

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ROSÂNE MELLO

**Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção
psicossocial no Rio de Janeiro**

Ribeirão Preto

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROSÂNE MELLO

**Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção
psicossocial no Rio de Janeiro**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, inserida na linha de pesquisa “Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: Prof. Dr. Antônia Regina Ferreira Furegato

Ribeirão Preto

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

MELLO, ROSÂNE

Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção Psicossocial no Rio de Janeiro / Rosâne Mello ; orientador Antônia Regina Ferreira Furegato. – Ribeirão Preto, 2005.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Reforma dos Serviços de Saúde - Reforma Psiquiátrica. 2. Sistema de Apoio Psicossocial - Centro de Atenção Psicossocial. 3. Identidade - Usuários, Familiares e Profissionais. 4. Relações Interpessoais - Usuários, Familiares e Profissionais. 5. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROSÂNE MELLO

Identidade social de usuários, familiares
e profissionais em um centro de atenção
psicossocial no Rio de Janeiro

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor
em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: 08 de agosto de 2005

Banca Examinadora

Prof^a. Titular Antonia Regina Ferreira Furegato

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Maria Cristina Silva Costa

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof. Adjunto Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (RJ)

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Denize Cristina de Oliveira

Instituição: Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Renata Curi Labate

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Roberto,
Por seu incentivo permanente,
seu companheirismo ao longo do caminho e
sua compreensão nos momentos difíceis

AGRADECIMENTOS

“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás; mas só pode ser vivida olhando-se para frente”. (Soren Kierkegaard)

Aos meus pais, pelo suporte e ensinamentos ao longo da vida.

À minha queridíssima orientadora Regina Furegato, por ter me incentivado a buscar caminhos ousados, mostrando-se sempre pronta a ouvir, discutir, aconselhar e ajudar.

A todos os usuários, familiares e profissionais do CAPS Rubens Corrêa, pois, sem vocês este trabalho não existiria. Gostaria de agradecer em especial à Sandra Sisack, que abriu as portas do CAPS, me dando total liberdade e me recebendo com todo carinho.

À Professora Mariza Zavalloni, que prontamente doou seus livros e artigos e esteve sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas teórico-metodológicas.

À professora Denize Cristina de Oliveira, que, com suas muitas perguntas, tanto contribui para o processo de reflexão e análise dos dados encontrados.

Aos amigos, Cláudia Tallemberg, Verônica, Eduardo, Serginho, Paulo Henrique, Ivânia, Rosalina e Wanja que ouviram, por repetidas vezes, minhas angústias e dúvidas acerca da tese, principalmente àqueles que me fizeram rir ao longo da construção deste estudo.

Aos amigos Soledade, Nadja, Manuel, Jaci e Josephina, pois com vocês percorri este caminho tão importante da formação profissional, sempre podendo contar com o ombro amigo e com as estimulantes discussões filosóficas no Pinguim.

À Gilda e meninas da secretaria do DEPCH, por todo auxílio administrativo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Quando olho para trás, vejo as pessoas que fizeram com que meu caminho se tornasse mais agradável e ameno. Quando olho para frente vejo como foram importantes para

mim e o quanto aprendi com vocês.

Muito obrigada a

todos!!!

RESUMO

MELLO, R. **Identidade social de usuários, familiares e profissionais em centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro**. 2005. 242 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

A partir das mudanças que vêm ocorrendo na política de saúde mental, surgiram várias inquietações no que diz respeito aos resultados deste processo para os usuários, familiares, e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estas inquietações se estenderam também ao significado que estava sendo constituído por estes sujeitos sobre os CAPS. Surgiu, então, o desejo de estudar as identidades que estão emergindo destes sujeitos que atuam no cenário do CAPS, no que concerne a sua participação e integração a este serviço, como também conhecer os significados que estão sendo construídos a respeito destes serviços. O presente estudo possui os seguintes objetivos: Conhecer a identidade dos usuários, familiares e profissionais que atuam no cenário do CAPS e conhecer os significados relacionados ao CAPS. A pesquisa foi realizada com onze usuários, onze familiares e doze profissionais. O estudo seguiu o caminho teórico-metodológico da Teoria Ego-Ecológica, proposto por Zavalloni. Esta teoria permite conhecer a identidade do indivíduo, suas peculiaridades e sua realidade através da representação que ele possui acerca de si mesmo e do grupo. Esta teoria permite também compreender cada sujeito/identidade inserido em seu contexto, assim como as relações estabelecidas entre ele e seus pares e entre eles e os sujeitos de outros grupos com os quais se relacionam. Esta rede de relacionamentos intra e intergrupais possui significados que o Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS) permitiu conhecer e analisar de forma criteriosa e sensível. Este trabalho revelou o usuário com uma

autopercepção fortificada, com esperança de constituir uma nova família e conseguir um emprego digno. Contudo, as mudanças observadas na identidade dos sujeitos com diagnóstico de transtorno mental não se estendem aos seus familiares que continuam sendo vistos de forma negativa, tanto pelos usuários como pelos profissionais. Para que a reabilitação social ocorra os familiares precisam ser incluídos neste processo, precisam se implicar mais no tratamento de seus familiares, e também os usuários e profissionais precisam modificar o modo como percebem e se relacionam com os familiares. O presente estudo mostrou que, apesar das dificuldades encontradas, o modelo psicossocial tem beneficiado a pessoa com transtorno mental, porém observa-se uma certa paralisia no movimento da Reforma Psiquiátrica. Indubitavelmente o modelo psicossocial beneficia a pessoa com transtorno mental severo, contudo, atualmente, corre-se o risco da cronificação destes sujeitos dentro do CAPS. O movimento da Reforma Psiquiátrica conseguiu mostrar que o modelo manicomial é ineficaz no tratamento das pessoas com transtorno mental, porém esse é só o começo do processo de reabilitação psicossocial. Faz-se necessário avançar neste processo e ir além do CAPS para que os usuários alcancem a vida. A falta de medicação e de alimentação, o número insuficiente de serviços e funcionários e a dificuldade em realizar uma assistência adequada vêm sobrecarregando e gerando estresse nos profissionais e, como um dos profissionais entrevistados fala, “O CAPS é uma estrutura em crescimento, que não sabemos aonde vai dar”.

Palavras-chave: 1. Reforma dos Serviços de Saúde - Reforma Psiquiátrica. 2. Sistema de Apoio Psicossocial - Centro de Atenção Psicossocial. 3. Identidade - Usuários, Familiares e Profissionais. 4. Relações Interpessoais. 5. Enfermagem.

ABSTRACT

MELLO, R. **Social identity of users, relatives, and professionals in the Day-Care Units in Rio de Janeiro.** 2005. 242 p. Thesis (Ph.D.) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Many issues have come up due to the changes in the mental health policies concerning users, relatives and professionals at the Day-Care Units (CAPS). Those issues also consisted of the idea that was being made of the Day-Care Units by such individuals. This work has the purpose of studying the identities that are emerging from the perspective of such individuals who act on the Day-Care Unit scene, considering their roles and their commitment to that service, and of knowing how those services are being perceived by the individuals. The present study aims at: knowing the identity of the users, related and professional who act on the Day-Care Unit scene, and putting in evidence the meanings attributed to the Day-Care Unit. The research includes eleven users, eleven family members and twelve professionals. The study is methodologically based on the Ego-ecologic Theory by Zavalloni. This method allows to know the identity of the subject, his/her peculiarities and reality by means of self-representation and the representation made by him/her about the group. This theory also enables understanding of the subject/identity as inserted in his/her environment, likewise the relations within themselves, their pairs and subjects from other environments. This internal and external network of relationships has meanings capable of accurate and sensible analysis by means of the Multistage Social Identity Inquirer. This work reveals the user with the strengthened self-awareness, hoping to constitute family and getting a fair job. However, the

changes seen in mentally impaired are not followed by their relatives, who are still seen negatively both by users and professionals. In order that the social rehabilitation occurs, relatives must be included in the process, thus improving the bonds to their related ones. Users and professionals must modify the way they see and relate to their relatives too. The present study shows that, despite difficulties, the psychosocial model has been doing good to the mentally impaired, although noticing a certain paralysis of the Psychiatric Reform movement. No doubt the psychosocial model benefit the subject under severe mental impairment, however risking nowadays the perennial stay of those subjects within the Day-Care Unit. The movement of Psychiatric Reform has shown that the asylum model is not efficient in treating people mentally impaired, although psychosocial rehabilitation is just in the beginning. It is fundamental to move such process forward and beyond Day-Care Units so that the users can reach life. Lack of medication, food, services and staff to a proper care overload professionals, and quoting: "The Day-Care Unit is a growing structure which we know not where it is going to."

Key-words: 1. Health Care Reform – Psychiatric Reform. 2. Psychosocial Support System – Day-Care Unit. 3. Identity – Users, Relatives and Professionals. 4. Interpersonal Relations. 5. Nursing

RESUMEN

Mello, R. Identidad social de usuarios, familiares y profesionales en el Centro de Atención Psicosocial en el Rio de Janeiro. 2005 242 f. Tesis (Doctorado) .Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Uiversidade de São Paulo Ribeirão Preto 2005

Partiendo de los cambios que vienen ocurriendo en la política de la salud mental, surgieron. Varias inquietaciones respecto a los resultados de este proceso sobre los usuarios, familiares y profesionales de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Estas inquietudes se extendieron también al significado que se estaba siendo dado a los CAPS por estos sujetos. Surgió entonces, el deseo de estudiar las identidades que están surgiendo de los sujetos que actúan en el escenario del CAPS en lo que se refiere a su participación e integración a este servicio, como también conocer los significados que están siendo construidos a respecto de estos servicios. Este estudio posee los siguientes objetivos: Conocer la identidad de los usuarios, familiares y profesionales que actúan en el escenario del CAPS y conocerlos significados relacionados al CAPS. La investigación fue realizada con once usuarios, once familiares, y doce profesionales. El estudio siguió el camino teórico metodológico de la Teoría Ego Ecológica, propuesto por Marisa Zavalloni. Este método permite conocer la identidad del individuo, sus particularidades y su realidad a través de la representación que posee acerca de sí mismo y del grupo. Esta teoría permite también comprender cada sujeto/identidad insertado de su contexto, así como también las relaciones establecidas entre él y su pareja y entre ellos y los sujetos de otros grupos con los cuales se relaciona. Esta red

de relaciones (intra e intergrupales) posee significados que el Inventario Multifásico de Identidad Social (MIS) permitió conocer y analizar de manera criteriosa y sensible. Este trabajo reveló al usuario con una auto percepción fortalecida, con esperanza de constituir una nueva familia y conseguir un empleo digno. Con todo, los cambios observados en los parientes con diagnóstico de trastorno mental no se extienden a los familiares que continúan siendo vistos de manera negativa por los usuarios y por los profesionales. Para que la rehabilitación social ocurra los familiares necesitan ser incluidos en este proceso, necesitan involucrarse más en el tratamiento de sus familiares y también los usuarios y los profesionales necesitan modificar la manera como perciben y se relacionan con los familiares. Este estudio mostró que a pesar de las dificultades encontradas, el modelo psicosocial ha beneficiado a la persona con trastorno mental, sin embargo se observa cierta parálisis en el Movimiento de la Reforma Psiquiátrica. Indudablemente el modelo psicosocial beneficia a la persona con trastorno mental severo, con todo, actualmente, se corre el riesgo de hacer crónico el paso de estos sujetos dentro de los CAPS. El movimiento de la Reforma Psiquiátrica consiguió mostrar que el modelo de manicomios es ineficaz en el tratamiento de personas con trastorno mental, sin embargo este es solo el comienzo del proceso de rehabilitación psicosocial. La falta de medicinas y de alimentación, el número insuficiente de servicios y de empleados y la dificultad para realizar una asistencia adecuada viene sobrecargando y generando estrés a los profesionales y como uno de los profesionales entrevistados dice: “El CAPS es una estructura en crecimiento, que no se sabe adonde va a parar”.

Palavra Clave: 1. Reforma en Atención de la Salud - Reforma Psiquiátrica; 2. Apoyo Psicosocial - Centros de Atención Psicosocial; 3. Identidad - usuarios, familiares y profesionales; 4. – Relaciones Interpersonales. 5. Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

p.

Quadro 1 – Características dos CAPS I, II e III, segundo a Portaria n ° 336, do Ministério da Saúde	24
Quadro 2 – Espaço Elementar de Identidade de Social	47
Quadro 3 – Elementos que compõem o espaço de identidade do sujeito	49
Quadro 4 - Atividades desenvolvidas pelos usuários entrevistados no CAPS e fora dele	81

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percepção de usuários, familiares e profissionais do CAPS acerca da identidade psicossocial do usuário	208
Gráfico 2 - Percepção de familiares, usuários e profissionais do CAPS acerca da identidade psicossocial do familiar	210
Gráfico 3 - Percepção de profissionais, usuários e familiares do CAPS acerca da identidade psicossocial do profissional	213

LISTA DE TABELAS

p.

TABELA 01 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS no mês de janeiro de 2004 segundo idade e sexo	56
TABELA 02 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS no mês de janeiro de 2004 por diagnóstico médico, segundo a CID 10	58
TABELA 03 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS no mês de janeiro de 2004 segundo número de internações psiquiátricas anteriores e posteriores à entrada do usuário no CAPS	59
TABELA 04 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS no mês de janeiro de 2004 segundo o grau de escolaridade e sexo	60
TABELA 05 – Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS no mês de janeiro de 2004 segundo o tempo em anos de uso do serviço	61
TABELA 06 – Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS no mês de janeiro de 2004 segundo o projeto terapêutico e a inclusão do atendimento do familiar no neste	62
TABELA 07 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo idade e sexo	77

TABELA 08 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo escolaridade e sexo	77
TABELA 09 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo sua situação de moradia e o comparecimento do familiar no serviço	78
TABELA 10 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo sua fonte de renda e atividade laboral	79
TABELA 11 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo tempo de diagnóstico do transtorno mental e o tempo de tratamento no CAPS	79
TABELA 12 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo número total de internações e o tipo de diagnóstico médico	79
TABELA 13 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo número de internações anteriores e posteriores ao início do tratamento no CAPS	80
TABELA 14 – Pensamentos de fundo emergentes do espaço elementar de identidade psicossocial, referentes aos usuários, seguindo a seqüência usuários, familiares e profissionais	97
TABELA 15 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo sexo e idade	109
TABELA 16 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo estado civil e sexo	109
TABELA 17 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo seu vínculo com o usuário e a participação de outro familiar no tratamento	110
TABELA 18 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo a renda familiar em salários mínimos (SM) e o número de moradores na residência	111
TABELA 19 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo seu vínculo com o usuário e o número de moradores na residência	111
TABELA 20 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo a renda familiar e a condição de moradia	111

TABELA 21 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo o grau de escolaridade e a renda média familiar	112
TABELA 22 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo o tipo de atendimento recebido no CAPS	112
TABELA 23 – Pensamentos de fundo emergentes do espaço elementar de identidade psicossocial, referentes aos familiares, seguindo a seqüência familiares, usuários e profissionais	126
TABELA 24 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo idade e estado civil	138
TABELA 25 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo sua profissão e o tempo de atuação na área de saúde mental	138
TABELA 26 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo tempo de atuação na área de saúde mental e o tempo de atuação no CAPS	139
TABELA 27 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo o tipo de vínculo empregatício com o CAPS e o tipo de atividade profissional fora desta instituição	139
TABELA 28 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo sua profissão e o número de vínculos profissionais	140
TABELA 29 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo sua experiência profissional anterior ao CAPS	140
TABELA 30 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo a realização de cursos de pós-graduação	141
TABELA 31 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo o tipo de atendimento prestado no CAPS	141

TABELA 32 – Pensamentos de fundo emergentes do espaço elementar de identidade psicossocial, referentes aos profissionais, seguindo a seqüência profissionais, usuários e familiares	156
TABELA 33 – Conotações de usuários, familiares e profissionais referentes ao CAPS	182
TABELA 34 – Percepção de usuários, familiares e profissionais sobre o que poderia mudar no CAPS	194
TABELA 35 – Distribuição das freqüências das citações de usuários, familiares e profissionais nos eixos temáticos, segundo a percepção destes sujeitos acerca da identidade dos usuários do CAPS	208
TABELA 36 – Distribuição das freqüências das citações de usuários, familiares e profissionais nos eixos temáticos, segundo a percepção destes sujeitos acerca da identidade dos familiares dos usuários do CAPS	211
TABELA 37 – Distribuição das freqüências das citações de usuários, familiares e profissionais nos eixos temáticos, segundo a percepção destes sujeitos acerca da identidade dos familiares dos usuários do CAPS	214

Lista de Abreviações Utilizadas

A: Aposentado	Ng: Negativo
Amb: Ambulatório	Nutr: Nutricionista
Analf: Analfabeto	P: Positivo
AS: Assistente social	Pedag: Pedagoga
Assist: Assistência em rede pública	Pr: Profissional/ Profissão
AT: Acompanhamento terapêutico	Psicol.: Psicóloga/Psicologia
C: Casado	Psiq: Psiquiátrico (a)/Psiquiatra
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial	RT: Residência terapêutica
CHS: Carga horária semanal de trabalho	S: Sim
Consult: Consultório particular	Se: Semanal
D: Divorciado	SM: Saúde Mental
EC: Estado civil	So: Solteiro
Emerg: Emergência	SS: Seguro Social
Enf: Enfermeira	Q: Quinzenal
Est: Estadual	Reab Psicos: Reabilitação Psicossocial
Es: Esporádico	T: Trabalho
Espec: Curso de especialização	U: Usuário
Exp Pf: Experiência Profissional	V: Viúvo
F: Feminino	1°GI: Primeiro Grau Incompleto
Fa: Familiar	1°GC: Primeiro Grau Completo
Fe: Federal	2°GI: Segundo Grau Incompleto
ICS: Instrumento de Contextualização do Sujeito	2°GC: Segundo Grau Completo
IFB: Instituto Franco Basaglia	SI: Superior Incompleto
IMIS: Inventário Multifásico de Identidade Social	SC: Superior Completo
Inter: Internação/Internações	Tempo F: Tempo de formado
M: Masculino	Tempo Psiq: Tempo de atuação na psiquiatria
Me: Mensal	Tempo CAPS: Tempo de atuação no CAPS
Mu: Municipal	Var: Variável
N: Não / Nunca	Vinc Pf: Vínculo profissional

SUMÁRIO

	p.
PRÓLOGO	18
1. - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS	20
1.1 - A saúde mental no Município do Rio de Janeiro	25
1.2 - Novos desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica	29
2. - OBJETIVOS DO ESTUDO	32
3. REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	33
3.1 – Utilização da Teoria Ego-Ecológica na pesquisa em saúde mental	33
3.2 - A Teoria Ego-Ecológica de Marisa Zavalloni	35
4. - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	51
4.1 - Tipo de pesquisa	51
4.2 – O CAPS Rubens Corrêa	52
4.3 – Os participantes do estudo	62
4.4 - Os instrumentos	66
4.5 - Procedimentos para a coleta de dados	68
4.6 - Procedimentos éticos	70
4.7 - Procedimentos de análise dos dados	70
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
5.1 Conhecendo a identidade psicossocial de usuários, familiares de usuários e profissionais do CAPS	77
5.1.1 Os usuários	77
5.1.2 Os familiares dos usuários	109
5.1.3 Os profissionais	138
5.1.4 O CAPS Rubens Corrêa	170

6. SÍNTESE DOS RESULTADOS	206
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	225
9. APÊNDICES	241

PRÓLOGO

O interesse pelo aprofundamento do tema da Reforma Psiquiátrica, mais especificamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município do Rio de Janeiro, surgiu a partir do desenvolvimento de um trabalho de coordenação no CAPS Ernesto Nazareth, localizado no referido município, onde a autora do estudo trabalhou como coordenadora por três anos.

A partir desta experiência surgiram várias inquietações no que diz respeito ao significado que estava sendo constituído sobre esses novos espaços de atendimento em saúde mental pelas pessoas que nele circulavam cotidianamente, ou seja, os usuários, seus familiares e os profissionais. Apesar do CAPS se propor a prestar um cuidado inovador e diferenciado, foi observado que alguns sujeitos ainda o relacionavam a serviços tradicionais como hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental.

Surgiu então, o desejo de estudar de forma profunda as identidades que estão emergindo de usuários, familiares de usuários e dos profissionais que atuam no cenário do CAPS, no que concerne a sua participação e integração à dinâmica deste serviço, como também conhecer os significados que estes sujeitos estão construindo a respeito do CAPS. Acredita-se que estes sujeitos sociais, direta ou indiretamente, constroem e afirmam a existência do CAPS, tanto no contexto particular, como no âmbito social.

Após terem se passado quase nove anos da inauguração do primeiro CAPS, intitulado Rubens Corrêa, administrado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, as representações sobre o serviço podem ter se deslocado de algo semelhante ao hospital

psiquiátrico e do ambulatório de psiquiatria, para uma representação própria e característica desse tipo de proposta de cuidado em saúde mental. Da mesma forma, supõe-se que estas novas significações, surgidas no espaço de cuidados do CAPS, tenham influenciado e gerado modificações na identidade psicossocial de quem trabalha (os profissionais de saúde mental) e de quem é cuidado (clientes e familiares) no CAPS.

1 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Em abril de 2001 aconteceu o redirecionamento jurídico da assistência em saúde mental, o que sem dúvida tornou-se um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira. Este redirecionamento ocorreu como resultado do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) iniciado no ano de 1978, com a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Para AMARANTE (1998), esta crise foi deflagrada a partir da denúncia de três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro que registraram as irregularidades que ocorriam naquele hospital – denúncia que ganhou repercussão nacional. Ao longo deste caminho, os paradigmas da saúde mental foram se modificando e ganhando matizes mais humanísticos, menos centralizados nos hospitais psiquiátricos e no profissional médico e alterando a relação da sociedade com o sujeito com transtorno mental. Novos modelos de assistência foram criados, com o objetivo de aproximar ou manter a pessoa com transtorno mental no seu meio social. As mudanças foram influenciadas principalmente pelo modelo basagliano de assistência em saúde mental.

Como resultado do MTSM e de pressões de vários segmentos, o Poder Legislativo promulgou, em dezembro de 1990, o projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado, que posteriormente influenciou diretamente a construção da Lei nº 10.216. Na década de 90 iniciou-se a desativação dos hospitais psiquiátricos do país e o movimento de Reforma Psiquiátrica deu mais um passo em direção à modificação do modelo assistencial manicomial. Para que a assistência em saúde mental fosse redirecionada, foi indispensável a

articulação com o Ministério da Saúde, na tentativa de alterar a estrutura gerencial hospitalocêntrica adotada até então. Rotelli (1990 apud Hirdes, 2001¹), afirma que a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que aborda os seguintes itens:

- Ruptura com o paradigma clínico
- Deslocamento da ênfase de cura para invenção em saúde
- Construção de uma nova política da saúde mental
- O trabalho terapêutico como enriquecedor da existência do indivíduo
- A substituição do manicômio por estruturas externas
- Criação de serviços dinâmicos e em constante transformação
- Transformação das relações de poder entre instituição e sujeitos
- Maior investimento em pessoas e menor investimento em aparatos
- O cuidado como elemento transformador dos modos de viver e sentir o sofrimento
- Mobilização de profissionais e clientes na geração de comunicação, solidariedade e conflitos, tendo como objetivo a mudança das estruturas e dos sujeitos
- Promoção da auto-ajuda e da autonomia dos sujeitos
- Enriquecimento das competências profissionais, favorecendo a autonomia e a decisão
- Derrubar a compartimentalização do cuidado
- Valorização do afeto nas relações terapêuticas e a utilização de esforços sociais

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem como princípio norteador a ruptura com uma ciência eminentemente positivista, que tem como elementos norteadores a objetivação do fenômeno da loucura e a patologização dos comportamentos humanos. A Reforma Psiquiátrica pretende mudar o foco do atendimento, deslocando-o da patologia para o modo como o sujeito vive e percebe o sofrimento.

¹ ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1996.

Guimarães e colegas (2001, p. 08) afirmam que as mudanças em saúde mental são complexas, complementares e necessitam de

uma inter-relação de construção de conceitos; de espaços substitutivos de sociabilidade; de possibilidades plurais e singulares e concretas para sujeitos concretos; de direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva; de solidariedade e inclusão de sujeitos em desvantagem social.

A partir da parceria estabelecida entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e o Ministério da Saúde, foram criadas várias portarias com o objetivo de promover a modificação da rede assistencial psiquiátrica. O Ministério da Saúde, através da criação de portarias, possibilitou o preâmbulo do financiamento de novos procedimentos em serviços de saúde mental. Isto se configurou como mais um passo em direção à estruturação de uma rede de atenção em saúde mental mais diversificada e que possibilitasse a adoção de outros procedimentos terapêuticos além da internação psiquiátrica.

As portarias elaboradas pelo Ministério da Saúde, além da estruturação da rede de atendimentos em saúde mental, continham também proposições que visavam assegurar os direitos dos clientes, promover a cidadania e favorecer a reintegração social dos portadores de transtornos mentais.

Mello e Lappan-Botti (2003) analisaram os textos das portarias e leis reguladoras do cuidado em saúde mental elaboradas pelo Ministério da Saúde e relatam que houve grande preocupação com os aspectos relativos à humanização da assistência, ao tratamento ético, à necessidade de reintegração social do portador de transtorno mental e a diversificação da oferta de procedimentos terapêuticos.

Somente em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, que se distingue por seus aspectos humanitários, pois perpassa por temas que asseguram legalmente a indiscriminação do indivíduo com transtorno mental, bem como seus direitos enquanto cidadão. A Lei nº 10.216 discorre também sobre os direitos da pessoa com transtorno mental, especificamente: acesso a um tratamento humanizado, respeitoso e em ambiente terapêutico; tratamento direcionado

para a manutenção ou reinserção da pessoa com transtornos mentais em seu ambiente familiar, comunitário e laboral; proteção contra abuso e exploração e tratamento preponderante em serviços comunitários, priorização da criação de recursos extra-hospitalares, indicando a internação hospitalar como último recurso assistencial.

Outro aspecto relevante da Lei nº 10.216 é que o Estado se responsabiliza pelo desenvolvimento da política de saúde mental, pela assistência e pela promoção das ações de saúde, incluindo a sociedade e a família no cuidado ao portador de transtorno mental.

As portarias do Ministério da Saúde e posteriormente a Lei nº 10.216 introduziram e normatizaram novas modalidades e procedimentos na assistência em saúde mental e representaram um avanço significativo. Através destas medidas foi possível viabilizar o financiamento das novas propostas assistenciais, sem as quais não seria possível a implantação de novos serviços e a implementação de novas ações.

A partir da Lei nº 10.216 houve a necessidade de atualização da Portaria do Ministério da Saúde nº 224, que até fevereiro de 2002 normatizava o atendimento em saúde mental e, com este intento, foi elaborada a Portaria nº 336, aprovada em 19/02/2002. Esta portaria classifica os CAPS em cinco modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II - infantil, CAPS ad II - dependentes de substâncias psicoativas) de acordo com o porte, a complexidade e a abrangência populacional, bem como define estes serviços como: “serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam a partir da lógica do território”. A portaria nº 336, elaborada a partir da Lei 10.216 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde – Sistema Único de Saúde 01/2001 discrimina as seguintes características dos CAPS I, II e III, de acordo com a complexidade e abrangência populacional:

	CAPS I	CAPS II	CAPS III**
População da área	20.000 a 70.000 hab	70.000 a 200.000 hab	Acima de 2000.000 hab
Horário de Funcionamento	8 às 18 horas, em dois turnos Segunda a sexta-feira	8 às 18 horas, em 2 turnos, (ou até 21 horas, em terceiro turno), segunda a sexta-feira	24 horas/dia Segunda-feira a domingo*
Profissionais	1 médico (saúde mental) 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio	1 psiquiatra 1 enfermeiro (saúde mental) 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio	2 psiquiatras 1 enfermeiro (saúde mental) 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio Noite: 3 técnicos de enfermagem 1 área de apoio Final de semana e feriado: 1 profissional de nível superior 3 técnicos de enfermagem 1 área de apoio
Nº de usuários por dia	20 por turno 30 (atend. intensivo)	30 por turno 45 (atend. intensivo) por dia	40 por turno 60 (atend. intensivo) por dia

Quadro 1. Características dos CAPS I, II e III, segundo a Portaria n° 336, do Ministério da Saúde.

* Os usuários poderão permanecer no serviço até sete dias consecutivos ou 10 dias intercalados no período de 30 dias

** É necessário ter no território um serviço de urgência / emergência geral para suporte médico.

Segundo a Portaria n° 336, artigo 4°, que determina que os Centros de Atenção

Psicossocial I, II e III têm como características gerais:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS n° 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n° 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

A portaria n° 336, neste mesmo artigo, indica as atividades assistenciais desenvolvidas nestes serviços: atendimento individual; atendimento em grupos diversos; atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social; e, o número de refeições oferecidas, de acordo com o número de turnos em que o usuário permanecerá no serviço.

1.1 – A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Especificamente no município do Rio de Janeiro, a saúde mental teve como um de seus marcos referenciais o Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos, que ocorreu em outubro de 1995. O Censo alcançou um universo de 3235 clientes internados e teve como objetivo delinear o perfil clínico e sócio-econômico dos clientes internados em hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro (FAGUNDES & LIBÉRIO, 1997).

Em um segundo momento, o Censo foi utilizado como suporte e norteou os rumos que foram traçados para o desenvolvimento de uma política de saúde mental mais adequada para a população do Rio de Janeiro. A partir dos resultados obtidos no referido censo foi possível ratificar a necessidade de implementação de uma rede de suporte extra-hospitalar, bem como o redirecionamento do número de leitos psiquiátricos.

É necessário que se perceba o Censo como o resultado de um processo de desospitalização e humanização da assistência psiquiátrica. Este processo teve início na década de 1950, concretizou-se e estendeu-se para a população a partir de 1996, com a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) gerido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A Gerência de Saúde Mental da referida Secretaria baseou-se primeiramente nas diretrizes da OPAS/OMS, estabelecidas durante a Conferência de Caracas em 1990, que indicava a substituição progressiva dos hospitais por espaços substitutivos de atendimento extra-hospitalar (FAGUNDES, 1999). Para dar suporte à

proposta inicial utilizou-se a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde, que tratava da normatização dos CAPS.

Para dar início à Reforma Psiquiátrica, no âmbito do Município, a Gerência de Saúde Mental baseou-se na distribuição dos serviços já existentes no Rio de Janeiro e nos dados do Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos, privilegiando os locais com menor oferta de recursos assistenciais (FAGUNDES, 1999).

Como foi dito anteriormente, em 1996, a assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro como em todo o Brasil, tinha como tripé assistencial a emergência psiquiátrica, o hospital psiquiátrico e o ambulatório. Desde a metade da década de 80 as instituições universitárias e algumas federais já ofereciam serviços de hospital-dia, o que já representava um avanço, porém estas eram insuficientes para a demanda existente, atendendo apenas a uns poucos privilegiados.

O CAPS Rubens Corrêa surgiu no primeiro semestre do ano de 1996 em uma cidade com cerca de 5.802 leitos em hospitais psiquiátricos e 160 leitos em hospital-dia disponíveis na rede. Os serviços de atenção diária disponíveis eram o Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Hospital-Dia Ricardo Montalban da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Casa d'Engenho e o Espaço Aberto ao Tempo ligados ao Centro Psiquiátrico Pedro II/Ministério da Saúde e o Centro de Atenção Diária do Hospital Pinel/Ministério da Saúde.

Os CAPS, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, atendem adultos com acometimentos psíquicos graves. No momento existem sete unidades gerenciadas pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e estão localizadas nos bairros de Bangu, Bonsucesso, Campo Grande, Ilha do Governador, Irajá, Jacarepaguá e Santa Cruz. Existem três unidades que estão funcionando porém, ainda em processo de implantação. Estes localizam-se nos bairros de Guadalupe, Inhoaíba e Olaria. Estes serviços baseiam-se

em referenciais semelhantes porém, possuem características diferentes, em respeito às peculiaridades de cada região.

Estes CAPS localizam-se em áreas sócio-economicamente carentes da periferia do município do Rio de Janeiro. Estas comunidades possuem maior dificuldade de acesso a bens culturais, educação e serviços de saúde e sofrem mais de perto a crescente redução das oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal ou informal.

Estes serviços restringem-se ao atendimento de moradores da área adstrita pois desta forma se estabelece uma participação mais efetiva no cotidiano dos usuários, de suas famílias e de suas comunidades, facilitando assim a integração dos CAPS à rede local. São atendidas nestes serviços, em geral, pessoas com sofrimento psíquico grave.

Faz-se necessário ressaltar que, antes da implantação destes serviços substitutivos, o cuidado disponível à pessoa com sofrimento psíquico grave resumia-se ao circuito da emergência-internação-ambulatorio, não restando alternativa para o sujeito e sua família.

Mello e Furegato (2005) realizaram um estudo descritivo sobre as internações psiquiátricas do Rio de Janeiro entre os anos de 1996 e 2002. Através deste levantamento foi possível observar que os serviços privados que ofereceram leitos contratados pelo SUS foram responsáveis pela maioria dos leitos disponibilizados no Rio de Janeiro (54,26% em média nos últimos sete anos), não havendo uma modificação significativa no quadro geral ao longo deste período. Por outro lado, o estudo mostrou que, de uma forma geral, o número de leitos privados disponíveis foi reduzido em 25,49%, se comparados os anos de 1996 e 2002, assim como houve redução de 22,74% nos leitos públicos.

Neste sentido, destacamos a fala de Delgado et al (2001, p. 12), que chama a atenção para a redução do número de leitos psiquiátricos :

No âmbito da assistência hospitalar, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, e um dispositivo eficaz de fiscalização, o que permitiu que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas

de qualidade e respeito aos direitos dos pacientes fossem retirados do sistema, sem que isso tivesse acarretado redução da assistência.

Segundo o estudo de Mello e Furegato (2005), apesar de o número de internações psiquiátricas ter sido paulatinamente reduzido no período estudado, cerca de 42,58% das internações ainda ocorrem em hospitais particulares contratados ou filantrópicos. Vale a pena ressaltar o fato de que houve o redirecionamento dos leitos psiquiátricos, ou seja, deixaram de existir nas instituições particulares contratadas para serem abertos em outros locais. O redirecionamento dos leitos psiquiátricos ocorreu, principalmente, para a rede municipal, em razão da tendência de municipalização dos serviços, com base na lei do SUS.

O referido estudo destaca a desproporção existente entre o número de internações em hospitais conveniados e o valor recebido por estas instituições pelo serviço das internações psiquiátricas. Em 2002, os hospitais conveniados foram responsáveis por 20,59% do total de internações e receberam cerca de 76,51% de toda verba paga pelo SUS por internações psiquiátricas, enquanto os hospitais psiquiátricos estaduais e municipais, que foram responsáveis por 47,42% das internações, receberam uma verba equivalente a 14,28% do total pago pelo SUS (MELLO e FUREGATO, 2005).

Negri (2001, p. 62) afirma que o sistema de financiamento da saúde no Brasil enfrenta problemas de toda a natureza e que “os orçamentos dos estados, municípios e governo federal são apertados, e a forma adotada para financiar a saúde é a compra de serviços da rede conveniada...”

Além do repasse de verbas para as instituições conveniadas, o município enfrenta outro problema administrativo que é a concentração dos recursos econômicos na esfera central do governo. Luz (2001) afirma que o núcleo central do Estado adota uma política de descentralização de suas funções e responsabilidades no que diz respeito a saúde, porém concentra os recursos econômicos da União, livrando-se do ônus político, social e econômico que representa a saúde e a previdência. Segundo Luz (2001, p.21):

“Desta forma, se quisesse resumir numa formulação clara e simples a política de descentralização da saúde dos governos neoliberais da última década, poderia dizer que esta tem consistido em transferir (“delegar”) funções para as unidades estatais territorialmente menores (estados, municípios e locais), no sentido de delas poder “cobrar” responsabilidades referentes às funções delegadas com o menor dispêndio político e financeiro possível”

Luz (2001, p.24) afirma ainda que houve uma descentralização incompleta, o que impossibilita, devido à escassez de recursos econômicos, o funcionamento dos programas de saúde e dos serviços locais, “sobrecarregando os profissionais de saúde e responsabilizando-os, às vezes de maneira espalhafatosa, pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde”.

Cria-se aí um impasse na política de saúde mental, pois, torna-se muito difícil reestruturar a assistência psiquiátrica no Brasil se um grande percentual da verba disponível para o setor saúde continuar sendo direcionada para a compra de serviços conveniados, bem como fica concentrada no nível central, não chegando aos níveis locais de atendimento.

O estudo de Mello e Furegato (2005) revela ainda o aumento que está ocorrendo no tempo de permanência do paciente internado. Este aumento foi de cerca de quase dez dias entre os anos de 1996 e 2002. As instituições que apresentam o maior tempo de permanência são as conveniadas, com uma média de 149,1 dias de internação do paciente em 2002, seguidas imediatamente pelas instituições de administração municipal, com tempo médio de 98,5 dias de permanência. Em 1996, o tempo médio de permanência foi de 52,8 dias e em 2002 este número elevou-se para 91,7 dias.

1.2 – NOVOS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica traz em si conceitos complexos e inovadores, como a modificação do foco de atenção dos profissionais da doença para o sujeito que vivencia o transtorno mental, o atendimento em equipe interdisciplinar, entre outros. Sabemos hoje que não basta modificar os locais de atendimento se não forem modificados os conceitos que os profissionais, os familiares e a comunidade possuem sobre a loucura, fazendo um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social.

Os profissionais que prestam assistência na área de saúde mental precisam trazer consigo ideais de liberdade, cidadania e a percepção da necessidade da participação da sociedade no cotidiano do seu local de trabalho. Saraceno (1999) afirma que não basta criar novos espaços de entretenimento para o cliente. Faz-se necessário proporcionar um leque de opções ao cliente, para que este faça suas opções conforme as necessidades que apresenta, como por exemplo acompanhamento medicamentoso, escuta, atividades recreativas e criativas, além da inserção na escola, no trabalho e em atividades comunitárias. Afirma também que a ruptura com o que se entendia como psiquiatria não pode ser feita apenas com a mudança de referenciais, mas precisará ser desenvolvida por meio de pesquisas teórico-práticas que tratam das possibilidades do cuidado no cotidiano das instituições e revelem uma miríade de fontes de recursos e modos de operar que contribuam para a reconstrução da cidadania. Para ele, a única reabilitação possível se faz mediante a construção dos direitos substanciais de cidadania e esta precisa ter cunho afetivo, relacional, material, habitacional e produtivo (SARACENO, 1999).

Os CAPS surgiram no Município do Rio de Janeiro como uma proposta ousada de transformação, tentando ganhar espaço em uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar e com o poder de resolução centralizado no profissional médico.

DELGADO e colaboradores (2001) afirmam que apesar de avanços significativos no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, existem vários desafios para sua consolidação, dentre os quais se destacam:

- Gastos desproporcionais no pagamento de internações psiquiátricas em hospitais especializados (cerca de 90% dos gastos em psiquiatria)
- Ritmo de crescimento insuficiente dos serviços de atenção diária
- Volume insuficiente de programas de suporte social para egressos de longas internações
- Em 2001, os investimentos do Ministério da Saúde na implantação de serviços de atenção diária, apesar de terem sido autorizados, foram repassados de forma muito reduzida aos municípios e estados.

Como é possível observar nos estudos de Mello e Furegato (2005) ainda há predominância da assistência psiquiátrica através de internações em hospitais especializados particulares, contratados pelo SUS no Rio de Janeiro e, conseqüentemente, o direcionamento da verba disponível para o pagamento destes serviços. Como resultado deste fato ocorre a pouca disponibilização de recursos para investimentos em serviços de atenção diária, seja na forma de hospital-dia ou de CAPS.

Concordamos com a posição de Alves (1996) indicando como uma das estratégias necessárias para que a Reforma Psiquiátrica ocorra de fato a alteração do financiamento das ações de saúde mental, alterando a Tabela de Procedimentos do SIA e SII / SUS. Diz ainda que os recursos financeiros disponíveis hoje, se redirecionados poderão subsidiar a transformação do atual parque manicomial por uma rede substitutiva.

A Reforma Psiquiátrica brasileira precisa ser pensada de forma contextualizada, observando-se vários aspectos importantes relacionados às peculiaridades econômicas, políticas e culturais do país. Segundo Oliveira (2000), a reforma, entendida como um movimento social, é articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativos,

jurídicos, administrativos e culturais que visam transformar a relação entre a sociedade e a loucura.

2 - OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objeto as identidades sociais atribuídas por usuários, familiares e profissionais do CAPS a si mesmos, a seus parceiros e os significados do CAPS em suas concepções, possuindo os seguintes objetivos:

- Conhecer a identidade psicossocial dos usuários, familiares e profissionais que atuam no cenário do CAPS.
- Conhecer a percepção de usuários, familiares e profissionais acerca do CAPS.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 – Utilização da Teoria Ego-Ecológica na pesquisa em saúde mental

Como constatamos no início do presente trabalho, a psiquiatria vem modificando o seu objeto de interesse e seus referenciais teóricos e metodológicos, adquirindo características oriundas das áreas sociais e filosóficas. O foco de atenção dos profissionais tem se concentrado mais precisamente em quem está sendo cuidado, no ambiente em que ele se insere, bem como nas relações que estabelece.

A partir destes acontecimentos, observou-se a modificação da abordagem científica e dos instrumentos escolhidos para o desenvolvimento dos trabalhos de pesquisa.

Para compreender o sujeito do cuidado precisamos utilizar abordagens que vão além das ciências biológicas. Torna-se necessário empregar conceitos da antropologia, da sociologia, da filosofia e da história associando o que é preciso (ciência vigente) com o impreciso (as ciências que envolvem o social e a emoção), o quantitativo com o qualitativo, o mensurável com o imensurável, o racional com o irracional pois, “se o cuidado é **natureza viva** do pensar, é preciso saber como ele se dá no seu campo de ação, o que ele produz nos

clientes quando são tocados por ele e o que significa pensar nele”, (FIGUEIREDO e MACHADO, 2001, p. 345, grifo do autor).

A partir da aplicação da Teoria Ego-Ecológica é possível obter informações para compreender o sujeito que está sendo cuidado, assim como o ambiente em que está acontecendo o cuidado, seu ambiente social e as relações que se dão no cotidiano do cliente. A Teoria Ego- Ecológica permite compreender mais amplamente o cliente dentro de sua complexidade e paradoxos, bem como as relações que ele estabelece no contexto da instituição, da família, no trabalho e das situações sociais que sejam relevantes para a vida do cliente, quer estejam localizadas no espaço micro ou macro-social.

O profissional da área de saúde mental precisa mudar seu foco de atenção, deslocando-o binômio saúde-doença para o bem-estar e o mal-estar da pessoa, “isto é, se elas **estão bem**, se elas se **colocam em conforto em seus espaços particulares e sociais**” (FIGUEIREDO e MACHADO, 2001, p.338, grifo do autor).

Os estudos de Zavalloni indicam uma estratégia alternativa para ampliar nossa rede de informações sobre o sujeito para que possamos fazer maior número de inferências a respeito de sua identidade psicossocial e das relações existentes entre os indivíduos de um mesmo grupo de pertencimento, como também da percepção do sujeito acerca dos diferentes grupos com os quais se inter-relaciona.

A Teoria Ego-Ecológica é dinâmica, flexível e compreende o indivíduo não como um ser isolado e em uma situação estanque (como em uma fotografia), mas como um ser vivo, cheio de energia, que pode gerar modificações no seu ambiente exterior, bem como ser influenciado por ele. Esta teoria propicia uma análise que traz à tona algumas características relacionadas ao cuidar, como o entendimento de um cuidado dinâmico, onde tanto quem cuida como quem é cuidado é pelo outro influenciado. Ao final deste processo todos saem diferentes de como o iniciaram, cada um carregando um pouco do outro em si mesmo.

Zavalloni oferece uma teoria que além de ajudar a compreender de forma mais efetiva a inserção e a relação dos sujeitos em seu meio social, também possibilita o acesso aos sentimentos e emoções que emergem deste sujeito nas suas relações sociais. Os aspectos técnicos da proposta estão presentes em pesquisas realizadas por Zavalloni (ZAVALLONI, 1971),(ZAVALLONI, 1973), (LOUIS-GUÉRIN, ZAVALLONI, 1987).

3.2 - A TEORIA EGO-ECOLÓGICA DE MARISA ZAVALLONI

Este estudo seguiu o referencial teórico-metodológico proposto por Marisa Zavalloni. Esta autora canadense é uma estudiosa da área das Representações Sociais e desenvolveu o referencial teórico denominado Teoria Ego-Ecológica. Zavalloni é professora da Universidade de Montreal, Canadá. Suas publicações iniciaram-se na década de 1960, tendo inclusive produzido textos em conjunto com Moscovici, Doise e outros estudiosos da área das Representações Sociais. Na década de 1980, publicou vários textos na linha da Teoria Ego-Ecológica. Através desta teoria, a autora conseguiu tratar o indivíduo não como um receptor passivo, mas como um participante ativo de seu mundo. A autora apresenta o indivíduo inserido em um projeto matizado por lutas e por conflitos, onde ele participa de seus grupos sociais, transformando e sendo transformado.

A Teoria Ego-Ecológica permite conhecer a identidade psicossocial do indivíduo, suas peculiaridades e sua realidade através das representações que possui acerca de si mesmo, de seus pares e dos grupos com os quais se inter-relaciona. Esta teoria também permite ao pesquisador conhecer e analisar o processo de interação dialógica entre o sujeito e seus pares,

assim como sua inter-relação com os diferentes grupos com os quais convive e com a sociedade em geral.

Através da Teoria Ego-Ecológica busca-se entender a maneira como um ambiente exterior específico (cenário social) se constitui e se organiza em um ambiente interior (o indivíduo). Esta teoria busca entender as regras e a percepção da realidade que direcionam um indivíduo, pois, através da compreensão destas, será possível entender as diferentes motivações e ações daquela pessoa (ZAVALLONI e LOUIS-GUÉRIN, 1987).

Assim, a referida teoria compreende identidade através de uma dinâmica de constante construção e reconstrução. Este processo contínuo perpassa três dimensões diferenciadas, porém interligadas, sendo elas: as percepções que um indivíduo possui acerca de si mesmo, dos outros (pares ou grupos) e da sociedade.

O conceito de identidade psicossocial

Laurenti e Barros (2000) afirmam que a identidade é um elemento que pode ser utilizado como referência para submissão de um objeto a análise; constitui um recurso teórico que vai subsidiar a compreensão de um fenômeno, servindo ainda como recurso para a compreensão de um determinado objeto.

Estudar a identidade de um sujeito é algo complexo. Esta não pode ser analisada isoladamente ou fora do contexto social. É preciso levar em conta sua história, seus grupos de pertencimento, bem como seu sistema de significações. Outro fato relevante no estudo das identidades, que acentua ainda mais sua complexidade, é que a identidade encontra-se em um

processo constante de construção e reconstrução, neste sentido, trazemos a fala de Silva (2003, p. 96.):

A identidade não é uma essência; não é um dado ou um fato – seja da natureza, seja da cultura. A identidade não é fixa, estável, coerente, unificada, permanente. A identidade tampouco é homogênea, definitiva, acabada, transcendental...a identidade é uma construção, um efeito, um processo de produção, uma relação, um ato performativo. A identidade é instável, contraditória, fragmentada, inconsistente, inacabada. A identidade está ligada a estruturas discursivas e narrativas. A identidade está ligada a sistemas de representação. A identidade tem estreitas conexões com relações de poder.

Quando se reflete sobre o conceito de identidade, logo surge a pergunta ‘Quem sou eu?’. Imediatamente vem a resposta: nome, sexo, idade, profissão, características físicas. Quando digo quem sou, afirmo ao mesmo tempo quem não sou.

No momento em que se compreende a identidade de um indivíduo, marca-se imediatamente a diferença e o complemento desta identidade. Ao estabelecer a identidade e sua diferença, estabelece-se uma hierarquia, uma classificação, enfim, atribuímos um valor àquele elemento simbólico e discursivo. Silva (2000) afirma que como a identidade e a diferença são o resultado das relações sociais e culturais. Desta maneira, os sujeitos estão expostos aos vetores de força e às relações de poder existentes em seu contexto social. Assim sendo, destacam-se as seguintes assimetrias: Nós X Eles; Normal X Anormal; Maior X Menor; Inclusão X Exclusão, entre outros.

Dalgalarrondo (2000) conceitua identidade psicossocial como:

Sentimento que proporciona a capacidade para experienciar o próprio eu como algo que tem *continuidade* e *unidade*, permitindo que o indivíduo se insira no meio sócio-cultural de maneira coerente. O sentimento de identidade refere-se à sensação de *pertencer a algo*, de *ser parte de algo*. A identidade psicossocial permite que o indivíduo oriente-se em relação às outras pessoas e ao seu meio ambiente, estabeleça e delineie as fronteiras do eu corporal e do eu mental. (grifo do autor) (ERIKSON, 1985², apud DALGALARRONDO, 2000, P. 157)

Dalgalarrondo (2000) afirma que a identidade psicossocial compõe-se de múltiplas identidades e cita a identidade sexual, étnica, religiosa, profissional, entre outras. Faz-se

² ERIKSON, E.H. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós, 1985.

importante destacar que o autor inclui as identidades relativas ao sentimento de pertencer a pequenos grupos. Afirmar ainda, que a identidade psicossocial é uma fonte primordial de amor próprio, de reconhecimento social e de prestígio.

A identidade psicossocial e a Teoria Ego-Ecológica

Zavalloni (1984) utiliza como ponto de partida o conceito de identidade psicossocial de Erikson. A autora afirma que Erikson define identidade a partir de uma combinação complexa de forças sociais e psicológicas, possibilitando a integração da dimensão social da identidade à sua dimensão pessoal e individual. Seu conceito de identidade não se reduz ao próprio sujeito, comporta outros aspectos, vinculando as aptidões pessoais aos papéis sociais. A identidade está ligada a um determinado grupo e funciona como uma mediação entre a essência de uma cultura comum e o indivíduo.

Zavalloni (1986) afirma que, quando Erikson introduziu o conceito de identidade psicossocial na esfera da pesquisa, tinha como objetivo explorar a relação entre as áreas psicológica e social, de desenvolvimento e histórica. A autora prossegue afirmando que, como pré-requisito da utilização da identidade em um campo de pesquisa, o ambiente precisa ser visto não como algo externo à pessoa, mas como algo interno.

O modelo de identidade psicossocial trazido por Zavalloni (1986), na Teoria Ego-Ecológica, tem por objetivo reconstruir os princípios organizadores do sistema de identidades, reunindo aspectos da memória, afetivo-motivacionais, atitudes e representações do mundo e de si mesmo. A autora afirma ainda que a identidade psicossocial compreende tudo o que a

pessoa pensa, sente e faz em relação a si mesma, ao outro e à sociedade. Esta visão acerca da identidade psicossocial foi desenvolvida tendo como base achados que indicam que o ambiente interno do indivíduo, é dominado por sentimentos, emoções e por um número limitado de palavras afetivamente carregadas. As imagens e experiências existentes no ambiente interno operam como uma rede altamente integrada e organizada de acordo com regras próprias. Através do desdobramento dessa rede afetivo-representacional, torna-se possível recriar o ambiente interno que representa o sistema de identidade, onde o sujeito, o outro e a sociedade são elementos inerentes. (ZAVALLONI, 1986)

Dentro da Teoria Ego-Ecológica, a identidade é compreendida como o modo de construção de uma realidade, a partir do qual o mundo exterior torna-se o mundo interior em função de um projeto pessoal e de uma história particular. A identidade seria o resultado da soma das características individuais do sujeito às peculiaridades do ambiente social no qual convive, tanto o indivíduo é influenciado pelo meio, quanto o ambiente social é influenciado pelo indivíduo. Sendo importante ainda ressaltar que a Teoria Ego-Ecológica não compreende o conceito de identidade psicossocial como uma resposta mental a um estímulo do meio social, mas como uma construção complexa, onde o estímulo do ambiente e a resposta do sujeito se influenciam e se formam simultaneamente.

A identidade surge como o lugar de encontro do individual e do social, do objetivo e do subjetivo, sendo indicada para estudar a mediação entre o ambiente interior e o ambiente exterior do indivíduo, como também os resultados desta interação para o sujeito em questão. Acredita-se que através do estudo da identidade seja possível conhecer o sujeito como o resultado de suas experiências pessoais e de sua história individual, bem como a sua inter-relação com os seus vários grupos de pertencimento.

Através da Teoria Ego-Ecológica se tem acesso a como a informação é integrada ao sujeito assim como aos significados que foram atribuídos àquela informação. Pensar, agir,

perceber e se lembrar constituem aspectos complementares e indissociáveis da interação do indivíduo com seu meio social. O conceito de identidade psicossocial surge como uma noção primordial para compreender como o indivíduo reage a cada situação vivida e como a manipula. (ZAVALLONI e LOUIS-GUÉRIN, 1978)

A partir desta linha de pensamento, esta teoria permite identificar as percepções do entrevistado acerca dele próprio, das pessoas que o cercam e dos diversos grupos com os quais convive. A Teoria Ego-Ecológica permite também estabelecer uma classificação dos atributos construídos pelos sujeitos entrevistados, bem como o grau de identificação e diferenciação estabelecido entre ele e seus pares e grupos de convivência, reduzindo o número de inferências do pesquisador no momento da análise dos dados.

O objeto de estudo da identidade psicossocial encontra-se na fronteira entre a personalidade individual e a personalidade social. Neste contexto a identidade pode ser vista como um reservatório das memórias relacionadas às experiências vividas e das representações afetivas que guiam o discurso do indivíduo a respeito de si mesmo, sobre o outro e sobre a sociedade. (ZAVALLONI, 2001)

A linguagem e a memória emocional do sujeito

Zavalloni utiliza a linguagem para alcançar uma maior compreensão do sujeito, pois acredita que esta pode ser usada como um instrumento de ação e de reprodução de uma determinada ordem social. Cada grupo desenvolve um vocabulário para marcar sua identidade própria e ao mesmo tempo se diferencia dos outros grupos, desta forma elabora novos significados constantemente, marcando a identidade e a diferença do grupo. Os novos

significados atribuídos às palavras são utilizados para ampliar o vínculo da linguagem a uma experiência ou a um projeto específico. (LOUIS-GUÉRIN, ZAVALLONI, 1987)

A interação de uma pessoa com seu meio social poderia ser analisada ou mensurada através do estudo da linguagem, pois a linguagem é um produto de uma realidade exterior, porém o resultado final estaria incompleto. Neste contexto, para se alcançar uma compreensão mais abrangente acerca da identidade do sujeito, faz-se necessário incluir o estudo do ambiente interior do indivíduo, que se revela através das significações e atualizações que faz das palavras.

Zavalloni (2001) afirma que as representações e significados apresentados pelo sujeito não são somente idéias ou a representação mental de uma realidade exterior, mas refletem o ambiente imaginário e simbólico do indivíduo. A autora prossegue afirmando que as representações e percepções apresentadas pelo indivíduo seriam criações que expressam os valores e concepções acerca de si mesmo, sobre os outros e sobre a sociedade. As representações estão vinculadas às palavras e aos temas emergentes do discurso do sujeito, tendo então, uma ressonância particular, que capta os aspectos de identidade, bem como as experiências, as lembranças e as imagens pessoais.

Zavalloni (2001) afirma que a dimensão psicológica de uma narrativa, que está ligada à representação de um mundo social, deriva-se das atividades mentais associadas aos processos de memória, afetivos e às experiências pelas quais o sujeito já passou. O resultado deste processo complexo foi chamado, por Zavalloni, de circuito afetivo-representacional, que engloba a multidimensionalidade da narrativa, revelando os mecanismos resultantes dos processos mentais associados ao ambiente sócio-cultural do indivíduo. Searle (1992 apud ZAVALLONI, 2001)³ declara que quando se pensa em memória, associa-se um conceito semelhante a um depósito de propostas e imagens, porém, dever-se-ia pensar em um mecanismo gerador de desempenho, que inclui o pensamento consciente e ações, baseado nas

³ Searle, J. **The Rediscovery of the Mind**. Cambridge, MA: The MIT Press, 1992.

experiências pelas quais o sujeito já passou. A partir desta linha e raciocínio, Zavalloni (2001) concebe o conteúdo da memória (ou ambiente interno) não como um depósito de informações, mas como um mecanismo contínuo de interação com o mundo, que inclui a cultura, a ideologia, a política e a religião.

Zavalloni (2001) prossegue seu pensamento, chamando de efeito de ressonância o mecanismo pelo qual certos elementos do ambiente interno se relacionam automática e subconscientemente a certos elementos do ambiente externo. Sendo que estes elementos selecionados são assimilados internamente e colocados logo a seguir como elementos de interação e alteração no ambiente externo.

A Teoria Ego-Ecológica se desenvolve a partir do pensamento consciente ou pré-consciente do sujeito, ou seja, nas percepções e nas lembranças pessoais, imagens ou experiências que surgem da memória (que seriam o reservatório do pensamento consciente) e não no inconsciente. Isto é o que Zavalloni chama de memória emocional do mundo (LOUIS-GUÉRIN, ZAVALLONI, 1987).

Zavalloni e Louis-Guérin (1987) ressaltam que é necessário que o indivíduo possua uma representação mais abrangente a respeito de si mesmo para que ele se perceba como o resultado de sua interação com as pessoas e com a sociedade. Prosseguem afirmando que a percepção do sujeito acerca de seus pares e dos indivíduos dos outros grupos se relaciona diretamente com as significações imaginárias e reais que a pessoa possui acerca de si mesmo. Desta forma, quando o sujeito fala de seus pares e dos componentes dos grupos com os quais interage, está falando de si mesmo, de seus valores, crenças, objetivos e desejos.

O pensamento de fundo

Zavalloni (1987) relata que não é possível acessar de forma direta o ambiente interior do indivíduo, podendo-se, então, reconstituir os seus elementos dinâmicos através da exploração do que chamou de pensamento de fundo. Este serviria de suporte às representações presentes no discurso do sujeito à respeito dele mesmo, do outro e da sociedade.

Zavalloni (1987) prossegue assegurando que o pensamento de fundo fragmenta o discurso em pequenas unidades de sentido, permitindo assim que ocorra a aproximação e o aprofundamento dos conteúdos inseridos nos discursos, conseqüentemente o processo identitário dos sujeitos. Assim, todas as experiências, imagens e idéias que são acumuladas ao longo da vida são retidas e constituem o sistema identitário, que é sintetizado em um número restrito de palavras, associadas à força e poder ou a valores e significados.

O pensamento de fundo é aquele que surge por trás do discurso manifesto ou no seu interior e está presente na periferia da consciência, de forma subliminar. Através do pensamento de fundo é possível conhecer a história, as experiências e conhecimentos, que estão presentes mas que permanecem não-ditos, surgindo somente através de fragmentos e em função de solicitações do ambiente. A Teoria Ego-Ecológica propicia uma análise que explora e desdobra o conteúdo do pensamento de fundo, permitindo ver como os diversos elementos se organizam dentro da estrutura de sentidos do sujeito.

Teoria Ego-Ecológica e seu processo de análise

Como dito anteriormente, a Teoria Ego-Ecológica procura compreender as representações e percepções do sujeito a partir do ambiente interior, através da maneira como os conteúdos são organizados na memória, das lembranças pessoais, das imagens e das experiências. O ambiente interior reflete as situações concretas, do mesmo modo que as situações imaginárias das relações com os outros, com a sociedade, com o desejo e com a justiça. O processo de análise utilizado nesta teoria permite conhecer o microcosmo do indivíduo e suas regras mediante as representações que ele constrói sobre cada objeto.

A análise da identidade psicossocial à luz da teoria Ego-Ecológica, permite observar quatro dimensões psicológicas para a compreensão do sujeito do estudo (ZAVALLONI, 1973):

- O conteúdo cognitivo ou as representações provocadas pelas várias categorias internas dos grupos;
- A articulação entre as representações do grupo e as de si mesmo;
- Os limites do conceito de grupo;
- A predisposição individual que a pessoa aplica em uma situação social complexa.

Zavalloni (1987) desenvolve sua análise em três etapas, tendo como ponto de partida o entendimento de que toda pessoa faz parte de uma matriz social e que ela pertence a diferentes grupos, numa sociedade e numa cultura. Os grupos dos quais a pessoa faz parte constituirão categorias sociais de pertencimento, de identidade social objetiva e de delineamento de perfil. Estas categorias serão obtidas através do grau de identificação ou dissociação do sujeito do estudo com os membros do grupo e/ou da sociedade na qual está inserido.

- *Primeira Etapa*: obtêm-se de forma sistemática a representação que o respondente faz dos diferentes grupos a que pertence. Estas representações, construídas através da complementação de frases, referem-se a ‘Identidade Social Subjetiva’, através da qual observam-se os aspectos dos membros dos grupos com os quais o participante irá se identificar ou se diferenciar. Estas configurações irão, através da inclusão e/ou da exclusão, apontar uma identificação específica com os âmbitos social, cultural, histórico, psicossocial ou político.

- *Segunda Etapa*: esta fase tem por objetivo elucidar, de forma sistemática, o quanto estão arraigadas as representações e o nível de percepção sobre as mesmas, o que permitirá passar de um conceito abstrato para referenciais empíricos. Nesta parte do trabalho destacam-se os seguintes conteúdos:

1. As referências implícitas sobre os grupos, sobre as pessoas ou sobre as imagens nas quais ele reflete as representações;
2. As representações que o sujeito aplica a si mesmo como indivíduo;
3. Atribuição de valor a cada uma das representações (positiva, negativa ou neutra) e sua significação no que concerne ao grupo e ao indivíduo.

A partir deste momento, ordenam-se as representações tomando como base um sistema de identificação e de oposição binária entre três aspectos:

- Eu X Outro;
- Bom X Mau;
- Importante X Não importante.

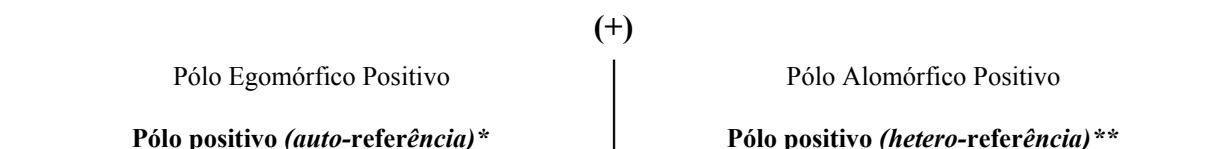
- *Terceira Etapa*: esta última fase da proposta de Zavalloni (1987) é chamada de “Contextualização Representacional”. Este procedimento consiste em retomar cada palavra e explorá-la junto com o respondente. Neste momento serão percorridos os conteúdos coletivos

(história do grupo, projetos, privações sociais, entre outros) e os conteúdos individuais (biografia, projetos, estratégias de adaptação, entre outros) de cada tema encontrado.

Para que estes aspectos da identidade sejam observados e analisados, Zavalloni (1984) define critérios, a partir da construção de eixos, que permitem estabelecer o grau de identificação do indivíduo com seus pares, com os indivíduos de outros grupos com os quais convive e com a sociedade. A organização das respostas em eixos, baseia-se na valoração dos atributos feita pelos próprios entrevistados, no momento em que completaram as frases. Zavalloni (1984, 1987, 2001) utiliza os termos egomórfico e alomórfico como indicador do grau de identificação do indivíduo com o atributo citado por ele. Além de o entrevistado informar se há identificação ou não com o atributo citado, ele também classifica suas respostas em positivo, negativo, ou neutro.

O termo “egomórfico” é utilizado para indicar que o entrevistado se identifica com o atributo que referiu para o sujeito ou situação em questão. Por sua vez, o termo “alomórfico” é aplicado quando o sujeito informa não se identificar e se dissocia das características destacadas por ele e que se relacionam com o sujeito ou situação referida.

Zavalloni (1984) desenvolveu parâmetros e quadros que apontam alguns caminhos possíveis para o desenvolvimento da análise dos dados a partir da Teoria Ego-Ecológica. Através da distribuição dos atributos citados pelos entrevistados e classificados pelos próprios entrevistados, Zavalloni inicia a análise dos dados. A referida autora construiu o quadro abaixo (1984, p.110), representando o Espaço Elementar de Identidade Social, que diz respeito à maneira como o entrevistado compreende sua relação com o seu par ou com um determinado grupo em questão:



Eu	Pólo Egomórfico negativo	Pólo Alomórfico Negativo	Não eu
	Pólo negativo (auto-referência)*	Pólo negativo (hetero-referência)**	
	<p>Situação de: poder privilégio superioridade: ser e fazer</p> <p>Sentimentos: destino comum (solidariedade, convivência, orgulho, satisfação)</p>	<p>Referente com diferenciação positiva</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. situação de: apoio, aliança, ajuda sentimentos: gratidão, solidariedade 2. situação de: privilégio, poder sentimentos: desejo, frustração 3. referente exercendo atividade valorizada sentimentos: admiração, atração 	
	<p>Situação de: perigo / crise opressão inferioridade: ser e fazer</p> <p>Sentimentos: destino comum (solidariedade, convivência, cólera, aflição)</p>	<p>Referente com diferenciação negativa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. situação de agressão, de adversidade, de opressão sentimentos: ódio, desejo de contra-agressão, raiva 2. Expressão de oposição a valores (ódio, agressão, cólera) 3. Outro percebido como oprimido, sem poder sentimentos: despeito ou compaixão e desejo de ajudar 	

(-)

Quadro 2 – Espaço Elementar de Identidade de Social

*Egomórfico=> características aplicadas a si mesmo

**Alomórfico=> características dissociadas de si mesmo

Zavalloni (1984) afirma que há quatro maneiras de proceder na avaliação da distribuição das respostas dos entrevistados, de acordo com a distribuição dos resultados obtidos nos eixos do Espaço Elementar de Identidade Social:

- A- Se a maioria das respostas (‘Nós’ e ‘Eles’) encontra-se nos pólos egomórficos, há uma importante identificação do sujeito com a identidade do grupo. A codificação do grupo evoca dimensões ou atitudes similares às do grupo. O sujeito tem uma tendência a ter uma visão positiva de si mesmo e do grupo;
- B- Se há preponderância das respostas referentes a “Nós” nos pólos egomórficos, da mesma forma em que há preponderância das respostas referentes a “Eles” nos pólos alomórficos, isto indica a existência de subgrupos. O sujeito estabelece

aproximação ou afastamento dos subgrupos, de acordo com sua identificação. Neste caso, o ‘Nós’ indica as qualidades positivas e ‘Eles’ os defeitos, os traços rejeitados e os contra-valores;

- C- Se a maioria das respostas relativas a ‘Nós’ encontra-se nos pólos alomórficos e relativas a ‘Eles’ nos pólos egomórficos, isto indica um código em que ‘Eles’ evoca aspectos ideais do grupo, enquanto ‘Nós’ evoca os limites e as falhas. Neste caso as características positivas estão relacionadas a ‘Eles’ e as negativas a ‘Nós’;
- D- Se a maioria das respostas (‘Nós’ e ‘Eles’) situam-se nos pólos alomórficos, há indicação da não identificação do sujeito entrevistado com o grupo em estudo. Neste caso, freqüentemente ‘Nós’ e ‘Eles’ são codificados como subgrupos, diferente do próprio sujeito. Tanto as qualidades positivas como as negativas podem afetar o sujeito, dependendo do significado atribuído à identidade do outro.

Ainda, no que diz respeito às possibilidades de análise dos dados obtidos através do Inventário Multifásico de Identidade Social, Zavalloni construiu outro quadro, que indica alguns modelos de relação entre a identidade e a alteridade do indivíduo que está sendo entrevistado, apresentado logo abaixo (1984, p.125):

<u>Pólo positivo auto-referido e identificação do outro</u>	<u>Pólo positivo do outro (Não eu)</u>
Autovalorização	Valorização do outro

- 1- Situação atual
- Qualidades pessoais intrínsecas (caráter distinto, capacidades, competências,...)
 - Qualidades situacionais extrínsecas (estado, situação,...)
- 2- Aspiração
- (aspiração, objetivo, desejo, ideal,...)
- 3- Valorização paradoxal
- Traço ou estado negativo julgado como positivo dentro de suas conseqüências ou dentro de seus aspectos autopunitivos

Zona de satisfação => Elementos 1 e/ou 2

Pólo negativo auto-referido e identificação do outro

Autodesvalorização

- 1- Defeitos
- Maiores deficiências (ineficiência, fracasso, inferioridade, deficiência constitucional),...
 - Menores deficiências (imperfeições, pontos fracos, fraquezas,...)
- 2- Faltas
- 3- Vitimização
- O sujeito como vítima da agressão do outro e se representa como agredido (oprimido, discriminado, agredido,...)
- 4- Desvalorização paradoxal
- Sujeito grandioso

Zona de conflito interno=> Elementos 1 e/ou 2

Zona de estresse=> Elemento 3

Quadro 3 – Elementos que compõem o espaço de identidade do sujeito

- 1- Apoio e suporte
- Qualidade, estado e ações do outro que expressa cooperação, prot simpatia e amor por si mesmo
- 2- Diferenciação positiva
- Características apreciadas do outro correspondentemente aos seus próprios valores
- 3- Desejo-frustração
- Características do outro que são desejadas e invejadas pelo sujeito, que não podem ser obtidas naquele momento e são vividas como:
 - falta, perda, inferioridade do sujeito
 - privação, discriminação
- 4- Valorização paradoxal

Zona de gratificação=> Elementos 1 e/ou 2

Zona de frustração=> Elemento 3

Pólo negativo do outro (Não eu)

Desvalorização do outro

- 1- Indesejável-Oposição
- Características depreciativas do outro, em oposição e / ou em contraste aos valores do sujeito
- 2- Agressão
- Ação agressiva do outro (opressão e hostilidade, privação) para com o sujeito.
- 3- Pena ou compaixão pelo sujeito
- O outro percebido como vítima dos outros (Sujeito incluído ou não)
- 4- Desvalorização paradoxal

Zona de ameaça=> Elemento 1 e/ou 2

Após a análise da distribuição dos atributos nos pólos, procedem-se a exploração e a contextualização dos atributos citados pelos entrevistados. Emergem então, os pensamentos de fundo referentes à identidade psicossocial e à relação dos sujeitos com o ambiente social.

4 – O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 - TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho traz como proposta desenvolver-se tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria Ego-Ecológica de Marisa Zavalloni, que foi discutida no capítulo anterior. Esta teoria possibilita a utilização de métodos de abordagem social de origem qualitativa e utiliza métodos expressivos do tipo gráficos, médias e estatísticas, bem como do universo de significações, atitudes, crenças e valores. Pensa-se que através da análise estatística é possível buscar as percepções e os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados realizando inferências lógicas de forma mais segura.

Minayo (1994) chama a atenção para o fato de que atualmente as ciências sociais preocupam-se mais em conhecer os significados atribuídos pelos atores sociais a um determinado objeto de estudo. Segundo a referida autora, o estudo dos significados atribuídos fortifica o movimento de introspecção do homem, favorecendo a observação de si mesmo. A autora afirma que:

Isso não nos leva a menosprezar o método quantitativo, mas a colocá-lo como um dos elementos da compreensão no todo. Conduz-nos também a enfatizar as correntes de pensamento que assumem como a essência da sociedade o fato do homem ser o ator de sua própria existência. Essa *atoria e autoria em condições dadas* é o material básico com o qual trabalhamos na pesquisa social, e que pode ser traduzida em números, gráficos e esquemas, mas não se limita e não se resume aí. (MINAYO, 1994, p. 33, destaque da autora).

Silva (1998) afirma que a relação entre o quantitativo e o qualitativo deveria ocorrer como uma complementaridade pois, enquanto o quantitativo ocupa-se de ordens de grandeza

e de suas relações, o qualitativo possibilita a elaboração de quadros de interpretações das medidas e favorece a elaboração e a compreensão das observações que não são quantificáveis.

Silva (1998, p. 172) estabelece uma relação entre as abordagens qualitativas e quantitativas:

- As referidas metodologias não são incompatíveis, mas complementares;
- O conhecimento social (quantitativo ou qualitativo) só é passível de compreensão através de um recorte, redução e aproximação;
- A redução e a aproximação não podem perder de vista que o social é qualitativo e que o quantitativo é uma de suas formas de expressão;
- As abordagens qualitativas e quantitativas, ao invés de se oporem devem se encontrar nos métodos de análise e interpretação.

4.2 - O CAPS RUBENS CORRÊA

O estudo desenvolveu-se no referido CAPS, gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Iniciou seu funcionamento em maio de 1996 e foi a primeira unidade municipal criada dentro dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica. A fundação deste CAPS foi o resultado de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria de Desenvolvimento Social. Localiza-se no bairro de Irajá, zona norte do Rio de Janeiro, mais especificamente na área de planejamento 3.3 (DELGADO, 1997) da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

O CAPS Rubens Corrêa funciona em uma pequena casa de um bairro do subúrbio da zona norte do município do Rio de Janeiro e funciona ao lado de um Centro Municipal de

Atendimento Integral (CEMASI), um projeto da Secretaria de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro, que atende mulheres vítimas de violência. Como não poderia deixar de ser, há uma parceria entre os serviços, o que favorece o debate acerca da exclusão social e a circulação dos usuários nos espaços e nas atividades de ambos os serviços (DELGADO, 1997).

À época do estudo, o CAPS possuía mais de quatrocentos usuários matriculados e chegou a receber cerca de cem usuários e familiares em um dia de atendimento. A instituição dispunha de uma estrutura física composta por cinco salas pequenas para atendimento em grupo, um consultório muito pequeno para o atendimento individual, um refeitório pequeno e o posto de enfermagem. Os atendimentos eram realizados em todas as áreas citadas, sendo que algumas oficinas possuíam lugar específico, como o curso de informática aberto à comunidade e a sala de vídeo.

Existem no CAPS três banheiros com chuveiro, assim destinados: um aos usuários e seus familiares, um às usuárias e suas familiares e um aos profissionais e técnicos do serviço.

Existe ainda, um pequeno jardim na parte superior do terreno, onde são realizadas oficinas ao ar livre e há canteiros onde são cultivadas ervas aromáticas para a produção de vinagre aromatizado. Ainda nesta parte do terreno há um pequeno cômodo, onde são guardados materiais de oficinas e onde os vigilantes e copeiros guardam seus pertences e trocam de roupa.

Dentro do terreno do CAPS, na entrada principal, há também uma área coberta onde os usuários ficam conversando, ouvindo música, fumando ou dormindo e que também serve de garagem. Quando há eventos no serviço, esta área é utilizada para recepcionar os participantes.

O CAPS funciona de segunda a sexta-feira, das oito às dezessete horas. Em janeiro de 2004 contava com a seguinte equipe multidisciplinar: quatro psicólogas, sendo uma delas

coordenadora da unidade; quatro médicos psiquiatras; duas pedagogas; duas assistentes sociais; uma nutricionista; uma terapeuta ocupacional; uma enfermeira; duas auxiliares de enfermagem e duas artesãs, sendo uma delas psicóloga pós-graduada, porém contratada e remunerada enquanto artesã.

Segundo a coordenadora do serviço, o número médio de usuários que comparecem ao serviço gira em torno de oitenta a cem usuários (contando os familiares este número chega a cerca de cento e vinte pessoas por dia). A coordenadora acrescentou ainda que para atender este número de pessoas há cerca de cinco profissionais por turno.

O CAPS Rubens Corrêa oferece várias possibilidades terapêuticas individuais e em grupo. Os atendimentos podem ocorrer com uma periodicidade que vai desde atendimentos mensais até atendimentos diários, de acordo com as necessidades e com o quadro clínico do usuário. Os projetos terapêuticos são construídos individualmente, de acordo com o desejo e a precisão de cada cliente e são supervisionados pelos referidos profissionais, que são chamados de técnicos de referência. Estes projetos permitem uma grande flexibilidade ao contrato terapêutico, já que podem ser modificados sempre que necessário. Após o período em que se realizou o estudo, a supervisão dos projetos terapêuticos foi modificada, não sendo mais realizada por um único profissional, mas por mini-equipes multiprofissionais.

As atividades oferecidas pelo CAPS são as seguintes: atendimento individual ao cliente e ao familiar; atendimento nuclear de familiares; grupo de familiares; atendimento ambulatorial; visita domiciliar; grupo de medicação; grupo de apoio; grupo de trabalho; oficina de silk-screen; oficina de informática; oficina de bijuteria; oficina da sucata; brechó; oficina de culinária; oficina de artes plásticas; oficina de argila; oficina pedagógica; alfabetização; oficina literária; jornal; oficina beleza pura; oficina do corpo; oficina de musicoterapia; oficina sobre sexualidade; oficina sobre saúde; assembléia; convivência; espaço corredor; atividades da praça; caminhada; futebol; acupuntura; tai chi chuan; e

coral.

A escolha deste local aconteceu pelas seguintes razões: foi o primeiro CAPS da rede municipal do Rio de Janeiro; localiza-se fora do espaço hospitalar; existe um vínculo consistente com os usuários e seus familiares e com a comunidade local; a equipe possui uma dinâmica própria de trabalho; possui uma associação de familiares e atua no âmbito de seu território. Acreditamos que a partir destas características fica claro o estabelecimento de uma relação dialógica entre serviço e usuários e familiares, estendendo-se até os espaços sociais e comunitários.

Perfil dos usuários do CAPS Rubens Corrêa

Seguem-se algumas informações acerca dos usuários assistidos no CAPS. As informações dizem respeito à idade, sexo, escolaridade, tempo de uso do serviço pelos usuários, diagnóstico médico, número de internações sofridas antes e após o início do atendimento no CAPS, o projeto terapêutico e a participação dos familiares nos contratos terapêuticos estabelecidos entre os usuários e os profissionais de referência. Os dados estudados foram obtidos através do “Relatório de Atividades do CAPS Rubens Corrêa” referente ao mês de janeiro de 2004, data em que estavam acontecendo as entrevistas.

Para dar maiores informações acerca deste grupo, foram montadas tabelas, permitindo uma melhor visualização das informações e, posteriormente, foram feitas leituras das informações mais relevantes.

Os usuários atendidos no CAPS são moradores da zona norte do município do Rio de Janeiro, a maioria reside na Área de Planejamento 3.3, que possui cerca de 1.300.000

habitantes e abrange os seguintes bairros: Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcante, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Pavuna, Quintino Bocaiúva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.

Faz-se importante ressaltar que no momento em que se realizou a presente pesquisa, o CAPS Rubens Corrêa era o único funcionando na Área de Planejamento 3.3, cuja população era constituída por cerca de 1.300.000 habitantes. Segundo a Portaria nº 336, um CAPS II possui uma capacidade operacional para o atendimento de cerca de 200.000 habitantes, sendo então, necessário para o atendimento adequado da referida área seis CAPS II.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS por idade e sexo

IDADE / SEXO	Fem	%	Masc	%	Total	%
18 - 19	2	0,5	11	2,6	13	3,0
20 - 29	38	8,8	63	14,6	101	23,4
30 - 39	42	9,7	70	16,2	112	26,0
40 - 49	52	12,1	49	11,4	101	23,4
50 - 59	46	10,7	20	4,6	66	15,3
60 - 69	13	3,0	6	1,4	19	4,4
70 - 79	4	0,9	1	0,2	5	1,2
Sem informação	9	2,1	5	1,2	14	3,2
Total	206	47,8	225	52,2	431	100,0

Fonte: Planilha do CAPS com os dados dos usuários referentes ao mês janeiro de 2004

No que diz respeito à idade dos usuários que freqüentam o CAPS, a Tabela 01 indica maior ocorrência de usuários do sexo masculino, principalmente nas faixas-etárias compreendidas entre os vinte e trinta e nove anos (30,8%- 133 usuários). Dentre os usuários do sexo feminino, a maior concentração ocorreu em torno dos quarenta e cinco e nove anos (22,8% - 98 usuárias).

A Tabela 01 mostra que não há uma diferença significativa no que diz respeito a um ou outro gênero dos usuários que freqüentavam o CAPS dentro do período estudado. Por

outro lado chama a atenção para a faixa-etária da clientela, pois 88,1% (380 usuários) possuem de vinte a cinquenta e nove anos, estando em uma idade considerada pela sociedade como economicamente ativa, em que se espera que o indivíduo esteja inserido no mercado de trabalho. Inferimos que este fato gera uma grande angústia para os usuários, haja vista as cobranças sociais existentes quanto à produção econômica e a correlação que a sociedade estabelece entre a loucura e a vadiagem.

Faz-se importante ressaltar que historicamente a loucura foi vinculada à inaptidão e ao trabalho desde a Idade Média. Foucault (1999, p. 237) afirma que:

a sociedade industrial capitalista do século XVII não podia tolerar a existência de grupos de vagabundos [...] a partir do início do século XIX a velocidade do desenvolvimento industrial se acelerou e, como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exército de reserva da força do trabalho.

Monnerat (1999) chama a atenção para a importância do aprofundamento das discussões sobre o processo de trabalho inserido no contexto da reabilitação psicossocial. A referida autora afirma que o binômio renda/participação social é uma vertente decisiva para a reinserção dos usuários dos serviços de saúde mental. Monnerat (1999, p.90) relata que o processo de trabalho “possibilita atuar numa rede de relações fora do âmbito psiquiátrico, o que muito contribui, também, para combater o preconceito quanto à incapacidade laborativa e comunitária de pessoas com grave sofrimento psíquico”.

Ferreira (1999) afirma que o homem se integra ao mundo através de três princípios que perpassam o seu cotidiano: a moradia, o trabalho e o lazer:

O homem só satisfaz seu desejo quando um outro homem, o grupo, a sociedade, lhe reconhece seu valor. O homem não pode buscar reconhecimento naquilo que ele não reconhece, naquilo que o desvaloriza. É nessa relação com o trabalho, na consciência da utilidade de seu produto, na relação de troca para sua subsistência, que ele vai se situar no mundo... (FERREIRA, 1999, p.77)

Tabela 2 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS por diagnóstico médico, segundo a CID 10

^c ID ¹ / Sexo	Fem	%	Masc	%	Total	%
-------------------------------------	-----	---	------	---	-------	---

F00 - F09	4	0,9	4	0,9	8	1,9
F20 - F29	175	40,6	190	44,1	365	84,7
F30 - F39	16	3,7	12	2,8	28	6,5
F40 - F48	4	0,9	1	0,2	5	1,2
F60 - F69	2	0,5	2	0,5	4	0,9
F70 - F79	2	0,5	8	1,9	10	2,3
F80 - F89	2	0,5	4	0,9	6	1,4
Outros		0,0	3	0,7	3	0,7
Sem informação	1	0,2	1	0,2	2	0,5
Total	206	47,8	225	52,2	431	100,0

Fonte: Planilha do CAPS com os dados dos usuários referentes ao mês janeiro de 2004

A Tabela 2 indica que, quanto ao diagnóstico médico, há a predominância de usuários com o diagnóstico de esquizofrenia (84,7% - 365 usuários), tendo como base de diagnóstico a CID 10.

A CID 10 assim define os transtornos esquizofrênicos:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

Kaplan e Sadock (1993) afirmam que o tratamento mais oneroso dentre os transtornos mentais é o da esquizofrenia, pois deve-se levar em conta tanto os custos diretos do tratamento como também a perda da produtividade do indivíduo e os gastos deste com a assistência pública. Os referidos autores afirmam ainda que, dentre os transtornos mentais, a esquizofrenia é responsável por cerca de 50% da ocupação dos leitos psiquiátricos e 16% dos pacientes que recebem qualquer tipo de tratamento clínico possuem o diagnóstico médico de

c

¹ Foram adotadas as classificações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, através da CID 10. Os diagnósticos médicos encontrados no relatório correspondem a:

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F70-F79 Retardo mental

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

esquizofrenia.

Tabela 3 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS segundo o número de internações psiquiátricas anteriores e posteriores à entrada do usuário no CAPS

Nº de internações										S/			
Anterior / Posterior	Zero	%	1 - 2	%	3 - 4	%	5 - 6	%	inform	%	Total	%	
Zero	60	13,9									60	13,9	
1- 2	45	10,4	7	1,6							52	12,1	
3 - 4	30	7,0	15	3,5	2	0,5					47	10,9	
5- 6	13	3,0	6	1,4	2	0,5					21	4,9	
7- 8	5	1,2	1	0,2	1	0,2					7	1,6	
9- 10	5	1,2	6	1,4			1	0,2			12	2,8	
11-15	7	1,6	1	0,2	1	0,2			1	0,2	10	2,3	
16-20	4	0,9	2	0,5	1	0,2	1	0,2			8	1,9	
Mais de 20	2	0,5	1	0,2	3	0,7					6	1,4	
Sem informações	1	0,2									207	48,0	
Total	172	39,9	39	9,0	10	2,3	2	0,4	208	48,2	431	100,0	

Fonte: Planilha do CAPS com os dados dos usuários referentes ao mês janeiro de 2004

A Tabela 3 mostra que 13,9% (60 usuários) da clientela em atendimento no CAPS nunca sofreu internação e 39,9% (172 usuários) não precisou utilizar o recurso da internação após o início do atendimento neste serviço. A tabela informa ainda que somente 9,0% (39 usuários) dos usuários necessitaram ser reinternados de 1 a 2 vezes desde que iniciaram o atendimento no CAPS.

Estes dados demonstram uma redução significativa no número de internações dos usuários, o que sem dúvida tem como efeito a otimização do processo de reinserção social. Como é possível observar somente cerca de 11,7% (51 usuários) da clientela necessitou do recurso da internação, o que sugere que este serviço vem atendendo as necessidades de seus usuários, bem como oferecendo suporte para que os familiares consigam lidar de forma mais madura e menos estressora com o cliente e sua doença.

Não foi possível conhecer o número de internações e reinternações de 208 usuários (48,2%), pois não havia esta informação no relatório utilizado para a realização deste levantamento. Em razão da falta de informação acerca de 208 usuários, ficou comprometida uma avaliação mais precisa acerca do número de internações sofridas pelos usuários do CAPS.

Tabela 4 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS segundo o grau de escolaridade e sexo

Escolar / Sexo	Fem	%	Masc	%	Total	%
Analfabeto	10	2,3	12	2,8	22	5,1
EFI	70	16,2	84	19,5	154	35,7
EFC	29	6,7	31	7,2	60	13,9
EMI	12	2,8	16	3,7	28	6,5
EMC	26	6,0	22	5,1	48	11,1
ESI	5	1,2	4	0,9	9	2,1
ESC	6	1,4	2	0,5	8	1,9
Sem Informação	48	11,1	54	12,5	102	23,7
Total	206	47,8	225	52,2	431	100,0

Fonte: Planilha do CAPS com os dados dos usuários referentes ao mês janeiro de 2004

A Tabela 4 mostra que 35,7% (154 pessoas) dos usuários possuem sete anos ou menos de estudo, pois estes sujeitos não completaram o primeiro segmento do ensino regular. Observa-se na também que cerca de 5,1% (22 pessoas) dos usuários são analfabetos.

A Tabela 4 indica que 35,5% dos usuários (153 pessoas) estudaram oito ou mais anos, o que corresponderia minimamente ao segundo segmento completo, destes, apenas 17 tiveram a chance de ingressar na universidade (apenas 4,0% dos usuários).

Os dados relativos à escolaridade dos usuários do CAPS se assemelham aos dados observados na população brasileira, pois, segundo a pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar 1998-2003, realizada pelo Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de metade da população brasileira possui de um a sete anos de estudo.

Não foi possível conhecer o grau de escolaridade de 23,7% dos usuários (102 pessoas), pois não havia esta informação no relatório do CAPS.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS segundo o tempo, em anos, de uso do serviço

Tempo	Nº Usuários	%
6 anos ou mais	49	11,4

5 a 6	26	6,0
4 a 5	11	2,6
3 a 4	11	2,6
2 a 3	46	10,7
1 a 2	97	22,5
<1 ano	187	43,4
Sem informação	4	0,9
Total	431	100,0

Fonte: Planilha do CAPS com os dados dos usuários referentes ao mês janeiro de 2004

A tabela 5 informa que 43,4% dos usuários (187 pessoas) freqüentavam o CAPS há menos de ano, o que indica um aumento significativo do número de usuários novos no serviço, no ano anterior à realização deste estudo.

Segundo a coordenadora do CAPS, o referido aumento está relacionado a vários fatores, como ,por exemplo, a redução do número de leitos disponíveis em toda a rede de atendimento psiquiátrico, a intervenção em clínicas psiquiátricas, o reconhecimento e a busca pelos serviços substitutivos de saúde mental e o fechamento de ambulatórios de atendimento psiquiátrico na área programática.

Ao observar a Tabela 5 verifica-se que 20,0% dos usuários do serviço (86 pessoas) freqüentam o CAPS há mais de quatro anos. Tal fato indica que, possivelmente, estes usuários conhecem bem os profissionais e o serviço, bem como suas peculiaridades no cotidiano.

Tabela 6 - Distribuição dos usuários que freqüentavam o CAPS segundo o projeto terapêutico e a inclusão do familiar neste projeto.

Projeto / participação família	Sim		Não		S/ informação		Total	
	Sim	%	Não	%	informação	%	Total	%

1 vez / semana	20	4,6	174	40,4			194	45,0
2 vezes / semana	13	3,0	36	8,4			49	11,4
3 vezes / semana	14	3,2	15	3,5			29	6,7
4 vezes / semana	2	0,5	3	0,7			5	1,2
5 vezes / semana	9	2,1	16	3,7			25	5,8
Quinzenal			7	1,6			7	1,6
Mensal	4	0,9	72	16,7			76	17,6
Não sistematizado*	1	0,2	2	0,5	1	0,2	4	0,9
Outros	1	0,2	1	0,2	6	1,4	8	1,9
Sem informações			6	1,4	28	6,5	34	7,9
Total	64	14,8	332	77,0	35	8,1	431	100,0

Fonte: Planilha do CAPS com os dados dos usuários referentes ao mês janeiro de 2004

*Atendimento não sistematizado é aquele em que o usuário comparece quando deseja ou pode.

Através da Tabela 6 destaca-se a informação de que 45% dos usuários (194 pessoas) comparecem ao CAPS uma vez por semana. Dentre os usuários que freqüentam o CAPS, 25,1% (108 pessoas) comparecem ao serviço entre duas e cinco vezes por semana.

A Tabela 6 informa ainda que somente 14,8% (64 pessoas) contam com a inclusão do familiar no seu projeto terapêutico. Tal fato indica baixa inclusão da família no processo de reabilitação dos usuários.

4.3 – PARTICIPANTES DO ESTUDO

O primeiro contato com os profissionais, com o objetivo de realização do estudo, deu-se em uma reunião de supervisão de equipe, onde o projeto de pesquisa foi apresentado à toda equipe e ao supervisor do CAPS. Foi deixado uma cópia do projeto, bem como uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Souza Aguiar.

A partir deste primeiro contato a pesquisadora passou a freqüentar o CAPS e participar de algumas atividades, com o objetivo de conhecer os usuários e os familiares que compareciam ao serviço e de ser conhecida por eles.

Foram convidados a participar deste estudo usuários e familiares, bem como os profissionais. O contato com os participantes, assim como a seleção dos sujeitos, foi realizada

dentro do cotidiano da instituição em que foi desenvolvida a pesquisa ou por telefone, com os familiares dos usuários.

Participaram deste estudo trinta e quatro pessoas concedendo entrevista. Destas, onze são usuários do serviço, onze são familiares e doze são profissionais. A coordenadora do serviço participou de forma indireta, fornecendo informações sobre o serviço e autorizando o acesso aos relatórios da instituição e aos prontuários dos usuários.

A participação destes três segmentos possibilitou aproximações e afastamentos acerca do cotidiano no CAPS. Ao mesmo tempo em que permitiu o acesso à percepção dos grupos de usuários, familiares e profissionais isoladamente, também possibilitou uma visão mais abrangente, quando se congrega a percepção dos três grupos. Acreditamos que desta forma houve uma maior possibilidade de compreensão dos sujeitos e da relação estabelecida entre eles e das representações e expectativas que possuem acerca do cenário do CAPS .

4.3.1 - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O estudo se realizou com onze usuários do CAPS Rubens Corrêa, todos maiores de 21 anos, portadores de transtornos mentais severos cuja primeira crise tenha ocorrido há pelo menos três anos, que estivessem sendo atendidos regularmente no CAPS há no mínimo três anos, com um intervalo máximo entre dois atendimentos de sete dias.

Foi imprescindível que o usuário estivesse fora de crise para que conseguisse responder ao Inventário Multifásico de Identidade Social – IMIS.

Como foi dito, foram incluídos como sujeitos do estudo onze familiares, cujo comparecimento mínimo ao CAPS fosse semanal. O conceito de família foi baseado em

alguém do núcleo familiar com que o cliente contasse em seu dia-a-dia no CAPS.

Como este trabalho teve como objetivo principal conhecer a percepção das pessoas que circulam no cotidiano do CAPS, um dos critérios adotados para a composição do grupo de familiares foi a participação semanal do mesmo em pelo menos uma das atividades do CAPS.

Inicialmente pretendia-se fazer uma triangulação entre os participantes do estudo, então, o familiar entrevistado deveria ser parente do usuário entrevistado, bem como o profissional entrevistado deveria ser seu técnico de referência. Porém, quando o trabalho de campo foi iniciado, observou-se que os familiares dos usuários que tinham condições de participar do estudo não compareciam ao CAPS. Por sua vez, os familiares que compareciam eram parentes de usuários em crise e com um comprometimento grave, resultante da doença ou com déficit cognitivo significativo associado ao transtorno mental. Um dos profissionais entrevistados afirmou que a grande maioria dos familiares que comparecem ao serviço é parente dos usuários com quadro mais grave. Informou ainda que, quando o usuário apresenta melhora, os familiares participam menos do tratamento, muitas das vezes só retornam ao CAPS quando o usuário apresenta algum problema em casa ou na vizinhança ou quando solicitado pelos profissionais.

Em razão desta característica do cenário, optou-se por convidar para participar do estudo familiares que freqüentavam um dos grupos de familiares ou aqueles que tinham algum tipo de atendimento no CAPS. Foi feita também uma tentativa de aproximação dos familiares através de contacto telefônico, porém somente quatro concordaram em participar e compareceram no dia e horário agendado. Alguns familiares marcaram, porém não apareceram por razões não informadas.

Em razão de problemas ocorridos com o gravador de fita cassete, o material de áudio de uma das entrevistas sofreu dano.

Para que se alcançasse uma compreensão mais abrangente acerca das representações e significações que constituíam este cenário, fez-se importante incluir os profissionais do serviço. Este grupo de entrevistados constituiu-se de doze profissionais com diversas formações acadêmicas, que prestavam cuidados diretamente aos usuários e eram responsáveis pelo acompanhamento do projeto terapêutico de um ou mais usuários. Participaram do estudo: duas assistentes sociais, uma enfermeira, três médicos, uma nutricionista, duas pedagogas e três psicólogas.

Dos profissionais que atuam diretamente no cuidado aos usuários, somente dois não participaram do estudo. Um profissional respondeu somente metade do Inventário Multifásico de Identidade Social, o que invalidou sua participação e o outro profissional afirmou não ter tempo para participar da pesquisa e entrou de férias logo em seguida.

Foi necessário também que os profissionais entrevistados tivessem um vínculo empregatício com o serviço, isto é, que fossem funcionários do serviço público municipal ou contratados pela Organização Não-Governamental Instituto Franco Basaglia (IFB). O IFB presta serviço à Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de atender a demanda de profissionais de saúde mental dos centros de atenção psicossocial. Foi também necessário que o funcionário desenvolvesse atividades assistenciais de acordo com sua graduação, pois, havia no cenário uma psicóloga pós-graduada, contratada para exercer o papel de artesã no CAPS.

O estudo teve um total de 34 participantes, entrevistados entre os meses de dezembro de 2003 e março de 2004. O tempo de duração das entrevistas foi variável e totalizou cerca de 70 horas, sendo a mais curta realizada em aproximadamente 30 minutos e a mais longa 150 minutos.

4.4 - OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO

Foram utilizados dois instrumentos para a obtenção das informações necessárias para atingir os objetivos deste estudo, foram eles: Instrumento de Contextualização do Sujeito (ICS) e Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS). Cada instrumento possuiu características diferenciadas e favoreceu a compreensão de aspectos diferenciados dos sujeitos. O conjunto das informações encontradas propiciou o entendimento mais abrangente de cada indivíduo e seus pares, assim como dos outros grupos participantes do estudo.

Os instrumentos foram utilizados para o levantamento de informações pessoais, sociais, acerca de suas atividades e das relações estabelecidas no CAPS e com o CAPS. Para tal intento foram necessárias algumas adequações ao contexto de cada grupo participante. Faz-se importante destacar que apesar das adequações efetuadas, foi mantido o elemento norteador de cada questão.

4.4.1 - Instrumento de Contextualização do Sujeito (ICS)

O Instrumento de Contextualização do Sujeito (ICS) foi elaborado pela pesquisadora com o objetivo de conhecer os participantes do estudo a partir de três perspectivas de inserção no CAPS: individual, como elemento de um grupo específico (usuário, familiar ou profissional) e como integrante de um grupo maior (pessoas que participam do cotidiano do CAPS).

O Instrumento de Contextualização do Sujeito (ICS) subdivide-se em duas partes:

A) Levantamento de informações pessoais e sociais de cada participante, como idade, sexo, estado civil, escolaridade e outras;

B) Conhecimento sobre o sujeito e sua inserção em atividades no CAPS.

Foi necessário adequar alguns itens do instrumento de acordo com o grupo participante. Para os usuários foram elaboradas questões sobre renda própria, história da doença, atividades laborais, escolares e de lazer. Para os familiares foram elaboradas questões sobre o vínculo com o usuário, constituição familiar, situação de moradia e renda familiar. Para os profissionais fez-se importante conhecer as informações relativas a sua formação, seu percurso profissional e as atividades desenvolvidas no CAPS. (APÊNDICES A, B e C)

O Instrumento de Contextualização do Sujeito (ICS) mostrou-se de fácil aplicação nos três grupos de entrevistados.

4.4.2 - Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS)

Este instrumento foi construído a partir da teoria Ego-Ecológica de Zavalloni, tendo-se como referência o Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS), construído pela autora (ZAVALLONI, 1984). O instrumento foi adaptado ao contexto de cada grupo entrevistado e ao cenário do CAPS e teve como objetivo identificar as percepções do indivíduo acerca de si mesmo, dos seus pares e dos grupos com os quais se relaciona dentro do contexto do CAPS, assim como as representações e expectativas a respeito do CAPS. (APÊNDICES E, F e G)

Apesar do Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS) ter se mostrado ideal para a compreensão da identidade psicossocial dos sujeitos, apresentaram-se algumas limitações na sua aplicação. Após a realização das entrevistas, foi possível constatar que o Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS) exige do entrevistado: atenção, orientação, organização de pensamento, capacidade de produzir juízos e expressá-los, e capacidade intelectual íntegra. Concluiu-se que tais características do instrumento restringiram-se sua aplicabilidade. Sugere-se que, antes de selecionar o IMIS como

instrumento de levantamento de dados, seja feita uma avaliação prévia do grupo que se pretende estudar.

Observou-se que mesmo fora de crise, três usuários não conseguiram ir até o final da entrevista, em razão do grau de atenção e abstração exigido pelo instrumento ao seu respondente. Observou-se que, especificamente a IIIª fase do IMIS, exige do respondente capacidade para organizar pensamentos e intelectualidade íntegra, o que gerou grande dificuldade para as pessoas com transtorno mental grave respondê-lo, principalmente aqueles que têm longa história da doença ou apresentam algum déficit cognitivo.

Os familiares dos usuários e os profissionais não apresentaram dificuldade significativa para responder o Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS).

Os instrumentos foram testados, no mês de junho, no CAPS de Ribeirão Preto - São Paulo, com um profissional, um cliente e um familiar. A submissão dos instrumentos a teste teve o objetivo de avaliar sua aplicabilidade, bem como observar o procedimento mais adequado de conduta do entrevistador. Foram feitos pequenos ajustes no Inventário Multifásico de Identidade Social – IMIS, propiciando sua melhor aplicabilidade e análise.

4.5 - PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Os participantes foram selecionados segundo os critérios já referidos anteriormente e as entrevistas aconteceram no CAPS, de acordo com dia e horário previamente agendados com os participantes do estudo. Foi necessário somente um encontro com os participantes para a conclusão da entrevista. A duração das entrevistas foi extremamente variável, onde encontramos um profissional que levou trinta minutos para concluir a entrevista e um outro

profissional que levou cerca de 150 minutos para finalizar a entrevista. O tempo médio de entrevista utilizado por usuários, familiares e profissionais foi cerca de noventa minutos.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do CAPS, individualmente, e de forma que o entrevistado tivesse sua privacidade resguardada no momento da entrevista.

Ao iniciar a entrevista foram esclarecidos novamente os objetivos do estudo e reforçada a garantia do anonimato e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” foi lido e assinado.

Primeiramente foi preenchido o Instrumento de Contextualização do Sujeito - ICS e logo após o Inventário Multifásico de Identidade Social - IMIS. O participante do estudo leu os formulários juntamente à entrevistadora, que anotou as respostas fornecidas por ele. Este acompanhamento fez-se necessário em razão do baixo grau de escolaridade de alguns usuários e familiares, bem como permitiu que o entrevistado fizesse qualquer alteração nas respostas, se achasse conveniente.

Foram utilizados também o gravador e a fita cassete para o preenchimento do Inventário Multifásico de Identidade Social – IMIS. Como este instrumento necessita de um método de coleta de dados mais sensível e detalhado, principalmente na Fase III, optamos por gravar e transcrever somente esta fase da entrevista.

Ao longo das Fases II e III do Inventário Multifásico de Identidade Social – IMIS os entrevistados tiveram a oportunidade de ler as respostas fornecidas nas fases anteriores e mais uma vez puderam rever suas respostas e fazer qualquer alteração que julgaram necessárias.

4.6 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Antes de ser iniciado o trabalho no cenário, o projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Municipal Souza Aguiar, localizado no Município do Rio de Janeiro. No que diz respeito aos princípios éticos de uma pesquisa que envolve seres humanos, existem vários pontos que foram levados em consideração e este estudo teve como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que traça as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”.

Ao longo deste estudo foram tomados cuidados fundamentais no trato com os participantes e com o cenário, tais como: a explicação prévia sobre a pesquisa, o consentimento livre para a participação, a garantia de tratamento digno e respeitoso e confidencialidade e privacidade, a adequação aos princípios científicos, a proteção de imagem e a não estigmatização, bem como o respeito aos valores culturais, sociais, religiosos e éticos de cada participante.

4.7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Através da análise do Instrumento de Contextualização do Sujeito (ICS) foi possível obter informações pessoais e sociais sobre os grupos de participantes, bem como sobre suas atividades no CAPS. Os dados levantados foram observados à luz da análise estatística através da distribuição da frequência das informações obtidas.

O Inventário Multifásico de Identidade Social (IMIS) permitiu conhecer a identidade social dos sujeitos no que se refere ao ambiente do CAPS, assim como sua percepção a respeito do referido cenário. A análise dos dados obtidos através do IMIS, em razão do tempo

disponível para o desenvolvimento do estudo, ocorreu somente até a segunda fase do instrumento

Na primeira etapa realizou-se a análise contextualizada do ambiente, que indicou o quanto a pessoa está impregnada pelo sistema de significação do qual faz parte. A partir deste ponto foi possível fazer recortes que, ao mesmo tempo, sinalizaram as aproximações e os afastamentos do campo social e expressaram as características essenciais que o indivíduo possuía a respeito de si mesmo, de seus pares e dos indivíduos que pertenciam aos grupos com os quais convivia no cenário do CAPS. Nesta fase foi utilizada a classificação dos atributos em eixos egomórfico/alomórfico e eixos positivo/negativo, para observar o grau de identificação e afastamento:

- *Identificação positiva com o grupo* => Valorização das qualidades intrínsecas e extrínsecas;
- *Diferenciação positiva com o grupo* => Valorização dos aspectos diferenciais;
- *Identificação negativa com o grupo* => Desvalorização intrínseca e extrínseca ligada a privação ou vitimização;
- *Diferenciação negativa com o grupo* => Desvalorização dos aspectos intrínsecos que se apresentam como oposição, causando privação ou ameaça.

Neste momento, foi possível conhecer e classificar os atributos trazidos pelo entrevistado que caracterizavam o próprio indivíduo, seus pares e grupos com quem convivia. Vale destacar que foram os próprios entrevistados que estabeleceram a referida classificação.

Em um segundo momento os temas emergentes da fala dos entrevistados foram analisados e classificados em eixos temáticos através dos quais foram observados os campos simbólicos onde se depositavam as realizações, os projetos, os desejos de cada grupo, assim como a percepção da identidade de cada grupo entrevistados. A classificação dos atributos

em eixos temáticos foi realizada pela pesquisadora.

Através do levantamento e da organização dos temas foram construídas as imagens construídas pelos grupos acerca de si mesmos como também dos grupos com os quais conviviam. A análise permitiu identificar os conteúdos individuais e os conteúdos coletivos de cada tema emergente do discurso de cada participante. A análise dos dados ocorreu através do agrupamento dos temas emergentes dos discursos dos participantes.

Desta forma foi possível alcançar os objetivos propostos, não com instrumentos isolados, mas através da complementação, contradição e sobreposição dos elementos observados ao longo do trabalho, através destes instrumentos e dos métodos de análise escolhidos.

5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos no presente estudo. A análise inicia-se no perfil dos participantes do estudo, evolui para a construção dos eixos de identidade (egomórfico ou alomórfico) e eixos de afetividade (positivo ou negativo) e finaliza com a discussão dos pensamentos de fundo emergentes dos eixos identitários.

Para otimizar a compreensão acerca dos dados, os mesmos foram estruturados a partir de uma visão intergrupar, ou seja, os objetos discutidos através da visão de cada grupo de atores do estudo. A visão intergrupar propicia um recorte temático a partir da visão dos usuários, familiares de usuários e profissionais do CAPS acerca de si mesmos, de seus parceiros no ambiente do CAPS, bem como a respeito do próprio serviço.

As tabelas, que foram construídas a partir dos dados fornecidos pelos entrevistados, têm o objetivo de facilitar a visualização do perfil dos participantes. Estas tabelas, de uma forma geral, contêm dados de identificação pessoal, história do sujeito relativa a sua inserção no CAPS e suas atividades no serviço. A apresentação das tabelas tem variações de acordo com o perfil do grupo entrevistado.

Seqüencialmente, os temas foram apresentados através dos eixos identitários a partir das respostas dos sujeitos, seguido de um estudo da distribuição dos atributos nos quatro pólos. A análise dos eixos identitários desenvolveu-se de acordo com o referencial

metodológico da Teoria Ego–Ecológica de Marisa Zavalloni (1984), com base nos atributos que emergiram na intercessão destes eixos.

Faz-se necessário lembrar que a classificação dos atributos nos pólos egomórfico ou alomórfico ou nos pólos positivo ou negativo foi feita pelo próprio entrevistado, cabendo à pesquisadora somente a disposição dos dados nos eixos.

Em um terceiro momento, as respostas foram aglutinadas em pensamentos de fundo, analisados segundo sua incidência. Foram então estabelecidas comparações, gerando ao final do processo de análise uma síntese sobre as identidades de cada sujeito, bem como os significados atribuídos por cada ator sobre o serviço.

Para facilitar a identificação e visualização dos pensamentos de fundo que emergiram dos eixos identitários, foram utilizados números e letras gregas para cada grupo: α (alfa) para os usuários; β (beta) para os familiares; ψ (psi) para os profissionais; e Σ (sigma) para o CAPS.

A análise teve como sustentáculo os conteúdos agrupados nas tabelas, os eixos identitários e os pensamentos de fundo, construídos a partir da visão dos participantes acerca dos temas do estudo. Estes resultados são apresentados na seguinte ordem:

α) Identidade dos usuários a partir da visão deles mesmos, dos familiares e dos profissionais;

β) Identidade dos familiares a partir da visão deles mesmos, dos usuários e dos profissionais;

ψ) Identidade dos profissionais a partir da visão deles mesmos, dos usuários e dos familiares ;

Σ)Significados que usuários, familiares e profissionais construíram a respeito do CAPS Rubens Corrêa.

Os eixos identitários

A apresentação dos eixos identitários foi feita, primeiramente, a partir da visão de cada usuário acerca de si mesmo, acerca dos outros usuários, suas aspirações e expectativas; a seguir, incluiu-se a visão deste usuário acerca dos outros dois grupos de atores participantes do estudo. Em seguida, foi repetido o mesmo processo com os familiares de usuários e com os profissionais de saúde mental do CAPS.

Para a apresentação dos resultados foram adotados cinco eixos identitários para cada grupo de usuários, familiares e profissionais. Os eixos identitários foram construídos tomando como referência cinco frases contidas no instrumento de coleta de dados IMIS: Eixo 1 - *Nós como (ator) somos...*; Eixo 2 - *Eles como (ator) são...*; Eixo 3 - *Hoje eu sou...*; Eixo 4 - *Eu gostaria de ser visto como...*; Eixo 5 - *No futuro eu serei...*

Após a apresentação dos dados referentes à identidade de cada grupo, foram apresentados dois eixos tomando como referência a visão dos outros dois grupos a respeito daquele primeiro, a partir da frase: Eixos 6 e 7- *Os (atores) do CAPS são...*

Análise dos pensamentos de fundo

Dando continuidade à análise, tendo ainda como base o Inventário Multifásico de Identidade Social – IMIS e os eixos resultantes deste, foram organizados os pensamentos de fundo. A construção destes grupos deu-se a partir da aglutinação das respostas dos entrevistados em temas emergentes, sinalizados através das letras gregas α - atributos relativos aos usuários, β - atributos relativos aos familiares, ψ - atributos relativos aos profissionais e Σ - atributos relativos ao CAPS e um número seqüencial em algarismos arábicos. A simbologia utilizada nos pensamentos de fundo emergentes é idêntica à utilizada nos pensamentos de fundo descritos acima. Faz-se importante destacar que os pensamentos de fundo tiveram origem no aprofundamento da análise dos eixos identitários estudados anteriormente, a partir da visão da autora do estudo.

Com o intuito de facilitar a visualização e a compreensão dos pensamentos de fundo, foram construídas quatro tabelas, com os seguintes temas emergentes: Identidade dos usuários; Identidade dos familiares; Identidade dos profissionais; Significações e aspirações dos sujeitos a respeito do CAPS. Cada tabela contém as respostas dos entrevistados referentes à identidade do sujeito que está sendo estudada, constituindo-se de dez ou onze pensamentos de fundo. Embora se tenha encontrado um total de vinte e um pensamentos de fundo diferentes, pois vários temas se repetem nos grupos identitários estudados.

Os temas que emergiram das falas dos entrevistados foram organizados em tabelas, na mesma ordem apresentada nos pensamentos de fundo, ou seja, primeiro a identidade psicossocial do sujeito a partir da visão de seu grupo de pertencimento e logo depois apresentada a visão dos outros dois grupos que convivem no CAPS.

5.1 - CONHECENDO A IDENTIDADE PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO CAPS RUBENS CORRÊA

5.1.1. - Os Usuários

O Perfil dos usuários entrevistados

Foram entrevistados 11 usuários do CAPS, conforme especificado na Tabela 7. Não há diferença considerável entre o número de mulheres e de homens que participaram deste estudo (6:5). No que diz respeito à idade, a maioria dos usuários entrevistados possui entre 30 e 49 anos (9:11), sendo que, nos dois extremos, encontram-se duas mulheres, uma com 28 anos e a outra com 60 anos. Os usuários são, em sua maioria, solteiros (10:11), com exceção da mulher mais idosa, que é viúva.

Tabela 7- Distribuição dos usuários entrevistados segundo idade e sexo

Idade	Feminino	Masculino	Total	%
20-29 anos	1		1	9,1
30-39 anos	3	2	5	45,5
40-49 anos	1	3	4	36,4
60-69 anos	1		1	9,1
Total	6	5	11	100

Tabela 8- Distribuição dos usuários entrevistados segundo escolaridade e o sexo

Sexo	EFI	EFC	EMI	EMC	Total
Feminino	2	2		2	6
Masculino	3		2		5
Total	5	2	2	2	11
%	45,5	18,2	18,2	18,2	100

A Tabela 8 mostra que as mulheres têm maior escolaridade que os homens, pois conseguiram completar o ensino fundamental (2:11), ou o ensino médio (2:11). Observa-se também que é grande o número de usuários que não conseguiram completar o ensino fundamental (5:11).

Tabela 9- Distribuição dos usuários entrevistados segundo sua situação de moradia e comparecimento da família ao serviço

Moradia	Comparecimento semanal da família ao CAPS	Comparecimento mensal da família ao CAPS	Comparecimento esporádico da família ao CAPS	Não comparecimento de familiares ao CAPS	Total
Mora com a família	1	1	6	1	9
Mora sozinho			1	1	2
Total	1	1	7	2	11
%	9,1	9,1	63,6	18,2	100

Através da Tabela 9 nota-se que a maioria dos usuários entrevistados mora com sua família (9:11). Contudo, somente dois usuários afirmaram que o familiar comparece ao CAPS com regularidade. A maioria (7:11) dos familiares comparece ao CAPS esporadicamente, sem frequência nem atendimento sistematizado. Ao longo da coleta de dados, foi possível observar que os usuários mais independentes e com menor comprometimento de suas atividades de vida diária têm seus familiares menos presentes no CAPS, não tendo uma assistência sistematizada. Por sua vez, os usuários que são mais dependentes de alguém para a satisfação de suas necessidades básicas têm os familiares mais presentes no serviço. A participação assídua dos familiares de usuários mais dependentes no serviço resulta em uma assistência mais constante e contínua do que para os familiares dos usuários com mais autonomia, pois, estes familiares não freqüentam habitualmente o CAPS. Infere-se que quanto mais dependente o usuário for da família, mais esta família se sente sobrecarregada, resultando no seu comparecimento habitual ao CAPS e na participação regular aos atendimentos individuais, nucleares ou grupais disponíveis para a família.

Tabela 10 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo sua fonte de renda e atividade laboral

Atividade	Venda	Biscate	Serviços Gerais	Não trabalha	Total	%
Seguro Social	1			2	3	27,3
Trabalho	1	1	1		3	27,3
Família		1		1	2	18,2
Aposentadoria				3	3	27,3
Total	2	2	1	6	11	100

Observa-se na Tabela 10 que alguns usuários trabalham informalmente (5:11) e não possuem renda fixa oriunda deste trabalho. Outros usuários não têm qualquer atividade laboral atualmente (6:11), e dependem de aposentadoria (3:11) ou do seguro-saúde (2:11) ou da família (1:11) para seu sustento.

Tabela 11 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo tempo de diagnóstico do transtorno mental e tempo de tratamento no CAPS

Tempo de diagnóstico	2 a 3 anos no CAPS	4 a 5 anos no CAPS	Acima 6 anos no CAPS	Total	%
Diagnóstico há menos de 5 anos	1			1	9,1
Diagnóstico entre 10 a 15 anos	1	2	1	4	36,4
Diagnóstico entre 15 a 20 anos	1	2	1	4	36,4
Diagnóstico há mais de 20 anos			2	2	18,2
Total	3	4	4	11	100

A Tabela 11 informa que grande parte dos entrevistados frequenta o CAPS há mais de quatro anos (8:11) e dentre estes, quatro são atendidos no serviço desde a sua fundação. A grande maioria dos entrevistados (10:11) tem convivido com o diagnóstico de transtorno mental há 10 anos ou mais.

Tabela 12 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo número total de internações e o tipo diagnóstico médico

Classificação Internacional de Doença (CID)	1 a 2 internações	3 a 4 internações	5 a 6 internações	7 a 8 internações	Acima 10 internações	Total	%
Esquizofrenia	2	2	2	1	1	8	72,7
Transtorno de humor	1				1	2	18,2
Retardo mental	1					1	9,1
Total	4	2	2	1	2	11	100

Quatro usuários têm um número de internações baixo (2 internações), considerando a gravidade de seus diagnósticos. Mais da metade dos entrevistados (6:11) foi internada até quatro vezes em hospitais especializados.

Tabela 13 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo número de internações antes do início do tratamento no CAPS e o número de internações após o início deste atendimento

Internações anteriores	Zero	1 a 2 internações posteriores	6 internações posteriores	Total	%
1 a 2 internações anteriores	4			4	36,4
3 a 4 internações anteriores	2	1		3	27,3
5 a 6 internações anteriores		2		2	18,2
10 ou mais internações anteriores	1		1	2	18,2
Total	7	3	1	11	100

Observa-se na Tabela 13 que o número de internações foi reduzido e muitos usuários (7:11) não passaram por internação após o início do atendimento na instituição. Nota-se também que, dos usuários que se reinternaram, três tiveram apenas uma ou duas internações após o início do tratamento no CAPS. Um usuário entrevistado teve seis internações após sua entrada neste serviço, porém, faz-se necessário observar que este mesmo usuário sofreu 20 internações anteriores ao início de seu tratamento no CAPS. Grande parte dos usuários (10:11) tem um quadro de doença mental grave, há pelo menos 10 anos. Conjecturamos que a redução do número de internações desses clientes vem propiciando a melhoria da qualidade de vida destas pessoas através da elevação de sua auto-estima e da fortificação e multiplicação dos seus laços sociais.

Sujeito	Atividades laborais fora do CAPS	Formação profissional	Lazer	<i>Projeto Terapêutico</i>
Ana	Venda	Informática	TV, passear, CAPS, atividades domésticas	<i>Informática, Jornal, Sabonete, Pedagógica, Chocolate, Grupo Terapêutico</i>
Adriana	Biscate	Informática	Praia, Shopping	<i>Sabonete, Grupo Terapêutico</i>
Alberto		Informática	Jogos, poesia, atividades domésticas	<i>Jornal, Despertar, Oficina Expressiva, Jogos, Of Vídeo, Grupo Terapêutico</i>
Arlindo	Auxiliar de serviços gerais	Marcenaria, Reciclagem	Namorar	<i>Grupo Terapêutico, Grupo de Medicação</i>
André	Biscate	Informática, Pequenas Empresas	Visitar a família, Música, ir à igreja	<i>Oficina Expressiva, Sucata, Jornal, Despertar</i>
Amílcar			Rádio, praia, shows	<i>Oficina Expressiva, Sucata, Despertar, Grupo de Família, Jornal, Grupo de Saúde, Oficina Vídeo, TaiChiChuan</i>
Arlete		Informática	TV, Rádio, Visitar a família	<i>Livre</i>
Armando		Silkscreen	CAPS, TV, Rádio, Conversar c/ vizinhos	<i>Silkscreen, Jornal, Despertar, Heike, Assembléia, Acupuntura</i>
Alice	Demonstradora/vendedora	Vendas e Informática	TV, Cinema, shopping, visitar a família, ir à igreja	<i>Grupo de Medicação, Grupo de Sexualidade</i>
Amélia		Pré-Vestibular, Reciclagem	Cinema, Shows	<i>Oficina Expressiva, Argila, Dança, Oficina Literária</i>
Amanda		<i>Informática</i>	<i>Visitar a família, festas, ir à igreja</i>	<i>Informática, Sabonete, Grupo Terapêutico, Grupo de Família, Associação de Amigos do CAPS, Grupo de Medicação</i>

Quadro 4 - Atividades desenvolvidas pelos usuários entrevistados no CAPS e fora dele

O Quadro 4 indica que dentre os 11 usuários entrevistados, 45,5% (5 pessoas) exercem atividades remuneradas desenvolvidas fora da instituição. Porém, vale ressaltar que os usuários entrevistados investem em sua formação profissional pois, somente um deles nunca fez algum tipo de curso profissionalizante dentro ou fora do CAPS.

Os usuários citaram várias atividades que definem como atividades de lazer. Dentre as atividades de lazer citadas: sete atividades (21,2%) são realizadas dentro do próprio CAPS, como por exemplo, ir ao CAPS e fazer poesias; sete atividades (21,2%) são realizadas dentro da casa do usuário, como por exemplo, ver televisão ou fazer atividades domésticas; e 19 usuários (57,6%) citaram atividades realizadas fora do CAPS e fora de casa, como por

exemplo, ir visitar a família e ir à igreja. Tal fato indica que, possivelmente os usuários entrevistados estendam suas atividades além de sua casa e do CAPS.

No que diz respeito ao projeto terapêutico dos usuários, estes relataram 24 atividades diferentes, sendo que algumas são desenvolvidas por vários usuários. Das atividades citadas, duas (4,3%) são desenvolvidas individualmente e 44 (95,7%) são desenvolvidas em grupo. As atividades foram classificadas em: corporais (13%); laborais ou geradoras de renda (21,7); clínicas (24,0%); e expressivas (41,3%). Tal dado indica que as atividades mais citadas são as do tipo expressivas, onde se tem como exemplo, a Oficina de Jornal e a Oficina Expressiva.

Apresentação e análise da identidade psicossocial dos usuários

Os Eixos A dizem respeito às identidades dos usuários a partir de sua própria visão, como também destes sujeitos na visão dos seus familiares e dos profissionais de saúde mental.

A partir da análise dos Eixos A as respostas dos sujeitos foram classificadas em onze pensamentos de fundo, que serão discutidos posteriormente: **1α** - Atributos pessoais intrínsecos; **2α** - Percepção do cuidado; **3α** - Estrutura do atendimento no CAPS; **4α** - Atributos relativos ao transtorno mental; **5α** - Direitos dos usuários; **6α**-Conflitos nas relações entre profissionais e usuários; **7α** - Aspectos relativos à família; **8α**-Aspectos laborais; **9α** - Conteúdo avaliativo; **10α** - Qualidade de vida e; **11α** - Desqualificação social.

Eixo A.1 – NÓS, COMO USUÁRIO DO CAPS SOMOS...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO Tratados com responsabilidade (2α) Tratados com muita atenção (2α) Felizes (1α) Vencedores (1α) Amigos (1α) Normais como todo mundo (4α) Bem tratados (2α) Temos boa educação (3α) Temos boa alimentação (3α) Doentes mentais (4α) Dependentes de remédios (4α) Precisamos de terapia ocupacional (4α) Tratados para manter a saúde mental (3α) Temos coisas que nos proporcionam também a oportunidade de ter psicologia, assistência social, enfermagem e remédio (3α) Privilegiados (2α) Cuidados (2α) Amados (2α) Respeito o CAPS por causa de alguns profissionais (6α) Amigos (1α) Prestativos (1α) Amáveis (1α) É o direito de cada um saber o motivo pelo qual faz o tratamento aqui (5α) Temos o direito de seguir o tratamento corretamente para que não aconteça a internação (5α) Usuários (4α)	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO Tratados bem (2α) Podemos usufruir de todas as oficinas e lazer (3α) Temos o direito de perguntar ao profissional médico sobre a nossa medicação (5α)
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO Doentes mentais (4α) Desrespeitada (6α) Incompreendida (6α)	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

=> ATRIBUTO EGOMÓRFICO NEUTRO :

Aliviados (2α)
 Responsáveis pela oficina de vídeo (3α)
 Bem tratados, independentes (2α)

O Eixo A.1 é o registro da percepção da identidade do usuário resultante da sua própria visão. Através deste eixo é possível observar que os usuários possuem uma visão positiva a respeito de si mesmos, pois suas respostas (27 atributos) ficaram preponderantemente nos quadrantes positivos - 81,8%. Dentre os atributos positivos, observa-se que 72,7% das respostas (24 atributos) foram classificadas pelos usuários como egomórficas positivas, o que expressa auto-referência e autovalorização quando citam os atributos, pois sobressaem as capacidades e as competências dos próprios atores. No que diz

respeito aos atributos, observam-se tanto qualidades pessoais intrínsecas e qualidades situacionais extrínsecas como também as aspirações dos usuários:

“Nós, como usuários do CAPS somos amigos” (Usuário)

“Nós, como usuários do CAPS somos bem tratados” (Usuário)

“Nós, como usuários do CAPS temos o direito de seguir o tratamento corretamente para que não aconteça a internação” (Usuário)

Apesar de significar apenas 9,1% do total dos atributos citados pelos usuários, três itens foram situados no pólo egomórfico negativo, o que indica uma possível situação de opressão ou perigo no que diz respeito à situação de usuário do CAPS:

“Nós, como usuários do CAPS somos desrespeitada” (Usuário)

Há também 9,1% (três atributos) de ocorrência das respostas situadas no pólo alomórfico positivo. Esta distribuição indica que, apesar dos entrevistados não se auto-referenciarem ao citar o atributo, existem situações de apoio e/ou de aliança com seus pares do CAPS:

“Nós, como usuários do CAPS somos tratados bem” (Usuário)

Tomando como base o Eixo A.1 distinguem-se seis pensamentos de fundo:

- Atributos pessoais intrínsecos (7 atributos - 21,2%) => **1α**;
- Percepção do cuidado (9 atributos - 27,3%) => **2α**
- Estrutura do atendimento no CAPS (6 atributos - 18,2%) => **3α**
- Atributos relativos ao transtorno mental (6 atributos - 18,2%) => **4α**
- Direitos dos usuários (3 atributos - 9,1%) => **5α**
- Conflitos nas relações entre profissionais e usuários (3 atributos 9,1%) => **6α**

Eixo A.2 – ELES, COMO USUÁRIOS DO CAPS SÃO...

<p>POLO EGOMÓRFICO POSITIVO</p> <p>Ótimas pessoas (1α) Contentes (1α) Livres (1α) Amáveis (1α) Amigos (1α) Agradáveis (1α) Unidos (1α) Colegas (1α) Interessados no tratamento (1α) Protegidos (2α) Cuidados (2α) Amados (2α) Persistentes e fortes (1α)</p>	<p>POLO ALOMÓRFICO POSITIVO</p>
<p>POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Dependentes químicos (4α) Alguns muito eufóricos (4α) Na crise somos todos iguais (4α) Desassistidos pela família (7α) Tem dificuldades emocionais, mas não se auto-ajudam (4α) Não tem emprego (8α)</p>	<p>POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Fumantes (4α) Desrespeitam a doença do outro (4α) Doentes mentais (4α) Gritam (4α) Não sabem sair sozinhos (4α) Alguns muito fanáticos por religião (4α) Inimigos (4α) Indesejáveis (4α) Irreconhecíveis (4α) Tem baixa estima (4α)</p>

=> ATRIBUTO EGOMÓRFICO NEUTRO :

Criativos (1α)
 Usuários (4α)

=> ATRIBUTO ALOMÓRFICO NEUTRO:

Não simpatizam com a oficina pedagógica (2α)

O Eixo A.2 é o resultado da percepção do usuário em relação aos outros usuários do CAPS. Observa-se uma mudança no desenho do Eixo A.2 em relação ao Eixo A.1, pois há maior concentração (48,5% - 16 atributos) nos quadrantes com atributos negativos. Quando excluídos do grupo de pertencimento de usuários, 16 atributos (48,5%) citados pelos entrevistados possuíam características negativas a este mesmo grupo, demonstrando certa desvalorização de si mesmos e do outro.

A preponderância das características nos pólos opostos egomórfico negativo e alomórfico negativo sugere uma situação de rejeição do outro. Este fato pode ser identificado através das características opostas citadas pelos usuários entrevistados, o que por exemplo

observa-se através dos atributos ‘amigo’ e ‘inimigo’, o que pode ser observado na fala de um dos usuários:

“Eles, usuários do CAPS são amigos” (Usuário)

“Eles, usuários do CAPS são inimigos” (Usuário)

Se visto isoladamente, o quadrante onde houve maior incidência dos atributos foi o egomórfico positivo, com 39,4% das respostas (13 atributos), expressando a valorização das qualidades pessoais dos usuários, bem como a admiração por seus companheiros:

“Eles, como usuários do CAPS são persistentes e fortes” (Usuário)

Faz-se importante destacar que 30,3% das respostas foram alocadas no quadrante alomórfico negativo, expressando com estes 10 atributos elementos considerados indesejáveis no outro, em oposição aos valores do próprio sujeito:

“Eles, como usuários do CAPS desrespeitam a doença do outro”
(Usuário)

Os usuários situaram 18,2% das suas respostas no quadrante egomórfico negativo (seis atributos), expressando autodesvalorização, situação de inferioridade e/ou solidariedade, bem como sua própria vitimização frente a este contexto social:

“Eles, como usuários do CAPS são desassistidos pela família” (Usuário)

Comparando-se os eixos ‘Nós’-A.1 e ‘Eles’-A.2 observa-se que a maioria das respostas concentra-se nos pólos egomórficos, o que, segundo Zavalloni (1984), reflete uma identificação do sujeito com a identidade do grupo. Possivelmente, os usuários do CAPS possuem uma visão positiva de si mesmos e dos outros usuários.

Três atributos (9,1%) foram classificados como neutros; destes, dois foram considerados egomórficos e um alomórfico.

Emergiram do Eixo A.2 três pensamentos de fundo já observados no Eixo A.1 e mais duas novas categorias de pensamento (7 α e 8 α):

- Atributos pessoais intrínsecos (12 atributos – 36,4%) => **1 α** ;
- Percepção do cuidado (4 atributos – 12,1%) => **2 α** ;
- Atributos relativos ao transtorno mental (15 atributos – 45,5%) => **4 α** ;
- Aspectos relativos à família (1 atributo – 3,0%) => **7 α** ;
- Questões laborais (1 atributo – 3,0%) => **8 α** .

Eixo A.3 - HOJE EU SOU...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
<p>Uma pessoa mais ativa (9α) Uma pessoa melhor (9α) Uma pessoa mais delicada (9α) Feliz (1α) Uma vencedora (1α) Que tem muita vida pela frente (9α) Namorado (1α) Honesto (1α) Estou muito bem (9α) Lutando sozinho (9α) Tentando melhorar de vida (9α) Humano (4α) Bem visto aqui (1α) Não me impregno mais (2α) Durmo melhor com os remédios (2α) Uma pessoa feliz (9α) Queria ter uma melhor saúde (9α) Voltei à sociedade com dignidade, apesar das dificuldades (4α) Quase normal, normal que toma remédio (4α) Tenho vida, eu amo (4α) Mais forte (9α) Mais chorona (9α) Gente (4α) Viva (4α) Amiga (1α) À medida do possível, sou feliz (9α) Livre (4α) Honesta (1α)</p>	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
<p>Tenho vergonha por não saber rir em uma conversa (4α) Portador de doença mental, esquizofrênico (4α)</p>	

Mais pensativa (9 α)

=> ATRIBUTO EGOMÓRFICO NEUTRO :

Mais seguro de si (1 α)

Não realizada totalmente, por problemas de família (4 α)

O Eixo A.3 trata diretamente da percepção que o usuário tem de sua identidade psicossocial no momento da entrevista. Neste eixo, 84,9% dos atributos citados pelos usuários foram referidos como atributos egomórficos positivos (28 itens), expressando identificação positiva com o grupo e valorização de suas qualidades pessoais intrínsecas e extrínsecas, bem como de suas capacidades, competências e aspirações:

“Hoje eu sou quase normal, normal que toma remédio” (Usuário)

Somente 9,1% dos atributos foram classificados como egomórficos negativos, indicando através destes 3 itens a percepção de sua situação como de inferioridade frente ao grupo ou a sociedade:

“Hoje eu sou portador de doença mental, esquizofrênico” (Usuário)

Dois atributos (6,1%) foram classificados como neutros e considerados egomórficos pelos usuários.

Emergiram do Eixo A.3 quatro pensamentos de fundo; destes, três já foram observados nos eixos anteriores, surgindo somente uma nova categoria de pensamento (9 α):

-Atributos pessoais intrínsecos (8 atributos – 24,2%) => **1 α** ;

-Percepção do cuidado (2 atributos – 6,1%) => **2 α** ;

-Atributos relativos ao transtorno mental (10 atributos – 30,3%) => **4 α** ;

-Conteúdo avaliativo (13 atributos – 39,4%) => **9 α**

Eixo A.4 - EU GOSTARIA DE SER VISTO COMO...

POLO EGOMÓRFICA POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Atenção (1α) Delicadeza (1α) Paciência (1α) Profissional (8α) Ter um tratamento para me curar (4α) Uma atriz famosa (8α) Transparente (1α) Discreto (1α) Uma pessoa que cuida bem de si, bem arrumado (1α) Sempre bem (1α) Formado na escola, inteligente (1α) Legal (1α) Compositor (8α) Ser casado, ter uma vida estabilizada (7α) Útil no CAPS (1α) Participante de eventos (1α) Uma pessoa normal (4α) Ficar boa, tendo cura da doença (4α) Pela família, com mais carinho e amor (7α) Sem discriminação, quando falo do problema fora do CAPS (4α) Agora, receber pelo que fiz pela sociedade, pelo governo e receber tratamento e remédio pelo que já fiz (8α) Modelo para sonhos e para a futura família (7α) Tomar menos remédio (2α) Quero de volta o sabor do sono (2α) Gente (4α) Amiga (1α) Produtiva (8α) Uma pessoa agradável (1α) Uma pessoa normal (4α) Alguém que possa crescer, independente da doença (4α)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO :

Uma pessoa normal para trabalhar (8α)
 Ter mais interesse no problema da minha doença (4α)

POLO ALOMÓRFICO NEUTRO:

Mais reconhecido pelo que fiz no trabalho (8α)

O Eixo A.4 focaliza a maneira como o usuário gostaria de ser percebido pelos grupos sociais de pertencimento. Neste eixo, é possível observar que a fala dos usuários expressa autovalorização e crença em suas capacidades, competências e aspirações. A partir desta

linha de pensamento, 90,9% dos atributos foram posicionados no quadrante egomórfico positivo. Dentre estes 30 itens destaca-se

“Eu gostaria de ser visto como modelo para sonhos e para a futura família” (Usuário)

No Eixo A.4 foram citados três atributos classificados como neutros (9,1%), sendo dois são egomórficos e um alomórfico.

Emergiram do Eixo A.4 cinco pensamentos de fundo, todos já observados em eixos anteriores:

- Atributos pessoais intrínsecos (13 atributos – 39,4%) => **1α**;
- Percepção do cuidado (2 atributos – 6,1%) => **2α**;
- Atributos relativos ao transtorno mental (8 atributos – 24,2%) => **4α**;
- Aspectos relativos à família (3 atributos – 9,1%) => **7α**;
- Questões laborais (7 atributos – 21,2%) => **8α**

Eixo A.5 - NO FUTURO EU SEREI...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Melhor, mais inteligente (9α)	
Uma boa filha (7α)	
Uma pessoa mais delicada (9α)	
Uma artista famosa (8α)	
Casar com meu grande amor (7α)	
Ficar milionária (8α)	
Casado (7α)	
Dono de uma barraca de bijuteria folhada a ouro (8α)	
)	
Pai do meu filho (7α)	
Enfermeiro (8α)	
Psiquiatra (8α)	
Um acompanhante de pacientes (8α)	
Um grande compositor, ser alguém (8α)	
Curado da doença (4α)	
Ser alguém (8α)	
Ter uma profissão (8α)	
Feliz por muitos anos (10α)	
Ter bisnetos (7α)	
Ter ainda a minha casa (7α)	
Feliz, se continuar com o amparo de todos (4α)	
Uma vida digna e normal, pois aprendo aqui como lidar com o mundo lá fora (4α)	
Participante de um CAPS com autonomia (3α)	

Mais completa emocionalmente (7α) Terei sonhos ressuscitados (10α) A cura, qualidade de vida em todos os sentidos (10α) Bióloga (8α) Terei alguém comigo (7α) Amada (7α) Feliz (10α) Terei saúde (10α) Amor ao próximo (7α)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
=> POLO EGOMÓRFICO NEUTRO	
Trabalhar (8α)	
Ajudar a família (7α)	

O Eixo A.5 representa as expectativas dos usuários para o futuro. Por esta razão, verifica-se a expressão de aspirações e esperanças desses atores. Neste sentido, 93,9% dos atributos citados (31 itens) concentram-se no quadrante egomórfico positivo, expressando uma visão positiva de si mesmo e do grupo do seu grupo social, tal como nesta fala:

“No futuro eu serei um grande compositor, ser alguém!” (Usuário)

No pólo egomórfico neutro foram observados dois atributos (6,1%) citados pelos usuários, no que diz respeito às suas aspirações para o futuro.

Emergiram do Eixo A.5 seis pensamentos de fundo; cinco foram observados nos eixos anteriores, surgindo somente uma nova categoria de pensamento (10α):

-Estrutura do atendimento no CAPS (1 atributos – 3,0%) => **3α**;

-Atributos relativos ao transtorno mental (3 atributos – 9,1%) => **4α**;

-Aspectos relativos à família (11 atributos – 33,3%) => **7α**;

-Questões laborais (11 atributos – 33,3%) => **8α**

-Conteúdo avaliativo (2 atributos – 6,1%) => **9α**

-Qualidade de vida (5 atributos – 15,2%) => **10α**

Eixo A.6 - O (PARENTE) É...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Tudo de bom, maravilhosa (1α) Uma pessoa alegre, apesar de tudo (1α) Muito legal (1α) Fácil de conviver (7α) Um bom filho, que não tem vícios (1α) Querido no CAPS (1α) Muito importante para mim (9α) Tudo (9α) Meu amigo (7α) Tudo que tenho é dele (7α) Tudo (9α) Uma pessoa muito boa (1α) Colabora com o pai e com a mãe (7α)	Inteligente (1α) Carinhosa (1α) Responsável (1α) Dedicada à família (7α)
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Fica invocado quando o pai briga (7α) Quando em crise, desconhece as pessoas (4α) Muito sozinho (4α) Agressivo (4α)	Muito nervosa, fala muito alto (4α) Sofre muito por causa do preconceito. Não arranja namorado por causa disso (4α) Muito emotiva (4α) Não pode ser muito contrariado (4α) Uma pessoa sem defesa nenhuma (4α) Mal-criado (4α) Fala muito palavrão (4α) Muito inconstante, hora promete uma coisa e faz outra (4α) Tentei que aprendesse uma atividade útil, mas ele não aprendeu (4α)
=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO Muito emotivo (4α) Um doente, que por vezes preocupa muito, por causa do futuro dele (4α)	
=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO Muito voltado para o próprio mundo (4α)	

O Eixo A.6 reflete a percepção dos familiares no que diz respeito ao seu parente, portador de transtorno mental. Não se pode deixar de notar a preponderância na disposição dos atributos em pólos contrapostos, o que sugere uma situação de ambivalência, o que se pode notar através desses dois atributos:

“O (parente) é uma pessoa alegre, apesar de tudo” (Familiar)

“O (parente) é muito nervosa, fala muito alto” (Familiar)

Dos atributos distribuídos neste eixo, 39,4% concentrara-se no quadrante egomórfico positivo (13 atributos), demonstrando que a família valoriza as qualidades, capacidades e competências dos usuários:

“O (parente) é tudo de bom, maravilhosa” (Familiar)

Entretanto, verificou-se que os familiares classificaram 27,3% dos atributos (9 itens) dos usuários no quadrante alomórfico negativo, o que indica uma percepção depreciativa e até de hostilidade com relação aos parentes com transtorno mental. Pode indicar também sentimentos de compaixão ou desejo de ajudar:

“O (parente) é uma pessoa sem defesa nenhuma” (Familiar)

Observa-se também que 12,1% dos atributos citados foram classificados no pólo egomórfico negativo. Estes quatro itens indicariam uma percepção de perigo e opressão no seu familiar com transtorno mental, gerando sentimentos de convivência entre eles:

“O (parente) quando em crise, desconhece as pessoas” (Familiar)

O pólo alomórfico positivo recebeu 12,1% dos atributos (4 itens), mostrando que alguns familiares se diferenciam positivamente dos familiares com transtorno mental, indicando uma situação de apoio e aliança entre eles:

“A (parente) é dedicada à família” (Familiar)

Os familiares citaram três atributos (9,1%) que foram classificados como neutros, sendo dois egomórficos e um alomórfico.

Emergiram do Eixo A.6 quatro pensamentos de fundo, todos já observados em eixos anteriores:

- Atributos pessoais intrínsecos (9 atributos – 27,3%) => **1α**;
- Atributos relativos ao transtorno mental (15 atributos – 45,5%) => **4α**;
- Aspectos relativos à família (6 atributos – 18,2%) => **7α**;
- Conteúdo avaliativo (3 atributos – 9,1%) => **9α**.

Eixo A.7 - OS CLIENTES DO CAPS SÃO...

<p style="text-align: center;">POLO EGOMÓRFICO POSITIVO</p> <p>Respeitados (2α) Privilegiados em relação à assistência em saúde como um todo (2α) Amigos (1α) Colaborativos (1α) Parte do serviço (2α) Fascinantes (1α) Irritantes (6α) Muitas vezes, mestres (1α)</p>	<p style="text-align: center;">POLO ALOMÓRFICO POSITIVO</p> <p>Divertidos (1α) Inteligentes (1α)</p>
<p style="text-align: center;">POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Miseráveis (11α) Excluídos socialmente (11α) Sofridos (11α) Instáveis (4α) Carentes (11α) Dependentes (4α) Pacientes passivos (4α) Desprovidos de consciência política (11α)</p>	<p style="text-align: center;">POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Infantilizados (4α) Portadores de transtornos graves e condição social desfavorável (11α) Desprivilegiados psíquica e socialmente (11α) Sofrem muito com o preconceito (4α) Dependentes (4α) Sugadores de energia (6α) Querem atenção o tempo inteiro (6α) Imprevisíveis (4α) Carentes (11α) Necessitados financeiramente (11α) Com problemas familiares (7α) Pessoas acometidas por intensa miséria social (11α)</p>
<p>=> POLO EGOMÓRFICO NEUTRO</p> <p>Graves clinicamente (4α) Insistentes (4α) Implicados com o tratamento (1α) Indivíduos (1α)</p> <p>=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO</p> <p>Sofredores (4α) Demandam não só o tratamento, como também questões relativas à sobrevivência (11α)</p>	

O Eixo A.7 traduz a percepção dos profissionais de saúde mental a respeito dos usuários do serviço. Observa-se neste eixo o predomínio dos atributos negativos (55,6% - 20 itens), indicando auto e hetero-desvalorização, bem como conflitos internos (situação de opressão e sentimentos de convivência) e conflitos externos (o outro percebido como oprimido e sentimento de compaixão). Estas situações são refletidas através da fala dos profissionais:

“Os usuários do CAPS são excluídos socialmente” (Profissional)

“Os usuários do CAPS são sugadores de energia” (Profissional)

Os atributos foram mais freqüentes no quadrante alomórfico negativo (33,3%), indicando depreciação do outro, despertando sentimentos agressivos em relação ao outro, bem como compaixão em 12 itens. Esta situação pode ser observada através da fala dos profissionais:

“Os usuários do CAPS são desprivilegiados psíquica e socialmente”

(Profissional)

O pólo egomórfico positivo recebeu 22,2% das características atribuídas aos usuários pelos profissionais de saúde mental, significando identificação e valorização das qualidades intrínsecas e extrínsecas dos usuários em 8 itens, dentre os quais se destaca:

“Os usuários do CAPS são fascinantes” (Profissional)

Verificou-se que 22,2% dos atributos (oito itens) foram situados no pólo egomórfico negativo. Estes atributos indicam autodesvalorização e uma relação de identificação com a situação vivenciada pelos usuários. Este pólo representa uma área de conflito interno, onde, apesar das características relatadas pelos profissionais estarem relacionadas à desqualificação social e a situação desprivilegiada dos usuários, observam-se sentimentos de solidariedade dos profissionais em relação ao usuário:

“Os usuários do CAPS são dependentes” (Profissional)

No pólo alomórfico positivo foram alocados 5,6% dos atributos (dois itens), indicando diferenciação positiva dos profissionais em relação aos usuários, valorização das características e valores dos usuários:

“Os usuários do CAPS são inteligentes” (Profissional)

Foram observados seis atributos (16,7%) classificados pelos profissionais como neutros, destes, quatro como egomórficos e dois como alomórficos.

Emergiram do Eixo A.7 seis pensamentos de fundo, sendo acrescentada apenas a categoria 11 α :

- Atributos pessoais intrínsecos (7 atributos – 19,4 %) => **1 α** ;
- Percepção do cuidado (3 atributos – 8,3%) => **2 α** ;
- Atributos relativos ao transtorno mental (10 atributos – 27,8%) => **4 α** ;
- Conflitos nas relações entre profissionais e usuários (3 atributos – 8,3%) => **6 α** ;
- Aspectos relativos à família (1 atributo – 2,8%) => **7 α** ;
- Desqualificação social (11 atributos – 30,6%) => **11 α** .

Tomando-se como base os eixos construídos a partir das questões *Nós usuários do CAPS somos..., O (parente) é... e Os usuários do CAPS são...*, observou-se a predominância das características situadas nos pólos egomórficos na perspectiva dos usuários (76,7% atributos), dos familiares (56,7% atributos) e dos profissionais (53,3% atributos). Este fato sugere a identificação dos sujeitos com os usuários do CAPS. Porém, observando-se especificamente os profissionais de saúde mental, estes citam preponderantemente atributos negativos aos usuários. Portanto, há a sugestão de uma situação de opressão e de conflito interno vivido pelos profissionais, indicando uma possível sobrecarga, na visão desses profissionais de saúde mental. Tal fato pode ser evidenciado através da fala destes sujeitos:

família	1	3	11	6	1	22	9,4	
Aspectos laborais	1	7	11			19	8,1	
Conteúdo avaliativo		13	2	3		18	7,7	
Qualidade de vida			5			5	2,1	
Desqualificação social					11	11	4,7	
Total	33*	33*	33*	33*	33*	36	234	100

*Esse total se refere a onze (11) sujeitos, considerando a eliminação de um (1) sujeito

Quando analisados em conjunto, os pensamentos de fundo relativos à identidade psicossocial dos usuários, revelam os seguintes temas: *Atributos relativos ao transtorno mental* - 4 α (67 atributos - 28,6%), *Atributos pessoais intrínsecos* - 1 α (56 atributos - 23,9%), *Aspectos relativos à família* - 7 α (22 atributos - 9,4%), *Percepção do cuidado* - 2 α (20 atributos - 8,5%), *Aspectos laborais* - 8 α (19 atributos - 8,1%), *Conteúdo avaliativo* - 9 α (18 atributos - 7,7%) e *Desqualificação social* - 11 α (11 atributos - 4,7%).

O pensamento de fundo *Atributos relativos ao transtorno mental* - 4 α é o mais freqüente (67 atributos) e está presente na fala dos três grupos de entrevistados, no que se refere à identidade do usuário, com uma incidência de 28,6%. Neste grupo temático foram reunidos atributos relativos ao transtorno mental, como se pode verificar nas falas de alguns entrevistados:

“Nós, como usuários do CAPS somos doentes mentais” (Usuários)

“A (usuária) é muito nervosa, fala muito alto” (Familiar)

“Os usuários são dependentes” (Profissional)

Estes dados nos conduzem ao texto de Amarante (1996, p. 86), que aborda o significado da loucura, construído dentro dos muros asilares e, posteriormente, difundido para a sociedade e ainda tão presente no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde mental

Aos que disso duvidarem, aos que refutarem que loucura é sinônimo de demência, agressividade, insensatez, periculosidade, irresponsabilidade, indecência, imoralidade, basta andar até o manicômio e basta conferir se não é mesmo assim. Eis porque a idéia do duplo não fica exclusivamente ao institucionalizado no hospital psiquiátrico, mas estende-se ao conjunto das instituições psiquiátricas, psicológicas, psicoterápicas, culturais, sociais que contribuem para a construção, em torno da pessoa, de uma face que não é aquela dos sujeitos.

Amarante (1996) chama a atenção para o duplo da doença mental, ou seja, o processo de reificação da loucura, que ocorre em razão da institucionalização da doença e tem como resultado homogeneização, objetivação e serialização de todos aqueles que entraram na instituição. Neste processo, aqueles que entram no hospício tornam-se iguais, não sendo levados em consideração aspectos pessoais como a história, os aspectos culturais e sociais e o sofrimento do indivíduo e da família, sendo considerados somente os sintomas da doença.

Dentre os eixos relativos à identidade do usuário, o tema referente ao transtorno mental surgiu mais freqüentemente naquele em que o usuário falava do grupo de usuários do CAPS no qual não se incluía. Zavalloni (2001) afirma que quando estudamos os aspectos intragrupo referentes a ‘eles’, os aspectos emergentes representam freqüentemente os aspectos mais negativos do próprio grupo, surgindo como uma oposição binária às características positivas deste grupo. Neste sentido pode-se afirmar que os atributos observados no eixo relativo a “Eles, os usuários do CAPS...” trazem os aspectos relativos ao transtorno mental que mais incomodam aos usuários, pois trazer a tona o estigma da doença mental, tal como expresso na fala:

“Eles, como usuários do CAPS não sabem sair sozinhos” (Usuário)

O pensamento de fundo *Atributos relativos ao transtorno mental - 4α* destaca-se também nos eixos referentes a maneira como os usuários se vêem atualmente e no eixo referente a como gostariam de ser vistos no contexto social. Contudo, diferentemente do contexto observado no eixo relativo a *Eles, usuários do CAPS são...*, percebe-se o estigma relativo ao transtorno mental através de seu contraponto:

“Hoje eu sou humano” (Usuário)

“Hoje eu sou livre” (Usuário)

“Eu gostaria de ser visto como uma pessoa normal” (Usuário)

“Eu gostaria de ser visto sem discriminação quando falo do problema fora do CAPS” (Usuário)

Estas falas remetem a uma situação anterior, provavelmente vivida dentro do asilo ou até mesmo no núcleo familiar, onde os usuários eram tratados como não humanos e anormais, sentindo-se presos e discriminados pela sociedade.

Ainda neste contexto, o tema *Atributos relativos ao transtorno mental - 4α* foi o mais freqüentemente observado na fala dos familiares, no que diz respeito à identidade dos usuários. Esta informação revela que a percepção do familiar, no que diz respeito à identidade do usuário, ainda está muito referenciada aos sintomas do transtorno mental. Destacam-se aí os aspectos que dizem respeito ao isolamento social, à dependência, à passividade e à suscetibilidade, todos relacionados ao transtorno mental:

“O usuário do CAPS é muito sozinho” (Familiar)

“O usuário do CAPS é uma pessoa sem defesa nenhuma” (Familiar)

Vale ressaltar que, no que diz respeito à identidade dos usuários, o grupo temático *Atributos relativos ao transtorno mental - 4α* foi o mais freqüente nas falas dos profissionais, juntamente ao tema *Desqualificação social - 11α*. Tal informação indica que a percepção dos profissionais acerca dos usuários ainda está muito relacionada às características relativas aos transtornos mentais destes sujeitos:

“Os usuários do CAPS são pacientes passivos” (Profissional)

“Os usuários do CAPS são infantilizados” (Profissional)

O eixo relativo à identidade do usuário, em que o tema do transtorno mental surge com menor frequência, é o que trata dos desejos e aspirações futuras dos sujeitos. O tema da doença e do estigma surge como algo do qual os usuários querem se desvencilhar no futuro:

“No futuro eu terei uma vida digna e normal, pois aprendo aqui como lidar com o mundo lá fora” (Usuário)

Estes dados ratificam a importância da discussão acerca do duplo da doença mental, pois, apesar dos usuários ressaltarem as características de sua identidade psicossocial real, também surge a identidade psicossocial virtual impregnada pelo estigma da doença mental. Entende-se aqui identidade psicossocial real e identidade psicossocial virtual a partir de Goffman (1988, p. 12), que as define da seguinte forma:

...., as exigências que fazemos poderiam ser mais adequadamente denominadas de demandas feitas “efetivamente”, e o caráter que imputamos ao indivíduo poderia ser encarado mais como uma imputação feita por um retrospecto em potencial – uma caracterização “efetiva”, uma identidade social virtual. A categoria e os atributos que ele, na realidade, prova possuir, serão chamados de sua identidade social real.

Amarante (1996) afirma que a análise e a compreensão do duplo da doença mental é o ponto de partida no processo efetivo de desinstitucionalização, pois, a partir daí denuncia-se a função alienante, violenta e iatrogênica da psiquiatria, como também propicia a discussão de sua função terapêutica. Os resultados deste estudo corroboram as falas deste autor, pois profissionais e usuários do CAPS, apesar de se encontrarem em uma instituição substitutiva ao asilo, ainda percebem as pessoas com transtorno mental através de uma ótica que fortalece a reificação da doença mental.

O segundo grupo temático mais frequente (23,9%) foi chamado de *Atributos pessoais intrínsecos - 1α*, com 56 atributos. Este tema esteve presente em todos os pensamentos de fundo, exceto no eixo que trata das perspectivas dos próprios usuários em relação ao futuro. Neste grupo temático foram reunidos atributos relativos às qualidades

personais dos usuários, que remetem à distinção do caráter, às capacidades e competências dos usuários.

Segundo Zavalloni (1984), a valorização das características pessoais intrínsecas e situacionais extrínsecas do sujeito são características diretamente relacionadas à sua identidade positiva. Isto pode ser observado nas falas dos entrevistados:

“Nós, como usuários do CAPS somos prestativos” (Usuário)

“O (usuário) é um bom filho, que não tem vícios” (Familiar)

“Os usuários são muitas vezes mestres” (Profissional)

Dentre os pensamentos de fundo estudados, o tema *Atributos pessoais intrínsecos - I α* , que se refere às qualidades pessoais dos usuários, foi o mais frequente quando o assunto abordado relacionou-se à maneira como o usuário gostaria de ser visto por seus grupos de pertencimento:

“Eu gostaria de ser visto como uma pessoa agradável” (Usuário)

No tema *Atributos pessoais intrínsecos - I α* também destaca-se o eixo *Eles, usuários do CAPS são...* Tal fato indica uma percepção interna do grupo que valoriza as características pessoais e situacionais do grupo de usuários:

“Eles, como usuários do CAPS são amigos” (Usuário)

“Eles, como usuários do CAPS são persistentes e fortes” (Usuário)

Tal fato reflete o desejo do usuário de ser visto pela sociedade a partir de suas qualidades, capacidades e competências, ou seja, através de sua identidade psicossocial real, manifestando o desejo de que sejam deixados de lado os estigmas relacionados à loucura que os acompanha.

O terceiro tema mais freqüente (9,4%) diz respeito à identidade dos usuários é *Aspectos relativos à família - 7α*, com 22 atributos. Este tema trata da percepção das relações familiares, tanto no presente, como no passado e também as expectativas e desejos de usuários e familiares no plano familiar futuro.

Ao examinar os pensamentos de fundo, observa-se que o tema *Aspectos relativos à família - 7α* destaca-se na fala dos usuários, quando estes discorrem sobre suas expectativas para o futuro. Vale ressaltar que os usuários não falam de seu núcleo familiar de origem, mas de um núcleo familiar que desejam constituir futuramente:

“No futuro eu serei pai do meu filho” (Usuário)

“No futuro eu terei alguém comigo” (Usuário)

Surge aqui o desejo de grande parte da população adulta que ainda mora com os pais, ou seja, a construção de uma nova realidade familiar, baseada em conceitos, padrões e valores diferentes daquela em onde tantos conflitos foram vivenciados.

Contudo, quando se analisam as respostas dos familiares relativas à identidade do usuário inserido no tema família, percebe-se um enfoque direcionado ao núcleo familiar de origem, tratando especificamente da relação do familiar com o usuário, sem a perspectiva de incentivar sua independência:

“O usuário é fácil de conviver” (Familiar)

“O usuário fica invocado quando o pai briga” (Familiar)

Melman (2001) afirma que os aspectos objetivos e subjetivos da vivência com o familiar são diretamente influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui, os quais são resultado de sua história de vida, seu contexto cultural, social e religioso.

A partir da análise da frequência dos temas emergentes, sobreveio o quarto tema central, que refere-se a identidade formada sobre o usuário a partir do cuidado prestado no CAPS. Este grupo temático foi intitulado *Percepção do cuidado - 2α*. Este surgiu preponderantemente no eixo referente à percepção do usuário a respeito de si mesmo e correspondeu a 8,5% (56 atributos) de todas as respostas encontradas. Esteve presente na maioria dos eixos, exceto naqueles que tratam das perspectivas futuras dos usuários e da percepção dos familiares quanto a identidade dos usuários.

Quando se trata do tema relativo ao cuidado recebido no CAPS, nota-se que, apesar da baixa incidência geral, é um dos fatores que influenciam o usuário na construção de sua identidade:

“Nós como usuários do CAPS somos amados” (Usuário)

“Nós como usuários do CAPS somos tratados bem” (Usuário)

Tal fato revela que os profissionais do CAPS vêm instrumentalizando neste espaço de cuidado o potencial criativo e afetivo, fortificando desta forma a identidade positiva dos usuários. Neste sentido, concordamos com Peixoto (2003, p. 68) quando discorre sobre o tratamento em saúde mental:

Sabemos que existem lugares abertos, com as portas abertas para a rua, onde as pessoas se misturam sem que haja distinção entre elas, sem que se saiba quem é usuário ou quem é o atendente ou o profissional. Lugar onde existe vida, com tudo o que ela nos oferece: sonhos, brigas, amores, ciúmes, solidão, companheirismo, amizade ternura e trabalho (onde se sentem respeitados, úteis e valorizados frente a sociedade), enfim, todos os sentimentos que dão à existência o seu verdadeiro valor.

O quinto tema que se apresenta em ordem de frequência (8,1%), que recebeu 19 atributos na fala dos entrevistados, no que diz respeito à identidade dos usuários, está relacionado às questões de trabalho e foi denominado *Aspectos laborais - 8α*. Nesta categoria foram agrupados os temas relativos à situação profissional ou de trabalho do usuário. Este tema surgiu somente a partir das falas dos próprios usuários, nos eixos que diziam respeito às

perspectivas futuras e ao modo como gostariam de serem vistos pelos seus grupos de pertencimento. Vale destacar que a questão laboral foi a mais presente nas falas dos usuários quando se tratava das perspectivas futuras, conjuntamente com a temática relativa aos aspectos familiares.

O fato de os usuários trazerem atributos relativos ao trabalho, principalmente quando se trata da imagem que gostariam de ter no seu contexto social e nos projetos para o futuro, indica o desejo de resgate de sua autonomia e de uma identidade econômica produtiva:

“Eu gostaria de ser visto como produtiva” (Usuário)

“No futuro eu serei um grande compositor, ser alguém!” (Usuário)

Através do trabalho, o usuário percebe possibilidades de integração à sua comunidade, de reconstrução de sua identidade, bem como de melhoria da sua qualidade de vida. Cayres e colaboradores (2001), através de suas experiências na área de saúde mental, observaram que as pessoas submetidas a longos períodos de internação psiquiátrica perdem o vínculo com o trabalho e sentem-se incapazes de retomar suas atividades profissionais anteriores. Neste sentido, gostaríamos de destacar a fala de Cayres, quando destacam que

O trabalho tem sido uma das maneiras de operacionalizar alternativas de intervenção no processo de autonomia (ser governado por si próprio) e reabilitação dos usuários de saúde mental, buscando consolidar mudanças de qualidade da assistência psiquiátrica. Considera-s que através da oportunidade de trabalhar e ganhar pelo trabalho a pessoa recupera a possibilidade de ampliar seus conhecimentos, suas reflexões, transformar suas ações ou modificá-las diante das necessidades, passando a ser reconhecida como capaz de produzir e estabelecer relações sociais.

(CAYRES et al, p. 107, 2001)

O sexto tema mais freqüente na fala dos entrevistados, no que diz respeito à identidade do usuário, foi *Conteúdo avaliativo - 9α*, com uma freqüência de 7,7% (18 atributos) nas falas de usuários e de familiares de usuários, não aparecendo no grupo de profissionais. Este grupo temático trata da formação de juízo a respeito de um sujeito ou de uma situação.

O tema *Conteúdo avaliativo - 9 α* foi o mais saliente no eixo *Hoje eu sou...* Os usuários trouxeram o presente tema principalmente quando completaram a frase referente a como se vêem atualmente, demonstrando claramente que hoje possuem uma vida melhor que antes:

“Hoje eu sou uma pessoa mais ativa” (Usuário)

“Hoje eu sou mais forte” (Usuário)

Inferre-se que a qualidade de vida desses usuários foi incrementada pelo cuidado que recebem no CAPS, o que possibilita a seus usuários situações favoráveis ao desenvolvimento pessoal e social.

Acredita-se que a melhoria da qualidade de vida do usuário acontece em razão da condução do cuidado no CAPS que, apesar das dificuldades técnicas e operacionais que enfrenta, distingue-se sobremaneira do modo asilar. Segundo Oliveira (2002, p. 149), os CAPS

procuram olhar o sujeito ao invés da doença, trabalhar com a situação da vida da pessoa e seu ambiente sócio-familiar, com o objetivo de proporcionar hospitalidade ao invés de internação, solidariedade, afetividade e socialização ao invés de isolamento. Buscam estabelecer um acompanhamento atento do movimento dos usuários nos projetos terapêuticos para valorização da capacidade deles de intervir no cotidiano institucional, e, por conseguinte, no tecido social.

Deste modo, o CAPS vem mudando a vida dos usuários, fortalecendo-os e capacitando-os para enfrentar as dificuldades do cotidiano, seja no ambiente do próprio CAPS ou no contexto familiar e social.

O pensamento de fundo denominado *Desqualificação social - 11 α* , é o sétimo em ordem de frequência (4,7%) e trata da destituição do usuário ao acesso a uma condição econômica e/ou social adequada às suas necessidades básicas. Este item abarcou 11 atributos do total das respostas referentes à identidade do usuário. O presente tema foi observado

somente na fala dos profissionais e foi o mais freqüente quando estes se referiram à identidade do usuário, conjuntamente como tema *Atributos relativos ao transtorno mental - 4α*.

Paugam (2002, p. 69), em seus estudos sobre a pobreza, caracteriza a desqualificação social como “as relações estabelecidas entre a população designada como pobre e o resto da sociedade”. Apesar de o autor não ter como objeto de estudo a situação da pessoa com transtorno mental, a situação referenciada pelos profissionais assemelha-se à descrita por Paugam (2003), ou seja, a deslocalização social (fragilização), a dependência de serviços assistenciais (dependência) e a ruptura dos vínculos sociais (ruptura):

“Os clientes do CAPS são excluídos socialmente” (Profissional)

“Os clientes dos CAPS são miseráveis” (Profissional)

“Os clientes do CAPS são desprivilegiados psíquica e socialmente”
(Profissional)

Paugam (2002) descreve cinco elementos balizadores da desqualificação social que vão ao encontro da situação vivenciada pelos usuários com transtornos mentais:

- Estigmatização: “O apelo permanente à assistência social condena a massa de pobres para carreiras específicas, alterando sua identidade e transformando suas relações com os outros num estigma”. O autor menciona ainda que as pessoas que vivenciam o processo de desqualificação social apresentam sentimentos como a desvalorização social, a inferioridade e a humilhação. Para reduzir e dissimular a inferioridade de seu status social, mantém-se isolados ou distantes de todos que se mantêm na mesma situação. Deste modo, torna-se difícil aprofundar sentimentos de pertencimento a uma classe social;
- Integração social: Se por um lado os indivíduos dependentes da assistência social estão fadados a um status social desvalorizado, por outro lado eles permanecem

como membros do último estrato da sociedade. A desqualificação social trata das relações de interdependência entre as partes constitutivas do conjunto da estrutura social;

- Resistência ao descrédito: Os indivíduos conservam meios de resistência ao descrédito que lhes é imputado pela sociedade. O autor menciona estudos que evidenciam que os pobres resistem em grupo ou individualmente “à desaprovação social, tentando preservar ou resgatar sua legitimidade cultural e sua inclusão no grupo”;
- Heterogeneidade do processo de desqualificação social: “...os modos de resistência ao estigma e de adaptação à relação de assistência variam conforme a fase do processo de desqualificação na qual os pobres se encontram” (PAUGAM, 2002, p. 70).
- Condições sócio-históricas do processo de desqualificação social: Em razão da degradação do mercado de trabalho, à fragilidade dos vínculos sociais e um estado social com modos de intervenção inadaptadas ocorre a diversificação dos pobres, pois estes são oriundos de diversas categorias sociais.

A partir dos estudos de Paugam (2002 e 2003) consegue-se entender o motivo pelo qual a identidade atribuída aos usuários pelos profissionais do CAPS está relacionada à desqualificação social. Os profissionais possuem uma visão do usuário que é atravessada pela situação de pobreza ligada a estigmatização da doença mental, gerando dificuldades de inserção do sujeito no mercado de trabalho, a manutenção nos estratos sociais mais baixos e a dependência dos serviços públicos sociais e de saúde.

Foram observados outros quatro temas, no que diz respeito à identidade dos usuários, que totalizam 9% das respostas, com 21 atributos. Optou-se por citá-las e fazer apenas uma breve descrição. Os temas encontrados foram: *Estrutura do atendimento no CAPS – 3α* (7

atributos): reporta-se ao modo como o CAPS está organizado para atender às demandas emergentes do cuidado; *Direitos dos usuários* – 5α (3 atributos): refere-se às prerrogativas que os usuários possuem de exigir da sociedade o respeito do que lhes é de direito; *Conflitos nas relações entre profissionais e usuários* – 6α (6 atributos): traz a percepção negativa da relação com o profissional de saúde mental; e *Qualidade de vida* – 10α (5 atributos): indica o desejo de melhoria das condições de vida.

5.1.2 - OS FAMILIARES

Participaram deste estudo onze 11 familiares de usuários do CAPS, cujo perfil está descrito nos gráficos abaixo, acompanhados da descrição pertinente.

Tabela 15 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo sexo e a idade

Idade	Masculino	Feminino	Total	%
20 a 29 anos	1		1	9,1
40 a 49 anos	1	1	2	18,2
50 a 59 anos	1	3	4	36,4
Acima 60 anos	2	2	4	36,4
Total	5	6	11	100

A Tabela 15 trata da distribuição dos familiares entrevistados segundo sua idade e sexo. Observa-se que há predominância de pessoas do sexo feminino que possuem mais de 50 anos (5:11). Tal fato justifica-se pois a maioria dos familiares entrevistados são mães de usuários.

Tabela 16 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo estado civil e o sexo

Estado civil	Feminino	Masculino	Total	%
Solteiro	1		1	9,1
Casado	3	5	8	72,7
Divorciado	1		1	9,1
Viúvo	1		1	9,1
Total	6	5	11	100

A Tabela 16 revela que grande parte dos familiares entrevistados é casada (8:11). Observa-se também que, metade (3:11) das mulheres que participaram do estudo não possui um parceiro com quem possa compartilhar os problemas enfrentados no convívio com uma pessoa com transtorno mental. Em contrapartida, todos os homens que participaram do estudo são casados.

Tabela 17 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo seu vínculo com o usuário e a participação de outro familiar no tratamento

Participação de familiares	Mãe	Pai	Marido	Irmão	Filho	Total	%
Outro familiar participa do tratamento	1	2	1			4	36,4
Único familiar que participa do tratamento	4			2	1	7	63,6
Total	5	2	1	2	1	11	100

Através da Tabela 17 observa-se que a maioria dos familiares participantes do estudo são mães ou pais (7:11) de usuários, fato que justifica a idade elevada dos entrevistados (Tabela 15). Os dados levam a pensar na possível situação de sobrecarga na qual vivem estes familiares pois, em sua maioria (7:11), não contam com o comparecimento de outro familiar no CAPS. Koga (1977) afirma que a sobrecarga de ter uma pessoa com transtorno mental severo de longa permanência em um núcleo familiar é maior para as mulheres da família, já que além das atividades laborais, as atividades domésticas são executadas por mulheres, soma-se a isso a responsabilidade do cuidado do familiar adoecido.

Participaram do estudo cinco mães de usuários, sendo que quatro não contam com a presença de outro familiar no serviço. Este fato sugere que estas mulheres podem estar sobrecarregadas pela situação de adoecimento psíquico de seus filhos, especialmente quando

se verifica que além de não contarem com o comparecimento de outro familiar no serviço, não têm um companheiro com quem contar nas questões relativas à doença e a subsequente sobrecarga gerada por ela (Tabela 16). Entretanto, os outros familiares podem estar inseridos no mercado de trabalho, dando suporte econômico à família, bem como ao tratamento do familiar com transtorno mental. No entanto, como é possível verificar na Tabela 17, 36,4% das famílias é composta apenas pelo usuário e um outro familiar.

Tabela 18 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo renda familiar em salários mínimos (SM) e o número de moradores na residência

Renda em salários mínimos	2 moradores	3 moradores	4 moradores	7 moradores	Total	%
<1	2	1			3	27,3
1 a 2	2				2	18,2
Mais 5		2	1	1	4	36,4
Variável		1	1		2	18,2
Total	4	4	2	1	11	100

A Tabela 18 revela que cinco entrevistados mantêm seus núcleos familiares com renda mensal igual ou inferior a dois salários mínimos. Observa-se ainda que quatro entrevistados sustentam a família com mais de cinco salários mínimos, porém uma destas famílias é composta por sete indivíduos, o que gera uma renda per capita inferior a um salário mínimo.

Tabela 19 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo seu vínculo com usuário e o número de moradores na residência

Número de moradores	Pai/Mãe	Filho	Irmã/Irmão	Marido	Total	%
2	3		1		4	36,4
3	3		1		4	36,4
4	1			1	2	18,2
7		1			1	9,1
Total	7	1	2	1	11	100

Observa-se na Tabela 19 que a maioria dos núcleos familiares são formados pelo usuário e sua mãe e/ou seu pai (6:11), sendo que três são compostos somente pelo usuário e a mãe; três núcleos são compostos pelo usuário, sua mãe e seu pai. Um núcleo familiar é formado pelo usuário, sua mãe, seu pai e sua irmã. Verifica-se também que a maioria (8:11) dos núcleos familiares é pequeno, possuindo até três moradores.

Tabela 20 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo renda familiar e condição de moradia

Moradia	Renda em salários mínimos				Total	%
	< 1SM	1 A 2 SM	Mais 5 SM	Variável		
Própria	2	2	4	1	9	81,8
Não própria	1			1	2	18,2
Total	3	2	4	2	11	100

Dentre os familiares entrevistados, cinco mantêm a família com uma renda mensal inferior a dois salários mínimos, sendo que um deles não tem moradia própria. Estes dados indicam a situação de pobreza vivida por estas famílias. Observa-se também situação econômica mais favorável para quatro dos familiares entrevistados, pois além de possuírem renda familiar superior a cinco salários mínimos, possuem moradia própria.

Tabela 21 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo grau de escolaridade e renda média

Escolaridade	Renda em salários mínimos				Total	%
	< 1	1 a 2	Mais 5	Variável		
Analfabeto	1				1	9,1
Ensino Fundamental Incompleto	2	2	1	1	6	54,5
Ensino Fundamental Completo			1		1	9,1
Ensino Médio Completo			1	1	2	18,2
Ensino Superior Incompleto			1		1	9,1
Total	3	2	4	2	11	100

Observa-se na Tabela 21 o baixo grau de escolaridade (8:11) dos familiares, sendo que um dos familiares é analfabeto mas a maioria (6:11) possui o ensino fundamental incompleto. A situação mais grave ocorre em um dos núcleos familiares onde a renda familiar é inferior a um salário mínimo e o chefe da casa é analfabeto.

Tabela 22 – Distribuição dos familiares entrevistados segundo tipo de atendimento recebido no CAPS

Tipo de atendimento	Total	%
Individual	3	13,6
Grupo de família	9	40,9
Grupo de medicação	1,0	4,5
Oficina de artes	2	9,1
Atividade Externa	2	9,1
Atendimento familiar nuclear	5	22,7
Total	22	100

Verifica-se na Tabela 22 que os familiares integrantes do estudo participam regularmente de uma ou mais atividades no CAPS e o tipo de atividade predominante é o atendimento em grupo (9:22). A maioria dos entrevistados (9:11) participa do Grupo de Família, que ocorre semanalmente. Subseqüentemente, observa-se o atendimento nuclear (5:11) dos familiares entrevistados, ou seja, em conjunto com o usuário do serviço.

Identidade psicossocial dos familiares.

Os eixos B dizem respeito à identidade dos familiares dos usuários a partir de sua própria visão, como também destes sujeitos na visão dos usuários e dos profissionais de saúde mental.

Nos eixos B, as respostas dos sujeitos foram classificadas em onze pensamentos de fundo: **1β** - Qualidades pessoais positivas; **2β** - Percepção do cuidado; **3β** - Aspectos relativos à família; **4β** - Sobrecarga; **5β** - Afirmação da identidade; **6β** - Conflito na relação entre familiares e usuários; **7β** - Perspectiva positiva em relação ao familiar; **8β** - Perspectiva positiva em relação a situação pessoal; **9β** - Conteúdo avaliativo; **10β** - Percepção negativa acerca do familiar e ; **11β** - Desqualificação social.

Eixo B.1 – NÓS, COMO FAMILIARES SOMOS

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
<p>A mãe (5β) Amigas (1β) Unidos (1β) Alegres (1β) Harmoniosos (1β) Satisfeitos com o CAPS (2β) Felizes porque ele está melhorando (2β) Gratificados porque meu filho está melhorando (2β) Unidos (1β) Tratamos bem os pacientes (1β) Viemos às reuniões e passeios (1β) Bem atendidos aqui no CAPS (2β) Procuramos que o ambiente seja mais harmonioso (4β) Responsáveis (4β) Tenho do direito que ninguém tire ele de onde está (3β) Quem cuida dele (4β) Responsáveis (4β) Quem educa (4β) Amigos (1β) Irmãos (5β) Unidos (1β) Pessoas que ajudam (1β) Se sente bem em ajudar (1β) Unidos, com alguns conflitos que terminam no mesmo dia (4β) Temos uma religião que nos ajuda muito a suportar as dificuldades presentes e futuras (4β) Uma família muito pequena (3β) Responsáveis (4β) Procuramos atendimento (2β)</p>	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
<p>Encontramos uma certa dificuldade no convívio familiar (4β) Me sinto triste com a situação dela (4β) Vivemos uma situação difícil (4β)</p>	<p>Sozinha (4β)</p>
<p>=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO Tem hora que sou paciente, tem hora que não (4β)</p>	

O Eixo B.1 retrata a percepção dos familiares com relação a sua própria identidade dentro do CAPS. A distribuição dos atributos ocorreu, em sua maioria (84,8%), no pólo egomórfico positivo com 28 atributos, porém houve também atributos alocados no pólo egomórfico negativo (3 atributos - 9,1%) e no pólo alomórfico negativo (1 atributo - 3,0%).

A concentração das características atribuídas pelo familiar ao próprio grupo de familiares no pólo egomórfico positivo indica a autovalorização do entrevistado bem como a valorização do grupo ao qual pertence. Esta concentração sugere a existência do sentimento de solidariedade e convivência entre os membros do grupo:

“Nós, como familiares somos unidos” (Familiar)

Porém, observam-se alguns atributos no pólo egomórfico negativo, que podem ser considerados como uma zona de estresse e conflito no que diz respeito à situação familiar, tal como expressa por um dos familiares:

“Vivemos uma situação difícil” (Familiar)

Houve a ocorrência de um atributo no pólo egomórfico neutro (3,0%) .

Emergiram do Eixo B.1 cinco pensamentos de fundo, assim denominados:

- Atributos pessoais intrínsecos (11 atributos – 33,3%) => **1β**;
- Percepção do cuidado (5 atributos – 45,5%) => **2β**;
- Aspectos relativos à família (2 atributos – 6,1%) => **3β**;
- Sobrecarga (13 atributos – 39,4%) => **4β**;
- Afirmção da identidade (2 atributos – 6,1%) => **5β**.

Eixo B.2 – ELES, COMO FAMILIARES SÃO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Atenciosos (3β)	
Procuram conversar com ela (3β)	
Procuram elevar a auto-estima dela (3β)	

POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Não tiveram a chance de ter um tratamento como eu (4β)	Praticamente não são, pois não ligam para minha filha (4β)
Indiferentes (6β)	Ignorados (4β)
	Tristes (4β)
	Difícil de ver relação como lá em casa (4β)
	Falta de afeto e carinho (6β)
	Não ligam para os filhos (6β)
	Não dão carinho (6β)
	Entram em choque com familiares e profissionais (6β)
)
	Culpabilizam o outro pelo problema do familiar (6β)
	Nada (4β)
	Tem falta de amor (6β)
	Não se interessam pelo par (4β)
	Se deixam dominar (6β)
	Calmos demais (6β)
	Não são unidos como nós (6β)
	Sozinhos (4β)
	Egoístas, só pensam neles (4β)
	Não são seres humanos (4β)
	Muito desunidos (6β)
	Cada um pensa em si, egoístas (4β)
	Ateus (6β)

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO

Tem amor aos filhos (3β)

=> POLO ALOMÓRFICO NEUTRO

Tem problemas maiores que o meu (4β)

Não são preocupados como eu (4β)

Muito ansiosos quanto ao tratamento (4β)

Tem pena dos filhos, não internam porque os pacientes vão judiar dele (4β)

Deveriam se reunir para ajudar quem precisa (4β)

Deveriam pensar que também pode acontecer com eles (6β)

O Eixo B.2 reflete a percepção que os familiares possuem a respeito de outros familiares de portadores de transtornos mentais. Os atributos citados (21 itens) pelos familiares concentraram-se no pólo alomórfico negativo (63,6%). Esta distribuição reflete uma situação de desvalorização, manifestação de valores inversos ao outro familiar e até mesmo sentimentos de raiva e ressentimento em relação a estes sujeitos:

“Eles, como familiares praticamente não são pois não ligam para minha filha” (Familiar)

“Eles, como familiares são egoístas, só pensam neles” (Familiar)

Há baixa ocorrência nos pólos egomórfico positivo (3 atributos – 9,1%) e egomórfico negativo (2 atributos – 6,1%), indicando alguns atributos que revelam identificação entre os familiares entrevistados e os outros familiares.

Zavalloni (1984) afirma que quando há predominância das repostas no eixo *Nós* nos pólos egomórficos e *Eles* nos pólos alomórficos há subgrupos de sujeitos, neste caso, subgrupos de familiares. Foram observadas qualidades positivas no eixo B.1 e os defeitos e valores inversos no eixo B.2:

“Nós, como familiares somos pessoas que ajudam” (Familiar)

“Eles, como familiares não se interessam pelo par” (Familiar)

Verifica-se também a ocorrência de sete atributos (21,2%) classificados pelos familiares entrevistados como neutros, sendo um (3,0%) egomórfico e seis (18,2%) alomórficos.

Emergiram do Eixo B.2 três pensamentos de fundo, dois observados no eixo B.1 e uma nova categoria (6β):

-Aspectos positivos relativos à família (4 atributos – 12,1%) => **3β**;

-Sobrecarga (16 atributos – 48,5%) => **4β**;

-Conflito na relação entre familiares e usuários (13 atributos – 39,4%) => **6β**;

Eixo B.3 - HOJE EU SOU...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Outra pessoa, graças ao CAPS, pois quando eu cheguei aqui, queria me matar e matar a minha filha (7β)	
Vejo minha filha como uma pessoa, trato minha filha melhor e com respeito (7β)	
Mais calma (8β)	
Feliz (1β)	
Forte (1β)	
Esperançoso e com muita fé (7β)	
Não me sinto muito bem, mas me sinto melhor que antes (4β)	
Feliz porque as crises de meu filho diminuíram (7β)	
Me sinto mais responsável (4β)	
Agradável (1β)	
Atenciosa (1β)	

Educada (1β) Mais conformada com o problema do meu filho (4β) Sei como lidar com as dificuldades dele (4β) Muito responsável pelo meu irmão (4β) Mais capacitada para trabalhar (8β) Mais capacitada para enfrentar a vida (8β) Aposentado (1β) Tenho uma vida tranqüila (8β) Tranqüilo, pois tenho atendimento garantido (7β) Estou tentando fazer um livro (8β) Tranqüilo (1β) Acredito na recuperação (7β)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Sozinha (4β) Preocupado com minha filha (4β) Triste por não poder ajudar mais (4β) Apesar de velho, viver mais para aprender, 91 anos é pouco tempo para aprender (8β) Dá-me pena de ver tantos que poderiam estudar e não querem (4β)	
=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO: Responsável por correr atrás da medicação (4β) Menos chorona (8β) Sozinho (4β) Esperançoso (1β)	
=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO: Frustrada pois ele não tem uma vida produtiva (4β)	

O Eixo B.3 mostra como o familiar percebia a si mesmo no momento da entrevista. Neste eixo, 69,7% das respostas citadas (23 itens) pelos usuários referiram atributos egomórficos positivos, expressando valorização de suas qualidades pessoais intrínsecas e extrínsecas, bem como de suas capacidades e competências, tal como expresso por um dos familiares entrevistados:

“Hoje eu sou mais capacitada para enfrentar a vida” (Familiar)

Por outro lado, os entrevistados citaram cinco atributos egomórficos negativos (15,2%), refletindo situação de conflito ou estresse:

“Hoje eu sou preocupado com minha filha” (Familiar)

Houve cinco atributos classificados pelos familiares como neutros, sendo quatro (12,1%) egomórficos e um (3,0%) alomórfico.

Emergiram, do Eixo B.3, quatro pensamentos de fundo, sendo dois destes temas novos (7β e 8β):

- Atributos pessoais intrínsecos (8 atributos – 24,2%) => **1β**;
- Sobrecarga (12 atributos – 36,4%) => **4β**;
- Perspectiva positiva em relação ao familiar (6 atributos – 18,2%) => **7β**;
- Perspectiva positiva em relação a situação pessoal (7 atributos – 21,2%) => **8β**.

Eixo B.4 - EU GOSTARIA DE SER VISTO COMO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Como eu sou (5β)	
Como uma pessoa comum, pois sou discriminada porque minha filha é nervosa. Também tinha preconceito e faço o tratamento aqui para diminuir o preconceito. Trato minha filha com menos preconceito hoje (4β)	
Amigo (1β)	
Presente, muito alegre (7β)	
Uma pessoa sensível, que sente o problema dos outros (7β)	
Confiável (1β)	
Respeitada, como sou (5β)	
Trabalha duro (1β)	
Alguém quem cumpre seus deveres de mãe (7β)	
Uma pessoa correta (1β)	
Uma personalidade mais forte (9β)	
Uma pessoa cooperativa para o bem-estar dos usuários (7β)	
Ser reconhecida pelo que faço (5β)	
Alguém que precisa da ajuda da família (4β)	
Alguém que pudesse ajudar as pessoas (7β)	
Uma boa pessoa (9β)	
Uma pessoa importante (5β)	
Bom pai (7β)	
Pai participativo (7β)	
Pai amigo (1β)	
Pessoa que ajuda (7β)	
Uma boa pessoa (9β)	
Honesta (1β)	
Uma pessoa comum, mas que procura comportar-se da melhor forma possível (4β)	
Que procura ser o mais eficiente possível (9β)	
Responsável (1β)	
Atencioso (1β)	

POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO
**Um ser humano, igual aos outros e que vissem minha
 filha do mesmo jeito (4β)**
Como alguém que não cedesse tanto (9β)

POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Se não fosse uma pessoa interesseira (7β)

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO:

Compreensiva com essa doença (1β)

Carinhosa (1β)

Normal (1β)

O Eixo B.4 revela a maneira como o familiar gostaria de ser percebido em seu contexto social. Através deste eixo, visualiza-se que 81,8% dos atributos citados (27 itens) pelos familiares estão situados no quadrante egomórfico positivo. Os familiares indicaram que gostariam de ser vistos através de características pessoais que os valorizam:

“Eu gostaria de ser visto como presente e muito alegre” (Familiar)

Observa-se também que dois atributos (6,1%) foram posicionados no pólo egomórfico negativo e um (3,0%) foi situado no pólo alomórfico negativo. Foram ainda classificados três (9,1%) atributos como egomórfico e neutro.

Emergiram do Eixo B.4 cinco pensamentos de fundo, sendo incluída apenas uma nova categoria, a 9β:

-Atributos pessoais intrínsecos (11 atributos – 33,3%) => **1β**;

-Sobrecarga (4 atributos – 12,1%) => **4β**;

-Afirmção da identidade (4 atributos – 12,1%) => **5β**;

-Perspectiva positiva em relação ao familiar (9 atributos – 27,3%) => **7β**;

-Conteúdo avaliativo (5 atributos – 15,2%) => **9β**.

Eixo B.5 - NO FUTURO EU SEREI...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO
Quero continuar calma para ajudar minha filha (7β)
Quero buscar meu equilíbrio (8β)
**Quero ver o progresso do CAPS, para que outras
 pessoas sejam ajudadas (7β)**
Terei mais sucesso (9β)
Uma pessoa com uma vida estável (9β)
**Homem mais apaixonado pela minha esposa e filhos
 (9β)**

POLO ALOMÓRFICO POSITIVO

Respeitada (8β)
 Meu filho estará curado completamente (7β)
 Vou ser uma mulher mais alegre (9β)
 Saúde (8β)
 Estudar (8β)
 Que Deus me dê muitos anos de vida (8β)
 Mais dinâmica (9β)
 Gostaria que a sociedade discriminasse menos o doente mental (7β)
 Gostaria que os políticos se empenhassem mais no cuidado com o doente mental (9β)
 Vitoriosa (8β)
 Sozinha, sem meu marido (8β)
 Comprarei uma casa (8β)
 Quero ter saúde (8β)
 Quero uma velhice tranqüila, perto de meus netos e filhos (8β)
 Quero morar num asilo (8β)
 Comprarei uma casa na praia, em Recife (8β)
 Estarei junto da minha esposa (7β)
 Terei um descanso, junto à minha filha (7β)
 Terei mais recurso para ajudar minha irmã (7β)
 Terei saúde (8β)
 Minha irmã virá morar comigo (7β)
 É incerto para qualquer um (8β)
 Que Deus me dê uma morte boa (8β)
 Aproveitarei melhor a vida (9β)
 Mais atento (9β)
 Mais firme (9β)

POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO

POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO:

Mais maleável (8β)

O Eixo B.5 focaliza as aspirações do familiar no que diz respeito ao seu futuro.

Observa-se que 32 atributos (97,0%) foram posicionados no quadrante egomórfico positivo, o que indica que o familiar possui aspirações e expectativas de um futuro melhor:

“No futuro eu serei uma pessoa com uma vida estável” (Familiar)

Somente um atributo (3,0%) foi classificado como egomórfico e neutro.

Emergiram do Eixo B.5 três pensamentos de fundo, sendo que todos já foram observados em eixos anteriores:

-Perspectiva positiva em relação ao familiar (9 atributos – 27,3%) => 7β;

-Perspectiva positiva em relação a situação pessoal (16 atributos – 48,5%) => 8β;

-Conteúdo avaliativo (8 atributos – 24,2%) => 9β.

EIXO B.6 - MINHA FAMÍLIA É...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Fazem o que podem (7β) São bonzinhos, não reclamam (9β) Boa (9β) Boa (9β) Tudo o que eu tenho (7β) Se não fossem eles, eu estaria no hospício até hoje (7β) Se interessa mais pelo que eu faço em casa, a limpeza da casa (10β) Na medida do possível, minha filha mais velha me ajuda dando suporte (6β) Meu chão (7β) Com quem divido, somo e ajudo (7β) Amigo (7β) Gosto muito (7β) Gosto muito, principalmente da minha mãe (9β) Fantástica, apesar dos problemas (9β)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Um pouco rude (10β) Gostam de se meter na minha vida (6β) Onde eu como, durmo e ajuda nas minhas necessidades (6β) Um problema sério (10β) Ausente (10β) Desestruturada (10β) Se acostumaram a me ver em crise (6β) Preocupada (6β) Ciumenta (6β)	Um pouco chata (10β) Brigona (6β) Chupa-sangue da mãe (6β) Mal (9β) Não me agrada nem um pouquinho (6β) Não tem nenhuma preocupação comigo (6β) Os outros dois filhos e familiares não são assíduos no convívio comigo (6β)
=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO Gostam que eu leve mais seriamente minha doença (6β) Com quem eu me preocupo (6β)	
=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO Temperamental (10β)	

O presente eixo identitário apresenta a percepção que os usuários do CAPS possuem a respeito de seus familiares. Observando-se os pólos isoladamente verifica-se que o pólo egomórfico positivo é o que mais reúne atributos (42,4%), com 14 itens. Tal distribuição indica que há uma identificação positiva dos usuários em relação aos seus familiares, valorização das características intrínsecas e extrínsecas de seus familiares, como também autovalorização:

“Minha família é fantástica, apesar dos problemas” (Familiar)

Pode-se observar também que os 16 atributos referenciados pelos usuários foram distribuídos majoritariamente (48,5%) nos pólos negativos, estando no pólo egomórfico negativo 27,3% das respostas (9 itens) e no pólo alomórfico negativo foram situadas 21,2% das mesmas (7 itens). Segundo a análise proposta por Zavalloni (1984), este quadro retrata uma situação familiar conflituosa, opressora, discriminatória e até mesmo de privação para o usuário em relação ao seu grupo familiar:

“Minha família é um pouco rude” (Usuário)

“Minha família não me agrada nem um pouquinho” (Usuário)

Emergiram do Eixo B.6 quatro pensamentos de fundo:

- Conflito na relação entre familiares e usuários (13 atributos – 39,4%) => **6β**;
- Perspectiva positiva em relação ao familiar (7 atributos – 21,2%) => **7β**;
- Conteúdo avaliativo (6 atributos – 18,2%) => **9β**
- Percepção negativa acerca do familiar (7 atributos – 21,2%) => **10β**;

Eixo B.7 - OS FAMILIARES DO CAPS SÃO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
<p>Muito importantes para o projeto terapêutico acontecer (2β) Acolhidos de diversas maneiras, como estratégia do tratamento (2β) Colaborativos (1β) Nossos parceiros (2β) Alguns são cooperativos, implicados no tratamento (2β)) Alguns são muito exigentes (1β) Pessoas equilibradas (1β) Demandantes de acolhida e suporte (11β)</p>	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
<p>Folgados (10β) Miseráveis (11β) Classe social com pouco acesso à cidadania (11β) Sofridos (4β) Sofridos (4β) Impacientes (10β) Desesperados (4β) Sofridos (4β) Sem esperança (4β) Sozinhos na condução das situações críticas pelas quais passam com seus familiares (4β)</p>	<p>Não tão respeitados, pelos clientes (4β) Às vezes, difíceis (10β) Pouco comprometidos com o tratamento de seus familiares (10β) Poucos são envolvidos com a questão da saúde mental (10β) Desprivilegiados psíquica e socialmente (11β) Chatos, alguns (10β) Outros aceitam quase tudo (10β) Às vezes, mal informados (4β) Muitas vezes, complicados (10β) Necessitados (11β)</p>

Carentes (11β) Submetidos à intensa miséria social (11β) Desestruturados (11β) Desamparados (11β)
--

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO

Parte interessado, parte desinteressado (2β)
 Dependentes (11β)

=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO

Sofredores (11β)
 Insistentes (10β)

O Eixo B.7 retrata a percepção dos profissionais a respeito dos familiares dos usuários. Os atributos referenciados pelos profissionais foram distribuídos majoritariamente (24 itens – 72,7%) nos pólos negativos alomórfico negativo e egomórfico negativo, respectivamente 42,4% (14 itens) e 30,3% (10 itens). Esta percepção majoritariamente negativa em relação à identidade dos familiares também foi observada nas respostas dos usuários. Os profissionais de saúde mental do CAPS identificam os familiares dos usuários de uma forma depreciativa, com pena ou compaixão, possivelmente em razão da sobrecarga gerada pela situação social, econômica e do convívio com o transtorno mental de seu familiar:

“Os familiares do CAPS são desprivilegiados psíquica e socialmente”

(Profissional)

O pólo egomórfico positivo recebeu oito atributos (24,2%) referenciados pelos profissionais. Este grupo de atributos reflete identificação, autovalorização e valorização das características situacionais extrínsecas dos familiares dos usuários do serviço:

“Os familiares do CAPS são muito importantes para o projeto terapêutico” (Profissional)

Foram classificados quatro atributos como neutros (12,1%), sendo dois (6,1%) atributos egomórficos e dois (6,1%) alomórficos.

Emergiram do Eixo B.7 cinco pensamentos de fundo, sendo que as categorias 10β e 11β não foram identificadas anteriormente:

- Atributos pessoais intrínsecos (3 atributos – 9,1%) => **1β**;
- Percepção relativa ao cuidado (5 atributos – 15,2%) => **2β**;
- Sobrecarga (8 atributos – 24,2%) => **4β**;
- Percepção negativa acerca do familiar (9 atributos – 27,3%) => **10β**;
- Desqualificação social (11 atributos – 33,3%) => **11β**.

Tomando como base os eixos construídos a partir das questões *Nós, como familiares do CAPS somos...*, *Minha família é ...* e *Os familiares do CAPS são ...*, observa-se a predominância das características situadas nos pólos egomórficos na perspectiva dos familiares (96,9%), dos usuários (72,9%) e profissionais (56,2%). Tal fato indica importante identificação entre os usuários, seus familiares e profissionais entrevistados, porém, vale ressaltar que grande parte dos atributos situados nos pólos egomórficos foram considerados negativos para usuários e profissionais (respectivamente 28,1% e 31,2% do total de atributos). Possivelmente, esta representação está ligada a uma convivência conflituosa e estressante entre o usuário e seu familiar. No que diz respeito aos profissionais, possivelmente ocorre em razão da cumplicidade com os usuários e da vitimização dos mesmos frente a sua situação no contexto familiar.

Discussão dos pensamentos de fundo relativos à identidade psicossocial dos familiares de usuários

A Tabela 23 indica os pensamentos de fundo que emergiram quando analisadas as falas dos entrevistados naquilo que se referia à identidade psicossocial dos familiares de usuários. Como dito anteriormente, primeiro foram analisados os temas a partir da visão dos próprios familiares e em seguida a visão dos usuários e dos profissionais. Foram observados 11 pensamentos de fundo, com frequências variadas, que podem ser vistas individualmente nos eixos identitários anteriormente analisados.

Tabela 23- Pensamentos de fundo emergentes do espaço elementar de identidade psicossocial referente aos familiares do CAPS, segundo familiares, usuários e profissionais

Pensamentos de fundo	Familiares			Gostaria de ser visto	No futuro eu	Usuário	Profissional	Total	%
	Nós, familiares	Eles, familiares	Hoje, eu			Minha família é	Os familiares são		
Atributos pessoais intrínsecos	11		8	11			3	33	14,1
Percepção do cuidado	5						5	10	4,3
Aspectos relativos à família	2	4						6	2,6
Sobrecarga	13	16	12	4			8	53	22,6
Afirmação da identidade	2			4				6	2,6
Conflitos nas relações entre familiares e usuários		13					13	26	11,1
Perspectiva construída a partir da relação com o usuário			6	9	9	7		31	13,2

Perspectiva positiva em relação à situação pessoal			7		16			23	9,8
Conteúdo avaliativo				5	8	6		19	8,1
Percepção negativa acerca do familiar						7	9	16	6,8
Desqualificação social							11	11	4,7
Total	33*	33*	33*	33*	33*	33*	36	234	100

*Esse total se refere a onze (11) sujeitos, considerando a eliminação de um (1) sujeito

Analisando-se a Tabela 23 observa-se que os seguintes pensamentos de fundo se destacam: *Sobrecarga* – 4 β (22,6%), *Atributos pessoais intrínsecos* – 1 β (14,1%), *Perspectiva construída a partir da situação atual do usuário* – 7 β (13,2%), *Conflito na relação entre os familiares e os usuários* – 6 β (11,1%), *Perspectiva positiva em relação à situação pessoal* – 8 β (9,8%), *Conteúdo avaliativo* 9 β – (8,1%), *Percepção negativa acerca do familiar* – 10 β (6,8%) e *Desqualificação social* – 11 β (4,7%).

O pensamento de fundo *Sobrecarga* - 4 β foi o mais freqüente (22,6%), com 53 atributos no que se refere à identidade do familiar. Consideramos sobrecarga como sendo a percepção que indica um encargo maior do que o esperado ou planejado pelo entrevistado no contexto familiar. Este tema aparece em todos os eixos na fala dos familiares, exceto naquele que se refere às expectativas para o futuro, o que sugere a esperança dos familiares na redução desta sobrecarga no seu núcleo familiar. A questão da sobrecarga vivida pelos familiares destaca-se como tema mais incidente nos eixos: *Nós, como familiares somos...*, *Eles, como familiares são...* e *Hoje eu sou...*; surge em terceiro lugar na fala dos profissionais no que se refere à identidade dos familiares:

“Nós, como familiares vivemos uma situação difícil” (Familiar)

“Eles como familiares praticamente não são, pois não ligam para minha filha” (Familiar)

“Hoje eu sou muito responsável pelo meu irmão” (Familiar)

“Os familiares do CAPS são, às vezes, mal informados” (Profissional)

Koga (1997) afirma que a família que convive com o transtorno mental enfrenta quatro tipos de sobrecargas, são elas:

- Sobrecarga financeira: redução do número de pessoas trabalhando (quem adoeceu ou um dos familiares pára de trabalhar para cuidar da pessoa doente); aumento dos gastos em decorrência da compra de medicação, de consultas médicas, de internações ou das atitudes do doente;
- Sobrecarga nas rotinas familiares: a família precisa assumir as atividades domésticas do doente; algum familiar ausenta-se do trabalho ou da escola para levá-lo ao médico;
- Sobrecarga em forma de doença física ou emocional: desgaste físico e emocional em razão dos sintomas da doença do familiar, como por exemplo, ficar noites se dormir, ansiedade, emagrecimento;
- Alteração nas atividades de lazer e nas relações sociais: aumento dos gastos familiares com o tratamento psiquiátrico; impossibilidade da pessoa ficar só em casa; isolamento e intempéries da pessoa adoecida.

Melman (2001) acrescenta ainda como fatores de sobrecarga familiar o estresse, a vivência de instabilidade e insegurança, os conflitos frequentes, a vergonha, o cansaço e a frustração.

A questão relativa à sobrecarga dos familiares surge em terceiro lugar na fala dos profissionais do CAPS. Tal fato revela que os profissionais reconhecem a sobrecarga gerada pela situação do adoecimento psíquico no núcleo familiar:

“Os familiares do CAPS são sofridos” (Profissional)

“Os familiares do CAPS são sozinhos na condução das situações críticas pelas quais passam seus familiares” (Profissional)

O fenômeno da doença mental é extremamente complexo, cabendo aos profissionais da área de saúde mental incluir o familiar no cuidado à pessoa com transtornos mentais, principalmente, através de esclarecimento acerca do familiar adoecido, da sua doença e dos tratamentos possíveis. Cabe aos profissionais da saúde mental e aos familiares encontrar soluções conjuntamente, de forma tal que ocorra a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental como também de todo seu núcleo familiar.

A família precisa sentir-se preparada para receber e manter o familiar com transtorno mental em casa, assim como precisa sentir-se segura quanto à disponibilidade do serviço em oferecer escuta e auxílio na resolução de problemas que venham ocorrer, especialmente atendendo nas situações de crise ou de reagudização dos sintomas. Sem esses recursos mínimos a família, provavelmente, sentir-se-á desamparada e desassistida, dificultando a permanência do familiar adoecido em seu núcleo familiar, criando-se assim mais um obstáculo à implementação da Reforma Psiquiátrica.

O segundo pensamento de fundo mais freqüente (14,1%) que surgiu na fala dos entrevistados, no que diz respeito à identidade dos familiares, foi *Atributos pessoais intrínsecos - I β* , com 33 itens. Este tema surgiu na fala dos familiares e dos profissionais, nos seguintes pensamentos de fundo: *Nós, familiares somos...* (segundo mais freqüente); *Hoje eu sou...* (segundo mais freqüente); no eixo *Eu gostaria de ser visto como...* (segundo mais freqüente); e no eixo *Os familiares do CAPS são...* (tema menos freqüente no eixo). Neste grupo temático foram reunidos atributos relativos às qualidades pessoais dos familiares que remetem a distinção de caráter, ao vínculo com os usuários e a implicação no tratamento do familiar com transtorno mental.

Estas características estão diretamente relacionadas à identidade positiva dos entrevistados, como podemos observar na fala dos entrevistados:

“Nós, como familiares somos unidos” (Familiar);

“Hoje eu sou atenciosa” (Familiar)

“Eu gostaria de ser visto como responsável” (Familiar)

“Os familiares do CAPS são colaborativos” (Profissional)

Faz-se importante destacar que as características pessoais positivas estão presentes somente nos eixos que tratam da identidade do familiar nas falas auto-referenciadas dos próprios familiares, bem como é o tema menos emergente na fala dos profissionais. Os familiares, quando abordado o tema *Eles, familiares do CAPS são...*, não citam características positivas dos outros familiares. Os usuários também não mencionam diretamente qualidades pessoais dos seus familiares.

Tal fato talvez ocorra pela situação histórica em que a família foi colocada no passado pois, ao longo da história da humanidade, as atribuições da família, no que diz respeito ao cuidado com a pessoa com transtorno mental, já tiveram vários significados. No tratamento moral, por exemplo, o isolamento da família constituía-se como parte do tratamento. O isolamento justificava-se na proteção da família contra o processo da loucura, que se acreditava estar relacionada com a indisciplina e a desordem moral. Por outro lado, a família era vista como propiciadora do adoecimento, ratificando a necessidade de retirada da pessoa doente deste meio (MELMAN, 2001).

Corroborando o modelo assistencial do tipo asilar, o Estado responsabilizava-se pelos cuidados com a pessoa com transtornos mentais, impondo barreiras e permitindo um contato mínimo entre os familiares e o familiar adoecido. A partir desta prática, os vínculos familiares foram rompidos pela hospitalização prolongada e pelo isolamento do doente, o que gerou uma representação acerca da família da pessoa com transtorno mental muito marcada pelo abandono e pelo descaso para com seu familiar adoecido. O sistema, além de excluir a

família, culpabilizava-a pelo adoecimento do seu parente, como também dificultava qualquer manifestação contra esta política de atendimento, bem como de aproximação, ficando então o parente adoecido tutelado pelo Estado.

Os paradigmas da assistência em saúde mental contemporâneos indicam o retorno e a permanência da pessoa com transtorno mental no seu meio social, englobando a família, o trabalho e os demais recursos da comunidade. O envolvimento, a responsabilização e o reconhecimento da importância do papel desempenhado pela família torna-se condição *sine qua non* para a efetivação das atuais propostas da Reforma Psiquiátrica. Faz-se necessário modificar as representações acerca do familiar que antes era culpabilizado pelo transtorno mental e, atualmente, precisa ser visto como coadjuvante ao tratamento e à reabilitação da pessoa com transtorno mental.

No que se refere à identidade dos familiares, o terceiro tema mais freqüente (13,2%), com 31 atributos, foi *Perspectiva construída a partir da situação atual do usuário - 7β*. Este pensamento de fundo reporta-se às características acerca do familiar referenciadas não pelo próprio familiar, mas pelo usuário com transtorno mental. Este tema destaca-se nos eixos: relacionados à maneira como o familiar gostaria de ser visto, em suas perspectivas para o futuro e na fala dos usuários que dizem respeito à identidade do familiar (segundo tema mais citado nos três eixos).

Os usuários e familiares que participaram do estudo indicam que a identidade destes últimos encontra-se muito referida à situação de adoecimento do usuário, possivelmente em razão do sofrimento que já vivenciaram, como também a repercussão do estigma da loucura em toda família.

Goffman (1988, p. 37) afirma que “de qualquer forma, todos os que compartilham o estigma da pessoa em questão tornam-se subitamente acessíveis para os normais que estão

mais imediatamente próximos e tornam-se sujeitos a uma ligeira transferência de crédito ou descrédito”.

No que concerne os sujeitos que convivem com pessoas estigmatizadas, Goffman (1988, p. 39) afirma que “Todos estão obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual se relacionam ...Os problemas enfrentados por uma pessoa estigmatizada espalham-se em ondas de intensidade crescente”. Desta forma, a situação vivida pelo usuário reflete-se diretamente no seu grupo familiar, justificando a elaboração da identidade do familiar estreitamente relacionada ao contexto e às necessidades do usuário:

“Eu gostaria de ser vista como uma pessoa cooperativa para o bem-estar do usuário” (Familiar)

“No futuro, eu gostaria que a sociedade descriminasse menos o doente mental” (Familiar)

“Minha família é com quem divido, somo e ajudo” (Usuário)

O pensamento de fundo *Conflito na relação entre os familiares e os usuários - 6β* foi o quarto mais freqüente (11,1%), com 26 atributos na fala dos entrevistados. Este tema foi observado na fala dos familiares no eixo *Eles, como familiares são...* (segundo tema mais freqüente) e na fala dos usuários quando o tema tratado foi a identidade dos familiares (tema mais freqüente).

O tema *Conflito na relação entre os familiares e os usuários - 6β* aborda a questão relativa às dificuldades existentes na relação cotidiana entre a pessoa com transtorno mental e seus familiares e, principalmente o abandono da pessoa com transtorno mental em razão dos conflitos vivenciados pelo núcleo familiar, tal como se observa na fala dos entrevistados:

“Eles como familiares entram em choque com familiares e profissionais” (Familiar)

“Eles, como familiares não ligam para os filhos” (Familiar)

“Minha família é ciumenta” (Usuário)

“Minha família não tem nenhuma preocupação comigo” (Usuário)

Percebe-se que a sobrecarga gerada no núcleo familiar pelo transtorno mental de um de seus membros resulta em conflitos no cotidiano familiar. A consequência mais comum é o isolamento do familiar adoecido, como também a preocupação excessiva com o usuário, o que sem dúvidas dificulta que este tome as rédeas de sua vida:

“Minha família gosta de se meter na minha vida” (Usuário)

Existem muitos problemas no cuidado com a pessoa com transtorno mental que são particularmente difíceis para a família, tais como a administração de medicamentos, o comportamento estranho, anti-social ou agressivo, isolamento social, deficiência no autocuidado (higiene, aparência, entre outros) e os comportamentos autodestrutivos e suicida (SPANIOL, ZIPPLE E LOCKWOOD, 1992). Estes autores afirmam que é difícil para as famílias encontrarem a atitude mais adequada para lidar com a pessoa que apresenta transtorno mental, de tal forma que haja o equilíbrio entre uma vida independente e fora de casa com as limitações causadas pela doença mental. Cabe aos familiares e aos profissionais da saúde mental encontrar soluções conjuntamente, visando a melhorar a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental.

Perspectiva positiva em relação à situação pessoal - 8 β foi o quinto tema mais incidente na fala dos entrevistados (9,8%) no que diz respeito à identidade do familiar, com 23 atributos. Este pensamento de fundo traz a percepção do familiar acerca da sua própria condição social, econômica ou afetiva em concordância com o esperado pelo próprio sujeito. O presente tema emergiu nos eixos relativos ao modo como o familiar se vê no momento da

entrevista (*Hoje, eu sou ...*) e às suas expectativas futuras (*No futuro eu...*), sendo respectivamente o terceiro e primeiro tema mais citado.

A partir do tema *Perspectiva positiva em relação à situação pessoal - 8β*, observa-se que o familiar percebe-se atualmente de alguma maneira mais preparado para lidar com os problemas do cotidiano:

“Hoje eu sou mais capacitada para enfrentar a vida” (Familiar)

“Hoje eu sou mais capacitada para trabalhar” (Familiar)

Tal fato, possivelmente esteja relacionado com a redução da sobrecarga anteriormente ocasionada pela dificuldade em lidar com as questões do transtorno mental. Neste aspecto, o CAPS tem alcançado o objetivo de fortalecer o familiar e a família, dando subsídios para que se sintam mais preparados para lidar com o familiar adoecido em casa. Ainda neste pensamento, o CAPS Rubens Corrêa tem assegurado ao familiar um local de assistência que oferece escuta e auxílio na resolução de problemas que venham a ocorrer.

Sem esses recursos mínimos, provavelmente, a família sentiria-se desamparada e desassistida, dificultando a permanência do familiar adoecido em seu meio social. Criando-se assim, mais um fator favorável à cronificação e à institucionalização das pessoas com transtornos mentais.

Neste sentido, Melman (2001, p. 80) afirma que:

Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminuem os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas.

O pensamento de fundo *Perspectiva positiva em relação à situação pessoal - 8β* foi o mais incidente no eixo relativo às expectativas dos familiares para o futuro. No referido eixo observa-se que o tema em discussão se relaciona principalmente com o desejo de ter saúde e com uma situação de moradia melhor que a atual:

“No futuro eu quero ter saúde” (Familiar)

“No futuro eu comprarei uma casa na praia, em Recife” (Familiar)

O sexto pensamento de fundo mais freqüente (8,1%), se refere à identidade dos familiares, foi chamado de *Conteúdo avaliativo - 9β*, com 19 atributos. Este tema trata da formação de juízo a respeito de um sujeito ou de uma situação. Este grupo temático está presente em três eixos que se referem à identidade dos familiares: *Eu gostaria de ser visto como...*, *No futuro eu...* e *Minha família é...* (Usuário). O tema *Conteúdo avaliativo - 9β* foi o terceiro mais freqüente nos três eixos citados acima.

Quando os familiares trouxeram este tema, estabeleceram comparação entre o que são e a maneira como gostariam de ser vistos no momento ou o que aspiram para o futuro:

“Eu gostaria de ser visto como alguém que não cedesse tanto”

(Familiar)

“No futuro eu serei mais dinâmica” (Familiar)

Neste momento, os familiares avaliaram a representação da identidade que possuem atualmente e o que gostariam de mudar na sua relação com seus pares ou mesmo na postura em relação à vida:

“Eu gostaria de ter uma personalidade mais forte” (Familiar)

“No futuro eu aproveitarei melhor a vida” (Familiar)

Foram também agrupados no eixo temático *Conteúdo avaliativo - 9β* os atributos relatados pelos usuários que indicaram uma formação de juízo de valor em relação à sua família; porém não foi possível especificar o contexto referenciado pelo usuário:

“Minha família é boa” (Usuário)

“Minha família é mal” (Usuário)

O pensamento de fundo *Percepção negativa acerca do familiar - 10β* foi o sétimo tema mais incidente (6,8%) na fala dos entrevistados, com 11 atributos. Este tema surgiu na fala dos usuários e profissionais quando representaram a identidade dos familiares dos usuários do CAPS, sendo respectivamente o quarto e terceiro tema mais citado pelos entrevistados. O tema *Percepção negativa acerca do familiar - 10β* discute as características acerca dos familiares que estão aquém do que esperavam os usuários e profissionais.

Foram reunidos no grupo temático *Percepção negativa acerca do familiar - 10β* atributos mencionados pelos usuários que referem características negativas da sua família. Neste grupo observam-se temas que retratam a desestruturação familiar e o desamparo vivenciado pelo usuário em seu núcleo familiar:

“Minha família é desestruturada” (Usuário)

“Minha família se interessa mais pelo que eu faço em casa, a limpeza da casa” (Usuário)

“Minha família é ausente” (Usuário)

Possivelmente, as características relativas a desestruturação e ausência da família relatadas pelo usuário estejam ligadas à sobrecarga gerada pelas dificuldades decorrentes da convivência com as repetidas situações de crise do familiar com transtorno mental. Rosa (2003, p. 282) afirma que, algumas vezes, a convivência com a pessoa com transtorno mental “pode redundar em renúncia, desistência da família em prestar cuidado, o que não necessariamente está associado à rejeição do portador de transtorno mental, mas muito mais à impossibilidade ou incapacidade de seu controle comportamental”. Acrescenta ainda os seguintes fatores como geradores do enrijecimento das relações familiares: distanciamento

prolongado, falta do convívio direto, desinformação e despreparo da família em lidar com os próprios sentimentos.

Além da persistência do transtorno mental, tais fatores colaboram para a mudança da identidade da pessoa com transtorno mental, deslocando-a para determinados lugares espaciais e afetivos mais distanciados do âmago das questões familiares.

O oitavo pensamento de fundo (4,7%) que emergiu na fala dos entrevistados foi intitulado *Desqualificação social - 11β*, com 11 atributos. Este tema surgiu somente nas falas dos profissionais entrevistados no que se refere à identidade do familiar e aborda a destituição do indivíduo do acesso a uma condição social e/ou econômica adequada às suas necessidades básicas. A questão relativa à exclusão já foi discutida no eixo temático de mesmo nome, bem como foi discutida no contexto da identidade do usuário.

Neste sentido, trazemos a fala de Koga (1997) que cita os tipos de sobrecarga aos quais a família é submetida na convivência com uma situação de transtorno mental, destacando-se a sobrecarga financeira. Este tipo de sobrecarga é gerado pela redução do número de pessoas trabalhando (quem adoeceu e um dos familiares pára de trabalhar para cuidar da pessoa doente) e do aumento dos gastos em decorrência da compra de medicação, de consultas médicas, de internações ou das atitudes destrutivas da pessoa com transtorno mental nos momentos de crise. A fala de um profissional retrata esta situação:

“Os familiares do CAPS são miseráveis” (Profissionais)

Através dos estudos de Paugam (2001 e 2003), consegue-se entender o motivo pelo qual a identidade atribuída aos familiares dos usuários pelos profissionais do CAPS está relacionada à desqualificação social. Os profissionais possuem uma visão da identidade dos familiares que perpassa uma situação de pobreza relacionadas a sobrecarga econômica e

social resultantes do adoecimento de um dos familiares com transtorno mental, a longa evolução e a cronificação:

“Os familiares do CAPS são demandantes de acolhida e suporte”

(Profissional)

“Os familiares do CAPS são submetidos à intensa miséria social”

(Profissional)

Foram observados outros três pensamentos de fundo, no que diz respeito à identidade dos familiares, que totalizam 9,5% das respostas, optou-se por citá-la, fazendo uma breve definição. Os temas encontrados foram: *Percepção relativa ao cuidado* - 2β que se refere às idéias formadas a respeito do cuidado prestado no CAPS; *Aspectos relativos à família* - 3β, que congrega características relativas a família; *Afirmação da identidade* - 5β, que trata da asseveração do papel identitário do sujeito dentro de um determinado ambiente.

5.1.3. - OS PROFISSIONAIS

Participaram deste estudo 12 profissionais com formação universitária: psicologia (3), medicina (3), pedagogia (2), serviço social (2), enfermagem (1) e nutrição (1). Dentre os profissionais entrevistados, dez (10) são do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino, sendo estes dois últimos médicos.

Tabela 24 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo idade e estado civil

Idade	Casado	Solteiro	Divorciado	Total	%
20 a 29 anos		2		2	16,7
30 a 39 anos	4	2	1	7	58,3
40 a 49 anos	1			1	8,3
50 a 59 anos	1	1		2	16,7

Total	6	5	1	12	100
--------------	---	---	---	----	-----

Observa-se na Tabela 24 que a maioria dos profissionais (8:12) são adultos jovens, ou seja têm menos de cinquenta (50) anos, dividindo-se entre casados (6:12) e solteiros (5:12), havendo somente uma profissional divorciada.

Tabela 25 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo sua profissão e tempo de atuação na área de saúde mental

Tempo de atuação profissional	Psiquiatra	Psicólogo	Ass. Social	Pedagogo	Enfermeiro	Nutricionista	Total	%
Até 5 anos					1	1	2	16,7
5 a 10 anos	3	1	2	2			8	66,7
acima 10 anos		2					2	16,7
Total	3	3	2	2	1	1	12	100

A maioria (10:12) dos profissionais atua na área de saúde mental há pelo menos cinco anos. Das três psicólogas entrevistadas, duas atuam na área de saúde mental há mais de dez anos. A enfermeira e a nutricionista possuem o menor tempo de atuação na área de saúde mental.

Tabela 26 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo tempo de atuação na área de saúde mental e o tempo de atuação no CAPS

Tempo de atuação profissional	Até 5 anos no CAPS	Acima de 5 anos no CAPS	Total	%
Até 5 anos de atuação na profissão	2		2	16,7
5 a 10 anos de atuação na profissão	2	6	8	66,7
Acima 10 anos de atuação na profissão	1	1	2	16,7
Total	5	7	12	100

A maioria dos profissionais do CAPS (10:12) trabalha na área de saúde mental há mais de cinco anos, o que indica que estes profissionais não são inexperientes ou principiantes na área. Outro fato relevante é que mais da metade dos profissionais (7:12) atua nesta instituição há mais de cinco (5) anos. Tais fatos indicam que estes profissionais conhecem a área de saúde mental, como também conhecem bem o cotidiano do CAPS.

Tabela 27 – Distribuição dos profissionais entrevistados segundo o tipo de vínculo empregatício com o CAPS e o exercício de atividades profissionais fora da referida instituição

Vínculo empregatício	Só CAPS	Assistência	Consultório	Ensino	Administrativa	Total	%
Secretaria Municipal de Saúde	1	3	3	1		8	53,3
ONG Instituto Franco Basaglia	3	1	2		1	7	46,7
Total	4	4	5	1	1	15	100

Dos 27 profissionais entrevistados sete são funcionários públicos municipais e cinco são profissionais contratados pela Organização-Não Governamental Instituto Franco Basaglia. Quatro profissionais entrevistados trabalham apenas no CAPS Rubens Corrêa. Sete dos profissionais entrevistados possuem dois ou três empregos. Dentre os tipos de atividade profissional encontrou-se: atuação em consultórios particulares (5:12); assistência na rede hospitalar (4:12); ensino (1:12); e, administrativa (1:12).

Tabela 28– Distribuição dos profissionais segundo sua profissão e o número de vínculos profissionais

Profissão	1 vínculo	2 vínculos	3 vínculos	Total
Assistente Social	2			2
Enfermeiro			1	1
Médico		1	2	3
Nutricionista		1		1
Pedagogo	2			2
Psicólogo		2	1	3
Total	4	4	4	12
%	33,3	33,3	33,3	100

Observa-se na Tabela 28 quatro profissionais entrevistados com três vínculos empregatícios. Possivelmente, sua carga horária de trabalho semanal é extenuante. Os profissionais com três vínculos empregatícios são: a enfermeira, dois médicos e uma psicóloga. Ao longo das entrevistas foi possível saber que o profissional com a maior carga horária semanal de trabalho é a enfermeira, que totalizou cerca de sessenta e oito (68) horas

de trabalho. Todos os outros profissionais afirmaram ter um total de quarenta (40) horas de trabalho ou menos ao longo da semana.

As pedagogas e assistentes sociais (4:12) trabalham apenas no CAPS. Duas psicólogas, uma médica e a nutricionista afirmaram ter dois (2) vínculos de trabalho.

Tabela 29– Distribuição dos profissionais entrevistados segundo sua experiência profissional, anterior ao CAPS

Profissão	Sem experiência	Enfermaria	Emergência	Ambulatório	CAPS	Total
Enfermeiro	1					1
Médico		3	1	1		5
Psicólogo		1	1	3	1	6
Nutricionista	1					1
Pedagogo	2					2
Ass. Social	2					2
Total	6	4	2	4	1	17
%	35,3	23,5	11,8	23,5	5,9	100

A Tabela 29 indica que metade dos profissionais teve seu primeiro contato com a saúde mental quando iniciou seu trabalho no CAPS. Os profissionais médicos e psicólogos (6:12) tiveram experiências anteriores à sua entrada no CAPS. A experiência anterior destes ocorreu em ambulatórios e em enfermarias psiquiátricas.

Tabela 30– Distribuição dos profissionais entrevistados segundo a realização de cursos de pós-graduação

Profissional	Sem pós-graduação	Residência	Especialização	Mestrado	Total
Enfermeiro			1		1
Médico		3		1	4
Psicólogo		1	3	1	5
Nutricionista	1				1
Pedagogo			2		2
Ass. Social	2				2
Total	3	4	6	2	15
%	20	26,7	40	13,3	100

Dentre os profissionais entrevistados, seis fizeram curso de pós-graduação nas seguintes áreas: psicopedagogia (2:12); psiquiatria social (2:12); enfermagem do trabalho (1:12); e saúde mental da infância e adolescência (1:12). Quatro profissionais fizeram residência, sendo três em psiquiatria e um em saúde mental e em reabilitação psicossocial. Dois profissionais fizeram mestrado, um na área de psicologia e outro em saúde mental. Três

profissionais (a nutricionista e duas assistentes sociais) não fizeram nenhum tipo de curso de após a graduação.

Tabela 31– Distribuição dos profissionais entrevistados segundo o tipo de atendimento prestado no CAPS

	Individual	Grupo	Oficina	Externas	Atividades Administrativas	Supervisão de estagiários	Total
Enfermeiro	1			1	1	1	4
Médico	3	2	1	1		1	8
Psicólogo	3	3	1	2		2	11
Nutricionista	1	1	1		1	1	5
Pedagogo	2	2	2	1	1		8
Ass. Social	2	1	2	1		1	7
Total	12	9	7	6	3	6	43
%	27,9	20,9	16,3	14,0	7,0	14,0	100

Todos os profissionais entrevistados fazem atendimento individual de usuários e/ou familiares. Nove profissionais fazem algum tipo de atendimento em grupo e sete profissionais coordenam oficinas terapêuticas. Metade dos profissionais (6:12) realiza algum tipo de atividade externa ao CAPS. Foram citados vários tipos de atividades externas, como por exemplo, a visita domiciliar e a visita hospitalar, no caso das internações psiquiátricas ou clínicas. Foram citadas também as atividades de lazer e as atividades junto ao Fórum da Saúde Mental local, regional, estadual e federal.

Identidade psicossocial dos profissionais

Os eixos C focalizaram a identidade dos profissionais de saúde mental a partir de sua própria visão, como também destes sujeitos na visão dos usuários e dos familiares.

Nos eixos C, as respostas dos sujeitos foram classificadas em dez pensamentos de fundo: **1 ψ** - Qualidades pessoais positivas; **2 ψ** - Estrutura do cuidado no CAPS; **3 ψ** - Aspectos laborais; **4 ψ** - Sobrecarga; **5 ψ** - Tecnologia leve do cuidado; **6 ψ** - Percepção

negativa da assistência; **7 ψ** - Conteúdo avaliativo; **8 ψ** - Aspectos relativos à família; **9 ψ** - Afirmação da identidade e; **10 ψ** - Qualidade de vida.

Eixo C.1 – NÓS, COMO PROFISSIONAIS DO CAPS SOMOS...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Profissionais de saúde mental (2ψ) Muito requisitado (4ψ) Participativo (1ψ) Responsáveis pelo programa de desinstitucionalização (2ψ) Audaciosos (1ψ) Compromissados (1ψ) Pau para toda obra (4ψ) Profissionais identificados coma Reforma Psiquiátrica (2ψ) Fazemos um trabalho especial, que outros não fazem (2ψ) Militantes por uma sociedade melhor (2ψ) Coerentes (1ψ) Uma equipe (2ψ) Trabalhadores (1ψ) Muito solicitados (4ψ) Muitas vezes o único apoio para a família (4ψ) Cuidadores (2ψ) Reabilitadores (2ψ) Profissionais (1ψ) Dedicados (1ψ) Responsáveis (1ψ) Idealistas (1ψ) Batalhadores (1ψ) Muito atuantes (1ψ) Eficientes (1ψ) Precisos (1ψ) Responsáveis pela construção e acompanhamento do projeto clínico dos pacientes do CAPS (2ψ) Convocados a tomar posições político-clínicas no território (2ψ) Agenciadores de novos modos de fazer clínico (2ψ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Muito sobrecarregados pelo excesso de demanda (4ψ) Pau para toda obra (4ψ)	

Mal remunerados (6ψ)
 Sobrecarregados (4ψ)
 Por vezes, frustrados (6ψ)
 Assalariados e mal remunerados (6ψ)
 O apoio do usuário (4ψ)

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO
 Médicos (9ψ)

O Eixo C.1 indica a visão acerca do profissional do CAPS através da percepção do próprio profissional. Neste eixo é possível observar que os profissionais possuem uma visão preponderantemente positiva a respeito de si mesmos, pois suas respostas concentraram-se majoritariamente no pólo egomórfico positivo (24 itens – 66,7%), indicando valorização das qualidades pessoais e do grupo de profissionais do CAPS. A concentração dos atributos neste pólo indica também que há identificação do entrevistado com o grupo referenciado:

“Nós, como profissionais do CAPS somos muito atuantes”
 (Profissional)

Nota-se também que 19,4% das respostas foram classificadas pelos profissionais como egomórficas negativas (7 itens), o que expressa conflito interno, ressaltando pontos fracos e situação de opressão e/ou desvalorização. Observa-se, simultaneamente, o surgimento de sentimentos de solidariedade entre os membros do grupo:

“Nós, como profissionais somos assalariados e mal remunerados”
 (Profissional)

Emergiram do Eixo C.1 cinco pensamentos de fundo, para os quais foram utilizadas as seguintes legendas:

- Qualidades pessoais positivas (13 atributos – 36,1%) => 1ψ;
- Estrutura do cuidado no CAPS (11 atributos – 30,6%) => 2ψ;
- Sobrecarga (8 atributos – 22,2%) => 4ψ
- Percepção negativa da assistência (3 atributos – 8,3%) => 6ψ

-Afirmação da identidade profissional (1 atributo – 2,8%) => 9ψ

Eixo C.2 – ELES, COMO PROFISSIONAIS DO CAPS SÃO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Muito requisitados (4ψ) Implicados (1ψ) Empenhados no trabalho que realizam (1ψ) Tentam construir conjuntamente esta nova experiência de serviço (2ψ) Estão questionando os limites da assistência que cabe a eles (4ψ) Parceiros (1ψ) Flexíveis (5ψ) Profissionais identificados coma Reforma Psiquiátrica (2ψ) Colegas de trabalho (1ψ) Fazem um trabalho especial (5ψ) Militantes por uma sociedade melhor (5ψ) Dedicados (1ψ) Implicados com o serviço (1ψ) Envolvidos com a política de saúde mental (2ψ) Capazes (1ψ) Articuladores (5ψ) A luz no final do túnel (4ψ) Transdisciplinares (5ψ) Responsáveis (1ψ) Idealistas (1ψ) Atuantes (1ψ) Competentes (1ψ) Interessado (1ψ)	Complementares ao serviço (2ψ)
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Mal remunerados (3ψ) Manipuladores (6ψ) Cansados (4ψ)	Assalariados e mal remunerados (3ψ) Institucionalizantes (6ψ) Descrentes (6ψ) Descrentes da possibilidade real de mudança e consolidação da rede (6ψ) Ressentidos por um não reconhecimento de seu valor profissional (3ψ) Frágeis na sua formação geral (6ψ)
=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO Aplicados (1ψ)	
=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO Oficineiros (3ψ) Autoconfiantes (1ψ)	

O Eixo C.2 registra a percepção do profissional de saúde mental em relação aos outros profissionais que atuam no CAPS. Observa-se neste eixo que a maioria dos profissionais, quando solicitados a citar atributos de outros profissionais, 63,9% destes atributos são alocados no quadrante egomórfico positivo (23 itens). Este quadro indica auto-referência, autovalorização e uma relação de identificação entre os profissionais e a emergência do sentimento de orgulho e satisfação:

“Eles, como profissionais do CAPS são militantes por uma sociedade melhor” (Profissionais).

Observa-se também que, das características mencionadas pelos profissionais, seis pertencem ao pólo alomórfico negativo (16,7%), refletindo uma diferenciação negativa entre o entrevistado e o grupo referenciado por ele. Esta distribuição dos atributos expressa que o grupo referenciado possui valores opostos aos valorizados pelo entrevistado, podendo existir uma situação de hostilidade, que pode ser observada na fala de um dos profissionais entrevistados:

“Eles, como profissionais do CAPS são descrentes da possibilidade real de mudança e consolidação da rede” (Profissional)

Encontram-se ainda 3 atributos (8,3%) classificados como egomórficos negativos e apenas 1 atributo (3%) foi considerado alomórfico positivo.

Ao compararmos os eixos C.1 e C.2, constata-se o predomínio dos atributos localizados nos eixos egomórficos, o que retrata uma significativa identificação do entrevistado com o grupo de profissionais do CAPS, bem como a tendência a uma visão positiva de si mesmo e do grupo.

Emergiram do Eixo C.2 cinco pensamentos de fundo já observados em eixos anteriores além de mais dois novos (6 ψ e 7 ψ):

-Atributos pessoais intrínsecos (14 atributos – 38,9%) => 1 ψ ;

-Estrutura do cuidado no CAPS (4 atributos – 11,1%) => 2 ψ ;

-Aspectos laborais (4 atributos – 11,1%) => 3 ψ ;

-Sobrecarga (4 atributos – 11,1%) => 4 ψ ;

-Tecnologia leve do cuidado (5 atributos – 13,9%) => 5 ψ ;

-Percepção negativa da assistência (5 atributos – 13,9%) => 6 ψ

Eixo C.3 - HOJE EU SOU...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
<p>Psiquiatra (9ψ) Participativo (1ψ) Pessoa mais madura (1ψ) Mais atenta (1ψ) Mais flexível (1ψ) Feliz (1ψ) Implicado com a política pública (2ψ) Acupunturista (9ψ) Psicopedagoga (9ψ) Parte do trabalho feito no CAPS (3ψ) Implicada com a Reforma Psiquiátrica (2ψ) Menos ansiosa (1ψ) Uma avó vaidosa (8ψ) Diferente em relação aos preconceitos de saúde mental (3ψ) Mais feliz, pois consigo exercer minha profissão (3ψ) Melhor informada sobre os distúrbios mentais (3ψ) Nutricionista (9ψ) Responsável (1ψ) Experiente (1ψ) Uma psicóloga que continua acreditando na proposta do CAPS (3ψ) Uma psicóloga que está buscando outros caminhos profissionais além do CAPS (3ψ) Ainda se considera apaixonada pelo que faz (3ψ) Realizada profissionalmente (3ψ) Alcancei uma maturidade pessoal e profissional (3ψ) Tenho um bom relacionamento familiar (8ψ)</p>	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

Muito requisitado (4 ψ)
 Desestimulado em trabalhar no CAPS (3 ψ)
 Sobrecarregada com o trabalho no CAPS, pela falta de recursos materiais, humanos e suporte técnico para novas demandas (4 ψ)
 Cansado (4 ψ)
 Desiludida, pois a Reforma Psiquiátrica está parada (3 ψ)
 Médica mal remunerada (3 ψ)
 Uma profissional um pouco cansada (4 ψ)
 Uma profissional não tão esperançosa que a clínica do CAPS possa tomar uma direção efetivamente consistente (3 ψ)

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO:

Realizada por estar tendo esta experiência, não sei por quanto tempo (3 ψ)

Muito exigente comigo mesma (1 ψ)

Uma profissional preocupada predominantemente com o acolhimento clínico do paciente (2 ψ)

O Eixo C.3 retrata a visão dos profissionais do CAPS sobre o modo como se viam no momento da entrevista. Observa-se preponderância das respostas no pólo egomórfico positivo (25 itens – 69,4%) refletindo satisfação pessoal e valorização de suas qualidades pessoais intrínsecas e extrínsecas:

“Hoje eu sou implicada com a Reforma Psiquiátrica” (Profissional)

Contudo, outro bloco de respostas foi situado no pólo egomórfico negativo (8 itens - 22,2%), retratando uma situação de conflito interno e opressão vivenciada pelo profissional:

“Hoje eu sou uma profissional desiludida, pois a Reforma Psiquiátrica está parada” (Profissional)

Também foi possível observar três atributos classificados no pólo egomórfico neutro (8,3%).

Emergiram do Eixo C.3 seis pensamentos de fundo, quatro já observados anteriormente e dois novos (8 ψ e 9 ψ):

-Atributos pessoais intrínsecos (9 atributos – 25,0%) => 1 ψ ;

-Estrutura do cuidado no CAPS (3 atributos – 16,7%) => 2 ψ ;

- Aspectos laborais (14 atributos – 38,9%) => 3 ψ ;
- Sobrecarga (4 atributos – 11,1%) => 4 ψ ;
- Aspectos relativos à família (2 atributos – 5,6%) => 8 ψ ;
- Afirmação da identidade profissional (4 atributos – 11,1%) => 9 ψ

Eixo C.4 - EU GOSTARIA DE SER VISTO COMO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Psiquiatra (9ψ) Participativo (1ψ) Democrático (5ψ) Profissional especializado em trabalhar naquilo que faço, trabalhar em CAPS (9ψ) Alguém que tem limites (4ψ) Parceira (1ψ) Assistente social (9ψ) Interessada no que faz (1ψ) Bom profissional (7ψ) Profissional comprometido com a prática pública (5ψ)) Bom colega de trabalho (7ψ) Bom profissional (7ψ) Bom colega (7ψ) Bom funcionário (7ψ) Profissional (9ψ) Companheira (1ψ) Parte da equipe (5ψ) Bom profissional (7ψ) Acessível (5ψ) Boa ouvinte (5ψ) Profissional (9ψ) Alguém sonhadora (1ψ)	

Teimosa (1ψ) Persistente (1ψ) A profissional que sou (9ψ) A profissional responsável, que já sou (9ψ) A profissional atuante, como já sou (9ψ) Profissional implicada na constituição da rede (5ψ) Agenciadora de formação permanente na equipe (5ψ) Articuladora intersetorial (5ψ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO Uma pessoa que dá muito de si (4ψ) Enfermeira (9ψ) Um trabalho importante (7ψ)	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO:

Alguém que trabalha interdisciplinarmente (5ψ)

Complementar à equipe (5ψ)

=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO:

Articuladora (5ψ)

O Eixo C.4 revela a maneira como o profissional gostaria de ser percebido enquanto profissional no CAPS. Através deste eixo, visualiza-se que a grande maioria (27 itens – 75,0%) dos atributos citados pelos profissionais foram alocados no quadrante egomórfico positivo, revelando que os profissionais gostariam de ser vistos pelo grupo através de suas qualidades pessoais positivas intrínsecas e extrínsecas, tal como retrata a fala de um deles:

“Eu gostaria de ser visto como bom colega de trabalho” (Profissional)

Dentre os atributos citados, três foram posicionados no pólo egomórfico negativo (8,3%).

Foram observados três atributos neutros (8,3%), sendo dois egomórficos (5,6%) e um alomórfico (2,8%).

Emergiram, do Eixo C.4, cinco pensamentos de fundo, todos observados anteriormente:

-Atributos pessoais intrínsecos (7 atributos – 19,4%) => **1ψ**;

-Sobrecarga (2 atributos – 5,6%) => **4ψ**

-Tecnologia leve do cuidado (11 atributos – 30,6%) => **5ψ**;

-Conteúdo avaliativo (7 atributos – 19,4%) => **7ψ**

-Afirmção da identidade profissional (9 atributos – 25,0%) => **9ψ**

Eixo C.5 - NO FUTURO EU SEREI...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Psiquiatra (9ψ) Menos requisitado (2ψ) Participativo (1ψ) Trabalhar mais autonomamente e menos ligada a instituições públicas (3ψ) Mais atendimentos individuais (2ψ) Mãe (8ψ) Coordenadora de CAPS (3ψ) Terei mais reconhecimento pelo meu trabalho, no nível central, prefeitura (3ψ) Mãe da minha filha (8ψ) Feliz (1ψ) Depender menos de salário (3ψ) Ligado às questões da Reforma Psiquiátrica (2ψ) Uma boa acupunturista (7ψ) Medica bem remunerada (3ψ) Melhor do que hoje profissionalmente (7ψ) Espero que mais feliz (10ψ) Mais ponderada (7ψ) Uma melhor profissional (3ψ) Uma pessoa mais realizada (10ψ) Mãe (8ψ) Nutricionista (9ψ) Questionadora (1ψ) Psicóloga (9ψ) Vovó (8ψ) Uma eterna buscadora (1ψ) Uma velhinha realizada (10ψ) Terei menos violência na cidade (10ψ) Tranqüilidade (10ψ) Dedicada a minha formação clínica (3ψ)	Médica de consultório (3ψ)
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Mais eu mesma, pois eu penso muito nos outros (7ψ) Provavelmente mais voltada para o atendimento privado (3ψ)	
=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO	
Psicóloga (9ψ) Diferente do que eu sou hoje (7ψ) Realizada (1ψ) Deus é que sabe e a política de saúde mental também dirá (3ψ)	

O Eixo C.5 representa as expectativas dos profissionais para o futuro, expressando as aspirações e esperanças desses atores. Verifica-se a concentração de 83,3% dos atributos no quadrante egomórfico positivo, com 30 itens, indicando valorização das aspirações, dos objetivos e dos desejos dos profissionais, assim como a implicação dos mesmos no que diz respeito ao seu próprio futuro:

“No futuro eu serei melhor do que hoje profissionalmente”

(Profissional)

Constata-se ainda a ocorrência de 2 atributos nos pólos egomórfico negativo (5,6%) e de 1 atributo no alomórfico positivo (2,8%).

Emergiram do Eixo C.5 sete pensamentos de fundo, tendo sido identificada somente uma categoria nova (11 ψ):

- Atributos pessoais intrínsecos (5 atributos – 13,9%) => **1 ψ** ;
- Estrutura do cuidado no CAPS (3 atributos – 8,3%) => **2 ψ** ;
- Aspectos laborais (11 atributos – 30,6%) => **3 ψ** ;
- Conteúdo avaliativo (4 atributos – 11,1%) => **7 ψ** ;
- Aspectos relativos à família (4 atributos – 11,1%) => **8 ψ** ;
- Afirmção da identidade profissional (4 atributos – 11,1%) => **9 ψ**
- Qualidade de vida (5 atributos – 13,9%) => **10 ψ**

Eixo C.6 - OS PROFISSIONAIS DO CAPS SÃO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Ótimas pessoas (1 ψ)	Bons enfermeiros (7 ψ)
Bons médicos (7 ψ)	Bons profissionais (7 ψ)
Bons (7 ψ)	Bons (7 ψ)
Amáveis (1 ψ)	
Pacientes (1 ψ)	
Ótimos (7 ψ)	
Cuidam da higiene da gente (2 ψ)	
Cuidam do nosso equilíbrio mental (2 ψ)	
Bons (7 ψ)	
Legais (1 ψ)	
Muito inteligentes (1 ψ)	
Se comunicam muito com a gente (2 ψ)	
Atenciosos (1 ψ)	
Legais comigo (1 ψ)	
Muito bons (7 ψ)	
Muito interessados em ajudar (2 ψ)	
Maravilhosos (7 ψ)	
Profissionais (1 ψ)	
Uns me dão equilíbrio (2 ψ)	
Excelentes (7 ψ)	
Dedicados (1 ψ)	
Amigos (1 ψ)	
Fantásticos (7 ψ)	

Pegam no meu pé de vez em quando, com motivo (2ψ)	
Minha segunda família (8ψ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO
Outros me põem no poço (6ψ)	Pouco reconhecidos pela sociedade (7ψ)
=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO	
Alguns são mais amáveis e atenciosos que outros (7ψ)	
Ainda, a opção que tenho (6ψ)	
=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO	
Levam mais em consideração a nossa doença (6ψ)	

O Eixo C.6 retrata a percepção dos usuários do CAPS a respeito da identidade dos profissionais de saúde mental. A distribuição 75,8% dos atributos ocorreu no pólo egomórfico positivo (25 atributos), revelando identificação positiva dos usuários com os profissionais, valorizando as características pessoais (auto-referência), assim como as dos profissionais, tal como a fala aqui destacada:

“Os profissionais do CAPS são muito interessados em ajudar”

(Usuário)

O pólo alomórfico positivo recebeu três atributos (9,1%), o que indica alguma valorização do outro, apesar de significar uma identificação com o outro. As características observadas no outro correspondem aos seus próprios valores, o que expressaria uma situação de cooperação, apoio e simpatia pelo outro e por si mesmo:

“Os profissionais do CAPS são bons profissionais” (Usuário)

Porém, observam-se atributos alocados em todos os pólos; os pólos egomórfico negativo e alomórfico negativo receberam um atributo (3,0 %) cada um. Foram observados três atributos neutros (9,1%), sendo dois egomórficos (6,1%) e um alomórfico(3,0%).

Emergiram do Eixo C.6 cinco pensamentos de fundo, todos já presentes em outros eixos:

-Atributos pessoais intrínsecos (10 atributos – 30,3%) => **1ψ**;

- Estrutura do cuidado no CAPS (6 atributos – 18,2%) => **2ψ**
- Percepção negativa da assistência (3 atributos – 9,1%) => **6ψ**
- Conteúdo avaliativo (13 atributos – 39,4%) => **7ψ**
- Aspectos relativos à família (1 atributos – 3,0%) => **8ψ;**

Eixo C.7 - OS PROFISSIONAIS DE CAPS SÃO...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Ótimos (7ψ)	Muito atenciosos (5ψ)
Dão muita atenção aos pacientes e familiares (5ψ)	Muito eficientes, porque aqui é o lugar que está bem mais bem tratado, mas é o lugar que ele menos frequenta e não consigo saber o porquê (2ψ)
É um trabalho muito sério e muito bom (7ψ)	Nunca encontramos uma médica tão boa (2ψ)
Dedicados (1ψ)	Responsáveis nas funções que exercem (5ψ)
Atenciosos (1ψ)	
Sensíveis, percebem o problema de seus pacientes (5ψ)	
Legais (1ψ)	
Educados (1ψ)	
Respeitados (1ψ)	
Não desfazem dos pacientes (5ψ)	
Fortes (1ψ)	
Amigos de todos (1ψ)	
Procuram, dentro do possível, melhorar a qualidade de vida dos usuários (5ψ)	
Procuram a integração do cliente com o ambiente social (5ψ)	
Uma benção na minha vida (4ψ)	
Como uma família que não tive (4ψ)	
Quem me ajuda (4ψ)	
Ótimos (7ψ)	
Pacientes com os clientes (5ψ)	
Muito atenciosos (5ψ)	
Muito bons e atendem sem discriminação (5ψ)	
Muito eficientes (2ψ)	
Muito comunicativos (5ψ)	
Excelentes (7ψ)	

Sempre que venho aqui me tratam bem (7 ψ) Sempre que minha irmã está em crise, cuidam dela (4 ψ) Esclarecem nossas dúvidas (4 ψ) Gentis (1 ψ) Companheiros (1 ψ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

O Eixo C.7 representa a imagem identitária formada pelos familiares dos usuários acerca dos profissionais do CAPS. Esta retrata uma imagem positiva acerca dos profissionais, dividindo-se entre os pólos egomórfico positivo (87,9%) e alomórfico positivo (4 itens - 12,1%). A preponderância no pólo egomórfico positivo (29 itens) indica que os familiares se identificam com os profissionais, valorizando as características pessoais intrínsecas e extrínsecas tanto dos próprios familiares (autovalorização) quanto dos profissionais. Retrata ainda que os familiares percebem sua relação com os profissionais de modo satisfatório:

“Os profissionais do CAPS são sensíveis, percebem o problema de seus pacientes” (Familiar)

Como foi dito anteriormente, o pólo alomórfico positivo sugere valorização do outro, porém, sem ocorrer identificação. Apesar de ocorrer diferenciação, as características do sujeito entrevistado possuem uma correspondência com a do outro referenciado, sugerindo uma situação de cooperação, proteção e apoio:

“Os profissionais do CAPS são responsáveis nas funções que exercem” (Familiar)

Emergiram do Eixo C.7 cinco pensamentos de fundo:

- Atributos pessoais intrínsecos (9 atributos – 27,3%) => **1 ψ** ;
- Estrutura do cuidado no CAPS (3 atributos – 9,1%) => **2 ψ** ;
- Sobrecarga (redução da,) (5 atributos – 15,1%) => **4 ψ** ;
- Tecnologia leve do cuidado (11 atributos – 33,4%) => **5 ψ** ;

-Conteúdo avaliativo (5 atributos – 15,1%) => 7ψ .

Tomando como base os eixos construídos a partir das questões *Nós, como profissionais do CAPS somos...*, *Os profissionais do CAPS são ...* (usuários e familiares), observa-se a predominância das características situadas nos pólos egomórficos na perspectiva dos profissionais (100% dos atributos), dos usuários (86,7% dos atributos) e familiares (87,8% dos atributos). Tal fato indica uma importante identificação entre os profissionais, os usuários e os familiares. Possivelmente, esta representação esteja ligada à percepção satisfatória da convivência entre os próprios profissionais, assim como entre os profissionais e os usuários e familiares.

Discussão dos grupos temáticos relativos à identidade psicossocial dos profissionais

A Tabela 32 indica os pensamentos de fundo que emergiram quando examinadas atentamente as falas dos entrevistados no que se referia à identidade psicossocial dos familiares de usuários. Como dito inicialmente, primeiro foram analisados os temas a partir da visão dos próprios familiares acrescidos da visão dos usuários e dos profissionais. Foram observados dez pensamentos de fundo, com frequências variadas, os quais podem ser vistos individualmente nos eixos identitários anteriormente analisados.

Tabela 32- Pensamentos de fundo emergentes do espaço elementar de identidade psicossocial referente aos profissionais do CAPS, segundo os profissionais, usuários e familiares

Pensamentos de fundo	Profissionais				Gostaria de ser visto	No futuro eu	Usuário	Familiar	Total	%
	Nós, profissionais	Eles, profissionais	Hoje, eu	Os profissionais são			Os profissionais são			
Atributos pessoais intrínsecos	13	14	9	7	5	10	9	67	27,2	
Estrutura do cuidado no CAPS	11	4	3		3	6	3	30	12,2	
Aspectos laborais		4	14		11			29	11,8	
Sobrecarga	8	4	4	2			5	23	9,3	
Tecnologia leve do cuidado		5		11			11	27	11,0	
Percepção negativa da assistência	3	5				3		11	4,5	
Conteúdo avaliativo				7	4	13	5	29	11,8	
Aspectos relativos a família			2		4	1		7	2,8	
Afirmação da identidade	1		4	9	4			18	7,3	
Qualidade de vida					5			5	2,0	
Total	36	36	36	36	36	33*	33*	246	100	

*Este total se refere a onze sujeitos, considerando a eliminação de um sujeito

Ao analisar a Tabela 32, observa-se que se destacam alguns pensamentos de fundo:

Atributos pessoais intrínsecos - 1 ψ (67 atributos – 27,2%); Estrutura do atendimento no CAPS - 3 ψ (30 atributos– 12,2%); Aspectos laborais - 4 ψ (29 atributos– 11,8%); Conteúdo avaliativo - 8 ψ (29 atributos – 11,8%); Tecnologia leve do cuidado - 6 ψ (27 atributos– 11,0 %); Sobrecarga - 5 ψ (23 atributos – 9,3%); Afirmação da identidade - 10 ψ (18 atributos – 7,3%).

O pensamento de fundo mais incidente, no que diz respeito à identidade dos profissionais do CAPS refere-se aos *Atributos pessoais intrínsecos - 1 ψ* . Este tema teve uma frequência de 27,2% e esteve presente na fala dos usuários, familiares e profissionais entrevistados. Este tema foi o mais incidente nos eixos *Nós, como profissionais do CAPS somos...* e *Eles, como profissionais do CAPS são...* Este tema também esteve presente na fala

de usuários e de familiares de usuários, sendo o segundo tema mais freqüente na fala de ambos os grupos quando o tema tratado foi a identidade dos profissionais.

No pensamento de fundo *Atributos pessoais intrínsecos - I ψ* reuniram-se atributos relativos às qualidades pessoais dos profissionais, que remetem à distinção do caráter, das capacidades e competências dos profissionais. Estas características estão diretamente relacionadas à identidade positiva dos profissionais, no cenário do CAPS.

É importante ressaltar que a maioria dos atributos dos profissionais situou-se no pólo egomórfico positivo. Zavalloni (1984, p.125) afirma que quando ocorre a concentração dos atributos no pólo egomórfico positivo há valorização das características pessoais intrínsecas e situacionais extrínsecas do sujeito, como podemos observar em algumas falas dos entrevistados:

“Nós, como profissionais do CAPS somos comprometidos”

(Profissional)

“Eles, como profissionais do CAPS são implicados com o serviço”

(Profissional)

“Os profissionais do CAPS são dedicados” (Usuário);

“Os profissionais do CAPS são companheiros” (Familiar)

Vale ressaltar que dentre os grupos entrevistados, os profissionais foram aqueles com maior classificação da identidade como egomórfica positiva, inclusive pelos outros grupos participantes – usuários e familiares. Zavalloni (1984) afirma que quando as respostas positivas estão mais relacionadas ao *Eles* e as negativas ao *Nós*, há indicação de que *Eles* são percebidos como um grupo ideal e *Nós* percebidos através dos limites e fraquezas.

No que diz respeito à relação entre grupos, Goffman (1999, p. 183) afirma que: “freqüentemente quando duas equipes entram em interação, podemos identificar uma delas

como a que tem o maior prestígio geral, e a outra o menor.” O autor utiliza o termo equipe para designar um agrupamento de indivíduos que cooperam na manutenção de uma rotina em particular.

No entanto, apesar de constatarmos esta distinção entre os grupos, observaremos também que há um afrouxamento da distância entre as equipes de profissionais e de clientes – usuários e seus familiares, no cotidiano do serviço:

“Os profissionais do CAPS são legais comigo” (Usuários)

“Os profissionais do CAPS são amigos de todos” (Familiar)

Esta aproximação ocorre no sentido em que se faz necessária a construção de um relacionamento de confiança entre os clientes e os profissionais do serviço para que uma relação terapêutica se estabeleça entre os sujeitos.

Neste sentido, Goffman (1999, 183) afirma que:

Comumente, quando pensamos em realinhar as ações em tais casos, pensamos nos esforços por parte da equipe inferior para alterar a base da interação numa direção que lhe seja mais favorável, ou reduzir a distâncias e as formalidades sociais entre ela e a equipe de posição mais elevada. Interessante é que há ocasiões em que convém aos objetivos mais amplos da equipe superior reduzir as barreiras e permitir que a equipe de mais baixa condição tenha maior intimidade e igualdade com ela.

Goffman (1999, pág 187) acrescenta ainda que:

... a redução de barreiras entre duas equipes pode ser útil, aparentemente, a certas finalidades e que, para alcançar estas finalidades, as equipes superiores podem temporariamente unir-se às categorias inferiores ... O resultado tende a ser a solidariedade entre os membros do grupo, e este “apoio social”, como é chamado, presumivelmente tem valor terapêutico.

Entretanto, acreditamos que esta distância se amplia quando o grupo de profissionais se afasta do grupo de clientes – usuários e seus familiares, momento em que as diferenças identitárias podem ser manifestadas livremente, de forma tal que não comprometa a interação entre as duas equipes no processo terapêutico:

“Os usuários do CAPS são chatos” (Profissional)

“Os usuários do CAPS são sugadores de energia” (Profissional)

“Os familiares do CAPS são folgados” (Profissional)

“Os familiares do CAPS são chatos, alguns” (Profissional)

Esta situação é representativa de um modelo um tanto quanto autoritário onde os profissionais percebem o cuidar como um favor que está sendo prestado aos usuários e seus familiares. Esta situação sugere ainda que tais profissionais vêem os usuários e familiares como pessoas maçantes, enfadonhas e dependentes de seus saberes para sobreviverem. Com certeza, o paradigma de equidade defendida pelo modelo psicossocial de atendimento não se aplica a relação entre estes profissionais e os usuários e seus familiares.

O segundo pensamento de fundo mais freqüente (12,2%) foi *Estrutura do cuidado no CAPS - 2ψ*. Este grupo temático trata da idéia formada a respeito do CAPS a partir do cuidado prestado e do modo como está organizado para atender às demandas emergentes dos clientes, tanto dos usuários, como de seus familiares.

O referido tema apareceu em todos os eixos, excetuando-se o eixo que se refere ao modo como o profissional gostaria de ser visto pelo grupo. Contudo, surgiu de forma significativo no eixo relativos à identidade do profissional *Nós, como profissionais do CAPS somos ...* sendo o segundo mais freqüente. O eixo temático se caracteriza pelo destaque das questões relativas à atual política de saúde mental, principalmente aquelas relativas à reinserção social do usuário em seu meio e responsabilização pela rede de saúde mental no território:

“Nós, como profissionais do CAPS somos profissionais identificados como Reforma Psiquiátrica” (Profissional)

“Nós, como profissionais do CAPS somos responsáveis pelo programa de desinstitucionalização” (Profissional)

“Nós, como profissionais do CAPS somos convocados a tomar posições político-clínicas no território” (Profissional)

Assim, torna-se relevante destacar a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, que em seu artigo 4º estabelece as seguintes características e atribuições dos serviços do tipo CAPS: responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de saúde mental no âmbito do território; regular a porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu; coordenar as atividades de supervisão de hospitalais psiquiátricas em seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território; realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde, mental dentro de sua área assistencial.

Neste sentido, há a indicação de que os profissionais encontram-se identificados com as atuais propostas da política de saúde mental brasileira.

Referindo-se ainda ao tema *Estrutura do cuidado no CAPS - 2 ψ* , no que alude à identidade dos profissionais do CAPS, este foi o terceiro tema mais saliente na fala do usuário. Por seu turno, os usuários trazem a identidade dos profissionais relacionada à estrutura do atendimento caracterizada pelo cuidado recebido no cotidiano. Como exemplo, cita-se tanto os cuidados físicos, como os cuidados na área mental e social:

“Os profissionais do CAPS cuidam da higiene da gente” (Usuário)

“Os profissionais do CAPS cuidam do nosso equilíbrio mental”

(Usuário)

“Os profissionais do CAPS se comunicam muito com a gente”

(Usuário)

“Os profissionais do CAPS pegam no meu pé de vez em quando, com motivo” (Usuário)

Esta visão do usuário relaciona-se ao modo como a política de saúde mental ocorre no cotidiano do CAPS, o *modus faciendi* utilizado para que a política pública de saúde mental seja instrumentalizada e transformada em cuidado. Neste sentido Luz (2001) traz um conceito de saúde marcado por uma visão holística do indivíduo que vai ao encontro da identidade que os usuários trouxeram acerca do cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde do CAPS:

Por outro lado, estar saudável é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (com a família, com os amigos). Deste ponto de vista, ter saúde é poder romper com o isolamento provocado pelas situações a que a sociedade contemporânea relega uma parte importante de seus componentes, devido à idade, à doença, ao desemprego, à pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social. (LUZ, 2001, p.33)

O pensamento de fundo *Aspectos laborais - 3ψ*, com 29 atributos (11,8%) que tratam da percepção relativa a situação profissional ou de trabalho no CAPS, foi o terceiro mais incidente no que diz respeito à identidade dos profissionais. O referido tema surgiu de forma significativa nos seguintes eixos relativos à identidade do profissional *Hoje, eu sou ...* e *No futuro eu ...*, sendo o tema mais incidente nos dois eixos.

O tema *Aspectos laborais - 3ψ* surge na fala dos profissionais caracterizada por uma visão acerca de sua identidade profissional que foi amadurecida através do trabalho no CAPS e na manutenção da crença na atual política pública de saúde mental:

“Hoje eu sou melhor informada sobre os distúrbios mentais”

(Profissional)

“Hoje eu sou uma psicóloga que continua acreditando na proposta do CAPS” (Profissional)

“Hoje eu sou alcancei uma maturidade pessoal e profissional”

(Profissional)

“No futuro eu serei dedicada a minha formação clínica” (Profissional)

Entretanto, observam-se também sentimentos de desilusão e preocupação com o atual estado da política de saúde mental no Brasil, que vêm levando os profissionais a redirecionarem seus percursos profissionais, principalmente para o setor privado:

“Hoje eu sou uma psicóloga que está buscando outros caminhos profissionais além do CAPS (Profissional)”.

“Hoje eu estou desiludida, pois a Reforma Psiquiátrica está parada (Profissional)”.

“Hoje eu sou uma profissional não tão esperançosa que a clínica do CAPS possa tomar uma direção efetivamente consistente (Profissional)”.

“No futuro eu irei trabalhar mais autonomamente e menos ligada a instituições públicas” (Profissional)

A fala dos profissionais vai ao encontro da afirmação de Desviat (1999) que em seu estudo aponta quatro grandes problemas a serem enfrentados na efetivação da Reforma Psiquiátrica: 1 - direcionamento de recursos econômicos insuficientes para o desenvolvimento de programas comunitários, ou seja, os clientes saíram do hospital, mas os orçamentos dos hospitais continuam crescendo; 2 - hesitação dos profissionais em tratar pessoas de um meio socioeconômico muito desfavorecido, com os quais têm pouca afinidade cultural, o autor afirma ainda que há a suplantação dos interesses dos clientes em detrimento dos interesses econômicos, de prestígio e poder dos profissionais; 3 - despreparo da

comunidade para receber os clientes desospitalizados; 4 - falta de planejamento e de uma gestão unificada dos recursos públicos, ou seja, a falta da alocação eficiente dos recursos.

Cabe aqui dizer que 58,3% dos profissionais entrevistados trabalham no CAPS há mais de cinco anos e enfrentam atualmente uma situação de intervenção do governo federal na área de saúde no âmbito municipal, por causa das condições precárias do atendimento à saúde que vêm se instalando ao longo do tempo no município do Rio de Janeiro. Tal fato, indubitavelmente, gera cansaço e descrença do profissional no encaminhamento da Reforma Psiquiátrica.

O quarto pensamento de fundo abordado foi *Conteúdo avaliativo - 7 ψ* , com a frequência de 11,8%. Este grupo temático, com 29 atributos, indica a percepção do entrevistado que denota formação de juízo a respeito dos profissionais. O referido tema aparece mais significativamente nos seguintes eixos: na fala dos usuários referente à identidade dos profissionais - tema mais incidente; de como gostaria de ser visto pelo seus pares (*Eu gostaria de ser visto como ...*) - terceiro tema mais incidente; e, na fala dos familiares referente à identidade dos profissionais – terceiro tema mais incidente.

Este pensamento de fundo foi o mais frequente na fala dos usuários. Os usuários apresentaram atributos à identidade dos profissionais baseados principalmente em características subjetivas, que não indicam traços pessoais ou profissionais específicos. Os usuários utilizaram expressões, como por exemplo:

“Os profissionais do CAPS são muito bons” (Usuário)

“Os profissionais do CAPS são excelentes” (Usuário)

Observa-se, então, que os usuários avaliam os profissionais de uma forma positiva, porém não foi possível identificar em quais características se basearam (se pessoais ou profissionais) nem mesmo conhecer o tipo de parâmetro utilizado por eles. Infere-se que os

usuários estabeleceram comparação entre o cuidado recebido anteriormente em outras instituições, como por exemplo, o hospital psiquiátrico e o cuidado recebido atualmente no CAPS.

O pensamento de fundo *Conteúdo avaliativo - 7 ψ* foi observado na fala dos familiares quando estes se referiram à identidade dos profissionais do CAPS. Os familiares conferiram aos profissionais uma identidade positiva acerca do trabalho desenvolvido por eles, bem como acerca da relação interpessoal estabelecida entre os dois grupos:

“Os profissionais do CAPS fazem um trabalho muito sério e muito bom” (familiar)

“Os profissionais do CAPS sempre que venho aqui me tratam bem”
(familiar)

Atualmente, os estudos evidenciam a importância da inclusão da família na assistência ao indivíduo com transtornos mentais severos, com o objetivo de reduzir a sobrecarga e o desgaste gerado naquele grupo familiar em razão do convívio com a doença e suas conseqüências. Tal fato é corroborado pela fala dos familiares entrevistados, que ressaltam a importância do estabelecimento do vínculo entre familiares e profissionais no cuidado à pessoa com transtornos mentais. Abordando o tema da inclusão da família na assistência ao indivíduo com transtornos mentais severos, destacam-se os estudos de Koga (1997), Pereira (2003), Nasi, Stumm e Hildebrandt (2004) entre outros.

O quarto pensamento de fundo discutido refere-se à *Tecnologia leve do cuidado - 5 ψ* (11% - 27 atributos) que diz respeito ao conjunto de conhecimentos e ações da relação profissional-usuário baseada em acolhimento, vínculo e responsabilização. O conceito de tecnologia leve baseia-se nos estudos de Merhy (2000), que diferencia três tipos de tecnologias utilizadas na prática médica, embora, estas possam ser transportadas para a prática de todos os profissionais da área de saúde:

- Tecnologia dura: é a caixa de ferramentas utilizadas pelo profissional. Este tipo de tecnologia permitiria processar, com seus equipamentos, imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros;
- Tecnologia leve-dura: é a cabeça do profissional e os saberes que a compõem. Este tipo de tecnologia se caracteriza pelos saberes bem estruturados do profissional que precisam se relacionar com as necessidades particulares de cada usuário. A partir do momento em que o saber do profissional toma contato com as necessidades do usuário, seu saber transforma-se em atos de saúde;
- Tecnologia Leve: é o espaço relacional trabalhador-usuário. Neste processo é possível produzir uma relação de acolhimento, criação de vínculos e responsabilização, jogos transferenciais, entre outros.

Apesar da área de saúde mental necessita dos três tipos de tecnologia, observa-se o predomínio da tecnologia leve, porém, este surge matizado pelas diretrizes da política atual de saúde mental. A tecnologia leve pode ser constatada na fala dos profissionais (*Eu gostaria de ser visto como... e Eles, como profissionais do CAPS são...*) e dos familiares (*Os profissionais do CAPS são...*):

“Eles, como profissionais do CAPS são articuladores” (Profissional)

“Eu gostaria de se vista como boa acessível” (Profissional)

“Os profissionais do CAPS dão muita atenção aos pacientes e familiares” (Familiar)

“Sensíveis, percebem o problema de seus pacientes” (Familiar)

O pensamento de fundo *Sobrecarga - 4 ψ* (9,3% - 23 atributos) foi o sexto tema mais freqüente quando o assunto tratado foi a identidade dos profissionais. Este tema trata da percepção do entrevistado que indica um encargo maior do que o esperado ou planejado pelo

sujeito. O tema *Sobrecarga - 4 ψ* esteve presente no discurso dos profissionais e dos familiares, excetuando-se apenas no eixo relativo às expectativas do profissional quanto ao seu futuro e na fala dos usuários. Como exemplo pode-se citar:

“Nós, como profissionais do CAPS somos pau para toda obra”
(Profissional)

“Hoje eu sou sobrecarregada com o trabalho no CAPS, pela falta de recursos materiais, humanos e suporte técnico para novas demandas”
(Profissional)

“Os profissionais do CAPS são quem me ajuda” (Familiar)

A partir do que foi analisado, possivelmente alguns dos profissionais entrevistados apresentam sintomas da crise de estresse e sobrecarga de trabalho, também conhecida como síndrome de *burn out*, que se caracteriza por esgotamento, decepção, baixa realização e perda de interesse pelo trabalho, como relatado por alguns deles. A crise de esgotamento surge nas profissões que entram em contato diário e direto com as pessoas e tem como objetivo a prestação de serviço, o que vai ao encontro da prática diária desses profissionais. Silva (2000) afirma que o relacionamento com outras pessoas no âmbito de trabalho é uma fonte de estresse, ou seja, a síndrome de *burn out* atinge aqueles profissionais que prestam cuidados diretos, bem como são de grande importância para os usuários.

Silva (2000) afirma que dentre as profissões mais afetadas pela síndrome de *burn out* estão as enfermeiras, os terapeutas ocupacionais, os psicoterapeutas e os profissionais de saúde mental em geral, sendo justamente o que caracteriza os profissionais entrevistados.

Vale ressaltar ainda que 66,7% dos profissionais (8 entrevistados) trabalham há mais de cinco anos na área de saúde mental, sendo que 58,3% trabalham (7 profissionais) no CAPS também há mais de cinco anos. Os usuários do CAPS são clinicamente graves e possuem uma longa história de doença, exigindo cuidado intensivo e grande dedicação profissional. Soma-se a esta situação a desproporção quantitativa que há entre as necessidades de saúde da

população e o número de trabalhadores e serviços de saúde mental disponíveis no serviço público.

Vasconcelos (2001) afirma que os serviços não manicomial são extremamente sensíveis ao processo de trabalho, a condições adequadas de trabalho e salário e à gestão democrática dos serviços. Para o enfrentamento das dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços, ele sugere espaços para reuniões interdisciplinares e regulares, grupos de estudo, assembleias, e outros recursos para a prevenção de sintomas de estresse e síndrome de esgotamento (*burn out*).

O sétimo pensamento de fundo analisado refere-se à *Afirmação da identidade - 9 ψ* (7,3%, com 18 atributos). Este pensamento de fundo caracteriza-se pela asseveração do papel identitário do sujeito dentro de um determinado ambiente. Este tema esteve presente em todos os eixos das falas dos profissionais, exceto no *Eles, como profissionais são...* Dos 12 profissionais entrevistados, dez (83,3%) ratificaram sua profissão:

“Nós, como profissionais somos médicos” (Profissional)

“Eu gostaria de ser visto como psiquiatra” (Profissional)

“No futuro eu serei, nutricionista” (Profissional)

Esta necessidade de afirmação da identidade profissional confronta-se diretamente com a redução das especificidades técnicas, que é uma das diretrizes do movimento de reabilitação psicossocial:

Nesse novo modo de cuidar do sujeito, a equipe interprofissional é importante, pois deixam de existir os "especialistas" e a sua visão se amplia para uma ação integral, ou seja, a equipe utiliza todos os recursos disponíveis (as artes, a música, a literatura e outros mais). Portanto, deve-se escutar a fala de pessoas que estão sofrendo e estar aberto para os seus simbolismos. Rompe-se a congruência - saber é poder. (Zerbetto e Pereira, p. 114, 2005)

Laurenti e Barros (2000, p. 4) definem identidade como:

O ponto de referência, a partir do qual surge o conceito de si mesmo e a imagem de si, de caráter mais restrito. Seria mais sensato dizer que essa singularidade, o reconhecimento pessoal dessa exclusividade, não é construída, mas vai sendo

construída, a fim de abandonar a noção de imutabilidade. A identidade não se apresenta sob a forma de uma entidade que rege o comportamento das pessoas, mas é o próprio comportamento, é ação, é verbo.

A análise aponta para uma crise de identidade dos profissionais, que se encontram entre a identidade profissional preconizada pela atual política de saúde mental e a identidade profissional socialmente construída ao longo de sua formação acadêmica. A partir desta definição, percebe-se o quanto se torna difícil para o sujeito mudar sua identidade profissional, construída ao longo de sua vida acadêmica, para uma identidade que ainda não se sabe exatamente qual é, que ainda está em construção.

Vasconcelos (2001) aponta a supervisão de equipe como espaço de resolução de problemas, inclusive aqueles relativos à identidade dos profissionais. Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais dos serviços substitutivos de saúde mental enumerados pelo autor encontram-se:

a discussão das relações de poder, as dificuldades de trabalho de equipe, as inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com os desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse e síndrome de esgotamento. (Vasconcelos, p. 51, 2001)

Acredita-se que alguns profissionais apontam para a solução da crise de identidade gerada por esta nova maneira de cuidar em saúde mental, que não foge da especificidade acadêmica e porém se encaminha para a especificidade do cuidado prático, gerado pelo cotidiano do CAPS:

“Eu gostaria de ser visto como profissional especializado em trabalhar naquilo que faço, trabalhar em CAPS” (Profissional)

Desta forma, o profissional desempenharia atividades que, apesar de ir além de sua área específica de sua formação, não abandonam os aspectos técnicos que lhe são peculiares. Como exemplo, pode-se citar a identidade do enfermeiro, que se constituiu ao longo do tempo como aquele que cuida do cliente. Apesar do enfermeiro especialista em saúde mental cuidar

dos aspectos psicossociais dos usuários, não deveria abandonar os cuidados com o corpo do usuário, pois é isto que historicamente caracteriza sua identidade profissional. Acredita-se que desta forma, evitar-se-ia a fragmentação da identidade dos profissionais e do processo terapêutico, bem como relativizar-se-ia o poder, otimizar-se-ia o trabalho em equipe e as crises de identidade profissional.

Foram observados outros três pensamentos de fundo, no que diz respeito à identidade dos profissionais, que totalizam 9,3% das respostas, as quais são citadas com uma breve definição. Os temas encontrados foram: *Aspectos relativos à família* - 9 ψ (2,8% - 7 atributos) => Este tema diz respeito aos atributos relativos aos aspectos familiares da identidade dos profissionais em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS ou à sua própria família; *Percepção negativa da assistência* - 7 ψ (4,5% - 11 atributos) => Características acerca da dinâmica do serviço que estão aquém do que se esperava; *Qualidade de vida* - 11 ψ (2,0% - 5 atributos) => Percepção que indica o desejo de melhoria da qualidade de vida.

5.1.4 - O CAPS RUBENS CORRÊA

A apresentação dos eixos identitários e temáticos foi feita primeiramente a partir da visão do usuário acerca do CAPS e o que gostaria que mudasse na instituição. Em seguida foi repetido o mesmo processo com os familiares e com os profissionais de saúde mental. Para a apresentação dos resultados foram adotados dois eixos para cada grupo de ator. No que diz

respeito às conotações acerca do CAPS, cada ator completou duas frases: Eixo 1 - “O CAPS é...” e Eixo 2 - “O CAPS poderia ser...”.

Os eixos D são um indicativo das conotações que os usuários, os familiares e os profissionais de saúde mental vêm construindo a respeito do CAPS.

Para facilitar a identificação e visualização dos pensamentos de fundo foram utilizados números e a letra grega maiúscula Σ (sigma) para o CAPS.

Nos eixos D, as respostas dos sujeitos foram classificadas em onze pensamentos de fundo: 1 Σ - Reabilitação Psicossocial; 2 Σ - Modelo Manicomial; 3 Σ - Aspectos relativos à família; 4 Σ - Desatenção governamental; 5 Σ - Conteúdo avaliativo; 6 Σ - Estrutura do cuidado; 7 Σ - Estrutura física; 8 Σ - Recursos humanos; 9 Σ - Recurso materiais; 10 Σ - Sobrecarga e ; 11 Σ - Afirmação da identidade.

Apresentação e análise das conotações que usuários, familiares e profissionais vêm construindo a respeito do CAPS.

Eixo D1 (Usuários) - O CAPS É...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO
Um local de lazer ótimo (1 Σ)
Tem várias oficinas de tratamento (1 Σ)
É um local de aprendizagem ótimo (1 Σ)
Um lugar bom (5 Σ)
Faz a pessoa criar coisas (1 Σ)
Um lugar que eu me sinto bem (5 Σ)
Minha segunda casa (3 Σ)
Tem vários atrativos (1 Σ)
Depois que conheci o CAPS, nunca mais me
internei (1 Σ)

POLO ALOMÓRFICO POSITIVO

Muito bom (5Σ) Um dos melhores tratamentos que eu passei (5Σ)) Nunca vou esquecer (6Σ) Uma casa, minha segunda casa (3Σ) Um lugar de tratamento da doença mental (11Σ)) Como uma família (3Σ) Minha segunda casa (3Σ) Onde tomo remédio controlado (2Σ) A nossa segunda casa (3Σ) Onde encontramos o conforto para nossas angústias (1Σ) Onde somos tratados e, às vezes, até indo embora para uma vida normal (1Σ) Uma família grande (3Σ) Minha sustentação (1Σ) Meu equilíbrio (1Σ) Ainda um refúgio em meio a tanta ausência de assistência ao paciente psiquiátrico (4Σ) Meio que me trato (11Σ) Onde me reconheço como gente (1Σ) Local da minha terapia (1Σ) Significa muito para mim, apesar de saber que aqui não é a minha casa (3Σ) Um centro de reabilitação para quem quer se amar, cuidar (1Σ) Lazer e incentivo psicológico (1Σ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO Incompleto, o governo deveria respeitar mais os usuários (4Σ) Descaso pelo governo (4Σ)
=> ATRIBUTO NEUTRO EGOMÓRFICO: Onde converso com meus colegas, sejam eles pouco problemáticos ou muito problemáticos (1Σ)	

O Eixo D1 indica as significações elaboradas pelos usuários a respeito do CAPS. Observa-se que os usuários desenvolveram identificação com o serviço e possuem uma visão positiva acerca da instituição, pois 93,9% dos atributos concentram-se no pólo egomórfico positivo (30 atributos). Esta concentração no pólo egomórfico positivo indica também uma situação onde os usuários sentem-se satisfeitos, suas qualidades são valorizadas no referido cenário, assim como onde se sentem à vontade para ser quem são, expressando idéias de orgulho e solidariedade:

“O CAPS é onde me reconheço como gente”

“O CAPS é uma família grande”

Dois atributos (6,2%) foram classificados como alomórficos negativos, indicando uma situação com as quais os usuários não se identificam e acreditam ser desfavorável a eles mesmos e/ou ao CAPS. É importante destacar que estas situações relacionam-se ao possível descaso do governo em relação aos usuários com transtornos mentais e ao serviço:

“O CAPS é incompleto, o governo deveria respeitar mais os usuários”

(Usuário)

Apenas um atributo (3,0%) foi classificado como egomórfico e neutro, indicando uma situação com a qual o usuário se identifica com o cuidado desenvolvido no CAPS.

Emergiram do Eixo D1 sete pensamentos de fundo:

- Modelo Psicossocial (15 atributos – 45,5%) => 1Σ;
- Modelo Manicomial (1 atributos – 3,0%) => 2Σ;
- Aspectos relativos à família (7 atributos – 21,2%) => 3Σ;
- Desatenção governamental (3 atributos – 9,1%) => 4Σ;
- Conteúdo avaliativo (3 atributos – 9,1%) => 5Σ
- Estrutura do cuidado (2 atributos – 6,1%) => 6Σ;
- Afirmação da identidade (2 atributos – 6,1%) => 11Σ

Eixo D2 (Usuários) - O CAPS PODERIA SER...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Ter mais coisas para aprender (6Σ)	Melhor, botar outras oficinas melhores (6Σ)
Mais organizado, ter mais festas e mais pessoas (6Σ)	Tinha que melhorar a comida (9Σ)
Ter mais terapias profissionalizantes (6Σ)	Voltar a ter café da manhã e lanche (9Σ)
Ficar mais bonito, mais decorado (7Σ)	Ter cesta básica (9Σ)
Que aprendesse por mais tempo o curso de computador (6Σ)	Ter mais verbas direcionadas para o CAPS (4Σ)
Ter acesso à Internet (6Σ)	
Ter mais profissionais (8Σ)	
Mais criativo (6Σ)	

Profissionais de educação física (8Σ) Atividade de luta para os usuários (6Σ) Ter melhor alimentação (9Σ) Ter mais cozinheiros (8Σ) Ter mais remédios (9Σ) Melhor, ampliar o espaço do CAPS (7Σ) Melhorar a parte de alimentação (9Σ) Ter mais salas de atendimentos, banheiros (7Σ) Não faltar remédio (9Σ) Ter autonomia (4Σ) Remunerar melhor os profissionais (8Σ) Ter mais participação dos familiares (3Σ) Ter um acompanhamento clínico geral (6Σ) Ter mais cuidados para os pacientes idosos (6Σ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO Reconhecido pelos familiares (3Σ) Reconhecido pelas autoridades (4Σ) Mais valorizado pelo governo (4Σ)

=> ATRIBUTO NEUTRO ALOMÓRFICO:

Ter dormitório, lugar certo para dormir (7Σ)

Abrir mais espaço para atender as demandas dos usuários (7Σ)

Mais amigo (6Σ)

O Eixo D2 indica a percepção do usuário quanto aos itens que poderiam melhorar no atendimento do CAPS. No pólo egomórfico positivo foram situados 75,8% (25 itens) dos atributos citados. Isso sugere que os usuários identificam as mudanças necessárias para o funcionamento e acreditam poder participar diretamente das mudanças que o serviço necessita:

“O CAPS poderia ter mais coisas para aprender” (Usuário)

No pólo alomórfico positivo foram alocados 15,2% dos atributos (5 itens), indicando que um grupo de usuários cita aspectos que precisam ser modificados no serviço, mas não acreditam poder influenciar nas mudanças, porém há uma situação de apoio e aliança para que essas ocorram:

“O CAPS poderia voltar a ter café da manhã e lanche” (Usuário)

No pólo alomórfico negativo encontram-se 9,1% dos atributos (3 itens), o que sugere uma situação de adversidade, onde o sujeito sente-se sem poder de influenciar nas mudanças que deseja para o serviço, sentindo-se privado de algo a que tem direito:

“O CAPS poderia ser mais valorizado pelo governo” (Usuário)

Houve também a ocorrência de 9,1% de atributos (3 itens) considerados neutros e alomórficos, o que indica que, apesar dos usuários considerarem as alterações sugeridas necessárias para o serviço, não se vêem implicados neste processo mudança.

No Eixo D2 foram identificadas seis pensamentos de fundo, destes dois já tinham sido observados no Eixo D1 e quatro novos temas surgiram:

- Aspectos relativos à família (2 atributos – 6,1%) => 3Σ;
- Desatenção governamental (4 atributos – 12,1%) => 4Σ;
- Estrutura do cuidado (11 atributos – 33,3%) => 6Σ;
- Estrutura física (5 atributos – 15,2%) => 7Σ;
- Recursos humanos (4 atributos – 12,1%) => 8Σ;
- Recursos materiais (7 atributos – 21,2%) => 9Σ.

Eixo D3 (Familiares) - O CAPS É...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Um trabalho muito importante (5Σ)	Para o tratamento desta doença, o melhor que já vi (5Σ)
Ajuda muito aos pacientes e familiares (10Σ)	Limpo (5Σ)
Dá equilíbrio para a família (10Σ)	Nunca vi ninguém usar palavras impróprias aqui (6Σ)
Uma instituição que deu certo (5Σ)	Bem assistido pelos médicos (2Σ)
Influencia na sociedade de forma positiva, porque influencia os familiares também (1Σ)	Tem uma boa estrutura (5Σ)
É uma casa para os pacientes, pois acolhe com carinho (3Σ)	Tem uma equipe forte (6Σ)
A única coisa boa que aconteceu na nossa vida (10Σ)	

A educação do meu filho (1Σ) Oferece profissão para nós (1Σ) Legal (5Σ) Dá alimentação para os pacientes (6Σ) É uma escola (1Σ) Uma casa (3Σ) Tem os portões abertos, sem grades (1Σ) Um lugar de convívio, onde os familiares podem colocar suas dificuldades através dos grupos (10Σ)) Um lugar onde posso falar o que estou sentindo (10Σ) Um lugar onde posso ouvir o que estão dizendo (10Σ) O apoio que não tive em lugar nenhum (10Σ) Quem acolhe o José (filho) (1Σ) Quem educa o José (filho) (1Σ) Onde o José (filho) é cuidado (1Σ) Tudo para o meu filho (5Σ) Uma família (3Σ) Um lugar seguro para o meu filho (10Σ) Excelentes para todos que se tratam (5Σ) Fica mais perto das pessoas que se tratam (1Σ) Tudo de bom (5Σ)	
POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO	POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO

O Eixo D3 retrata a conotações que os familiares vêm construindo a respeito do CAPS. Observa-se que o pólo egomórfico positivo recebeu 81,8% das respostas (27 itens), sugerindo uma identificação positiva dos familiares com o serviço, indicando também satisfação, orgulho e solidariedade para com o serviço prestado pelo CAPS:

“O CAPS é a única coisa boa que aconteceu na nossa vida” (Familiar)

Foram situados no pólo alomórfico positivo 18,2% dos atributos (6 itens) citados pelos familiares dos usuários, o que indica uma diferenciação positiva destes entrevistados em relação ao CAPS. Apesar de não acontecer identificação com o serviço, há uma situação de gratificação para com o CAPS:

“O CAPS é, para o tratamento desta doença, o melhor que já vi”
(Familiar)

Não houveram atributos classificados no pólo egomórfico e alomórfico neutro.

Emergiram do Eixo D3 cinco pensamentos de fundo, destes, somente um não havia aparecido anteriormente:

- Modelo Psicossocial (10 atributos – 30,3%) => 1Σ;
- Modelo Manicomial (1 atributos – 3 %) => 2Σ;
- Aspectos relativos à família (3 atributos – 9,1%) => 3Σ;
- Conteúdo avaliativo (10 atributos – 30,3%) => 5Σ;
- Sobrecarga (9 atributos – 27,3%) => 10Σ.

Eixo D4 (Familiares) - O CAPS PODERIA SER...

<p style="text-align: center;">POLO EGOMÓRFICO POSITIVO</p> <p>Ter mais profissionais para ter mais vazão (8Σ)</p> <p>Ter refeições direito para os pacientes (9Σ)</p> <p>Ter mais remédio (9Σ)</p> <p>Mais valorizado, as pessoas que cuidam dos pacientes (4Σ)</p> <p>Ter mais passeios, como antigamente (6Σ)</p> <p>Ter um meio de transporte para os pacientes que precisam (9Σ)</p> <p>Ter um espaço maior (7Σ)</p> <p>Ter mais remédios, sem faltar (9Σ)</p> <p>Mais remédio (9Σ)</p> <p>Mais CAPS (4Σ)</p> <p>Mais profissionais (8Σ)</p>	<p style="text-align: center;">POLO ALOMÓRFICO POSITIVO</p> <p>Maior (7Σ)</p> <p>Ter mais coisas, mais verde (7Σ)</p> <p>Mais funcionários (8Σ)</p> <p>Ter mais oficinas de trabalho para familiares e pacientes (6Σ)</p> <p>Ter mais medicação (9Σ)</p> <p>Ter mais espaço (7Σ)</p> <p>Maior (7Σ)</p> <p>Dar emprego para os familiares (6Σ)</p> <p>Ter uma área melhor de lazer (7Σ)</p> <p>Ter medicação (9Σ)</p> <p>Mais espaço (7Σ)</p> <p>Voltar a ter medicação (9Σ)</p> <p>Voltar a ter boa alimentação (9Σ)</p>
<p style="text-align: center;">POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO</p>	<p style="text-align: center;">POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Ter mais apoio do governo (4Σ)</p> <p>Maior (7Σ)</p> <p>Ter mais médicos (8Σ)</p> <p>Ter mais remédio (9Σ)</p>

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO

- Ter mais atividades físicas, com profissionais de educação física (8Σ)
- Ter mais passeios (6Σ)
- Ter mais atividades práticas profissionalizantes (6Σ)
- Ficar direto com os pacientes, de segunda a sexta-feira (6Σ)
- Ter uma melhor alimentação (9Σ)

O Eixo D4 indica a percepção do familiar quanto aos itens que poderiam melhorar no atendimento do CAPS. No pólo alomórfico positivo foram situados treze (39,4%) atributos

citados, indicando que apesar do familiar não se sentir responsável pelas mudanças que acredita serem necessárias, há uma situação de apoio e aliança com o serviço:

“O CAPS poderia ter mais medicação” (Familiar)

No pólo egomórfico positivo foram alocados onze atributos (33,3%), indicando que os sujeitos percebem-se como agentes participantes do serviço e com poder para influenciar nas mudanças que julgam necessárias. Este quadro indica que há satisfação, solidariedade e convivência entre os familiares e o serviço:

“O CAPS poderia ter mais profissionais, para ter mais vazão”
(Familiar)

O pólo alomórfico negativo recebeu quatro atributos (12,1%), o que sugere uma situação de descontentamento, onde o familiar sente-se sem poder de influenciar nas mudanças que deseja para o serviço, sentindo-se privado de algo a que tem direito.

É possível observar cinco atributos (15,2%) situados no pólo neutro egomórfico.

Emergiram do Eixo D4 cinco pensamentos de fundo:

-Desatenção governamental (3 atributos – 9,1%) => 4Σ;

-Estrutura do cuidado (6atributos – 18,2%) => 6Σ;

-Estrutura física (8 atributos – 24,2%) => 7Σ;

-Recursos humanos (5 atributos – 15,2%) => 8Σ;

-Recurso materiais (11 atributos – 33,3%) => 9Σ.

Eixo D5 (Profissionais) - O CAPS É...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO	POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Uma instituição de saúde (11Σ)	Uma casa (6Σ)
Uma instituição de qualidade (5Σ)	Uma passagem (1Σ)
Um lugar legal de se trabalhar (5Σ)	

<p> Espaço de troca (1Σ) Espaço de aprendizagem (1Σ) Espaço de crescimento (1Σ) Unidade de assistência essencial para a Reforma Psiquiátrica (1Σ) Local onde é possível exercer uma boa prática clínica (6Σ) Um lugar de encontros (1Σ) Onde a gente vive (6Σ) Serviço de saúde mental (11Σ) O meu trabalho (11Σ) Liberdade para outros usuários (1Σ) Instrumento de reabilitação (1Σ) Parceria (1Σ) Uma proposta em transformação (1Σ) Um lugar de tratamento para evitar internações (1Σ) O local para alcançar a cidadania (1Σ) Amenização dos problemas sociais (10Σ) Uma modalidade assistencial que se pretende nova (1Σ) Uma forma de operar diferenciada na clínica de saúde mental (1Σ) É o exercício de uma mentalidade renovada na relação com a loucura (1Σ) </p>	
<p> POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO Cansativo, desgastante (10Σ) Muito dependente da política municipal de saúde (5Σ) Muito cansativo (10Σ) Uma instituição (11Σ) Uma equipe complicada (6Σ) </p>	<p> POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO Tudo na vida para a maioria dos usuários (6Σ) Um refúgio (6Σ) Um refúgio para alguns usuários (6Σ) </p>

=>POLO EGOMÓRFICO NEUTRO:

Estrutura em crescimento, que não sabemos aonde vai dar (1Σ)

Uma doideira (10Σ)

Ainda um reduto de resistência (1Σ)

=>POLO ALOMÓRFICO NEUTRO:

A vida de alguns pacientes (6Σ)

O Eixo D5 representa a visão dos profissionais de saúde mental entrevistados no que diz respeito ao CAPS. Os pólos egomórficos positivo (22 itens) e negativo (5 itens) receberam o maior número de atributos (61,1% e 13,9% respectivamente), o que indica identificação e auto-referência do profissional em relação à instituição. O pólo egomórfico positivo sugere também satisfação, solidariedade e orgulho dos profissionais no que diz respeito ao serviço:

“O CAPS é um local onde é possível exercer uma boa prática clínica”

(Profissional)

O pólo egomórfico negativo diferencia-se do anterior pois indica uma situação de opressão e conflito interno, pois ao mesmo tempo em que revela sentimentos solidariedade, revela sentimentos de grande desalento, de profunda tristeza ou mágoa ou desgosto:

“O CAPS é muito dependente da política municipal de saúde”

(Profissional)

O pólo alomórfico negativo alocou três (8,3%) dos atributos citados e o alomórfico positivo recebeu dois (5,6%), indicando que os profissionais não se identificam com algumas características do CAPS:

“O CAPS é um refúgio para alguns usuários” (Profissional)

O Eixo D5 recebeu também quatro atributos (11,1%) neutros sendo três egomórficos e um alomórfico.

Emergiram do Eixo D5 cinco pensamentos de fundo já observados em outros eixos e um novo (11Σ):

-Modelo Psicossocial (16 atributos – 48,5%) => 1Σ;

-Conteúdo avaliativo (3 atributos – 9,1%) => 5Σ;

-Estrutura do cuidado (9atributos – 25,0%) => 6Σ;

-Sobrecarga (4 atributos – 12,1%) => 10Σ;

-Afirmção da identidade (4 atributos – 12,1%) => 11Σ.

Eixo D6 (Profissionais) - O CAPS PODERIA SER...

POLO EGOMÓRFICO POSITIVO
Fazer parte de um projeto maior, federal (4Σ)

POLO ALOMÓRFICO POSITIVO
Ter mais atividades (6Σ)

<p>Mais bem organizado, recursos materiais e humanos (6Σ) Mais territorializado, se houvesse um número maior (10Σ) Mais agradável, ter menos clientes (10Σ) Ter melhores condições de trabalho (4Σ) Mais potente, potencializar o encontro das pessoas, convivendo (1Σ) Melhor estruturado (6Σ) Melhor reconhecido pela política de saúde (4Σ) Melhor articulado (1Σ) Mais integrado à rede (1Σ) Mais numerosos (10Σ) Alternativa de tratamento para um grupo específico (10Σ) Um local de descronificação (1Σ) Uma passagem temporária (1Σ) Um serviço que consiga articular-se com, outros serviços da rede (1Σ) Efetivamente um lugar que servisse de ponte entre o usuário e a vida (1Σ) Consolidar-se como articulador efetivo da rede de saúde (1Σ) Ter mais profissionais (8Σ) Ser mais divulgado (4Σ) Efetivamente um agente ordenador da rede territorial (1Σ) De fato uma alternativa eficaz que prescinde totalmente da internação psiquiátrica tradicional (1Σ) Um agenciador efetivo da inserção sócio-cultural (1Σ)</p>	<p>Melhor divulgado, para ser mais bem tratado politicamente (4Σ)</p>
<p>POLO EGOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Mais eficiente (6Σ) Mais articulado com as outras instituições sociais (6Σ) Mais proporcional em número, quanto a população assistida (10Σ) Conter mais profissionais que não tenham formação em saúde (8Σ) Melhor, se tivesse menos usuário (10Σ) Mais interligado a outros CAPS (6Σ) Mais interligado a outras unidades de saúde (6Σ)</p>	<p>POLO ALOMÓRFICO NEGATIVO</p> <p>Menos infantilizador (6Σ) Menos moralista (6Σ) Atender a população que de fato tem perfil para o CAPS (10Σ)</p>
<p>=> POLO EGOMÓRFICO NEUTRO: Maior, fisicamente (7Σ) => POLO ALOMÓRFICO NEUTRO: Maior (7Σ)</p>	

O Eixo D6 indica as aspirações dos profissionais de saúde mental do CAPS para a otimização do funcionamento deste serviço. Os pólos egomórficos positivo e negativo receberam o maior número de atributos (22 – 61,1% e 7 - 19,4% respectivamente), indicando

que os profissionais percebem-se como agentes responsáveis pelas mudanças na instituição. Os atributos alocados no pólo egomórfico positivo indicam que os profissionais percebem-se com poder para influenciar nas mudanças que julgam necessárias, expressando orgulho e convivência com a situação expressa:

“O CAPS poderia ser mais potente, potencializar o encontro das pessoas, convivendo” (Profissional)

Porém, há atributos situados no pólo egomórfico negativo, que se diferenciam por indicar situação de crise, opressão e conflito interno, pois o profissional percebe a necessidade de mudança porém não se vê com poder suficiente para executar a mudança:

“O CAPS poderia ser mais interligado a outras unidades de saúde”
(Profissional)

O pólo alomórfico negativo alocou três atributos (8,3%) citados e o alomórfico positivo recebeu dois (5,6%), indicando que algumas mudanças são vistas como não relacionadas ao desejo do profissional, sugerindo o sentimento de frustração do profissional:

“O CAPS poderia ser melhor divulgado para ser mais bem tratado politicamente” (Profissional)

O Eixo D6 recebeu dois atributos neutros (5,6%), destes, um é egomórfico e o outro é alomórfico.

Emergiram do Eixo D6 seis pensamentos de fundo:

-Modelo Psicossocial (11 atributos – 30,6%) => 1Σ;

-Desatenção governamental (5 atributos – 13,9%) => 4Σ;

-Estrutura do cuidado (9 atributos – 25,0%) => 6Σ;

-Estrutura física (2 atributos – 5,6%) => 7Σ;

-Recursos humanos (2 atributos – 5,6%) => 8Σ;

-Sobrecarga (7 atributos – 19,4%) => 10Σ.

Pensamentos de fundo relativos às conotações que vêm sendo elaboradas por usuários, familiares de usuários e profissionais acerca do CAPS

A Tabela 33 indica os temas que emergiram quando observadas atentamente as falas dos usuários, familiares de usuários e profissionais no que se referia aos significados referentes ao CAPS. A disposição dos temas emergentes ocorreu na seguinte seqüência: usuários, familiares de usuários e profissionais. Na Tabela 33 foram observados oito pensamentos de fundo, com freqüências variadas, que podem ser vistas individualmente nos eixos identitários anteriormente analisados.

Tabela 33- Conotações de usuários, familiares e profissionais referentes ao CAPS

Pensamentos de fundo	Usuário	Familiar	Profissional	Total	%
	CAPS é	CAPS é	CAPS é		
Reabilitação Psicossocial	15	9	17	41	40,2
Modelo Asilar	1	1		2	2,0
Aspectos relativos à família	7	3		10	9,8
Desatenção governamental	3			3	2,9
Conteúdo avaliativo	4	9	3	16	15,7
Estrutura do cuidado	1	3	8	12	11,8
Sobrecarga		8	4	12	11,8
Afirmação da identidade	2		4	6	5,9
Total	33*	33*	36	102	100,0

*Esse total se refere a onze (11) sujeitos, considerando a eliminação de um (1) sujeito

Quando analisados em conjunto, os pensamentos de fundo relativos à representação do CAPS através da fala dos usuários, dos familiares de usuários e dos profissionais, surgem os seguintes temas: *Reabilitação Psicossocial* - 1Σ (40,2% - 41 atributos); *Conteúdo*

avaliativo - 5 Σ (15,7% - 16 atributos); *Sobrecarga* - 10 Σ (11,8% - 12 atributos); *Aspectos relativos à família* - 3 Σ (9,8% - 10 atributos) ; *Estrutura do cuidado* - 6 Σ (8,8% - 9 atributos); *Afirmação da identidade* - 11 Σ (5,9% - 6 atributos); *Desatenção governamental* - 4 Σ (2,9% - 3 atributos); *Modelo Manicomial* - 2 Σ (2,0% - 2 atributos).

O pensamento de fundo mais encontrado na fala dos entrevistados, no que concerne ao CAPS, foi *Reabilitação Psicossocial* - 1 Σ . Este eixo diz respeito às características relativas ao modelo psicossocial de atendimento. O referido tema foi observado nas entrevistas de todos os três grupos de participantes do estudo, sendo a mais saliente na fala dos três grupos de entrevistados (usuários - 15 atributos, familiares - 9 atributos e profissionais - 17 atributos).

Barton (1999) define reabilitação psicossocial como uma série de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas que têm como objetivo incrementar a capacidade de desempenho dos papéis sociais das pessoas com algum tipo de doença mental grave e persistente, de forma tal que sua recuperação fique evidenciada. A reabilitação psicossocial inclui serviços que tenham a recuperação e a valorização, a longo prazo, da autonomia, o que os distingue da função de eliminação e estabilização dos sintomas agudos da crise.

Destacam-se na fala dos entrevistados algumas premissas do processo de reabilitação psicossocial correlacionadas ao CAPS. Dentre estas, ressalta-se na fala dos usuários a redução do número de internações e o incremento de sua auto-estima:

“Depois que conheci o CAPS, nunca mais me internei” (Usuário)

“O CAPS é um centro de reabilitação para quem quer se amar, cuidar”
(Usuário)

“O CAPS tem várias oficinas de tratamento” (Usuário)

Faz-se importante destacar o conceito construído por Pereira (2003, p. 76) acerca dos novos locais de atendimento: “... esse novo lugar de atendimento deverá ser, existencialmente, um espaço de produção de sentido, de circulação de afeto, da beleza, da criatividade, da alegria e da solidariedade.” Tais afirmações vão ao encontro da definição de CAPS observada na fala dos usuários, pois vai além da descrição técnica, mostrando um lugar que se caracteriza principalmente pela valorização do ser humano.

Na fala dos familiares entrevistados, destacam-se a inclusão da família e da sociedade no cuidado, a preservação da liberdade do usuário e a regionalização do atendimento:

“O CAPS influencia na sociedade de forma positiva, porque influencia os familiares também” (Familiar)

“O CAPS tem os portões abertos, sem grades” (Familiar)

“O CAPS fica mais perto das pessoas que se tratam” (Familiar)

É a partir destas afirmações que vale ressaltar a importância da inclusão da família e da sociedade nos serviços substitutivos de saúde mental. O texto de Pereira corrobora tal afirmação:

Dessa forma, torna-se mais fácil para o usuário do enfrentamento do estigma, porque nessa nova cultura, a própria comunidade é envolvida como parte da rede social que se constitui em torno desses serviços. A família, dessa forma, também se torna sujeito solidário de uma nova cultura. (PEREIRA, p. 75, 2003)

Na fala dos profissionais entrevistados, destacam-se questões relativas ao papel do CAPS na política atual de saúde mental, o direito à cidadania do usuário e a resignificação do conceito de loucura:

“O CAPS é uma unidade de assistência essencial para a Reforma Psiquiátrica” (Profissional)

“O CAPS é o local para alcançar a cidadania” (Profissional)

“O CAPS é o exercício de uma mentalidade renovada na relação com a loucura” (Profissional)

As afirmações dos profissionais vão ao encontro da visão de Pereira, quando afirma que, no que diz respeito a prática dos CAPS, o importante não são as características arquitetônicas ou o trabalho interdisciplinar, mas:

O maior valor de toda renovação em saúde mental é a prática do diálogo. É o respeito à singularidade e aos direitos daqueles que utilizam os serviços e querem ser considerados em sua dimensão psicológica e social. Na participação do usuário em seu próprio tratamento, está o futuro de um sistema de atendimento bem sucedido em sua finalidade de cuidar e garantir que as forças autocurativas de estabilidade ou reintegração sejam mais bem aproveitadas (PEREIRA, p. 75, 2003)

O tema *Reabilitação Psicossocial - 1Σ* indica que 40,2% dos usuários, familiares de usuários e profissionais entrevistados retratam o CAPS através de características correlatas à atual política de saúde mental. As conotações observadas percorrem tanto questões objetivas da política, quanto questões relativas à tecnologia leve do cuidado.

O segundo pensamento de fundo mais incidente na fala dos entrevistados, no que diz respeito ao CAPS, foi *Conteúdo avaliativo - 5Σ*. Este eixo temático analisa as percepções dos entrevistados que denota formação de juízo a respeito do CAPS. Foi observado no referido eixo dezesseis atributos (15,7% das respostas), presentes na fala de todos os entrevistados, porém, destaca-se no grupo de familiares, onde foi o mais freqüente, empatado com o tema *Reabilitação Psicossocial - 1Σ*.

O tema *Conteúdo avaliativo - 5Σ* pode ser avaliado através de dois caminhos distintos, o primeiro, presente na fala dos três grupos, que destaca a boa qualidade do atendimento no CAPS, e o segundo, presente na fala dos familiares dos usuários e dos profissionais, que trata da dependência do usuário ao serviço.

Indubitavelmente, o tratamento oferecido no CAPS é analisado de forma positiva pelos entrevistados:

“O CAPS é um dos melhores tratamentos que já passei” (Usuário)

“O CAPS é, para o tratamento desta doença, o melhor que já vi”
(Familiar)

Vale ressaltar que, dentre os usuários entrevistados, 90,9% (Tabela 11) têm um tempo de diagnóstico igual ou superior a dez anos e 63,7% (Tabela 12) já tiveram três ou mais internações em hospitais psiquiátricos. Infere-se que, quando os usuários comparam os tipos de serviços por onde já passaram e o CAPS, a qualidade deste último se destaca.

Este fato repete-se na fala dos familiares dos usuários, pois, não há como negar o impacto causado na família pela situação de adoecimento e internação psiquiátrica, o que se constata na fala de Peixoto, quando relata a primeira internação de seu filho: “Internei-o, pois, naquela época, também acreditava que ali fosse o lugar de tratamento e que sua internação em um hospício poderia trazer alívio para todos nós. Não...nada disso aconteceu!” (PEIXOTO, 2003, p.66).

Analisa-se que o CAPS vem propiciando aos usuários e aos familiares uma prática de atendimento mais próxima ao objeto de interesse da saúde mental, ou seja, das pessoas com transtornos mentais graves e, conseqüentemente aos seus familiares. A percepção de uma prática mais adequada também se expressa através da fala dos profissionais:

“O CAPS é uma instituição de qualidade” (Profissional)

“O CAPS é um local onde é possível exercer uma boa prática clínica”
(Profissional)

Outra possibilidade passível de análise do eixo temático *Conteúdo avaliativo - 5Σ* é a questão relativa a dependência do usuário ao serviço, tornando o CAPS seu único espaço de troca social. Esta avaliação foi observada na fala dos familiares e profissionais, porém, ficou mais evidenciada entre os profissionais:

“O CAPS é tudo para o meu filho” (Familiar)

“O CAPS é tudo na vida para a maioria dos usuários” (Profissional)

“O CAPS é um refúgio” (Profissional)

“O CAPS é a vida de alguns pacientes” (Profissional)

A partir desta análise, cabe a afirmação de Desviat (1999) no que diz respeito às novas instituições de saúde mental pois ocorre uma cumplicidade fatal entre doença mental e instituição, entre atendimento e adaptação à instituição. O referido autor discute ainda que as práticas comunitárias estabilizam os sintomas de crise do transtorno mental, podendo gerar pequenos distúrbios, sintomas persistentes, que são limitadores da capacidade de viver, fazer escolhas e sentir prazer. Como resultado deste processo, o sujeito fica transitando pela vida através de sua enfermidade. Pedinielle & Bertagne¹ (1988 apud Desviat, p.92, 1999) afirmam que:

Os pacientes situam-se numa relação de estreita dependência dos técnicos, geralmente utilizando os lugares e as pessoas de forma ritualizada, assim como, às vezes, na medida de seus delírios. Sua vida parece completamente condicionada pelas diferentes ‘instituições’ do setor, cada qual detentora de um ‘potencial de cronicidade’ às vezes insuspeitado.

Os profissionais chamam a atenção para uma possível cronificação dos usuários dentro do espaço do CAPS, principalmente quando se reflete que 33,3% (Tabela 11) dos usuários do referido CAPS estão em atendimento há mais de dois anos e 72,7% (Tabela 11) dos usuários entrevistados estão em atendimento no CAPS há mais de quatro anos. Sem dúvida, os profissionais manifestam a preocupação com este processo de cronificação dos usuários no CAPS. Durante a coleta de dados no serviço, principalmente durante as reuniões de supervisão, observou-se que apesar desta ser uma preocupação constante dos profissionais, é também grande a dificuldade que eles têm em encontrar a resolução deste problema.

¹ PEDINELLI, J.L., BERTAGNE, P. Chronicité et chronicitation. L'Information Psychiatrique, 64 (1): 9-18, 1988.

O terceiro tema mais evidente, no que diz respeito à percepção dos participantes do estudo com relação ao CAPS, foi *Sobrecarga* (10Σ). Este eixo temático recebeu 12 atributos (11,8% do total) e foi mencionado por familiares de usuários e profissionais. O presente eixo foi o segundo mais saliente na fala dos familiares dos usuários e o terceiro mais incidente na fala dos profissionais.

Definiu-se este pensamento de fundo como percepção do sujeito que indica um encargo maior do que o esperado ou planejado por ele, sendo que, para os familiares o CAPS está relacionado ao alívio da sobrecarga gerada pelo convívio prolongado e continuado com as questões relativas ao transtorno mental. O CAPS é percebido como o local onde esta sobrecarga se reduz:

“O CAPS é um lugar de convívio, onde os familiares podem colocar suas dificuldades através dos grupos” (Familiar)

“O CAPS é um lugar seguro para o meu filho” (Familiar)

Faz-se importante destacar que o tema *Sobrecarga* foi o mais freqüente na fala dos familiares, quando o tema tratado foi a identidade dos familiares de usuários do CAPS, porém, atravessado pela questão do convívio com o transtorno mental e o CAPS surge como a possibilidade de redução desta sobrecarga. Destaca-se a Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, que normatiza as atividades assistenciais a serem desenvolvidas nos CAPS, dentre as quais se pode citar o atendimento aos familiares dos usuários.

Analisa-se, a partir das informações fornecidas pelos familiares entrevistados, que o CAPS desempenha atividades de apoio de forma satisfatória:

“O CAPS é um lugar onde posso falar o que estou sentindo” (Familiar

)

“O CAPS é um lugar onde posso ouvir o que estão dizendo” (Familiar

)

“O CAPS é o apoio que não tive em lugar nenhum” (Familiar)

As atividades de apoio aos familiares são do tipo: grupo de família, atendimentos individuais, atendimentos nucleares e outros tipos de atividades em grupo (Tabela 22). Tais informações vão ao encontro de estudos que ratificam a importância da inclusão da família no projeto terapêutico das pessoas com transtornos mentais severos e prolongados, o que é o caso dos CAPS (SCHNEIDER, 2001; ROSA, 2003; SPANIOL, ZIPPLE e LOCKWOOD, 1992; KOGA, 1997, entre outros).

Porém, se constata que apenas 14,8% (Tabela 6) dos usuários possuem, em seu projeto terapêutico, algum tipo de atendimento aos seus familiares. Como as entrevistas foram agendadas com os familiares no próprio cenário do estudo ou através de contato telefônico com aqueles que estavam incluídos no projeto terapêutico do usuário alguma atividade no serviço, ficaram de fora aqueles que não compareceram ao CAPS no período do estudo ou aqueles que não estavam incluídos no atendimento do usuário. Sugere-se um estudo posterior que aprofunde a percepção dos familiares que não comparecem ao CAPS a respeito do serviço e os motivos pelos quais um número tão grande de familiares não esteja incluído no projeto terapêutico dos usuários.

Porém, avaliando-se a fala dos profissionais, observa-se uma outra possibilidade de análise do tema *Sobrecarga (10Σ)*, relacionado, principalmente, ao cansaço e ao desgaste dos profissionais causado pelo trabalho no CAPS:

“O CAPS é cansativo, desgastante” (Profissional)

“O CAPS é uma doideira” (Profissional)

O pensamento de fundo *Sobrecarga* foi o segundo mais saliente na fala dos profissionais, quando o tema tratado foi a identidade dos mesmos. É possível verificar que, tanto a identidade dos profissionais, como os significados atribuídos ao CAPS pelos profissionais são marcados pelo excesso de demanda de trabalho.

Esta situação de sobrecarga confirma-se através da comparação entre os dados que caracterizam o serviço e o que é preconizado pela Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde. O CAPS em questão atende a uma população de cerca de 1.300.000 habitantes, enquanto o preconizado pela portaria citada preconiza que os CAPS II atendam uma população 70.000 e 200.000 habitantes (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO-ARMAZÉM DOS DADOS, 2000). Outro dado que corrobora a situação de excesso de trabalho no CAPS é a média de usuários atendidos por dia, pois, ao longo da permanência da pesquisadora no cenário, esta média chegou a 100 usuários/dia, enquanto o atendimento de usuários preconizado pela portaria citada, deve atingir no máximo 45 usuários/dia. Este número pode chegar a 120 pessoas atendidas no CAPS, se forem acrescentados os familiares que comparecem ao serviço.

Tal quadro revela a situação em que esses profissionais se encontram, pois, além do excesso de demanda do serviço, lidam com uma realidade onde a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro encontra-se em crise. A crise da saúde no Rio de Janeiro resultou em uma situação tal que o governo federal decretou estado de calamidade nas unidades do município e a intervenção direta do governo federal nas unidades hospitalares de emergência sob administração do município no início do ano de 2005. Como consequência desta crise, ao longo do período de coleta dos dados desta pesquisa foi possível observar a falta de alimentos e medicamentos para os usuários, assim como material para a realização das oficinas,

deixando não somente os profissionais sob tensão, como também os usuários e familiares de usuários em uma situação crítica.

O quarto pensamento de fundo mais frequente foi *Aspectos relativos à família (3Σ)*, que trata das características do CAPS que se relacionam com aspectos familiares. Este tema esteve presente na fala dos três grupos entrevistados, porém destacam-se entre os usuários, os quais estabelecem analogia entre o cenário do CAPS e o cenário familiar:

“O CAPS é uma casa, minha segunda casa” (Usuário)

“O CAPS é como uma família” (Usuário)

Oliveira e Jorge (1999,0p. 380) assim definem família e suas atribuições:

A família é a instituição indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros que a constituem, independente da forma como vem se organizando ou das características da família. É neste ambiente que seus membros recebem os apoios afetivos, psicológicos e sobretudo os materiais necessários ao seu crescimento e desenvolvimento. É nesta convivência, que são absorvidos os valores éticos e humanitários, onde se formam os hábitos, crenças e comportamentos construídos entre as gerações e são fatores presentes nas diversas culturas. Podemos concluir que o equilíbrio familiar é indispensável para o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável de seus membros, assim, como para contribuição de uma sociedade saudável.

A partir desta definição de família, que discorre sobre a proteção de seus membros, através de apoio afetivo, psicológico e material, bem como a transferência de valores, hábitos e comportamentos culturais, pensa-se que esta analogia, possivelmente, ocorre em razão da relação singularizada e horizontalizada estabelecida entre os usuários e os profissionais, condição sine qua non, para que o modo psicossocial de atendimento ocorra.

Costa-Rosa (2000) afirma que o modo psicossocial de atendimento estabelece uma relação com a clientela onde é possível a interlocução entre usuários do serviço e profissionais, propiciando o diálogo, funcionando como ponto de fala e escuta da população, sendo assim, possível identificar a demanda social:

A instituição e seus agentes devem apresentar-se e funcionar como espaço de interlocução e instância de ‘suposto saber’; sustentar desde o primeiro encontro com

a clientela, a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização (COSTA-ROSA 2000, p. 162)

Infere-se que as características do cuidado dentro do modelo psicossocial assemelham-se às características do cuidado que se espera dentro de um grupo familiar, porém, se está falando de uma família que já vivenciou muitas dificuldades e, como foi visto anteriormente, está desgastada e sobrecarregada pela situação gerada pelo transtorno mental severo e de longa duração. Para a pessoa com transtorno mental, a partir desta possível situação, o seu relacionamento com o seu núcleo familiar não está atendendo às suas demandas, que são agora assumidas pelo CAPS. Somando-se a tudo isso há o longo e prolongado tempo de permanência do usuário no serviço e a vivência de um processo terapêutico que potencializa as habilidades dos usuários e a criação de um vínculo estreito entre os usuários e os profissionais do CAPS. Para o usuário, o CAPS assume a função que antes era atribuída a sua família:

“O CAPS é uma família grande” (Usuário)

“O CAPS é significa muito para mim, apesar de saber que aqui não é a minha casa” (Usuário)

O quinto tema mais observado, no que diz respeito ao significado do CAPS para os entrevistados, foi a *Estrutura do cuidado* (6Σ). Este pensamento de fundo retrata o modo como o CAPS está organizado para atender às demandas emergentes do cuidado. Apesar deste tema surgir na fala de todos os grupos entrevistados, este se destaca na fala dos profissionais do CAPS, sendo o segundo mais saliente.

Os profissionais trazem a questão da estrutura do atendimento no CAPS através da dependência dos usuários em relação ao serviço, o que vai ao encontro da percepção do usuário a respeito do CAPS, como uma família:

“O CAPS é tudo na vida para a maioria dos usuários” (Profissional)

“O CAPS é um refúgio para alguns usuários” (Profissional)

“O CAPS é a vida de alguns pacientes” (Profissional)

Pode-se inferir que uma percepção é complementar da outra, pois se o usuário cria um vínculo tão forte com a instituição, que de alguma forma substitui a família pela instituição, obviamente este sujeito dependerá da instituição para a satisfação de suas demandas, papel antes atribuído à família.

Foram observados outros três temas, no que diz respeito à conotação do CAPS, que totalizam 10,8% das respostas (11 atributos). Optou-se por citá-los e fazer uma breve descrição. Os temas encontrados foram: *Afirmação da identidade (11Σ)* => Asseveração do papel identitário do CAPS pelos sujeitos que o constituem; *Desatenção governamental (4Σ)* => Percepção dos entrevistados acerca do suporte oferecido pelo governo que está aquém do esperado; e *Manicomial (2Σ)* => Caracteriza-se através do modelo hospitalocêntrico de atendimento, tendo como objeto a doença mental e não o sujeito em sofrimento.

Pensamentos de fundo relativos às percepções dos usuários, familiares de usuários e profissionais acerca do que poderia ser melhorado no CAPS

A Tabela 34 analisa os temas que emergiram quando observadas as falas dos usuários, familiares de usuários e profissionais no que diz respeito às melhorias esperadas no CAPS. A disposição dos pensamentos de fundo emergentes ocorreu na seguinte seqüência:

usuários, familiares de usuários e profissionais. Foram observados oito pensamentos de fundo, com frequências variadas, que podem ser vistas individualmente nos eixos identitários anteriormente analisados.

Tabela 34 – Percepção dos usuários, familiares e profissionais sobre o que poderia melhorar no CAPS

Pensamentos de fundo	Usuário	Familiar	Profissional	Total	%
	CAPS poderia	CAPS poderia	CAPS poderia		
Modelo Psicossocial			11	11	10,8
Aspectos relativos à família	2			2	2,0
Desatenção governamental	4	3	5	12	11,8
Estrutura do cuidado	11	6	9	26	25,5
Estrutura física	5	8	2	15	14,7
Recursos humanos	4	5	2	11	10,8
Recursos materiais	7	11		18	17,6
Sobrecarga			7	7	6,9
Total	33*	33*	36	102	100,0

*Esse total se refere a onze (11) sujeitos, considerando a eliminação de um (1) sujeito

Quando analisadas em conjunto as falas dos usuários, dos familiares de usuários e dos profissionais, no que diz respeito ao que poderia melhorar no CAPS, verificaram-se os seguintes pensamentos de fundo: *Estrutura do cuidado* - 6 Σ (25,5% - 26 atributos); *Estrutura física* - 7 Σ (14,7% - 15 atributos); *Estrutura do cuidado* - 6 Σ (25,5% - 26 atributos); *Recurso materiais* - 9 Σ (17,6% - 18 atributos); *Desatenção governamental* - 4 Σ (11,8% - 12 atributos); *Modelo Psicossocial* - 1 Σ (10,8% - 11 atributos); *Recursos humanos* - 8 Σ (10,8% - 11 atributos); *Sobrecarga* - 10 Σ (6,9% - 7 atributos); e *Aspectos relativos à família* - 3 Σ (2,0% - 2 atributos).

O pensamento de fundo mais freqüente, no que concerne ao que poderia ser melhorado no CAPS, foi *Estrutura do cuidado* – (6 Σ) que discorre sobre o modo como o CAPS está organizado para atender às demandas emergentes. Este tema foi verificado em todos os grupos de entrevistados, sendo o mais saliente entre os usuários, o segundo entre os profissionais e o terceiro entre os familiares.

Os usuários informam que gostariam que houvesse mais atividades no CAPS, tanto atividades relacionadas ao trabalho quanto atividades sociais:

“O CAPS poderia ter mais coisas para aprender” (Usuário)

“O CAPS poderia ser mais organizado, ter mais festas e mais pessoas”
(Usuário)

Contudo, gostaríamos de ressaltar que o serviço oferece mais de trinta atividades diferentes, porém, estas atividades são desenvolvidas no CAPS há alguns anos e, possivelmente, os usuários estão solicitando uma diversificação das atividades oferecidas pelo serviço, principalmente daquelas que tem como objetivo a produção de renda:

“O CAPS poderia ter mais terapias profissionalizantes” (Usuário)

Carvalho (2001), quando discute a reabilitação psicossocial e a performance social da pessoa com transtorno mental, chama a atenção para a importância das atividades ocupacionais e afirma que “A inatividade de todos os pacientes era marcante e não foi encontrada maior taxa de emprego ou de atividade profissional regular entre os pacientes que não reinternaram, o que coloca em questão a importância do fator profissionalizante” (CARVALHO, p. 30, 2001)

A percepção dos familiares é semelhante a dos usuários, sugerindo que o número de atividades seja incrementado, tanto no que diz respeito às atividades sociais, como as atividades que têm como objetivo a geração de renda de usuários ou dos familiares dos usuários:

“O CAPS poderia ter mais passeios, como antigamente”
(Familiar)

“O CAPS poderia ter mais atividades práticas profissionalizantes” (Familiar)

Por trás destas sugestões pode-se observar a questão da desqualificação social na fala dos familiares, gerado pela pobreza em que grande parte da população se encontra, acrescida da sobrecarga gerada pelo transtorno mental e da dificuldade em inserir-se no mercado de trabalho formal, levando a uma situação econômica muito frágil. Os familiares indicam uma expectativa em relação ao CAPS, no mínimo intrigante, que é o auxílio no que diz respeito à formação profissional não apenas do usuário, como também do próprio familiar:

“O CAPS poderia ter mais oficinas de trabalho para familiares e pacientes” (Familiar)

Faz-se importante observar que a criação de atividades geradoras de renda se destaca tanto na fala dos usuários quanto na fala dos familiares. O CAPS surge para usuários e familiares a partir de uma expectativa que vai além do cuidado do transtorno mental, mas como o lugar que instrumentalizará a redução da sobrecarga familiar em muitos sentidos, inclusive econômico.

Tomando-se como base estas expectativas, é esperado do CAPS e dos seus profissionais muito mais do que ele tem condições de oferecer, como por exemplo:

“O CAPS poderia dar emprego para os familiares” (Familiar)

Vale ressaltar ainda, que os familiares esperam do CAPS uma função de auxílio tão ampla, que é esperado da instituição um papel um tanto quanto maternalista. Este acaba se aproximando do papel que é tipicamente asilar, que é a guarda do usuário:

“O CAPS poderia ficar direto com os pacientes, de segunda a sexta-feira” (Familiar)

Costa-Rosa (2000, p. 161) chama a atenção para as características do modo asilar de atendimento. Dentre elas destaca-se “A instituição tende a funcionar como espaços depositários de tutoria e, de modo mais amplo, se pode considerá-la como ‘agenciadora de suprimentos’, diante de uma clientela considerada carente”. Neste sentido, os profissionais precisam estar atentos para que este modo de percepção do sujeito não reproduza o modo asilar dentro do espaço do CAPS, que se pretende inovador.

No que concerne às expectativas dos profissionais quanto ao que poderia melhorar no CAPS, este pensamento de fundo sugere uma visão diferenciada dos usuários e familiares, pois se encaminham para questões organizacionais:

“O CAPS poderia ser mais bem organizado, recursos materiais e humanos” (Profissional)

“O CAPS poderia ser melhor estruturado” (Profissional)

A partir destes depoimentos é possível inferir que esta percepção dos profissionais está diretamente ligada às dificuldades que enfrentam no cotidiano de seu trabalho, principalmente no que diz respeito à falta de recursos materiais mínimos para o desenvolvimento de suas funções e propiciar aos usuários atendimento de excelente qualidade. Tal percepção também vai ao encontro do excesso de usuários que atendem diariamente, indicando a necessidade de contratação de maior número de profissionais para o serviço, ou até mesmo a criação de mais CAPS para dar conta da necessidade da população que reside na região.

Outra questão que surge na fala dos profissionais é a necessidade do CAPS se articular mais com outras unidades:

“O CAPS poderia ser mais articulado com as outras instituições sociais” (Profissional)

“O CAPS poderia ser mais interligado a outras unidades de saúde”
(Profissional)

O estabelecimento de parcerias é uma condição sine qua non para o funcionamento de um serviço do tipo CAPS. Segundo Campos (2003, p. 6):

o trabalho em rede (considerar a rede social restrita e ampliada) de apoio onde a intersetorialidade é essencial: não só os profissionais de saúde e nem só, também, profissionais de outras tantas áreas de serviços conseguiriam a reabilitação psicossocial e devolver a vida a essas pessoas, mas o inserir em sociedade os diferentes significa intervir na sociedade para que ela mude seus padrões e regras do “bem-viver”, convívio, da solidariedade que encontra-se empobrecida, e para isto não será apenas os serviços de assistência, mas toda a política sócio-econômica de um município.

Como já foi observado anteriormente na fala dos profissionais, as demandas de usuários e familiares são grandes e suscitam interlocução com vários setores como saúde, educação, esportes, lazer e habilitação e, principalmente inclua o contexto social no qual está inserida. A sociedade precisa ser incluída nas novas propostas de atendimento em saúde mental, pois, “para se substituir os hospícios, em primeiro lugar, é necessários se ter fé e confiança no doente mental, em sua criatividade e em seu potencial” (PEIXOTO, 2003, p. 69).

Ainda no que tange ao pensamento de fundo *Estrutura do cuidado* – (6Σ), destaca-se a fala dos profissionais que indicam um modo de atendimento do usuários baseado em uma visão do tipo asilar, onde o sujeito continua sendo percebido através dos sintomas da doença e não através de sua subjetividade desejante:

“O CAPS poderia ser menos infantilizador” (Profissional)

“O CAPS poderia ser menos moralista” (Profissional)

O segundo pensamento de fundo emergente da fala dos entrevistados foi o tema *Recursos materiais (9Σ)*, que discute as alterações que poderiam ser feitas no CAPS no que diz respeito aos recursos materiais, com o intuito de atender às demandas dos usuários e familiares de usuários. Este eixo temático esteve presente na fala dos usuários (segundo tema mais saliente) e dos familiares de usuários (tema mais saliente):

“O CAPS poderia melhorar alimentação” (Usuário)

“O CAPS poderia ter mais remédios” (Usuário)

“O CAPS poderia ter refeições direito para os pacientes” (Familiar)

“O CAPS poderia ter mais remédio” (Familiar)

Dentro do tema *Recursos materiais (9Σ)* os usuários e familiares reivindicam quase que exclusivamente melhor alimentação para os usuários e medicamentos psicoativos. É possível observar que os usuários reivindicam, prioritariamente, alimentação de qualidade (5 atributos), enquanto os familiares reivindicam medicamentos (6 atributos):

“O CAPS tinha que melhorar a comida” (Usuário)

“O CAPS poderia ter mais medicação” (Familiar)

Constata-se então, que, apesar de os usuários e familiares solicitarem melhoria dos recursos materiais alimentação e medicação, o peso dessas necessidades diferencia-se entre os sujeitos. Como estes usuários alimentam-se diariamente no CAPS, esta é a necessidade mais sentida por eles no dia-a-dia. Vale ressaltar que o CAPS em estudo sempre foi conhecido pela excelente alimentação que produzia e oferecia a todos. Porém, não há como deixar de lado a inferência de que os valores do usuário no que se refere ao tratamento estejam se

modificando, pois, apesar da falta de medicamentos psicoativos na rede municipal, o que sobressai na fala destes sujeitos é a alimentação. Possivelmente, os usuários estejam percebendo o tratamento como algo além da medicação e valorizando mais efetivamente o suporte psíquico e social recebidos no CAPS. Desta forma, acredita-se que o modelo psicossocial já está presente no significado que os usuários entrevistados dão ao tratamento em saúde mental.

Infelizmente, esta significação diferenciada não está se ampliando com a mesma velocidade entre os familiares, que ainda continuam percebendo o tratamento majoritariamente através do modelo asilar, centrado nas questões biomédicas da assistência.

O terceiro pensamento de fundo mais frequentemente observado na fala dos entrevistados foi *Estrutura física (7Σ)*, que discorre sobre as alterações que poderiam ser feitas na estrutura física do CAPS, com o intuito de atender às demandas dos participantes. O presente tema traz principalmente a questão da inadequação do tamanho do CAPS em relação a sua demanda, tanto de uma forma geral, como específica:

“O CAPS poderia abrir mais espaço para atender as demandas dos usuários” (Usuário)

“O CAPS poderia ter mais espaço” (Familiar)

“O CAPS poderia ter mais salas de atendimentos, banheiros” (Usuário)

“O CAPS poderia ter uma área melhor de lazer” (Familiar)

Tal fato se justifica pois, à época do estudo, o CAPS possuía mais de quatrocentos usuários, sem contar os familiares e dispunha de uma estrutura física insuficiente. Como já descrito anteriormente, a estrutura do CAPS é pequena e, durante a realização deste estudo,

foi observado que em apenas um dia, o número de pessoas atendidas chegou a alcançar cerca de cem pessoas.

Há salas de atendimento que comportam confortavelmente cerca de seis pessoas, porém, foram observados grupos de atendimento com dez participantes nestas salas, causando desconforto tanto no que diz respeito à disponibilidade de espaço quanto ao calor, pois, apesar do ar condicionado, o número de pessoas é superior ao adequado.

Discutindo ainda a questão do espaço físico do CAPS, vale ressaltar que existem neste CAPS apenas três banheiros com chuveiro, assim destinados: um aos usuários e seus familiares, um às usuárias e suas familiares e um aos profissionais e técnicos do serviço.

O quarto pensamento de fundo mais freqüente na fala dos entrevistados foi *Desatenção governamental - 4Σ*, que analisa a percepção dos entrevistados acerca do suporte oferecido pelo governo que se destina ao funcionamento do serviço. Apesar deste tema não se destacar na fala de nenhum dos três grupos entrevistados especificamente, destaca-se quando observadas as falas em seu cômputo geral.

A análise deste pensamento de fundo indica que os entrevistados acreditam que o suporte oferecido pelo governo não é suficiente para o funcionamento adequado do CAPS e está aquém do esperado:

“O CAPS poderia ter mais verbas direcionadas para o CAPS” (Usuário)

“O CAPS poderia ter mais apoio do governo” (Familiar)

“O CAPS poderia ser melhor reconhecido pela política de saúde
(Profissional)

Acredita-se que o pensamento de fundo *Desatenção governamental - 4Σ* é a compilação do resultado de eixos anteriormente analisados, pois, expõe a falta de atenção das autoridades, neste caso, principalmente as municipais, na área da saúde. Observa nos dias de

hoje, na administração do setor de saúde do município do Rio Janeiro, que este se tornou uma arena de batalha entre o governo municipal e federal, onde quem arca com o maior prejuízo é a população, já tão massacrada pela situação de pobreza em que se encontra. Esta verdadeira batalha que vem se arrastando no município do Rio de Janeiro, ao longo do primeiro semestre deste ano de 2005, tem se caracterizado mais por seus aspectos políticos do que pela preocupação com a resolução dos problemas que tem afetado drasticamente o setor da saúde, o que é possível observar através de cartas enviadas por cidadãos cariocas ao Jornal do Brasil:

“Um verdadeiro papelão, esse é o adjetivo certo, toda essa celeuma política do prefeito César Maia e as autoridades de Brasília. Em nome das disputas do poder, sofre o povo da Cidade do Rio de Janeiro, além dos sofridos vizinhos das baixadas fluminenses e litorânea. Como pode, com toda essa crise, o prefeito César Maia afirmar que iria dormir tranqüilo. Deve ter dormido tranqüilo e sereno, pois na sua coluna, que ele afirma ter seqüelas, não havia um colete de papelão.” (MOREIRA, 2005, p.10)

“Saúde é direito de todos e dever do Estado. Este dito constitucional está sendo acintosamente descumprido pelo governo federal e a Prefeitura do Rio, num espetáculo vexaminoso de politicagem, omissão e transferência de responsabilidades, usando como moeda de troca o sofrimento do povo que vaga pelas unidades sem encontrar atendimento adequado. Cabe à sociedade civil, pelas suas entidades representativas, os questionamentos judiciais, e ao povo, o protesto enérgico e a resposta nas urnas.” (ROCHA, 2005, p.10)

O descaso dos políticos e, conseqüentemente, as medidas decisórias e executivas em relação ao setor saúde têm gerado a sobrecarga das instituições e dos profissionais que nela desempenham sua prática, bem como está deixando a população desprovida do seu direito a saúde, garantida na Constituição brasileira. Desta forma, foi uníssona a reivindicação dos entrevistados a maior atenção ao CAPS.

O quinto pensamento de fundo da fala dos entrevistados foi o tema *Modelo Psicossocial (IΣ)*, que relaciona-se com as características do CAPS relativas ao modelo psicossocial de atendimento, que os profissionais gostariam que fosse mais presente no serviço. Este eixo temático esteve presente somente na fala dos profissionais e foi o mais freqüente na fala destes entrevistados.

No que diz respeito às diretrizes da reabilitação psicossocial, os profissionais trouxeram duas questões que gostariam que fossem fortificadas ou modificadas: uma que trata da relação do CAPS com o território e outra que se relaciona com a inserção dos usuários no contexto social. No que diz respeito ao território, os profissionais afirmam:

“O CAPS poderia ser um serviço que consiga articular-se com outros serviços da rede” (Profissional)

“O CAPS poderia consolidar-se como articulador efetivo da rede de saúde” (Profissional)

A Portaria nº 336, do Ministério da Saúde, indica o CAPS como a instituição responsável pela organização da rede de saúde mental do território onde está inserida. Entretanto, constata-se na fala dos profissionais entrevistados dificuldades em exercer este papel. Provavelmente esta dificuldade venha ocorrendo em razão da sobrecarga de trabalho que existe na instituição onde se realizou o presente estudo, como já constatado e discutido anteriormente. Infere-se que os profissionais têm grande dificuldade em dar conta da demanda da população que faz uso do serviço, tornando-se extremamente difícil desenvolver o papel de organizador da rede de saúde mental do território onde está inserido.

A fala dos profissionais indica um sentimento de frustração, demonstrado através da verbalização das dificuldades encontradas no modo psicossocial de cuidar, alegando que ainda não foram encontradas possibilidades de solução. Dentre os obstáculos citados está a efetivação da inserção social das pessoas com transtornos mentais graves e de longa duração no contexto social e a saída do usuário do CAPS para a vida. No que tange a inserção dos usuários do serviço no contexto social, os profissionais afirmam que:

“O CAPS poderia ser efetivamente um lugar que servisse de ponte entre o usuário e a vida” (Profissional)

“O CAPS poderia ser um agenciador efetivo da inserção sócio-cultural” (Profissional)

“O CAPS poderia ser uma passagem temporária” (Profissional)

Dentre explicações apontadas por Desviat (p. 81, 1999), quando aponta os problemas ligados à reabilitação psicossocial, encontramos a falta de preparo dos profissionais para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e de longa duração e em uma situação sócio-econômica desfavorável. Segundo este autor, a formação dos profissionais não é direcionada prioritariamente para aqueles com problemas passíveis de cura, ficando os profissionais despreparados para atender aquelas pessoas com problemas crônicos e de longa duração fora do hospital. Ainda segundo o referido o autor, tal fato gera nos profissionais sentimentos de frustração e culpa.

O sexto pensamento de fundo analisado foi *Recursos humanos - 8Σ*, que discute as alterações que poderiam ser feitas no CAPS. Dizem respeito ao número de profissionais que atuam no CAPS ou a necessidade de um profissional em especial, com o intuito de atender às demandas dos participantes. Apesar deste eixo temático não se destacar na fala de nenhum dos três grupos de entrevistados, são observadas nas falas em seu cômputo geral.

A necessidade do aumento do número de profissionais foi citado pelos três grupos de entrevistados, pois o número de usuários matriculados no CAPS é desproporcional ao número de profissionais disponíveis:

“O CAPS poderia ter mais profissionais” (Usuário)

“O CAPS poderia ter mais profissionais para ter mais vazão”
(Familiar)

“O CAPS poderia ter mais profissionais” (Profissional)

Porém, quando os entrevistados solicitam a inclusão de um tipo de profissional em especial, as respostas majoritariamente indicam profissionais que não atuam tradicionalmente em uma unidade de saúde ou não são profissionais da área de saúde:

“O CAPS poderia ter profissionais de educação física” (Usuário)

“O CAPS poderia ter mais atividades físicas, com profissionais de educação física” (Familiar)

“O CAPS poderia conter mais profissionais que não tenham formação em saúde” (Profissional)

Tais sugestões indicam que a maioria dos entrevistados percebe que o cuidado desenvolvido através do modelo psicossocial vai além dos cuidados dos profissionais de saúde, surgindo outras necessidades de cuidado. Surgiu tanto na fala dos usuários como na fala dos familiares, o profissional de educação física, pois são outras as necessidades emergentes, que vão além do cuidado medicamentoso e psicológico tal como de práticas esportivas.

A partir da fala dos entrevistados fica claro que o cuidado à pessoa com transtorno mental severo e de longa evolução necessita ser visto por prisms que vão além do modelo asilar, que está centrado no profissional médico e no fornecimento de medicamentos psicoativos. Atualmente, a necessidade de cuidado destes sujeitos vai além do modelo asilar, expandindo-se e chegando ao campo residencial, esportivo, de trabalho, entre outros. Tal fato indica a necessidade de ampliação do rol de profissionais contratados pela secretaria de saúde, emergindo então, a necessidade de mais uma mudança na estrutura administrativa do atendimento a pessoa com transtorno mental severo de longa evolução. Tais resultados indicam a necessidade de uma política de atendimento em saúde mental baseada na intersetorialidade e não no atendimento restrito aos profissionais de saúde.

Foram observados ainda outros dois temas na Tabela 34 que totalizam 8,9% das respostas (9 atributos). Optou-se por citá-los e fazer uma breve descrição. Os pensamentos de fundo encontrados foram: *Sobrecarga* - $10\Sigma \Rightarrow$ Percepção que indica um encargo maior do que o esperado ou planejado pelo sujeito; e *Aspectos relativos à família* - $3\Sigma \Rightarrow$ Características que se relacionam com os aspectos de uma família.

Há anos, possivelmente encontraríamos resultados completamente diferentes do observado neste ambiente onde a importância das questões relativas à inserção social são tão valorizadas e encontraríamos outros valores, outras diretrizes e outros paradigmas do cuidado. Porém, apesar de todos os avanços no campo da saúde mental no Brasil, constatamos que muito trabalho ainda está por vir, principalmente no que diz respeito aos profissionais e aos familiares dos usuários do CAPS. No que tange aos usuários, acredita-se que quando novas possibilidades de cuidados lhes são apresentadas e há a possibilidade de escuta do seu desejo, ele demonstra estar anos-luz na frente de qualquer outro, pois, a pessoa com transtorno mental severo de longa evolução, melhor do que ninguém sabe de suas necessidades.

6 – SÍNTESE DOS RESULTADOS

O estudo que desenvolveu-se a partir da Teoria Ego-Ecológica de Zavalloni (1984, 1987, 2001), permitiu analisar as identidades emergentes de usuários, familiares de usuários e profissionais no cenário do CAPS. Apesar da análise contemplar apenas a primeira etapa do processo do instrumento Inventário Multifásico da Identidade Social (IMIS), em razão do tempo disponível para a realização do estudo, este se mostrou extremamente eficaz para a compreensão das identidades sociais, como também para a discussão das relações estabelecidas entre os diferentes grupos que integram o cenário do CAPS.

Analisar as identidades de usuários, familiares de usuários e profissionais do CAPS não foi tarefa fácil, pois o ser humano caracteriza-se por sua complexidade. Este processo se torna ainda mais difícil ao se tentar compreender as identidades através da dinâmica estabelecida entre pessoas e grupos diferentes em um determinado cenário. Para facilitar a compreensão das conclusões elaboraram-se gráficos relativos à identidade dos sujeitos e tabelas que sintetizam os temas referentes às identidades estudadas.

As identidades e a relação estabelecida entre os entrevistados foram abordadas no capítulo anterior; na seqüência, serão apresentadas as sínteses relativas à identidade de cada grupo de sujeito e a percepção deles em relação ao CAPS, finalizando com as seguintes conclusões:

6.1 - A IDENTIDADE DOS USUÁRIOS:

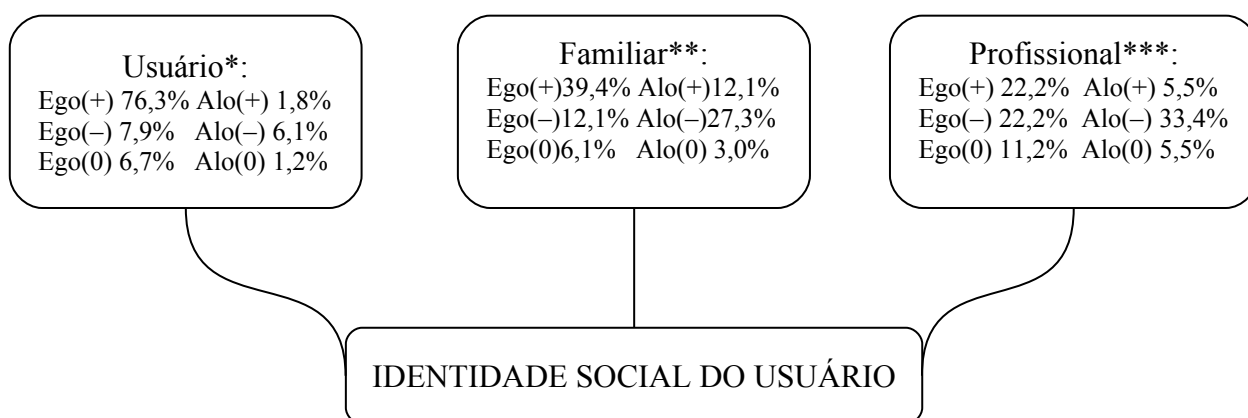


Gráfico 1 - Percepção de usuários, familiares e profissionais do CAPS acerca da identidade psicossocial do usuário.

* O total de respostas foi igual a 165 atributos

**O total de respostas foi igual a 33 atributos

***O total de respostas foi igual a 36 atributos

Tabela 35 - Distribuição de frequência das citações dos pensamentos de fundo, segundo a percepção dos usuários, familiares e profissionais acerca da identidade dos usuários do CAPS

Pensamento de fundo	Usuário		Familiar		Profissional	
	Usuário	%	Usuário	%	Usuário	%
Atributos pessoais intrínsecos	40	24,2	9	27,3	7	19,4
Percepção do cuidado	17	10,3			3	8,3
Estrutura do atendimento no CAPS	7	4,2				
Atributos relativos ao transtorno mental	41	24,8	15	45,5	11	30,6
Direitos dos usuários	3	1,8				
Conflito nas relações	3	1,8			3	8,3
Aspectos relativos à família	15	9,1	6	18,2	1	2,8
Aspectos laborais	19	11,5				
Conteúdo avaliativo	15	9,1	3	9,1		
Qualidade de vida	5	3,0				
Desqualificação social					11	30,6
Total	165	100,0	33	100,0	36	100,0

O Gráfico 1 indica que os usuários com transtorno mental severo de longa duração têm uma identidade positiva a respeito de si mesmos, como também dos outros usuários com os quais convivem, pois, 76,3% dos atributos referidos por esse grupo foram classificados como egomórficos positivos.

A Tabela 35 indica que os usuários correlacionam freqüentemente à sua identidade características relativas ao transtorno mental (24,8%), porém suas qualidades pessoais (24,2%) também são destacadas. Vale destacar que os atributos relativos ao trabalho (11,5%) também são relacionados pelos usuários a sua própria identidade, ressaltando a importância da sua inserção no mercado de trabalho formal ou informal.

Os familiares dos usuários se identificam com seus parentes portadores de transtorno mental severo pois, a classificação dos atributos foi mais freqüente nos eixos egomórficos (57,6%). Os eixos alomórficos, porém, receberam uma porcentagem significativa dos atributos. O que indica que 42,4% dos familiares não se identificam com o usuário. Tal fato se repete também na classificação dos atributos relacionados à identidade dos usuários em positiva ou negativa, pois, 51,5% dos atributos foram considerados positivos e 39,4% destes foram considerados negativos, o que indica que cerca da metade dos familiares se identifica com seus parentes e valoriza suas qualidades pessoais e situacionais. Cerca de 40% dos familiares percebem os usuários através de suas características negativas e não se identificam com seu parente, gerando uma relação de desvalorização, rejeição, opressão e/ou pena.

A Tabela 35 complementa a análise anterior, pois indica que os familiares percebem a identidade dos seus parentes através dos sintomas de transtorno mental, pois 45,5% dos atributos citados se relaciona às características da patologia e não às características pessoais. O tema correlacionado às características pessoais dos usuários vem em segundo lugar no cômputo geral, representando 27,3% dos atributos citados.

É possível observar que os profissionais do CAPS também têm uma relação de identificação ambivalente com os usuários, pois 55,6% dos atributos foram classificados como egomórficos e 44,4% como alomórficos. Porém, os profissionais têm uma visão preponderantemente negativa da identidade dos usuários, pois, 55,6% dos atributos foram classificados por eles como negativos e 27,7% como positivos. Este resultado indica que

cerca da metade dos profissionais se identifica com os usuários, porém mais da metade deles percebe os usuários através de suas características negativas, estabelecendo uma relação que desvaloriza a identidade do outro, gerando sentimentos e atitudes de rejeição, de opressão e/ou de pena com o usuário. Tal fato é corroborado na Tabela 35, pois os profissionais correlacionam a identidade dos usuários com os sintomas de transtorno mental (30,6% dos atributos) e com características relacionadas à desqualificação social (30,6% dos atributos) destes sujeitos no meio social.

Conclui-se que os familiares e profissionais vivenciam uma relação com os usuários marcada pela rejeição, opressão, pela pena e compaixão, pois a identidade dos usuários é percebida através dos sintomas do transtorno mental e da desqualificação social à qual o usuário é submetido pela sociedade.

Apesar de o usuário ter sua identidade desvalorizada pelos familiares e profissionais, o cuidado que é prestado no CAPS vem fortificando a identidade social dos usuários do serviço. Conclui-se que através do apoio psicossocial, que tem como conseqüências a redução do número de internações, o estímulo à formação profissional e a ampliação da rede social, vem ocorrendo o resgate da auto-estima do usuário.

6.2 - A IDENTIDADE DOS FAMILIARES:

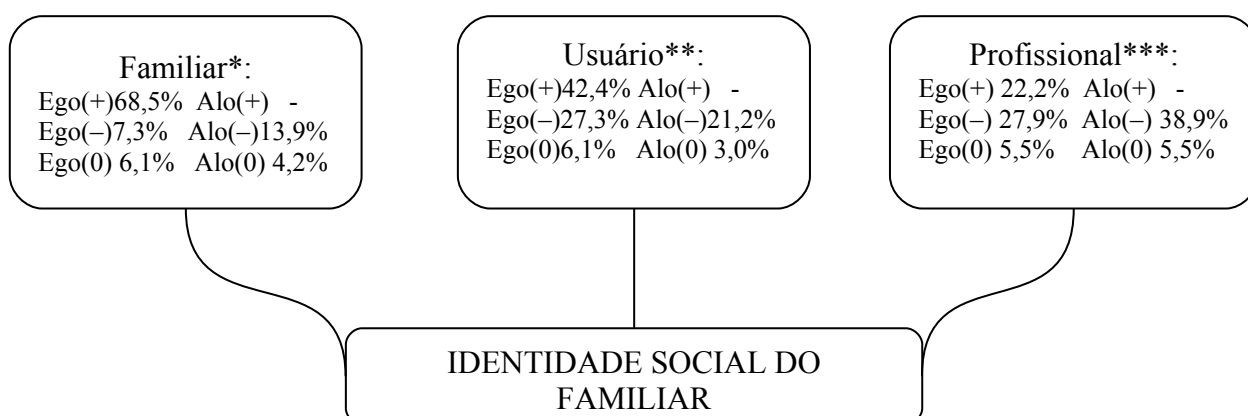


Gráfico 2 - Percepção de familiares, usuários e profissionais do CAPS acerca da identidade psicossocial do familiar.

* O total de respostas foi igual a 165 atributos

**O total de respostas foi igual a 33 atributos

***O total de respostas foi igual a 36 atributos

Tabela 36 - Distribuição de frequência das citações dos pensamentos de fundo, segundo a percepção dos usuários, familiares e profissionais acerca da identidade dos familiares do CAPS

Pensamento de fundo	Familiar		Usuário		Profissional	
	Familiar	%	Familiar	%	Familiar	%
Atributos pessoais intrínsecos	30	18,2			3	8,3
Percepção do cuidado	5	3,0			5	13,9
Conflito nas relações	13	7,9	13	39,4		
Aspectos relativos à família	6	3,6				
Conteúdo avaliativo	13	7,9	6	18,2		
Desqualificação social					11	30,6
Sobrecarga	45	27,3			8	22,2
Afirmação da identidade	6	3,6				
Perspectiva construída a partir da relação com o usuário	24	14,5	7	21,2		
Perspectiva positiva em relação à situação pessoal	23	13,9				
Percepção negativa acerca do familiar			7	21,2	9	25,0
Total	165	100,0	33	100	36	100,0

O Gráfico 2 indica que os familiares dos usuários do CAPS têm uma identidade positiva a respeito de si mesmos, como também dos outros familiares com os quais convive, pois, 68,5% dos atributos referidos por eles foram classificados por eles mesmos como egomórficos positivos, indicando autovalorização dos entrevistados. Vale destacar que 21,2% dos atributos relativos à identidade dos familiares foram classificados pelos próprios familiares como negativos, sendo 7,3% egomórficos negativos e 13,9% alomórficos negativos. Este resultado indica a percepção dos familiares quanto a sua própria identidade, valorizando suas características pessoais e seus objetivos, porém também apresenta aspectos indesejáveis, que suscitam sentimentos como pena, compaixão ou vitimização destes sujeitos.

A Tabela 36 indica que os familiares correlacionam frequentemente à sua identidade, características referidas a ser familiar de alguém com transtorno mental, ou seja, referem-se principalmente à sobrecarga gerada pelo convívio com situações desagradáveis relacionadas ao transtorno mental (27,3%). Vale destacar também que foram observados temas que enaltecem as qualidades pessoais dos familiares (18,2%), bem como a aspiração por uma situação pessoal melhor no futuro (13,9%).

Os usuários identificam-se com os familiares, pois, 75,8% dos atributos citados por eles foram classificados como egomórficos, sendo 42,4% positivos e 27,3% negativos. Tal resultado indica que mais de 40% dos usuários valorizam as qualidades de seus familiares e seus sentimentos de solidariedade e convivência. Observa-se também que, dos atributos citados, 48,5% foram classificados pelos usuários como negativos, indicando auto e heterodesvalorização, revelando uma situação de opressão e inferioridade. Tal fato é corroborado pela situação demonstrada na Tabela 36, pois, quando os usuários citam atributos relativos à identidade dos familiares trazem temas correlacionados aos conflitos existentes na relação entre eles (39,4%) e uma percepção negativa a respeito dos familiares (21,2%).

Os usuários se identificam mais com seus familiares do que o inverso, pois, 75,8% dos atributos referentes à identidade do familiar citados por eles foram classificados no eixo egomórfico. Por outro lado, os familiares classificaram 57,6% dos atributos referentes aos usuários no eixo egomórfico. Conclui-se que os usuários são mais solidários e coniventes aos seus familiares do que vice-versa.

Os profissionais do CAPS têm uma relação de identificação ambivalente com os familiares dos usuários, pois, 55,6% dos atributos foram classificados como egomórficos e 44,4% como alomórficos. No entanto, os profissionais têm uma visão preponderantemente negativa da identidade dos usuários, pois, 66,8% dos atributos foram classificados por eles como negativos e 22,2% como positivos. Este resultado indica que mais de 50% dos profissionais se identifica com os familiares dos usuários, porém quase 70% deles percebe estes sujeitos através de características negativas, estabelecendo uma relação que deprecia a identidade do outro, gerando sentimentos e atitudes de rejeição, opressão, hostilidade e/ou de pena para com o familiar. Tal fato é corroborado nos resultados apresentados pela Tabela 36, pois os profissionais correlacionam a identidade dos familiares dos usuários com temas relacionados à desqualificação social (30,6% dos atributos) destes sujeitos no meio social e

com características que indicam uma percepção negativa acerca do familiar (25% dos atributos).

Os profissionais percebem a identidade dos usuários e dos respectivos familiares de forma semelhante, porém rejeitam e desvalorizam mais fortemente os familiares do que os usuários. Estes resultados indicam que os profissionais ainda possuem uma visão da família dos usuários semelhante àquela encontrada nos asilos, ou seja, não são vistos como imprescindíveis no processo de reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais severos e de longa duração. Infere-se que esta relação estabelecida entre profissionais e familiares contribua para que os familiares ainda percebam o usuário através de sua patologia e seus sintomas e assim se impliquem menos do que deveriam no processo de reabilitação dos usuários.

6.3 – A IDENTIDADE DOS PROFISSIONAIS



Gráfico 3 - Percepção de profissionais, usuários e familiares do CAPS acerca da identidade psicossocial do profissional.

* O total de respostas foi igual a 180 atributos

**O total de respostas foi igual a 33 atributos

Tabela 37 - Distribuição de frequência das citações dos pensamentos de fundo, segundo a percepção dos usuários, familiares e profissionais acerca da identidade dos profissionais do CAPS

Pensamento de fundo	Profissional		Usuário		Familiar	
	Profissional	%	Profissional	%	Profissional	%
Atributos pessoais intrínsecos	48	26,7	10	30,3	9	27,3
Estrutura do atendimento no CAPS	21	11,7	6	18,2	3	9,1
Aspectos relativos à família	6	3,3	1	3,0		
Aspectos laborais	29	16,1				
Conteúdo avaliativo	11	6,1	13	39,4	5	15,2
Qualidade de vida	5	2,8				
Sobrecarga	18	10,0			5	15,2
Afirmação da identidade	18	10,0				
Tecnologia leve do cuidado	16	8,9			11	33,3
Percepção negativa da assistência	8	4,4	3	9,1		
Total	180	100,0	33	100,0	33	100,0

O Gráfico 3 indica que os profissionais do CAPS têm uma identidade positiva a respeito de si mesmos, como também dos outros profissionais com os quais trabalham, pois, 75,6% dos atributos referidos foram classificados por eles como egomórficos positivos, indicando autovalorização dos profissionais. Tal conclusão é corroborada por dados apurados na Tabela 37, onde se pode observar que o tema mais freqüente, no refere-se à identidade dos profissionais a partir da visão deles próprios, é aquele que trata dos atributos pessoais (26,7% dos itens citados). Outro aspecto que se destaca na Tabela 37 é o aspecto relativo às questões de trabalho, onde foram situados 16,1% dos atributos.

Estes resultados permitem concluir que os profissionais valorizam suas qualidades pessoais intrínsecas e extrínsecas, seus objetivos e ideais, indicando sentimentos de admiração mútua, bem como satisfação e orgulho da posição que ocupam no cenário do CAPS.

Os usuários identificam-se com os profissionais do CAPS assim como têm uma visão positiva acerca da identidade destes sujeitos pois, 84,9% dos atributos citados por eles foram classificados como egomórficos e positivos. Esta classificação sugere que os usuários valorizam as qualidades dos profissionais, assim como seus objetivos e ideais, indicando sentimentos de orgulho e satisfação em relação a eles. Tal situação é ratificada na Tabela 37,

pois os temas que emergem na fala dos usuários são de avaliação positiva (39,4%) e valorização das qualidades pessoais relativas aos profissionais (30,3%).

Os familiares dos usuários identificam-se com os profissionais pois, 87,9% dos atributos foram classificados como egomórficos e 100% dos atributos citados foram positivos. Tal percepção acerca dos profissionais indica que os familiares dos usuários valorizam as qualidades dos profissionais, assim como seus objetivos e ideais, indicando sentimentos de orgulho e satisfação em relação a eles. Esta situação pode ser observada também na Tabela 37, onde o modo como os profissionais prestam cuidado aos usuários e familiares é destacado (33,3%), como também as qualidades destes profissionais (27,3%).

Os familiares classificam mais frequentemente os atributos como egomórficos quando falam da identidade dos profissionais do que a deles próprios, sendo possível concluir que os familiares entrevistados se identificam mais com o grupo de profissionais do que com o grupo de familiares. Esta situação se repete quando analisamos os atributos tendo em vista a classificação dos atributos como positivo ou negativo, visto que classificam 100% dos atributos relacionados aos profissionais como positivos. Tal fato sugere que os familiares valorizam mais a identidade dos profissionais do que a identidade deles próprios, indicando um sentimento de inferioridade em relação aos profissionais.

A análise dos resultados obtidos através do IMIS indicou que existem dois grupos diferentes que convivem no cenário do CAPS, são eles: o grupo de clientes do serviço (usuários e familiares de usuários) e o grupo de profissionais do CAPS. Chegou-se a conclusão que o transtorno mental ainda está correlacionado ao desprestígio, gerando uma relação de poder entre um grupo ‘superior’, composto pelos profissionais, e um grupo ‘inferior’, composto pelos clientes do serviço, ou seja, usuários e seus familiares. Porém, observa-se um afrouxamento nas relações estabelecidas entre os dois grupos, viabilizando o estabelecimento de uma relação terapêutica entre os grupos. A relação entre os profissionais

com os clientes do CAPS ainda ocorre de forma verticalizada, apesar do contexto e do discurso da reabilitação psicossocial.

6.4 – O CAPS RUBENS CORRÊA

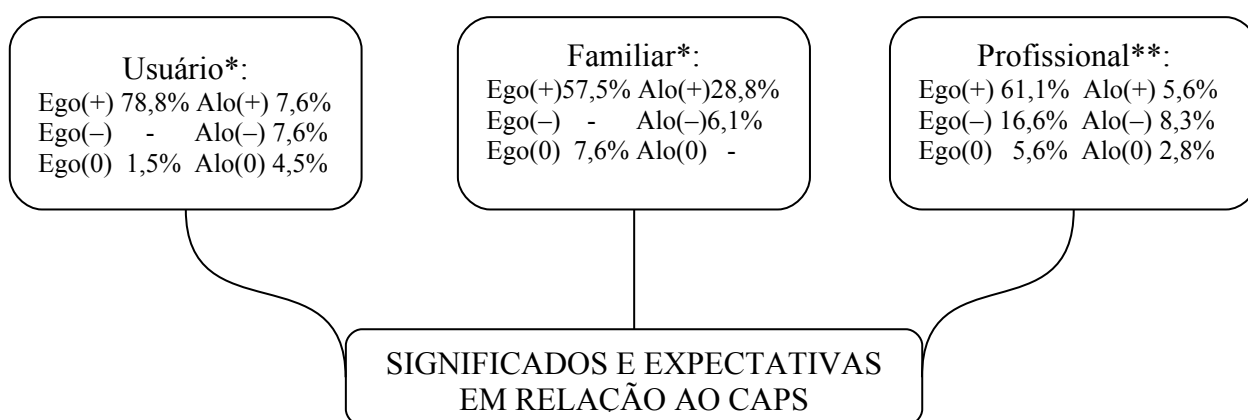


Gráfico 4 - Significados e expectativas de usuários, familiares e profissionais acerca do CAPS.

* O total de respostas foi igual a 66 atributos

**O total de respostas foi igual a 72 atributos

O Gráfico 4 indica que os usuários se identificam com o CAPS, como também têm uma percepção positiva a respeito do serviço, pois, 78,8% dos atributos foram classificados como egomórficos positivos. Vale destacar que 19,7% das respostas apontam que os usuários não se comprometem com a realização das mudanças que gostariam que ocorressem no

CAPS. A análise permite concluir que os usuários estão satisfeitos com o serviço e estão envolvidos com o funcionamento do CAPS.

O Gráfico 4 permite ainda avaliar que os familiares se identificam com o CAPS, pois, 65,1% das respostas foram classificadas como egomórficas. Da mesma forma como possuem uma percepção positiva a respeito do serviço pois, 86,3% dos atributos foram classificados como positivos. É importante observar que 34,9% das respostas apontam que os familiares não se comprometem com a realização de mudanças que acreditam serem necessárias no CAPS. A análise permite concluir que os familiares estão satisfeitos com o serviço do CAPS.

O Gráfico 4 revela que os profissionais se identificam com o CAPS pois, 83,3% das respostas foram classificadas como egomórficas, assim como têm uma percepção positiva a respeito do serviço, pois, 66,7% dos atributos foram positivos. A análise permite concluir que os profissionais estão satisfeitos com o serviço e estão envolvidos com o funcionamento do CAPS.

Tais análises permitem concluir que os usuários são aqueles que mais se identificam positivamente com o CAPS, pois, 78,8% das respostas destes sujeitos foram classificadas como egomórficas positivas. Em contrapartida, os profissionais foram aqueles que apresentaram uma percepção mais negativa acerca do CAPS, pois, 24,9% dos atributos citados por eles, foram classificados como negativos. No que diz respeito à implicação dos participantes do serviço, aqueles que demonstraram menor implicação foram os familiares, visto que 34,9% de suas respostas foram classificadas nos eixos alomórficos.

A análise dos significados atribuídos ao CAPS por usuários, familiares de usuários e profissionais do serviço e das expectativas nutridas por estes sujeitos acerca desta instituição permitiu chegar a algumas conclusões:

Cada grupo entrevistado possui uma percepção e expectativa diferenciada do CAPS:

- Os usuários valorizam mais as atividades em grupo do que as individuais, sendo que 95,7% das atividades citadas por eles são desenvolvidas em grupos ou em oficinas. Os profissionais valorizam mais as atividades desenvolvidas individualmente, visto que: 27,9% das atividades citadas foram os atendimentos individuais; 20,9% atividades em grupo e 16,3% oficinas.

- Os usuários e familiares percebem a assistência recebida no CAPS através do ato do cuidado, enquanto os profissionais percebem a assistência oferecida através da política oficial de saúde mental.

- Os familiares percebem o CAPS ainda através de uma perspectiva assistencialista e semelhante ao modelo asilar. Esta perspectiva indica que os familiares vêem o CAPS como aquele que vai resolver os problemas referentes à sobrecarga gerada pelo convívio com a situação gerada pelo transtorno mental, bem como situações muito mais amplas, porém não menos graves, como o desemprego e distribuição de renda.

- As expectativas dos usuários e dos familiares, no que concerne ao CAPS, são muito altas, indo além do que este serviço se destina. Por sua vez, os profissionais sentem-se pressionados a dar conta desta demanda infinita em uma realidade pública caótica que não fornece condições mínimas de trabalho. Tal realidade gera no profissional sobrecarga e insegurança para o desempenho de seu trabalho.

- O profissional reconhece a relação do usuário com o CAPS enquanto uma casa e uma família, porém não se identifica com esta situação, vivenciando este fato de uma forma negativa. Este fato se repete quando se avalia a relação dos profissionais para com os familiares dos usuários, vendo os familiares de forma negativa e não como parceiros no processo de reabilitação psicossocial.

Finalmente, concluiu-se que, apesar do profissional se identificar com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, este vem encontrando grande dificuldade em concretizá-la no cotidiano do CAPS.

O movimento da Reforma Psiquiátrica conseguiu mostrar que o modelo manicomial não é eficaz no tratamento das pessoas com transtorno mental, porém esse é só o começo do processo de reabilitação psicossocial. A redução do número de internações foi um dado significativo, porém é preciso ir além. Faz-se necessário avançar no processo de reabilitação psicossocial e ir além do CAPS, precisa-se ir além dos muros do CAPS para que os usuários alcancem a vida. O apoio clínico do CAPS é essencial para os usuários, contudo, os profissionais também precisam olhar além dos muros do CAPS. Os usuários já apontam timidamente nesta direção.

As políticas públicas de saúde vêm passando por um momento delicado, onde a falta de seriedade e vontade política de alguns administradores municipais, estaduais e federais do setor saúde vem gerando o caos e a impossibilidade de realizar as ações terapêuticas necessárias. A falta de medicação e de alimentação, o número insuficiente de serviços e funcionários e a dificuldade em realizar uma assistência adequada vêm sobrecarregando e gerando estresse nos profissionais e como um dos profissionais entrevistados fala “O CAPS é uma estrutura em crescimento, que não sabemos aonde vai dar”...

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre os resultados da mudança da política pública de saúde mental sobre os usuários dos CAPS e seus familiares, como também sobre os profissionais, sendo estes grupos de sujeitos os responsáveis por tornar concreta e real tal política. Para este intento foi utilizado o conceito de identidades sociais, que permite compreender cada sujeito/identidade inserido em seu contexto, assim como as relações estabelecidas entre ele e seus pares e entre ele e os sujeitos dos outros grupos com os quais se relaciona. Esta rede intrincada de relacionamentos intra e intergrupais possui significados próprios que o Inventário Multifásico de Identidade Social – IMIS permitiu conhecer e analisar de forma criteriosa e sensível.

Através deste estudo pretende-se contribuir para que os gestores da política de saúde mental conheçam mais de perto seus principais sujeitos, usuários e seus familiares e profissionais, que algumas vezes são esquecidos em detrimento de interesses pessoais e políticos. O presente trabalho pode contribuir para que os profissionais percebam de forma mais clara a dinâmica do seu cotidiano. Em razão da formação profissional, da sobrecarga de trabalho e da falta de condições mínimas de exercer suas atividades o profissional cria mecanismos que muitas vezes obscurecem seu principal objetivo, que é ajudar o sujeito com transtorno mental severo a ter condições de vida dignas.

Este trabalho possibilitou perceber o usuário do serviço como uma pessoa que possui uma autopercepção fortificada, que possui esperança de constituir uma nova família e conseguir um emprego digno, desejos que permeiam o imaginário da maioria dos adultos em nossa sociedade. Foi possibilitado ao sujeito com transtorno mental severo falar em seu próprio nome e conhecer como via a si mesmo, a seus pares e parceiros, o CAPS, assim como

conhecer seus sonhos. Foi possível tirar o sujeito do lugar de louco/passivo e vê-lo como cidadão/ativo cheio de sonhos e esperanças. A partir deste contexto, chegou-se às seguintes conclusões, quanto à identidade psicossocial dos usuários no CAPS:

- Os usuários têm uma identidade positiva a respeito de si mesmos, como também dos outros usuários com os quais convivem;

- Os usuários correlacionam frequentemente à sua identidade características relativas ao transtorno mental, porém suas qualidades pessoais também são destacadas;

- Os familiares apresentam uma percepção ambivalente acerca da identidade dos usuários pois, a distribuição dos atributos foi semelhante nos eixos egomórficos e alomórficos, assim como na classificação dos atributos em positivo ou negativo;

- Os familiares percebem a identidade dos usuários através das características do transtorno mental. O tema correlacionado às características pessoais dos usuários surge em segundo lugar;

- Os profissionais do CAPS também apresentaram uma relação de identificação ambivalente com os usuários. Porém, os profissionais têm uma visão preponderantemente negativa da identidade dos usuários;

- Os profissionais correlacionam a identidade dos usuários com os sintomas de transtorno mental e com características relacionadas à desqualificação social destes sujeitos no meio social.

- Apesar do usuário ter sua identidade desvalorizada pelos familiares e profissionais, o cuidado que é prestado no CAPS vem fortificando a identidade e o resgate da auto-estima do usuário, tendo como conseqüências a ampliação da rede social.

Contudo, as mudanças observadas no que diz respeito aos portadores de transtorno mental não se estendem aos seus familiares, como se conclui a seguir:

- Os familiares dos usuários do CAPS têm uma identidade positiva a respeito de si mesmos, como também dos outros familiares, indicando autovalorização dos entrevistados;

- Os familiares correlacionam à sua identidade, características referidas a ser familiar de alguém com transtorno mental, principalmente quanto a sobrecarga gerada pelo transtorno mental. Também que foram observados temas que enaltecem as qualidades pessoais dos familiares;

- Os usuários identificam-se com os familiares, valorizam suas qualidades. Porém, 48,5% dos atributos foram classificados pelos usuários como negativos, revelando uma situação de opressão e inferioridade frente ao familiar;

- Os usuários trazem temas relativos à identidade dos familiares correlacionados aos conflitos existentes na relação entre eles;

- Os profissionais têm uma relação de identificação ambivalente com os familiares dos usuários e uma visão preponderantemente negativa da identidade dos familiares;

- Os profissionais correlacionam a identidade dos familiares dos usuários com temas relacionados à desqualificação social e com características que indicam uma percepção negativa acerca do familiar;

Para que a reabilitação social ocorra os familiares precisam ser incluídos neste processo. Logo, tanto estes precisam se implicar mais no tratamento de seus familiares, como também os usuários e profissionais precisam modificar o modo como percebem e se relacionam com os familiares. Neste sentido, sugere-se que os profissionais do CAPS invistam mais no atendimento aos familiares.

No que trata da identidade dos profissionais, foi concluído que:

- Os profissionais do CAPS têm uma identidade positiva a respeito de si mesmos, como também dos outros profissionais com os quais trabalha;

- Os temas mais freqüentes, no que se refere à identidade dos profissionais a partir da visão deles próprios, relacionam-se aos atributos pessoais e aos aspectos relativos às questões de trabalho;

- Os usuários identificam-se com os profissionais do CAPS, assim como têm uma visão positiva acerca da identidade destes, valorizando as qualidades dos profissionais;

- Os temas que emergem da fala dos usuários são de avaliação positiva e valorização das qualidades pessoais dos profissionais;

- Os familiares dos usuários se identificam com os profissionais e valorizam as qualidades destes profissionais, assim como seus objetivos e ideais;

- Os temas trazidos pelos familiares, no que diz respeito à identidade dos profissionais, relacionam-se ao modo como os profissionais prestam cuidado aos usuários e familiares, assim como as qualidades dos profissionais;

No que diz respeito à percepção dos sujeitos entrevistados em relação ao CAPS, concluiu-se que:

- Os usuários, familiares e profissionais se identificam com o CAPS, possuem uma percepção positiva a respeito do serviço e, de um modo geral, estão satisfeitos com o atendimento que recebem;

- Os usuários são aqueles que mais se identificam positivamente com o CAPS. Os profissionais foram os que apresentaram uma percepção mais negativa acerca do serviço. Os familiares foram aqueles que demonstraram menor implicação com o funcionamento do CAPS;

- Os usuários, familiares e profissionais percebem o CAPS, principalmente, através do modelo psicossocial de atendimento. Porém, diferentes perspectivas são observadas: os usuários ressaltam a redução do número de internações e o incremento de sua auto-estima; os familiares destacam a importância da inclusão da família e da sociedade no tratamento e a

preservação da liberdade dos usuários; e os profissionais ressaltam a importância do papel político do CAPS no movimento da Reforma Psiquiátrica, o resgate da cidadania do usuário e a ressignificação do conceito de loucura.

O presente estudo mostrou que, apesar das dificuldades encontradas, o modo psicossocial de atendimento tem beneficiado a pessoa com transtorno mental, porém observa-se uma certa paralisação no movimento da Reforma Psiquiátrica no cenário do CAPS. Indubitavelmente foi criado um modelo assistencial que beneficia a pessoa com transtorno mental, contudo corre-se o risco de uma cronificação destes sujeitos dentro do CAPS. O CAPS tornou-se a casa, a família e um local de refúgio para seus usuários, ficando mais fácil permanecer nele do que se expor às contingências da vida. Surge, então, uma questão: quais são as conduções terapêuticas mais adequadas para que o usuário perceba o CAPS como um local de suporte terapêutico e não como um lugar que é “Tudo na vida para a vida dos usuários” ou “Um refúgio para alguns usuários”, como falam alguns profissionais? Tal pergunta permanece em busca de uma resposta...

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D.S.N. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In PITTA, A.(org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. Integralidade nas políticas de saúde mental. PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p.167-176, 2001.

ALVIM, N.A.T. et alli. O espaço criativo e sensível na produção de dados para a pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.5, n.2, p.191-199, 2001.

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

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**. jul./set. 1995, vol.11, no.3, p.491-494. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 jun de 2004.

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida**. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARAÚJO, TM, AQUINO, E, MENEZES, G et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*. Ago. 2003, vol. 37, n.4, p.424-433. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acessado em: 10 jun. 2004.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: **Interface** – Comunicação, saúde, educação. Botucatu, São Paulo: vol.8, n.14, p.73-92, 2004. Disponível em: <http://www.interface.org.br> Acesso em: 9 dez 2004

BARTON, R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. **Psychiatric Services**, 50, 525-534, 1999. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/50/4/525> Acesso em: 27 abr de 2005

BERNARDO, M.H.J. **Loucura, família, instituição:** olhares e práticas que se encontram no cotidiano de uma instituição psiquiátrica. 1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem constituir-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II E CAPS III. Brasília, 2002.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/IBGE. **Pesquisa nacional por amostragem domiciliar 1998-2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 01 jun. 2005.

_____. Secretaria Executiva. Informações de saúde. **DATASUS -Tecnologia da informática a serviço do SUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2003.

CADE, N.V. O autoconceito x a identidade social desejada do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.51, n. 1, p. 139-146, jan./mar., 1998.

CAMPOS, F.C.B. Desafios da gestão de rede atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. **In: World Health Organization Mediterranean Centre – International Debate**. 12 SET 2003. Disponível em: <http://wmc.who.int/images/uploaded/desafios.PDF>
Acesso em: 04 mai de 2005.

CARVALHO, M. C. Os desafios da desinstitucionalização. In: FIGUEIREDO, A.C., CAVALCANTI, M.T. (Org.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, p. 09 – 38, 2001

CAVALHERI, S.C. **Acolhimento e orientação à família**. Apresentado no I World Virtual Congresso on Psychiatry and mental health, em 15/06/2002. Disponível em: <http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm> Acessado em: 26 jun. 2004

CAYRES, C. O. et al. O desafio da reabilitação psicossocial profissional. In: HARARI, A., VALENTI, W. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p. 105 – 112, 2001.

CIAMPA, AC. Identidade. In: LANE, STM, GODO, W. **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, p. 58 – 75, 2001..

CORBISIER, C. A Reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 279 - 300, 2000.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DANTAS, M.T.L. **Redesenhando estórias**. Estratégias discursivas e construção da identidade nas narrativas de uma paciente psiquiátrica. 2000. Dissertação (Mestrado em letras) – Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

DELGADO, P. G.. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em foco. Saúde Mental a ética do cuidar**. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, n.16. 1997.

_____. Atendimento Psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. In: **Cadernos do IPUB: Práticas Ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Rio de Janeiro: UFRJ, n.14, p. 113-121, 1999.

_____. et all. O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: cadernos de textos**. Brasília, p.12-19, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: junho de 2003.

DELGADO, S. et al. CAPS Rubens Correa: A construção de uma clínica diferenciada. **Saúde em foco. Informe epidemiológico em saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ano VI, n. 16, p. 36 – 39, nov. 1997.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DOISE, W., ZAVALLONI, M. The generality of social perception characteristics. **Acta Psychologica**, v.34, p.521-524, 1970.

DINIZ, S.A. **A medida de satisfação dos usuários com um serviço público municipal de saúde mental.** 1999. Tese (Doutorado em enfermagem psiquiátrica e ciências humanas) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia (GO), v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acessado em: 26 jun de 2004.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. **CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10ª Revisão. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm> Acesso em 01 jun 2005.

FAGUNDES, H. M., LIBÉRIO, M. A. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: Estratégias de construção e desconstrução. **Saúde em foco. Saúde Mental a ética do cuidar.** Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, n.16. 1997.

FAGUNDES, H.M. Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. In SMS do Rio de Janeiro et al. **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano.** Rio de Janeiro: UFRJ, n.14, p. 31-36, 1999.

FAGUNDES, S. O financiamento na orientação do modelo assistencial em saúde mental. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: cadernos de textos.** Brasília, p.31-41, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: jun de 2003.

FERNANDES, J D, FERREIRA, SL, ALBERGARIA, AK, CONCEIÇÃO, FM. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. Rev. Latino-Am.

Enfermagem. Ribeirão Preto, mar./abr. v.10 n.2, 2002. Disponível em : <<http://www.scielo.org>>. Acessado em: 10 jun. 2004.

FERREIRA, ABH. **Novo Dicionário Aurélio - Século XXI**, 1999.

FERREIRA, G. As instâncias sociais na prática psiquiátrica: uma questão ética. In: **Cadernos do IPUB: Práticas Ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Rio de Janeiro: UFRJ, n.14, p. 75-81, 1999.

FIGUEIREDO, A.C., JARDIM, S.R. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In: FIGUEIREDO, A.C., CAVALCANTI, M.T. (Org.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, p. 59 - 68, 2001

FIGUEIREDO, N.M.A., MACHADO, W.C.A. Cuidado: a natureza viva do pensar e do fazer. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.5, n.3, p.335-346, 2001.

FOUCAULT, M. A loucura e a sociedade. In: **Ditos e escritos**. (org. MOTTA, M.B.). Rio de Janeiro: Forense, p. 235-242, 1999.

FURTADO, J.P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A., VALENTI, W. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p. 37 – 58, 2001.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. 8ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

GUIMARÃES, C.C. **O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica** – um estudo de caso. 1998. Dissertação (Mestrado em psicologia) –

Departamento de psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

GUIMARÃES, J, MEDEIROS, SM, SAEKI, T, ALMEIDA, MCP. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. In: **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 5-11, mai/ago, 2001.

GONDAR, J. Linguagem e construção de identidade – um debate. In: FERREIRA, LMA, ORRICO, EGD. **Linguagem, identidade e memória social**: novas fronteiras, novas articulações. Rio de Janeiro: DP&A, p. 107 – 115, 2002.

HADDAD, MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Revista Espaço para Saúde. Londrina, v.01, n.02, 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acessado em: 15 dez. 2004.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

_____ Quem precisa de identidade? In: SILVA, TT (org). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 103 – 133, 2003.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial**. Dimensões teórico-práticas do processo. Erechim, Rio Grande do Sul: EDIFAPES, 2001.

KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira, a base de tudo**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

KAPLAN, H. I. e B.J. SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. 6ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 340-357.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa portadora de esquizofrenia**: Sobrecarga familiar. Ribeirão Preto (SP), 1997. Dissertação (Mestrado em enfermagem psiquiátrica e ciências

humanas) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: cadernos de textos.** Brasília, p.96-100, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: jun de 2003.

LAURENTI, C, BARROS, MNF. Identidade: questões conceituais e contextuais. PSI - Revista de Psicologia Social e Institucional. Londrina, v.02, n. 01, Jun., 2000. Disponível em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista>. Acesso em: 10 dez. 2004.

LEAL, E. M. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica:** Uma análise do programa de saúde mental de Santos. 1994. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

LOBOSQUE, A.M. Hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos: saberes e confrontos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: cadernos de textos.** Brasília, p.20-30, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: junho de 2003.

LOPES, G.T. A trajetória da investigação no âmbito da enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.6, n.1, p.335-346, 2002.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M.T. Política de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. (Org.) PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

- MEDEIROS, S.M., GUIMARAES, J. Citizenship and mental health in Brazil: a contribution to the debate. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: vol.7, no.3, p.571-579, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 09 mai 2005.
- MELLO, R., LAPPAN-BOTTI, N.C. Da reclusão hospitalar à inclusão social – Representações da loucura na legislação psiquiátrica brasileira. In: Jornada Internacional sobre Representações Sociais, 3 e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, 1, 2003, Rio de Janeiro. **Textos Completos**. Rio de Janeiro, 2003. p. 133-147.
- MELLO, R., FUREGATO, A.R.F. Assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro de 1996 a 2002: Avanços e retrocessos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro (no prelo)
- MELMAN, J. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. In: **Interface** – Comunicação, saúde, educação. Botucatu, São Paulo: vol.4, n.06, p.109-116, 2000. Disponível em: <http://www.interface.org.br> Acesso em: 9 dez 2000
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- MONNERAT, T. Trabalho autônomo, cooperativa e rede de relações sociais. In: **Cadernos do IPUB: Práticas Ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Rio de Janeiro: UFRJ, n.14, p. 89-91, 1999.
- MOREIRA, J. A. Saúde no Rio. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 10 mar. 2005. Seção de cartas, p. 10.
- MOURA, M.A.V. et alli. Tendências da produção de enfermagem na área da saúde da mulher. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem** , v.5, n.3, p.335-346, 2001.

NASI, C., STUMM, L.K., HILDEBRANDT, L.M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. In: Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, Goiás: v.06, n. 01, p. 59-67, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acessado em: 26 jun de 2004.

NEGRI, B. A realidade do orçamento, origem e aplicação dos recursos. In: BAYMA, F & KASZNAR, I (org.). **Saúde e previdência social. Desafios para a gestão no próximo milênio.** São Paulo: Makron, 2001.

OGATA, M.N. **Concepções de saúde e doença:** Estuda das representações sociais de profissionais de saúde. 2000. Tese (Doutorado em enfermagem psiquiátrica e ciências humanas) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

OLIVEIRA, F.B. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, M.S.B., SILVA, W.V, OLIVEIRA, F.B. (org.) **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos, 2000.

OLIVEIRA, M.M.B e JORGE, M.S.B. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE, R.C. (org.). Caminhando para a assistência integral. **Anais do V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica.** Ribeirão Preto (SP): Scala, p. 379-388, 1999.

PAUGAN, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.) **As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 4ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____ **A desqualificação social:** ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

PEDRO, W.J.A. **Metamorfoses masculina:** significados objetivos e subjetivo. Uma reflexão psicossocial na perspectiva da identidade humana. 2002. Tese (Doutorado em psicologia social) – Departamento de psicologia social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PEIXOTO, G. Algumas considerações, com um pouco de história familiar, sobre a relação entre a loucura, a ética e a política no âmbito da saúde mental. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 66-71, 2003.

PEREIRA, I.C.G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E.M. (org). **Saúde mental e serviço social.** São Paulo: Cortez, p. 217-262, 2000.

PEREIRA, M.A.O. Representações da doença mental pela família do paciente. In: **Interface** – Comunicação, saúde, educação. Botucatu, São Paulo: vol.7, n.12, p.71-82, 2003. Disponível em: <http://www.interface.org.br> Acesso em: 9 dez 2004

PEREIRA, M.F. A participação dos usuários. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 72-83, 2003.

PEREIRA, T.C. **A construção do enquadre de direcionamento na interação entre terapeuta e paciente:** Estudo dos atos de fala no discurso terapêutico. 1997. Dissertação (Mestrado em psicologia). Departamento de psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje?. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, P. 19 – 26, 2001.

RAUTER, C. Oficinas para quê? – uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 267 - 278, 2000.

RATTNER, H. Cultura, personalidade e identidade. São Paulo, Nov., 2001. Disponível em: <http://www.abdl.org.br/Rattner/download.doc> Acesso em: 12 out. 2003

RIETRA, R.C. P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. 1999. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro. CIDE- Centro de Informática e Dados do Rio de Janeiro. **Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro 2001**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://WWW.saude.rj.gov.br>

RIO DE JANEIRO (Município). **Armazém dos dados**. Rio de Janeiro, 2001. Acesso em: maio de 2005. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm>>

ROCHA, R.F. Saúde no Rio. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 10 mar. 2005. Seção de cartas, p. 10.

ROSA, L.C.S. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E.M. (org). **Saúde mental e serviço social**. São Paulo: Cortez, p. 217-262, 2000.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, I. Cientificidade na enfermagem: uma ideologia compartilhada. **Revista de Enfermagem da UERJ**,; v.6, n.1, p. 215-221, jun., 1998.

SARACENO, B. **Libertando Identidades - Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: TeCorá, 1999.

_____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, p. 13– 18, 2001.

_____. Reorientação do modelo psicossocial: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: cadernos de textos**. Brasília, p.20-30, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: junho de 2003.

_____. Hospital: dor e morte como ofício. 5ª ed. São Paulo: Annablume / HUCITEC, 2003

SCHNEIDER, J.F. **Ser-família de esquizofrênico: o que é isso?** Cascavel (PR): EDUNIOESTE, 2001.

SCHOSLZ, M.R., MADEIRA, C.G. Durkheim, Parsons e Garcia: Influências no âmbito da saúde. **Texto Contexto - Enfermagem**, v.6, n.3, p. 220-232, set/dez, 1997

SILVA, A.L. **“O doente” uma identidade construída na prática da exclusão**. 1996. Dissertação (Mestrado em serviço social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, F.P.P. Burnout: Um desafio à saúde do trabalhador. **PSI – Revista de Psicologia Social e Institucional**. Londrina, v.02, n.01, jun, 2000. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>> Acessado em: 15 dez. 2004.

SILVA, J. P. L., COUTINHO, E. S. F. e AMARANTE, P. D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. jul./set. 1999, vol.15, no.3, p.505-511. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 jun 2004.

SILVA, R.C. A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: ROMANELI, G., BIASOLI-ALVES, Z.M.M. (org.) **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, p. 159 –174, 1998.

SILVA, T.T. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, TT (org). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 73-102, 2003.

SPANIOL, L., ZIPPLE, A.M., LOCKWOOD, D. The role of the family in psychiatric rehabilitation. In: **Schizophrenia Bulletin**. Rockville: v. 18, n. 3, p. 341-348, 1992.

TYKANORY, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, p. 55 – 59, 2001.

TEVES, N. Imaginário social, identidade e memória. In: FERREIRA, LMA, ORRICO, EGD. **Linguagem, identidade e memória social: novas fronteiras, novas articulações**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 53 – 68, 2002.

VASCONCELOS, E.M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 169-194, 2000.

_____. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil atual. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: cadernos de textos**. Brasília, p.42-53, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: junho de 2003.

VENETIKIDES, C.H. et all. Saúde mental – Mais atenção para quem precisa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim,**

excluir não: cadernos de textos. Brasília, p.68-74, 2001. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/bases.html. Acesso: junho de 2003.

VOTRE, SJ. Linguagem, identidade, representação e imaginação. In: FERREIRA, LMA, ORRICO, EGD. **Linguagem, identidade e memória social:** novas fronteiras, novas articulações. Rio de Janeiro: DP&A, p. 89 – 105, 2002..

WAIDMAN, M.A.P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R.C. (org.). **Caminhando para a assistência integral.** Anais do V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto (SP): Scala, p. 389-407, 1999.

ZAVALLONI, M. Cognitive process and social identity through focused introspection. **European Journal of Social Psychology**, v.1, n.2, p.235-260, 1971.

_____. Social identity: perspectives and prospects. **Social science information**, v.12, n. 3, p. 65-91, 1972.

_____. Subjective culture, self-concept and the social environment. **International Journal of psychology**, v. 8, n.3, p.183-192, 1973.

_____. The affective-representational circuit as the foundation of identity. **New Ideas Psychol**, v. 4, n.3, p.333-349, 1986.

_____. E-motional memory and the identity system: Its interplay with representations of the social world. In: DEAUX, K. & PHILOGÈNE, G. (org.) **Representations of the social. Bridging theoretical traditions.** New York: Ed Basil-Blackwell, p. 285 – 304, 2001.

ZAVALLONI, M. & LOUIS-GUÉRIN, C. Environnement, perception et mémoire. International émoire. **International Review of Applied Psychology**. London. p. 1-8, 1978

_____ **Identité sociale et conscience. Introduction à l'égo ecologie.** Quebec: Les presses de l'Université de Montreal, 1984

_____. L'égo-ecologie comme étude de l'interaction symbolique et imaginaire de soi et des autres. **Sociologie et sociétés**, v.19, n. 2, p.65-75, octobre, 1987.

ZERBETTO, S R, PEREIRA, M A O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Rio de Janeiro: Jan./Feb. vol.13, no.1, p.112-117, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 23 Abr 2005

APÊNDICE – A

INSTRUMENTO DE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO - ICS/USUÁRIO

A-Identificação do usuário **CÓD.** **-U**
Data: ___ / ___ / ___ **Nome (iniciais):** _____
Idade: _____ **Sexo:** F M **Estado Civil:** So C D V **Outro:** _____
Escolaridade: Analf 1ºGI 1ºGC 2ºGI 2ºGC SupI SupC **Estuda:** S N
Fonte de renda: T SS A N Fa **Cuida do próprio dinheiro:** S N
Reside com: _____

Profissional de referência: _____ **Médico:** _____

B-Contextualização Psicossocial

Início do problema: _____ **Admissão no CAPS:** _____

Nº internações: Anteriores: _____ Posteriores: _____ Total: _____

Família comparece ao CAPS? S N **Freqüência:** Se Q Me Es N

ATIVIDADES LABORAIS:

*Antes da 1ª internação: S N **Atividade:** _____

Local: _____ **Duração:** _____

*Antes da entrada no CAPS: S N **Atividade:** _____

Local: _____ **Duração:** _____

*Após entrada no CAPS: S N **Atividade:** _____

Local: _____ **Duração:** _____

ATIVIDADES ESCOLARES:

*Antes da 1ª internação: S N **Série que cursava:** _____

*Antes da entrada no CAPS: S N **Série que cursava:** _____

*Após entrada no CAPS: S N **Série que cursa:** _____

OUTROS CURSOS:

*Antes da 1ª internação: S N **Curso:** _____

Local: _____ **Duração:** _____

*Antes da entrada no CAPS: S N **Curso:** _____

Local: _____ **Duração:** _____

*Após entrada no CAPS: S N Curso: _____

Local: _____ Duração: _____

ATIVIDADES DE LAZER ATUAL:

Durante a semana (Tipo de atividades, frequência, com quem realiza):

Final de semana: (Tipo de atividades, frequência, com quem realiza):

CONTRATO TERAPÊUTICO ATUAL :

2ª feira=> _____

3ª feira=> _____

4ª feira=> _____

5ª feira=> _____

6ª feira=> _____

Outras informações:

APÊNDICE – B

INSTRUMENTO DE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO – ICS/FAMILIAR

A-Identificação do familiar**Suj. -Fa**

Data: ___ / ___ / ___ Nome (iniciais): _____

Idade: _____ Sexo: F M Estado Civil: So C D V Outro: _____

Escolaridade: Analf Alfab EFI EFC EMI EMC ESI ESC

Vínculo com o usuário: _____

Reside com o usuário: S N Nº de moradores: Moradia própria: S N

Outros familiares comparecem ao CAPS S N

Quem? _____

Quando? _____

Renda familiar:RS _____ Quem contribui? _____

B-Atendimento no CAPS

1) Atendimento individual: S N Freqüência: Se Q Me Es N

2) Atendimento em grupo de familiares: S N Freqüência: Se Q Me Es N

3) Atendimento nuclear de familiares: S N Freqüência: Se Q Me Es N

4) Atividades externas do CAPS: S N Freqüência: Se Q Me Es N

Especificar: _____

Outras informações: _____

APÊNDICE – C**INSTRUMENTO DE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO – ICS/PROFISSIONAL**

A-Identificação do profissional

Suj. -Pf

Data: ___/___/___ Nome (iniciais): _____

Idade: _____ Sexo: F M Estado Civil: So C D V Outro: _____

Categoria profissional : _____ Ano de formatura : _____

Tempo de atuação em psiquiatria : _____ Tempo que atua no CAPS : _____

Função atual : _____ Horário semanal: _____

Vínculo empregat. no CAPS: Fe Es MuOutro : _____

Antes de trabalhar nesta unidade já atuava em:

amb. de saúde mental internação psiq. emergência psiq CAPS

Outro : _____ Tempo de atuação : _____

Atividades fora do CAPS: assistência ensino administrativa consultório -

Horário: _____

Cursos de especialização/pós-graduação (superior a 340 horas) : S N

Especificar cursos e data de término:

Outros cursos relevantes: _____

B-Contextualização do trabalho no CAPS.

Conhecia este modelo assistencial antes de vir trabalhar no CAPS? S N

1) Atendimento individual: S N

Clientela: U Fa Outro: _____

Tipo de atividade: _____

Desenvolve esta atividade: Só com outro(s) Especificar: _____

Nº de clientes como técnico de referência: _____ Nº consultas/dia: _____

2) Atendimento de grupo: S N

Clientela: U Fa Outro: _____

Tipo de atividade: _____

Desenvolve esta atividade: Só com outro(s) Especificar: _____

3) Coordenação de oficinas: S N

Clientela: U Fa Outros: _____

Tipo de atividade: _____

Desenvolve esta atividade: Só com outro(s) **Especificar:** _____

4) Serviço de recepção: S N

Clientela: U Fa Outro: _____

Tipo de atividade: individual grupo

Desenvolve esta atividade: Só com outro(s) **Especificar:** _____

5) Atividades externas do CAPS: S N

Clientela: U Fa Outro: _____

Tipo de atividade: _____

Desenvolve esta atividade: Só com outro(s) **Especificar:** _____

6) Administrativas: S N

Clientela: U Fa Outros: _____

Tipo de atividade: _____

Desenvolve esta atividade: Só com outro(s) **Especificar:** _____

7) Supervisão de equipe : S N

Outras informações:

APÊNDICE –D

INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE IDENTIDADE SOCIAL – IMIS/USUÁRIO

Data: ____/____/____

Suj. -Us

Nome(iniciais): _____

FASE I

1-Nós, como usuário(a)s do CAPS somos...

1.1 _____ P N Ng (S) (N)

1.2 _____ P N Ng (S) (N)

1.3 _____ P N Ng (S) (N)

2- Eles, como usuários do CAPS são....

2.1 _____ P N Ng (S) (N)

2.2 _____ P N Ng (S) (N)

2.3 _____ P N Ng (S) (N)

3- Eu gostaria de ser visto como...

3.1 _____ P N Ng (S) (N)

3.2 _____ P N Ng (S) (N)

3.3 _____ P N Ng (S) (N)

4- Minha família é...

4.1 _____ P N Ng (S) (N)

4.2 _____ P N Ng (S) (N)

4.3 _____ P N Ng (S) (N)

5- Os profissionais do CAPS são...

5.1 _____ P N Ng (S) (N)

5.2 _____ P N Ng (S) (N)

5.3 _____ P N Ng (S) (N)

6-O CAPS é...

6.1 _____ P N Ng (S) (N)

6.2 _____ P N Ng (S) (N)

6.3 _____ P N Ng (S) (N)

7-O CAPS poderia ser...

7.1 _____ P N Ng (S) (N)

7.2 _____ P N Ng (S) (N)

7.3 _____ P N Ng (S) (N)

8- Hoje eu sou...

8.1 _____ P N Ng (S) (N)

8.2 _____ P N Ng (S) (N)

8.3 _____ P N Ng (S) (N)

9- No futuro eu serei...

9.1 _____ P N Ng (S) (N)

9.2 _____ P N Ng (S) (N)

9.3 _____ P N Ng (S) (N)

FASE II

1.2 Quando você falou “nós, usuários do CAPS somos...”, de quem você lembrou?

2.2 E quando você falou “eles, usuários do CAPS são...”, de quem você lembrou?

FASE III (Relativo aos itens 1 e 6)

1.1 O que você quer dizer com...

1.2 Quando você se viu desta maneira pela primeira vez?

1.3 Em que situação você se vê desta forma?

APÊNDICE – E

INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE IDENTIDADE SOCIAL – IMIS/FAMILIAR

Data: ____/____/____

Suj. -Fa

Nome(iniciais): _____

FASE I

1-Nós, como familiares somos...

- 1.1 _____ P N Ng (S) (N)
 1.2 _____ P N Ng (S) (N)
 1.3 _____ P N Ng (S) (N)

2- Eles, como familiares são....

- 2.1 _____ P N Ng (S) (N)
 2.2 _____ P N Ng (S) (N)
 2.3 _____ P N Ng (S) (N)

3- Eu gostaria de ser visto como...

- 3.1 _____ P N Ng (S) (N)
 3.2 _____ P N Ng (S) (N)
 3.3 _____ P N Ng (S) (N)

4- A/O (nome do cliente) é ...

- 4.1 _____ P N Ng (S) (N)
 4.2 _____ P N Ng (S) (N)
 4.3 _____ P N Ng (S) (N)

5- Os profissionais do CAPS são...

- 5.1 _____ P N Ng (S) (N)
 5.2 _____ P N Ng (S) (N)
 5.3 _____ P N Ng (S) (N)

6- O CAPS é...

- 6.1 _____ P N Ng (S) (N)
 6.2 _____ P N Ng (S) (N)
 6.3 _____ P N Ng (S) (N)

7- O CAPS poderia ser...

- 7.1 _____ P N Ng (S) (N)
 7.2 _____ P N Ng (S) (N)
 7.3 _____ P N Ng (S) (N)

8- Hoje eu sou...

- 8.1 _____ P N Ng (S) (N)
 8.2 _____ P N Ng (S) (N)
 8.3 _____ P N Ng (S) (N)

9- No futuro eu serei...

9.1 _____ P N Ng (S) (N)

9.2 _____ P N Ng (S) (N)

9.3 _____ P N Ng (S) (N)

FASE II**1.2 Quando você falou “nós, familiares somos...”, de quem você lembrou?****2.2 E quando você falou “eles, familiares são...”, de quem você lembrou?****FASE III (Relativo aos itens 1 e 6)****1.1 O que você quer dizer com...****1.2 Quando você se viu desta maneira pela primeira vez?****1.3 Em que situação você se vê desta forma?****APÊNDICE – F****INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE IDENTIDADE SOCIAL – IMIS/PROFISSIONAL**

Data: ____/____/____

Suj. -Pf

Nome(iniciais): _____

FASE I**1-Nós, como profissionais do CAPS somos...**

1.1 _____ P N Ng (S) (N)

1.2 _____ P N Ng (S) (N)

1.3 _____ P N Ng (S) (N)

2- Eles, como profissionais do CAPS são....

2.1 _____ P N Ng (S) (N)

2.2 _____ P N Ng (S) (N)

2.3 _____ P N Ng (S) (N)

3- Eu gostaria de ser visto como...

3.1 _____ P N Ng (S) (N)

3.2 _____ P N Ng (S) (N)

3.3 _____ P N Ng (S) (N)

4- Os clientes do CAPS são...

4.1 _____ P N Ng (S) (N)

4.2 _____ P N Ng (S) (N)

4.3 _____ P N Ng (S) (N)

5- Os familiares dos clientes são...

5.1 _____ P N Ng (S) (N)

5.2 _____ P N Ng (S) (N)

5.3 _____ P N Ng (S) (N)

6- O CAPS é...

6.1 _____ P N Ng (S) (N)

6.2 _____ P N Ng (S) (N)

6.3 _____ P N Ng (S) (N)

7- O CAPS poderia ser...

7.1 _____ P N Ng (S) (N)

7.2 _____ P N Ng (S) (N)

7.3 _____ P N Ng (S) (N)

8- Hoje eu sou...

8.1 _____ P N Ng (S) (N)

8.2 _____ P N Ng (S) (N)

8.3 _____ P N Ng (S) (N)

9- No futuro eu serei...

9.1 _____ P N Ng (S) (N)

9.2 _____ P N Ng (S) (N)

9.3 _____ P N Ng (S) (N)

FASE II

1.2 Quando você falou “nós, profissionais do CAPS somos...”, de quem você lembrou?

2.2 E quando você falou “eles, profissionais do CAPS são...”, de quem você lembrou?

FASE III (Relativo aos itens 1 e 6)

1.1 O que você quer dizer com...

1.2 Quando você se viu desta maneira pela primeira vez?

1.3 Em que situação você se vê desta forma?

APÊNDICE – G

ESCLARECIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1- **Nome da pesquisa:** “Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro”

2- **Pesquisadora responsável:** Rosâne Mello Cód. partic.: - -

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, _____ anos,
 recebi todas as informações do estudo que vai conhecer minha opinião sobre as pessoas que freqüentam o CAPS e sobre o CAPS. Fui informado que minha opinião contribuirá para

melhorar a qualidade da assistência em saúde mental. Darei minha opinião através de formulários, que serão identificados por códigos e não terei minha identidade revelada em nenhum momento do estudo. As informações serão analisadas e utilizadas somente para o ensino e para a pesquisa.

Tenho conhecimento que em nenhum momento da pesquisa serei exposto(a) a qualquer tipo de risco. Estou ciente que poderei recusar-me a continuar participando e não terei qualquer tipo de prejuízo para minha pessoa ou para meus familiares. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum tipo de pagamento ou gratificação pela minha participação.

Concordo voluntariamente a participar deste estudo,

Assinatura

Documento número

_____/_____/200__
Data

Rosâne Mello
COREN N°: RJ49539
TEL: 9605-0025
(Pesquisadora)

Dr^a Antônia Regina F. Furegato
COREN N°: SP7599
TEL: (16) 602- 3422
(Orientadora)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)