneira interdisciplinar, e que utiliza diferentes estratégias para a implementação do seu trabalho. Além disto, os familiares vêem a equipe de forma ampliada, pois agrega ao grupo de profissionais com formação na área de saúde, os administrativos e de apoio.

Embora o trabalho seja planejado, o que contribui para sua qualidade, a organização do trabalho da equipe, para os familiares, tem servido também de obstáculo para o acesso de pessoas em sofrimento psíquico ao serviço.

Nesta categoria aparece como ato de trabalho da equipe o resultado que foi projetado anteriormente por ela, e que foi concretizado pela ação. Esses atos apresentam-se em contraste, pois ora os familiares mostram-se satisfeitos, ora decepcionados. Contudo, o trabalho da equipe do CAIS, quando comparado a outros serviços de saúde, é considerado pelos familiares como o melhor.

6.1.2 Categoria concreta 2 – O trabalho fundamentado no interesse à mão

Eu fui poucas vezes lá, mas nestas poucas vezes, eu até fiquei emocionada, emotiva, porque eu vi que elas se preocupavam comigo também. (F6)

O interesse assim, de todos, o assistente social, psicólogo, enfermeiro, todos aqui 100%, 100% mesmo. (F1)

No trabalho todo mundo muito bem interessado, empolgado, preocupado com o paciente. Com o que o paciente pensa, com o que ele faz. (F6)

A gente acha que está bem atendido em tudo no que a gente precisou e no que está precisando. (F3)

No fim de muitos meses, eu consegui, mas com muita luta lá, e aí então ele trocou o remédio. [...] eu já vinha com muito anos, já sabia do problema dele, porque a mãe já sabe do problema. Então, eu tinha que internar ele. Aí eles falaram, o remédio é baixo, tinha que ter aumentado a dose. [...] De tão desesperada, ligava e falava com eles e tudo, mas eles não me escutaram. (F5)

A vantagem que tem aqui, é que o doutor W, que trata dele, quando eu não posso trazer o Ernesto, venho sozinha, aí ele marca a próxima consulta... aí, já duas vezes que eu venho e não trago o Ernesto, porque eu vindo sozinha é uma coisa, eu trazer ele é outra. [...] Eu mesma precisava fazer um tratamento. Eu mesma já disse para [...] o doutor W: doutor, eu não tenho mais condições de... às vezes o doutor W é meio... fica meio descontente comigo, mas eu digo: doutor, eu estou esquecida. (F11)

Quando eu vim para cá, eu não tinha nada, não sabia nada dessas coisas todas. Eu tive conhecimento até dos sintomas que poderia levar. Eu me informava aqui fora com as pessoas, numa fila do SUS, numa fila de uma farmácia [...] Mas eu, enquanto familiar, achei respostas na rua. E eu acho que para melhorar esse campo no CAIS, deveria ter uma parte com os parentes. De explicar: o seu familiar está passando por isto; ele vai ter crises assim. Eu acho que precisava disto. Isso ficou muito vago aqui. (F10)

O prefeito, eu acho que deixa alguma coisa a desejar, quer dizer, muita coisa. Na saúde eu acho que ele deixou muito, porque isto aqui era muito melhor, em tudo. Era melhor na saúde, barbaridade. (F1)

Uma amiga nossa nos indicou o CAIS. Eu acho que existe uma boa relação. Acho até que deveria ter mais, porque a psiquiatria, em termos de SUS, ela é muito difícil. Todas as especialidades no SUS são difíceis, mas a psiquiatria é a pior delas dá gente conseguir. (F1)

Tinham farmácia, não tem mais. Uma série de coisas que foi cortada verba [...] Então, o serviço perdeu em coisa. (F4)

Agradeço que tenha este lugar pelo SUS. [...] Então, tem este lugar que ainda tem pessoas que podem falar de cabeça erguida: viva o SUS. Viva as pessoas que trabalham lá. O trabalho que eles põem lá para os pacientes. (F6)

Os familiares descreveram que o trabalho da equipe está pautado em um interesse genuíno pelo tratamento do usuário do CAIS e também dos familiares.

No entanto os familiares não se sentem reconhecidos plenamente em sua situação biográfica determinada frente às ações da equipe.

Os familiares relataram ainda que as políticas públicas de saúde interferem no trabalho da equipe, ora destacando aspectos negativos, ora aspectos positivos relacionados a essas políticas.

6.1.3 Categoria concreta 3 – O trabalho permeado por relações interativas

[...] quando eles percebem que o paciente não está bem, eles já ligam pra casa, te chamam aqui, se meu irmão não vinha um dia já ligavam pra saber porquê. (F1)

Então, quando eles me chamam eu vou. Já sei como funciona o CAIS, já conheço. (F4)

A equipe [...] Eles também estão sempre em contato comigo, familiares. (F12)

[...] tudo isto eu peço para terapeuta se pode, porque eu tenho medo de tentar ajudar e estragar. Mas ela falou: não tem problema. (F4)

A equipe [...] tem tempo se eu precisar... no caso conversar com alguém, é mais fácil agendar; ou eles também. (F12)

[...] estão todos acostumados aqui, com o médico, com a enfermeira, com todo mundo. São bem tratados. (F3)

[...] não querem largar doutor X; não querem largar doutora Y, não querem largar as enfermeiras, que estão tudo bem, que são bem tratadas pelas enfermeiras, pela doutora, psicólogas, por todo mundo. (F3)

São todos muito atenciosos. [...] Eu sempre me senti muito acolhida aqui. Quando eu venho, todos me tratam bem. (F8)

Eles são muito queridos, têm respeito pela pessoa humana; o importante é o respeito. Porque a gente vai aos consultórios médicos do SUS e é um pavor, eles não te dão respeito, carinho. (F2)

Ela gosta muito de estar próxima aos médicos, de ter atenção, e aqui ela consegue ter. (F12)

Eu acho que ela está ótima, mas isto é devido à ajuda grande que ela tem de lá. Porque custou, não foi assim rapidinho. Eles batalharam um bocado lá com ela. Eles foram devagarzinho, trazendo ela pra vida de novo. (F4)

Eles têm muita responsabilidade com ela, porque quando ela vem pra cá, tem total assistência. [...] Ela está tendo bastante apoio da doutora, ela tem muita confiança. (F8)

Quando é para sair, que estão melhor, que já podem passar pra outro lugar, ninguém quer sair. Todo mundo volta mesmo [...] não querem largar doutor X; não querem largar doutora Y, não querem largar as enfermeiras. (F3)

Outro dia, a gente ainda estava conversando e eu falei pra ela: se não fosse o CAIS onde será que ela estaria! [...] eu acho que ela não saberia viver sem o CAIS, porque ela é bem dependente de lá. Não falta por nada. [...] Então, ela não ia mais saber viver sem esta coisa toda. (F4)

Ela não pensa de nenhuma forma deixar o CAIS. E eu também não gostaria de maneira alguma que ela deixasse porque está fazendo muito bem para ela. (F8)

Peço a Deus que dê saúde pra gente. Pra gente segurar, deixa ela ficar certa sempre por aqui. (F3)

Ela precisa daquilo, porque eu acho que lá ela se sente gente. Porque na família pensam que ela é uma doidinha. Tirando a gente aqui, o resto, os outros irmãos e os pais, tratam ela como uma doente, uma incapaz. Então, aqui e lá, é onde ela é gente. Então, ela não ia mais saber viver sem esta coisa toda. (F4)

Os familiares relataram que a relação interativa estabelecida com a equipe é freqüente e, algumas vezes, mediada por telefone. Os familiares caracterizam esta relação como acolhedora, atenciosa, comprometida e responsável junto a eles e aos usuários do serviço.

Os familiares descreveram ainda uma relação de vínculo entre o usuário e a equipe, contudo, em alguns momentos esta relação se mostrou, para os familiares, como uma relação de dependência da equipe do CAIS.

Frente à compreensão vaga e mediana expressa anteriormente nas sínteses, nesse momento, no intuito de buscar o depoimento que funda o sentido, pretendo realizar uma interpretação compreensiva dos depoimentos de familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe, tendo como suporte teórico filosófico o pensamento de Alfred Schutz, com o intuito de avançar na compreensão das vivências dessas famílias.

6.2 Interpretação compreensiva

Neste momento, buscando apreender o sentido do fenômeno estudado, desvelando a essência do mesmo, propus-me a um exercício reflexivo, no qual a fenomenologia nos orienta para uma atitude descritiva.

Assim, para compreender o que nos falam os familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe, remeto-me a Ricoeur (1976, p. 87):

Compreender não é apenas repetir o evento do discurso num evento semelhante, é gerar um novo acontecimento, que começa com o texto em que o evento inicial se objectivou. O texto é como uma partitura musical, e o leitor como o maestro que segue as instruções da notação.

Segundo o referido autor, para compreender faz-se necessário uma nova maneira de dialética interna, constituindo-se na interpretação como um todo. Dessa maneira, para compreender um texto é preciso seguir o seu movimento do sentido para a referência, ou seja, do que ele nos diz para aquilo que ele nos fala.

Para tanto, conforme Rezende (1990), por meio da descrição compreensiva, utilizada nesse estudo, tento interpretar o que foi descrito, enquanto uma dimensão do depoimento descritivo, sendo a interpretação o fenômeno, enquanto percebido e vivido, pelo qual passo a interpretar as vivências dos familiares em estudo.

Na expressão dos familiares dos usuários do CAPS ao questionamento “Fale sobre o trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial”, o fenômeno *trabalho da equipe* emergiu dos depoimentos associado a um relato do seu mundo social. Esta descrição envolve o trabalho da equipe como projeto, ação e ato, fundamentado no interesse à mão e permeado por relações interativas, mostrando que o trabalho da equipe do CAPS não está desconectado, nem isolado, mas relacionado a várias situações do cotidiano dos indivíduos em estudo que, ao falarem do trabalho da equipe, falam de si.

Quando é dado um espaço para que o familiar se coloque sobre o trabalho da equipe, o mesmo revisita sua história e descreve sua trajetória com o familiar em sofrimento psíquico. Relata, apresenta, desabafa e compartilha com o pesquisador um *retrato* sucinto do seu convívio com a loucura. Assim, nos encontros entre o pesquisador e os familiares, emergiram sentimentos de dor e sofrimento, mas também de satisfação e de alegria no cotidiano do mundo social.

O familiar do usuário do CAPS, como todo ser humano, é um ser social, com suas necessidades, sendo o espaço do serviço e o trabalho da equipe uma dessas necessidades, como evidenciado em cada depoimento.

Para tanto, ao propor-me a apreender como a família vivencia o trabalho da equipe do CAPS, apropriei-me das idéias de Schutz (1979; 2003) para embasar a compreensão do fenômeno em estudo.

O trabalho, para Schutz (1979) é a ação no mundo exterior, baseada num projeto, em que o ator de uma determinada ação se realiza como uma totalidade, integrando presente, passado e futuro.

O conceito de *trabalho* em Schutz evoca necessariamente os conceitos de *projeto*, *ação* e *ato*. Nesta primeira categoria concreta, esses elementos puderam ser identificados nos depoimentos dos familiares quando descreveram suas vivências sobre o trabalho da equipe do CAIS.

Nas descrições dos familiares, observei inicialmente que caracterizam a equipe do CAIS como um grupo de profissionais diversificados, agregando aos que

possuem formação em saúde, os profissionais de apoio e administrativo como membros de uma equipe.

Aqui têm vários, tem psicóloga, assistente social... na verdade é fora de sério, os grandes e os pequenininhos, são fora de sério. Eles são muito queridos. (F2)

Toda a turma trabalha como equipe mesmo. [...] Tanto do rapaz, do secretário, até o fundo. Todo mundo. (F6)

Penso que estes depoimentos revelaram que todos os profissionais que atuam no espaço do CAIS, que lidam direta ou indiretamente com os usuários e familiares, representam atores importantes no tratamento do usuário e que podem influenciar/interferir no andamento do trabalho terapêutico da equipe.

Além disto, os familiares consideraram os profissionais qualificados e entendem que o trabalho oferecido por eles ocorre numa perspectiva interdisciplinar, pois é desenvolvido num clima de união e integração.

Eu considero o trabalho muito bom. Eu considero as pessoas bem qualificadas para aquilo que fazem. [...] Todo mundo bem capacitado, bem inteirado. (F7)

O trabalho é surpreendentemente de nível muito elevado. [...] profissionais de muita capacitação se vê aqui. [...] todos são pessoas de muita qualificação. (F9)

Toda a turma trabalha como equipe mesmo. [...] Eu acho que este caminho está sendo maravilhoso. Continue assim para melhor. Tanto do rapaz, do secretário, até o fundo. Todo mundo. (F6)

A equipe toda é boa, eles trabalham numa união muito grande. (F1)

Para os familiares, o trabalho da equipe é um trabalho pensado pelos profissionais, na busca de um objetivo junto aos usuários do serviço. Este planejamento é reconhecido como relevante para se qualificar o trabalho da equipe.

Os entrevistados consideraram o planejamento do trabalho da equipe como importante, pois permite uma melhor assistência aos usuários. Isto fica evidente nos depoimentos a seguir.

[...] eu acho que o que querem fazer e o que estão fazendo é muito bom. (F1)

Essas reuniões que acontecem de equipe sempre uma vez por semana, eu acho que acontece aqui no centro, pra quem trabalha na área da saúde é super importante [...] para poder prestar uma assistência melhor pra esse paciente. (F8)

O trabalho como *projeto* é revelado pelos familiares quando os mesmos se referem ao trabalho da equipe como planejado e organizado em reuniões de equipe.

Neste percurso, entre o que é planejado/pensado e o que é concretizado (resultado concreto), os profissionais do CAIS lançam mão de várias estratégias, com objetivos terapêuticos, para transformar a ação planejada em ato concreto. Essas estratégias, para os familiares, estão configuradas em visita domiciliar, consultas clínicas e uma diversidade de oficinas terapêuticas.

O trabalho como *ação* é visto no momento em que a equipe implementa essas estratégias - oficinas terapêuticas, consultas e visitas domiciliares - na assistência em saúde mental aos usuários.

Essas ações são desempenhas num contexto denominado de mundo social, ou seja, aquele em que ocorre a vida cotidiana, no qual as pessoas se comunicam e agem. Para Schutz (1979), por meio de atos de trabalho os profissionais se comunicam e conseguem organizar diferentes perspectivas espaciais desse mundo social.

O mundo social no qual os profissionais do CAIS vêm atuando e se comunicando, entre si e com os usuários e familiares, transcende o espaço físico do serviço. Sendo assim, para os familiares, o espaço do domicílio também é uma dimensão do mundo social onde ocorre o trabalho da equipe.

Teve uma época que ele não estava bem, nós ligávamos pra cá e a enfermeira ou a assistente social, quem estivesse disponível na hora, ia lá em casa, pra ver se conseguia trazer ele pra cá pra ficar o dia todo. (F1)

[...] eu acho que ela tem um estímulo grande, ela tem oficinas, tem escrita, música, tem um monte de coisa e ela participa. (F4)

Ela participou das oficinas que ofereciam aqui no CAIS. [...] Então, quando ela se sentiu mais segura, ela veio mais para as consultas marcadas. (F8)

Embora os familiares reconheçam que o planejamento do trabalho da equipe seja importante para qualificar o seu trabalho, também se mostrou um obstáculo para o acesso dos familiares e usuários ao serviço. Isto está evidenciado nos depoimentos a seguir.

O hospital que marcou direto pra cá, porque ela estava hospitalizada, tentou suicídio, então, quer dizer, é uma coisa assim maravilhosa, pena que é pouco, precisa muito mais [...] quando alguém pergunta: vê se tu consegue lá no CAIS Mental! Sei que tem uma porta, mas vê se tu consegue. Essa minha amiga já veio direto, e eu digo, não, pelo amor de Deus, você não vai perder. (F1)

[...] a menina mais velha, retardada, está sem tratamento; porque é a burocracia; eu quis trazer a menina aqui, mas aí já tem que levar em outro lugar. Pra mim conseguir para o Ernesto se tratar aqui... ele teve vários anos sem tratamento [...] Aí mandaram pra cá. Aí com muito, muito sacrifício, aquela coisa, eles aceitaram ele aqui. (F11)

Nos depoimentos dos familiares, transparece a existência de uma organização para que as pessoas sejam atendidas pela equipe do CAIS, ao referirem-se que há uma “porta” que dá acesso ao atendimento no serviço. No entanto têm encontrado dificuldades para entender a lógica de orientação do fluxo de acesso ao CAPS.

A organização deste fluxo mostrou-se como um obstáculo para o acesso dessas pessoas, pois nos depoimentos fica claro que o sentimento que aparece quando alguém consegue acessar o serviço é o de conquista e alívio em ter vencido os trâmites burocráticos.

Isso mostra que a organização do fluxo de acesso ao serviço repercute na vivência desses familiares sobre o trabalho da equipe, pois, para conseguir usufruir deste atendimento, necessariamente os familiares precisam de um encaminhamento emitido por um serviço de saúde. Além disto, segundo os familiares, nem todos terão garantida sua inserção no serviço devido ao não atendimento da demanda espontânea.

Esta dificuldade no acesso também aparece nos depoimentos quando os familiares relataram que serviços semelhantes ao CAIS deveriam existir em vários bairros da cidade, para assim permitir o acesso a todos aqueles que precisam deste tipo de serviço. Desta maneira, relatam que muitos problemas enfrentados pelas pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares poderiam ser prevenidos ou minimizados.

Uma amiga nossa nos indicou o CAIS. Eu acho que existe uma boa relação. Acho até que deveria ter mais, porque a psiquiatria, em termos de SUS, ela é muito difícil. (F1)

Até nem sabia que existia o CAIS; que existia este tipo de serviço. Se tivesse mais, pelos vários bairros, seria muito bom porque têm muitas pessoas que tem problemas psicológicos, e por falta de lugares para serem atendidas, cada vez vai piorando mais os casos. (F8)

Agradeço que tenha este lugar pelo SUS. [...] Viva as pessoas que trabalham lá. O trabalho que eles põem lá para os pacientes. (F6)

A concretização da ação planejada é tida para Schutz como *ato*, isto porque a ação foi concluída e está no passado. Desta maneira, esta ação pode servir de objeto de reflexão do familiar sobre o trabalho da equipe, atribuindo-lhe significados.

Os atos do trabalho da equipe são apontados pelos familiares como resultados concretos do tratamento oferecido no serviço. Esses resultados se apresentaram, para os familiares, em contraste, na medida em que eles comparavam o antes e o agora, pois puderam constatar mudanças importantes no quadro psíquico do seu familiar desde o seu ingresso no CAIS.

O trabalho, pelo que eu vejo, dá muito resultado. Pelo que minha mulher, quando começou a freqüentar aqui, do jeito que ela era, antes, e como está agora. [...] Tem resultado para ver. (F13)

Eu considero o serviço muito bom. A minha mãe teve uma melhora considerável nestes últimos tempos. (F7)

Eu percebi uma grande melhora depois que ela começou a participar do CAIS Mental aqui de Porto Alegre. (F8)

A melhora mencionada pelos familiares é caracterizada pela estabilização dos sintomas, mesmo quando se referem a esta estabilização com os termos *curada* e *controlada*.

Eu sinto que aqui ela conseguiu, não digo melhorar, mas estabilizar. E como são grupos pequenos que participam, eu acredito, e é quase certo que seja isto, é a questão do atendimento [...] Depois que ela veio para cá, ela não baixou (internou). (F12)

[...] a pessoa vai se tratando pra vê se fica curada, controlada. Tem que controlar, eu acho. Então a gente vai quando ela precisar, [...] tratando para ter controle. (F3)

Uma maneira de compreensão das ações humanas preconizadas por Schutz ocorre por meio da interpretação indireta dos *motivos para* dos atores de uma determinada ação. Desta maneira, os familiares, ao lançarem mão desta possibilidade de compreensão, consideram que os *motivos para*, ou seja, os motivos

que impulsionaram a ação dos profissionais do CAIS Mental em seu cotidiano estavam fundamentalmente dirigidos para a estabilização do quadro clínico do familiar em sofrimento psíquico.

Os termos *controle* e *cura*, apesar de referirem à estabilização do sofrimento psíquico dos usuários, quando utilizados pelos familiares no contexto do CAIS, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, refletem uma concepção ainda predominante, tão presente, das promessas da psiquiatria tradicional em eliminar a loucura da vida das pessoas.

Embora a equipe venha estabilizando o quadro psíquico dos usuários, um familiar alerta que em seu familiar-usuário ocorre recaída (crises). Contudo reconhece que estas recaídas são menos freqüentes se comparadas com outros momentos da vida do familiar, atribuindo isso ao tratamento oferecido no serviço.

E acredito que aqui ela melhorou. Quero dizer, melhorar não, mas estabilizar. Claro que de vez em quando tem uma recaída, mas é muito pouco as recaídas. Eu acredito que aqui ela conseguiu estabilizar. (F12)

Para um familiar, o tratamento oferecido pela equipe do CAIS poderia prevenir várias internações psiquiátricas, às quais seu familiar-usuário foi submetido, se, em ocasiões anteriores, ele tivesse sido acompanhado pela equipe, como ocorre atualmente.

Ao longo dos anos, se minha mãe tivesse feito um acompanhamento aqui, com certeza ela não tivesse passado por várias internações, como ela já passou. (F7)

Penso que os depoimentos anteriores dão credibilidade ao trabalho prestado pela equipe, visto que constata resultados concretos, configurados em atos, tais como a estabilização do quadro clínico psiquiátrico e a diminuição de internações psiquiátricas.

Esta credibilidade está também ilustrada nos depoimentos a seguir, nos quais os familiares se mostram satisfeitos e gratos com o trabalho da equipe.

Eu acho ótimo. Sensacional. Eu gosto muito. A gente acha que está bem atendido em tudo no que a gente precisou e no que está precisando. (F3)

Eu só tenho a elogiar todos eles. E agradecer a todos pelo bem que eles estão fazendo para minha mãe. (F8)

Eu gosto do atendimento deles, tanto para mim, no caso como familiar, como pra minha mãe que é paciente. (F12)

Este sentimento de satisfação e gratidão dos familiares se deve aos resultados alcançados pela equipe junto aos seus familiares em sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que relatam se sentirem assistidos.

Contudo nem todos os atos da equipe do CAIS foram satisfatórios para os familiares, isto porque o resultado esperado em algumas situações foi diferente do alcançado, embora o trabalho da equipe fosse planejado.

[...] eu me decepcionei tanto, que eu queria sair a todo custo daqui, porque o meu filho começou a ficar ruim [...] eles lutavam, mas mesmo assim, não mexeram nos remédios. Eu tinha demais que eles deveriam ser mudados. (F5)

[...] mandaram para cá. Com muito, muito sacrifício, aquela coisa, eles aceitaram ele aqui, mas fracassaram [...] Não quero culpar ninguém, mas você sabe como é que é. Sabiam que ele era fujão. (F11)

Apesar dessas insatisfações, os familiares destacaram que o trabalho desenvolvido pela equipe do CAIS é melhor que o de outros serviços de saúde mental vivenciados anteriormente.

Os meus familiares vieram pra cá e aconselho: é o melhor lugar para a pessoa se desenvolver. (F2)

Fiquei mais contente quando a gente passou a vir pra cá, depois que eu levei minha guria pra casa, eu achei que foi bem melhor do que todos os outros lugares que ela já esteve. (F3)

O tratamento daqui é bem melhor do que ela estava tendo lá no Hospital. (F12)

Frente a isso, os familiares consideraram que o trabalho da equipe do CAIS é importante, não só para os sujeitos em sofrimento psíquico, mas também para a sociedade como um todo, sobretudo para as famílias que convivem cotidianamente com esses sujeitos.

Mesmo como leigo, percebe-se que isto é muito importante para as pessoas que precisam deste atendimento, como para a sociedade em geral [...] a convivência com a família fica praticamente impossível, extremamente difícil... se não tivesse um atendimento desta ordem... é uma coisa muito necessária. (F9)

Para os familiares, serviços como o CAIS Mental têm se mostrado como importantes dispositivos de assistência em saúde mental e de relevância social.

Frente ao exposto nesta categoria, o trabalho da equipe do CAIS, caracterizado pelo projeto, ação e ato, como qualquer outra ação social, considera as dimensões de tempo passado, presente e futuro no balizamento das condutas dos atores sociais. Assim, penso que as ações aqui descritas pelos familiares consideram passado e futuro na medida em que suas ações no presente tentam romper com o paradigma psiquiátrico asilar.

Assim, visualizo um passado marcado pela constituição da disciplina psiquiátrica, enquanto saber e procedimentos; um presente marcado pelo movimento de reforma psiquiátrica e invenção de novos dispositivos na assistência em saúde mental; e um futuro com horizontes aberto às transformações.

No mundo da vida cotidiana o *interesse à mão* do ator social define, além do seu projetar e agir neste mundo, a escolha dos problemas a serem solucionados e os objetivos das suas ações (SCHUTZ, 1979).

O projetar e o agir são possíveis ao ator social a partir do estabelecimento do interesse à mão, isto é, um interesse prioritário dentro de um sistema maior de interesses inter-relacionados, que vai determinar o que será pensado, projetado e que levará a uma ação.

Para Schutz (1979), este sistema de interesse não é homogêneo (pois pode mudar de acordo com o papel desempenhado pelo ator social em diferentes âmbitos do mundo social) e nem constante (porque pode adquirir maior ou menor prioridade entre o *agora* e o *agora* que acabou de passar).

Assim, o trabalho da equipe do CAIS ocorre devido a um interesse que motiva o pensar, o projetar e o agir desta equipe como atores sociais.

Isto é observado nos depoimentos dos familiares, que revelam o trabalho da equipe fundamentado em um interesse autêntico em relação à assistência em saúde mental ao familiar-usuário, e também o envolvimento dos familiares neste processo.

O interesse assim, de todos, o assistente social, psicólogo, enfermeiro, todos aqui 100%, 100% mesmo. (F1)

Eu fui poucas vezes lá, mas nestas poucas vezes, eu até fiquei emocionada, emotiva, porque eu vi que elas se preocupavam comigo também. (F6)

A gente acha que está bem atendido em tudo no que a gente precisou e no que está precisando. (F3)

No pensamento de Schutz, o *interesse à mão* está alicerçado em dois pontos fundamentais: o *estoque de conhecimento à mão* e o *sistema de relevâncias* dos atores sociais.

O estoque de conhecimento à mão serve como código de referência para subsidiar as interpretações das vivências passadas e do presente do ator social, determinando também as antecipações futuras deste ator (SCHUTZ, 1979).

O estoque de conhecimento à mão do familiar está dado pela sua *situação biográfica determinada*, que é única para cada um, pois refere-se à sua história e à sedimentação de todas as vivências anteriores junto ao sujeito em sofrimento psíquico.

Assim, quanto à situação biográfica determinada dos familiares, embora estes sintam-se reconhecidos pela equipe em sua história junto ao familiar-usuário, nos depoimentos também foram evidenciados que nem sempre esta situação biográfica determinada é plenamente reconhecida pela equipe do CAIS.

A vantagem que tem aqui, é que o doutor W, que trata dele, quando eu não posso trazer o Ernesto, venho sozinha, aí ele marca a próxima consulta... aí, já duas vezes que eu venho e não trago o Ernesto, porque eu vindo sozinha é uma coisa, eu trazer ele é outra. [...] Eu mesma precisava fazer um tratamento. Eu mesma já disse para [...] o doutor W: doutor, eu não tenho mais condições de... às vezes o doutor W é meio... fica meio descontente comigo, mas eu digo: doutor, eu estou esquecida. (F11)

No fim de muitos meses, eu consegui, mas com muita luta lá, e aí então ele trocou o remédio. [...] eu já vinha com muito anos, já sabia do problema dele, porque a mãe já sabe do problema. Então, eu tinha que internar ele. Aí eles falaram, o remédio é baixo, tinha que ter aumentado a dose. [...] De tão desesperada, ligava e falava com eles e tudo, mas eles não me escutaram. (F5)

Para os familiares, os profissionais flexibilizam o agendamento de consultas do usuário no serviço por reconhecer o desgaste destes no convívio na família. Entretanto, em algumas ocasiões, este desgaste familiar reflete no trabalho da equipe, pois o cumprimento das orientações e prescrições pelos profissionais do CAIS nem sempre são realizadas pelos familiares. Além disto, há momentos em que as solicitações desses familiares não são atendidas pela equipe, o que gera sentimento de frustração dos mesmos frente ao seu trabalho.

Este desgaste familiar representa uma maneira desta situação biográfica se mostrar como um aspecto que deva ser considerado pela equipe, na assistência ao usuário e da família.

Em outras ocasiões, os familiares consideraram que as informações fornecidas pela equipe em relação ao tratamento do familiar-usuário eram insuficientes e inespecíficas.

Quando eu vim para cá, eu não tinha nada, não sabia nada dessas coisas todas. Eu tive conhecimento até dos sintomas que poderia levar. Eu me informava aqui fora com as pessoas, numa fila do SUS, numa fila de uma farmácia [...] Mas eu, enquanto familiar, achei respostas na rua. E eu acho que para melhorar esse campo no CAIS, deveria ter uma parte com os parentes. De explicar: o seu familiar está passando por isto; ele vai ter crises assim. Eu acho que precisava disto. Isso ficou muito vago aqui. (F10)

Essa constatação é relevante ao ponderarmos que as informações solicitadas pelos familiares deveriam considerar as especificidades da situação biográfica determinada de cada família, pois o que vem sendo informado nos encontros entre os profissionais e a família não tem atendido às demandas. Desta maneira, os familiares pedem uma relação de troca mais intensa com a equipe, pois o seu conhecimento sobre a loucura vem se construindo junto a pessoas externas ao serviço.

Conforme os depoimentos dos familiares, a equipe do CAIS deveria considerar a sua situação biográfica determinada: a *situação* de ser um familiar, membro de uma família que convive com um usuário que está em sofrimento psíquico; a *biografia*, no sentido de ter uma vivência, história de vida, marcada pelo convívio com a loucura; e *determinada*, como uma situação que está em constante transformação.

No pensamento de Schutz, a situação biográfica determinada e o estoque de conhecimento à mão dos familiares de usuário do CAIS compõem, juntamente com os seus sistemas de relevâncias, os elementos que vão subsidiar o pensamento, a ação e a interpretação desses atores sociais, configurados no interesse à mão.

Uma vez estabelecido este interesse à mão, o ator social determinará o sistema de relevâncias intrínsecas como relação ao interesse escolhido, ficando até certa medida sob o seu controle. Por outro lado, a constituição final do interesse à

mão sofre interferência de eventos externos ao ator, caracterizados como interesses impostos.

Assim, neste estudo, os familiares consideraram que o trabalho da equipe do CAIS sofre interferência da gestão das políticas públicas. Esta interferência pode ser interpretada em Schutz como uma imposição de um sistema de relevância, na qual outros interesses confrontam os interesses intrínsecos dos profissionais.

O prefeito, eu acho que deixa alguma coisa a desejar, quer dizer, muita coisa. Na saúde eu acho que ele deixou muito, porque isto aqui era muito melhor, em tudo. Era melhor na saúde, barbaridade. (F1)

Tinham farmácia, não tem mais. Uma série de coisas que foi cortada verba [...] Então, o serviço perdeu em coisa. (F4)

Nos depoimentos dos familiares emergiram que os interesses impostos às ações da equipe são vivenciados como aqueles que são provenientes, fundamentalmente, da gestão das políticas públicas em saúde, demonstrando um caráter marcadamente político nos depoimentos como um interesse imposto.

Os reflexos deste interesse imposto vêm se mostrando aos familiares, sobretudo, na ingerência das políticas públicas em saúde e de saúde mental, ilustrando tal consideração quando se referem ao sucateamento do serviço, a ausência de uma rede de serviços de saúde mental pública e o corte de recursos financeiros.

Embora os familiares reconheçam algumas dificuldades enfrentadas pela equipe do CAIS em seu cotidiano, ressaltaram que esta equipe deve se orgulhar do trabalho desenvolvido.

Agradeço que tenha este lugar pelo SUS. [...] Então, tem este lugar que ainda tem pessoas que podem falar de cabeça erguida: viva o SUS. Viva as pessoas que trabalham lá. O trabalho que eles põem lá para os pacientes. (F6)

Além disto, apesar de se mostrar como um interesse imposto, e de caráter negativo, as políticas públicas em saúde mental mostraram-se para os familiares em seus aspectos positivos, na medida em que o serviço do CAIS se caracteriza como um serviço de saúde público, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente ao exposto nesta categoria, o trabalho da equipe do CAIS é caracterizado pelos familiares como um interesse à mão da equipe, moldado por um sistema de interesse diversificado e pela situação biográfica da equipe.

Com relação ao trabalho da equipe permeado por relações interativas, Schutz (1979), coloca que o relacionamento do *nós* é espacial e temporal, no qual ocorre a orientação para o *tu*. Já o relacionamento do *nós puro*, além de ser espacial e temporal, tem como diferencial a orientação para o *tu* recíproca, pois as consciências puras dos envolvidos se dão em presença uns com os outros.

A tomada de consciência do relacionamento do *nós puro* não é possível quando o está vivenciando, mas quando estivermos fora dele, pois Schutz (1979, p. 189) afirma que este conceito (relacionamento do *nós*) serve apenas para captação teórica da situação face-a-face, tendo em vista que é “somente a partir do relacionamento face-a-face, da experiência comum do mundo do *nós* que o mundo intersubjetivo pode ser constituído”.

O estabelecimento de relações interativas entre os familiares e a equipe pressupõe relações intersubjetivas. No CAIS essas relações têm se mostrado recorrentes, seja por iniciativa da equipe, seja pela dos familiares.

Embora algumas vezes esta relação seja mediada por telefone, ela se caracteriza como uma variação de uma relação social diretamente vivenciada, como se observa nos depoimentos a seguir.

[...] quando eles percebem que o paciente não está bem, eles já ligam pra casa, te chamam aqui, se meu irmão não vinha um dia já ligavam pra saber porquê. (F1)

Então, quando eles me chamam eu vou. Já sei como funciona o CAIS, já conheço. (F4)

A equipe [...] Eles também estão sempre em contato comigo, familiares. (F12)

Assim, as relações sociais entre familiares e profissionais do CAIS são recorrentes e de iniciativa de ambos, embora haja maior empenho da equipe em envolver a família no tratamento.

Nessas relações, os familiares e a equipe mostraram-se disponíveis ao estabelecimento de um relacionamento do *nós puro*, pois esta disponibilidade da equipe está caracterizada pela possibilidade de agendamento de um encontro entre o profissional e o familiar.

O movimento de buscar um relacionamento do *nós puro* também ocorre no sentido do familiar para a equipe, isto porque a família recorre aos profissionais a fim de ser orientada em situações do cotidiano, que poderiam interferir diretamente no tratamento do seu familiar-usuário.

[...] tudo isto eu peço para terapeuta se pode, porque eu tenho medo de tentar ajudar e estragar. Mas ela falou: não tem problema. (F4)

A equipe [...] tem tempo se eu precisar... no caso conversar com alguém, é mais fácil agendar; ou eles também. (F12)

Quanto ao relacionamento entre a equipe e os familiares, foi possível identificar nos depoimentos que estes últimos sentem-se acolhidos pela equipe na medida em que são bem tratados e obtêm atenção.

[...] estão todos acostumados aqui, com o médico, com a enfermeira, com todo mundo. São bem tratados. (F3)

Ela gosta muito de estar próxima aos médicos, de ter atenção, e aqui ela consegue ter. (F12)

São todos muito atenciosos. [...] Eu sempre me senti muito acolhida aqui. Quando eu venho, todos me tratam bem. (F8)

Para os familiares, ser bem tratado e ter atenção da equipe significa um tipo de relação que envolve necessariamente carinho e respeito dos profissionais em relação aos familiares e usuários, explícito no depoimento a seguir.

Eles são muito queridos, têm respeito pela pessoa humana; o importante é o respeito. Porque a gente vai aos consultórios médicos do SUS e é um pavor, eles não te dão respeito, carinho. (F2)

Os familiares afirmam que esse tipo de relacionamento não é freqüentemente encontrado em outros serviços de saúde da rede pública que eles tenham utilizado, sendo este um diferencial no trabalho da equipe. De maneira geral as pessoas não estão acostumadas com a forma com que os profissionais do CAIS se relacionam com a clientela - usuário e familiares - em seu trabalho, principalmente por se tratar de um serviço público.

Quanto ao relacionamento social entre os familiares e a equipe, emergiu a responsabilização e o comprometimento da equipe como uma postura inerente desta na assistência em saúde mental aos usuários. Assim, surge como

característica da equipe a persistência na implementação do seu trabalho, gerando segurança e confiança dos familiares e usuários em relação às condutas profissionais.

Eu acho que ela está ótima, mas isto é devido à ajuda grande que ela tem de lá. Porque custou, não foi assim rapidinho. Eles batalharam um bocadinho com ela. Eles foram devagarzinho, trazendo ela pra vida de novo. (F4)

Eles têm muita responsabilidade com ela, porque quando ela vem pra cá, tem total assistência. [...] Ela está tendo bastante apoio da doutora, ela tem muita confiança. (F8)

Tratar bem, ter atenção, comprometimento, responsabilidade, carinho e respeito são características atribuídas pelos familiares ao trabalho da equipe do CAIS. Esta composição é um aspecto relevante do trabalho da equipe que implica o favorecimento do vínculo entre a equipe, os familiares e os usuários.

No entanto este vínculo tem se descaracterizado como uma estratégia de assistência em saúde mental, pois os depoimentos apontam para o estabelecimento de uma relação de dependência entre o usuário e a equipe do CAIS, como é mostrado a seguir.

Quando é para sair, que estão melhor, que já podem passar pra outro lugar, ninguém quer sair. Todo mundo volta mesmo [...] não querem largar doutor X; não querem largar doutora Y, não querem largar as enfermeiras. (F3)

Outro dia, a gente ainda estava conversando e eu falei pra ela: se não fosse o CAIS onde será que ela estaria! [...] eu acho que ela não saberia viver sem o CAIS, porque ela é bem dependente de lá. Não falta por nada. [...] Então, ela não ia mais saber viver sem esta coisa toda. (F4)

Ela não pensa de nenhuma forma deixar o CAIS. E eu também não gostaria de maneira alguma que ela deixasse porque está fazendo muito bem para ela. (F8)

Para os familiares, a relação de dependência dos usuários com o CAIS é reflexo do medo, deles e dos seus familiares-usuários em ficarem sem a assistência da equipe, ou seja, têm receio em romper a relação com a equipe. Assim, os familiares querem a todo custo manter este vínculo com o serviço e a equipe, mesmo sendo uma relação de dependência.

Isto reforça a necessidade de aumentar o número de serviços e de outros dispositivos de saúde mental para assistir mais pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias.

Um depoimento traz marcadamente esta relação de dependência do usuário com o serviço, no entanto explicita que o espaço do CAIS tem propiciado o exercício da cidadania dos seus usuários.

Ela precisa daquilo, porque eu acho que lá ela se sente gente. Porque na família pensam que ela é uma doidinha. Tirando a gente aqui, o resto, os outros irmãos e os pais, tratam ela como uma doente, uma incapaz. Então, aqui e lá, é onde ela é gente. Então, ela não ia mais saber viver sem esta coisa toda. (F4)

A questão da cidadania é relevante neste depoimento, pois mostra que, entre os diferentes âmbitos do mundo social que o familiar-usuário frequenta, o espaço do CAIS, tem se mostrado como um âmbito do mundo social desses usuários no exercício de sua cidadania, ou como foi dito, de ser gente.

Nesta categoria ficou evidenciada que o relacionamento do *nós puro*, da relação face-a-face, mostra-se relevante para o tratamento dos usuários e familiares, pois permite uma relação de proximidade e de compartilhamento de tempo e espaço entre os envolvidos. Este tipo de relação pode contribuir consideravelmente para ampliar os resultados do trabalho da equipe.

Cabe destacar que a compreensão do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial pelos familiares de usuários deste serviço deve ser considerada enquanto uma das dimensões desse fenômeno, que se desdobra. Nesse sentido, o buscado por meio desta investigação não se esgota, necessitando ser constantemente esclarecido por meio de um processo atento e contínuo de desvelamento do mundo social desse familiar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo pude compreender as vivências de familiares de usuários de um CAPS sobre o trabalho da equipe de saúde mental, sob a perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Este referencial teórico-filosófico permitiu-me vislumbrar algumas dimensões das vivências desses familiares para melhor compreensão do seu mundo social.

Considerando que neste estudo o trabalho da equipe é vivenciado pelos familiares como projeto, ação e ato, bem como fundamentado no interesse à mão e permeado por relações interativas, faço algumas considerações acerca dessas categorias que julgo pertinentes.

O trabalho da equipe do CAIS tem alcançado resultados concretos por possuir uma proposta terapêutica alicerçada no modo de atenção psicossocial em saúde mental. A equipe de saúde mental reconhece que o objeto de seu trabalho é a subjetividade humana situada e que, para lidar com esta subjetividade, é preciso instituir uma relação interprofissional e lançar mão de diferentes dispositivos terapêuticos em seu cotidiano.

Como o trabalho da equipe de saúde mental do CAIS está pautado no modo de atenção psicossocial, a família constitui-se em um dos objetos de trabalho desta equipe. Contudo o trabalho com esses familiares tem exigido maior empenho da equipe quanto à história de vida desses grupos em particular, sobretudo em relação ao reconhecimento das suas necessidades e demandas advindas do seu convívio com os respectivos familiares-usuários e do reconhecimento dos valores, crenças e cultura desse grupo para a construção de uma assistência em saúde mental singularizada.

O trabalho com famílias exige da equipe uma perspectiva de estar atuando *junto com* e não *sobre* a família. Esta mudança de abordagem às famílias é uma tarefa essencial na busca da concretização do modo de atenção psicossocial, possibilitando maiores resultados quanto à reabilitação psicossocial e à reinserção social dos usuários.

Além desses aspectos, a organização do trabalho é um elemento importante para pensar o trabalho da equipe, pois tem contribuído para o alcance de resultados concretos, gerando satisfação dos familiares. Entretanto esta mesma organização

do trabalho interfere no acesso às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares ao serviço, gerando insatisfação e frustração.

Foi evidenciado que a gestão das políticas de saúde mental municipal reflete diretamente no cotidiano do trabalho da equipe de saúde mental junto aos usuários e seus familiares. Estes sentem as interferências, sobretudo na insuficiência do número de serviços de saúde mental de administração pública no município e no sucateamento dos serviços existentes.

A falta de uma rede de atenção em saúde mental devidamente constituída no município prejudica sobremaneira o desempenho do trabalho da equipe do CAIS, comprometendo os resultados da atenção psicossocial deste serviço.

O trabalho no CAIS é diferente dos outros serviços de saúde pública, pois as relações sociais estabelecidas entre familiares, equipe e usuários são de proximidade, das quais emergem interesses genuínos dos profissionais pelo tratamento dos usuários. Em certa medida, os familiares são assistidos, gerando confiança e segurança quanto ao trabalho da equipe.

O relacionamento social direto, face-a-face, implementado no CAIS, tem implicações nos resultados alcançados pelo serviço, pois desse relacionamento emergem o respeito, o carinho, o comprometimento e a responsabilização da equipe com os usuários e seus familiares.

Entretanto, as famílias pedem uma escuta atenta de suas necessidades, em um ambiente vívido de trocas mediante uma relação de maior proximidade, de compartilhamento de espaço e tempo característico do relacionamento do *nós puro*. Isto poderia contribuir para um atendimento singularizado, considerando as especificidades inerentes à trajetória da família e do familiar-usuário.

Diante do exposto anteriormente, o CAIS foi apontado, dentre os serviços de saúde mental conhecidos, como de importante relevância social, pois serve como um espaço de promoção de vida em sociedade e de exercício da cidadania, sobretudo dos usuários.

Frente aos achados deste estudo, penso que os profissionais de saúde mental poderiam buscar estabelecer uma relação de interação social direta, face-a-face com os familiares dos usuários continuamente no serviço, no domicílio e na comunidade. Por meio deste tipo de relacionamento, poder-se-ia facilitar a identificação das necessidades e demandas que emanam do grupo familiar,

possibilitando assim construir conjuntamente possíveis estratégias de assistência em saúde mental.

Penso também que os profissionais de saúde mental, juntamente com usuários e familiares, são importantes protagonistas no processo de transição paradigmática do modo asilar para o modo psicossocial em saúde mental. Embora esta responsabilidade deva ser partilhada por todos os interessados (usuários, familiares, profissionais, governantes e sociedade em geral), cabe aos profissionais catalisar este processo.

Desta maneira, a conscientização do seu papel de profissional-cidadão é ponto de partida para motivar as ações desses profissionais na busca criativa de dispositivos que envolvam a família no cotidiano do serviço e da comunidade no sentido de consolidar uma assistência de saúde mental digna para os usuários e seus familiares.

Embora haja imposições de interesses contrários aos da equipe de saúde mental do CAIS, a mobilização do meio social parece ser um espaço apropriado para as ações dessa equipe para a superação desse conflito. Neste contexto, a família tem se mostrado um *locus* fundamental e privilegiado para a construção coletiva em saúde mental.

Este estudo suscitou-me algumas indagações que contemplam a necessidade de aprofundamento em investigações futuras. Além disto, a utilização do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz mostrou-se um relevante referencial para a condução de estudos no campo da saúde mental.

Penso que a utilização deste referencial teórico-filosófico poderia ampliar a compreensão de outras dimensões que permeiam a assistência em saúde mental, como a busca do significado de uma determinada ação desempenhada por atores sociais no contexto do mundo social.

Nesta pesquisa, o desvelamento do fenômeno permitiu-me revelar achados relevantes para a construção do conhecimento acerca das famílias de usuários de um CAPS no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, particularmente no que se refere às vivências desses familiares sobre o trabalho da equipe.

Espero que este estudo contribua para que os profissionais de saúde mental, dentre eles os enfermeiros, repensem continuamente suas práticas frente aos familiares dos usuários do CAPS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 83-90.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. Teoria do conhecimento. In: _____. **Filosofando: introdução à filosofia**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2003. p. 118-54.

BANDA, Maria Zárate. **Compreensão típico ideal da prática profissional do enfermeiro em hospitais públicos**. 2004. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BASSIT, William. A família e a doença mental. In: D'INCAO, Maria Ângela (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 278-88.

BELMONTE, Pilar; REIS, Valéria; PEREIRA, Rosemary; PEREIRA, Maria de Fátima; JORGE, Marco Aurélio; COSTA, Ana Lúcia. **Temas de Saúde Mental: textos básicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BODEI, Remo. O mundo e o olhar. In: _____. **A filosofia do século XX**. Bauru: EDUSC, 2000. p. 161-222.

BOEMER, Magali Roseira. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, Jan. 1994.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei dos Direitos Autorais nº 9.610, de 20 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre a alteração, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais. Diário Oficial da União, Seção I, p. 3, 1998.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 10 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão de Saúde Mental. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 1992**: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. Algumas reflexões sobre a ética na pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: LMP Editora, 2006. p. 157-64.

BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus do Espírito Santo. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1019-26, nov./dez. 2005.

CAPALBO, Creusa. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 2, n. 1, p. 70-6, maio 1994a.

_____. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 2, n. 2, p. 192-97, out. 1994b.

_____. A intersubjetividade em Alfred Schutz. **Veritas**, Porto alegre, v. 45, n. 2, p. 289-98, jun. 2000.

_____. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. 2. ed. Londrina: UEL, 1998.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1994.

CORDÓN, Juan Manuel Navarro; MARTÍNEZ, Tomas Calvo. **História da Filosofia**. Lisboa: Edições 70, 1995.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-68.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____ (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DURÃO, Ana Maria Sertori; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 586-92, jul./ago. 2006.

FONSECA, Ana Lúcia Nascimento; LACERDA, Maria Ribeiro; MAFTUM, Mariluci Alves. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e a sua família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 7-15, jan./abr. 2006.

FUSTINONI, Suzete Maria. Diretrizes básicas para a construção de um projeto de pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: LMP Editora, 2006. p. 123-32.

GIL, Antônio Carlos. Os métodos das ciências sociais. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 27-42.

GIORGI, Amadeo. **Phenomenology and psychological research**. Tenth printing. Pittsburgh: Duquesne University Press, 2001.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1993. v. 1.

HUSSERL, Edmund. **A idéia da fenomenologia**. Tradução de Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1990.

IBGE. **Resultados da amostra do censo demográfico 2000** – malha digital do Brasil: Situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 28 dez. 2007.

KANTORSKI, Luciane Prado; WETZEL, Christine; REINALDO, Amanda. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 5-16, jan./abr. 2005.

KOGA, Mariko; FUREGATO, Antônia Regina. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE, Renata Curi (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 363-77.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Moraes, 1983.

_____. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 4. ed. São Paulo: Moraes/ EDUC, 2004.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e família**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um

enfoque da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 644-53, set./out. 2002.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORENO, Vânia. A família do portador de sofrimento psíquico: olhares, trajetórias percorridas e possibilidades. In: SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e; COSTA, Maria Cristina Silva (Org.). **Saúde mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa/Fierp, 2005. p. 51-63.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NASI, Cíntia; STUMM, Lílian Konageski; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 59-67, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 12 Jun. 2007.

OLSCHOWSKY, Agnes. **O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "Lato Sensu"**. 2001. 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, Mirlândia Maria Braga de; JORGE, Maria Salete Bessa. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE, Renata Curi (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 379-88.

OLTRAMARI, Leandro Castro. Contribuições da fenomenologia de Alfred Schütz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, v. 2, n. 2, Florianópolis, jul./dez., p. 1-14, jul./dez. 2005.

PEIXOTO, Adão José. A origem e os fundamentos da fenomenologia: uma breve incursão pelo pensamento de Husserl. In: _____ (Org.). **Concepções sobre fenomenologia**. Goiânia: UFG, 2003. p. 13-31.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____ (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

POPIM, Regina Célia. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz**. 2001. 122 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 677-85, set./out. 2005.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial II CAIS Mental Centro: Programação 2006**. Porto Alegre: CAIS Mental Centro, 2006. Disponível nos arquivos do Centro de Atenção Integral em Saúde Mental Centro (CAIS Mental Centro).

RABELO, Maria Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 543-50, out./dez. 2004.

REZENDE, Antonio Muniz de. **Concepções fenomenológicas da Educação**. São Paulo: Cortez, 1990.

RICOEUR, Paul. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Edições 70, 1976.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: Amarante Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 301-6.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-69.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via – a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

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

_____. **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schütz. Compilação de Helmut Wagner. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **El problema de la realidad social**. Compilação de Maurice Natanson. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2003.

SCHNEIDER, Jacó Fernando. O método fenomenológico na pesquisa em enfermagem psiquiátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 100-8, jul. 1996.

_____. **Ser-família de esquizofrênico**: o que é isto? Cascavel: Edunioeste, 2001.

SCHNEIDER, Jacó Fernando; CAMATTA, Marcio Wagner; NASI, Cíntia. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: uma análise sociológica fenomenológica em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, out./dez. 2007. [no prelo].

SCHRANK, Guisela. **O centro de atenção psicossocial e a inserção da família**. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SIBEMBERG, Nilson; SILVA, Maria Cristina. Notas de percurso inacabado. **Revista do CAIS Mental Centro**: do CAIS Mental 8 ao CAPS Mental Centro - 10 anos, Porto Alegre, ano 1, n. 1, p 9-15, 2006.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; HILDEBRANDT, Leila Mariza; SCATENA, Maria Cecília Moraes; PEREIRA, Maria Alice. Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 80-6, set./dez. 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.73-85, 2001.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, Renata Curi (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 389-407.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; GUSMÃO, Raquel. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 154-162, jul./dez. 2001.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ZILLES, Urbano. Paradigma da fenomenologia. In: _____. **Teoria do conhecimento e teoria da ciência**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 99-104.

APÊNDICE A – Planilha de anotação dos possíveis sujeitos do estudo

	USUÁRIO	FAMILIAR	TELEFONE	ENDEREÇO	OBSERVAÇÃO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

APÊNDICE B - Questão orientadora do estudo

Fale sobre o trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ fui convidado para participar da pesquisa intitulada “**Percepção de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o trabalho da equipe**”, que tem como objetivo compreender o trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial – CAIS Mental de Porto Alegre.

Este estudo, além de servir de conhecimento para a construção de possíveis ações em saúde mental, torna-se importante, pois, contribuirá para a melhoria da assistência à saúde dos usuários e familiares que utilizam o CAIS Mental.

Para a coleta das informações será utilizada entrevista com uma única questão (norteadora), que será gravada em fita *cassete* durante 1 hora, sendo os depoimentos posteriormente transcritos em documento para serem analisados qualitativamente pelo pesquisador.

Livre de qualquer constrangimento e coerção quanto aos procedimentos da pesquisa, fui também informado sobre a:

- 1) garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados a pesquisa;
- 2) liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer ônus;
- 3) segurança de não ser identificado;
- 4) garantia do caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;

Este projeto está cadastrado na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no Comitê de Ética em Pesquisa (telefone: 3289-2771).

Qualquer esclarecimento pode ser solicitado aos pesquisadores envolvidos nesta pesquisa, se dirigindo a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, n.º963, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre/RS; ou por meio de contato telefônico: 3316-5081 (Prof.º. Dr. Jacó Fernando Schneider) ou 9182-5321 (Enfermeiro Mestrando Marcio Wagner Camatta).

Declaro estar ciente do exposto anteriormente e desejo participar dessa pesquisa.

Sendo assim, assino este Termo de Consentimento em 2 vias, ficando uma para o pesquisador e outra para mim (participante).

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do participante: _____

* Telefone para contato: _____

* e-mail para contato: _____

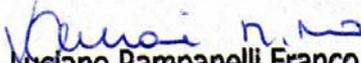
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

Pesquisador (a) Responsável: Jacó Fernando schneider
Registro do CEP:88 Processo N°.001.042261.06.6
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou na sessão do dia 24/10/2006 o processo N°.001.042261.06.6, referente ao projeto de pesquisa: “Percepção de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o trabalho da equipe”, tendo como pesquisador responsável, Jacó Fernando Schneider, cujo objetivo é “Compreender a percepção de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de familiares de usuários de um CAIS Mental sobre o trabalho da equipe”.

Assim, em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**, cujo prazo para atendê-las é de até sessenta (60) dias a contar da data de hoje.

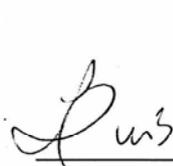
Porto Alegre, 27/10/2006


Luciane Rampanelli Franco
Coordenadora do CEP

ANEXO B – Termo de ciência do responsável pelo CAIS Mental Centro**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Leila Tannous, matrícula 35223.7, responsável pelo Serviço Centro de Atenção Psicossocial – CAIS Mental Centro, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado “Percepção de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o trabalho da equipe”, tendo como Pesquisador Responsável Jacó Fernando Schneider e pesquisador/mestrando Marcio Wagner Camatta, declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 31/08/2006.


Dr. Leila Tannous
CPF 376834030-91 CRM 16292
Coordenadora do CAIS Mental Centro
SMS/PSIQUIATRA

Assinatura