



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

NAYRA LUANNA NOGUEIRA

**A PERCEÇÃO DE PSICÓLOGOS DE CAPS ACERCA DO TRABALHO COMO
UM VEÍCULO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO
DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO**

Palhoça, 2013.

NAYRA LUANNA NOGUEIRA

**A PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS DE CAPS ACERCA DO TRABALHO COMO
UM VEÍCULO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO
DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicóloga.

Orientadora: Ana Maria Pereira Lopes, Dra.

Palhoça, 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS – força intensa - que me acolhe quando clamo por determinação e perseverança.

Certamente, sou eternamente grata à minha família pela compreensão, cumplicidade e incentivo incondicionais. Temos uma relação repleta de sinceridade, companheirismo e amorosidade magníficos.

Ao meu pai, Haroldo Gomes Nogueira, por me incentivar a prosseguir, independente do que aconteça e por me mostrar a importância de expandir meus horizontes. Agradeço por ser meu professor fascinante dentro e fora da sala de aula.

À minha tia, Eliana Aparecida Nogueira, por ser generosa, companheira, persistente e por tornar minha conquista palpável.

Ao meu irmão, Haroldo Gomes Nogueira Júnior, por ser solidário, leal, disposto, preocupado, gentil e por ser meu parceiro em todos os instantes da minha caminhada.

À minha vó, Lucidia Pereira Nogueira, por se preocupar com minha educação e por ser sempre muito atenciosa, prestativa, honesta, habilidosa e divertida.

Agradeço, particularmente, à minha *mama*, Fátima Aparecida de Souza, que sempre será minha melhor amiga. Ela compreendeu minha ânsia por me graduar o mais rápido possível e era minha maior cúmplice na jornada pela vida. A Fatinha era uma pessoa maravilhosa, e realmente, ela apresentava mais virtudes em comparação aos defeitos e por coincidência, era minha mãe. Meu exemplo de como ser humilde, guerreira, sincera, fiel, honesta, habilidosa, amorosa, carinhosa, forte, empática, bondosa, altruísta e responsável. Ela vive em mim e a minha realização é a dela também!

Sou grata ao meu namorado – Neri Amaral Júnior - por ser meu companheiro amoroso, educado, responsável, dedicado, carinhoso, gentil e parceiro para diálogos de todo tipo e também para fazer programas variados. É o homem que combina com meus desejos e com quem vou realizar projetos.

Agradeço a cada professor da UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL), que contribuiu para meu aprendizado e que me instigou a realizar um trabalho competente e humanizado.

À minha orientadora e professora Ana Maria Pereira Lopes, por ser atenciosa, cautelosa e solícita. Sou grata por ter acreditado na minha capacidade e por ter me estimulado a desenvolver minhas potencialidades no período que mais precisei.

À professora Maria Ângela Giordani Machado, por me mostrar como é grandioso realizar o trabalho com competência, sensibilidade e amorosidade.

À professora Gabriela Luiza Campos por me apresentar a magnitude de desenvolver o trabalho com simpatia, dedicação, competência e suavidade.

À minha amiga e colega Maria Izabel Souza, pela ajuda na fase em que mais precisei e pelos incontáveis favores que me ofereceu durante o desenrolar do último ano do curso de Psicologia.

Ao meu amigo e psicólogo, Eliézer Géu Matos, por ter sido o melhor mestre e colega de trabalho que uma pessoa poderia ter.

Aos CAPS por terem permitido a realização da minha pesquisa.

Aos psicólogos que participaram das entrevistas e por terem sido bastante solícitos e generosos.

À professora Michelle Regina da Natividade, pelas contribuições maravilhosas e por ter participado da minha Banca com bastante engajamento.

Ao professor Sergio Luiz Sanseverino por ter aceitado meu convite, prontamente, para ser integrante da minha Banca e por ter sido bastante cauteloso e competente.

“A loucura é uma ilha perdida no oceano da razão”

(ASSIS, 1974).

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 1.1 OBJETIVOS..... | 17 |
| 1.1.1 Objetivo Geral..... | 18 |
| 1.1.2 Objetivos Específicos..... | 18 |
| 2. MÉTODO..... | 18 |
| 3. ANÁLISE DOS DADOS..... | 21 |
| 3.1 TRABALHO DE PSICÓLOGOS DO CAPS JUNTO AOS USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS ESQUIZOFRÊNICOS..... | 21 |
| 3.2 PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE O TRABALHO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE DO USUÁRIO DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO..... | 33 |
| 3.3 CONCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE O TRABALHO COMO RECURSO PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO..... | 37 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 40 |
| REFERÊNCIAS..... | 42 |
| APÊNDICES..... | 46 |
| APÊNDICE A – Roteiro de entrevista dos psicólogos do CAPS..... | 47 |
| APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 49 |
| APÊNDICE C – Termo de consentimento para gravações..... | 51 |
| APÊNDICE D - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas..... | 52 |
| APÊNDICE E – Quadro da Tabela de categorias e subcategoria..... | 53 |

A PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS DE CAPS ACERCA DO TRABALHO COMO UM VEÍCULO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO

Nayra Luanna Nogueira¹

Resumo: A pessoa diagnosticada esquizofrênica, geralmente, encontra-se excluída da vida profissional, pois é estigmatizada como incapaz. Este estudo objetiva identificar a percepção de psicólogos que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação ao trabalho como um veículo de reabilitação psicossocial voltado ao usuário diagnosticado esquizofrênico, bem como busca compreender a realidade das atividades realizadas junto aos usuários considerados esquizofrênicos. Intenciona também identificar a relevância do trabalho na formação da identidade, além de averiguar o modo como o trabalho reabilita psicossocialmente o usuário diagnosticado esquizofrênico. A pesquisa, de caráter exploratório e de natureza qualitativa, foi realizada por meio de entrevista semiestruturada junto a dois psicólogos atuantes em CAPS localizados em uma região catarinense. Após o procedimento de transcrição das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, então, foram realizadas leituras correspondentes às informações e após a formulação das categorias, estas foram discutidas e interpretadas de acordo com a fundamentação teórica dos conceitos indispensáveis a esta pesquisa. Como resultado, pode ser verificado que os psicólogos realizam terapias individuais e coletivas junto aos usuários considerados esquizofrênicos e elaboram estratégias em prol da organização deles. Para esses profissionais, a identidade é formada pela interação do mundo íntimo do ser humano com os objetos, experiências e com outras pessoas do seu contexto socioeconômico e político cultural. O trabalho mobiliza a identidade do usuário diagnosticado esquizofrênico para que ela se mantenha ou para que seja modificada. Diante desta pesquisa, percebe-se que os usuários diagnosticados esquizofrênicos exercem trabalhos formal e informal, embora o capitalismo impeça a reinserção profissional do modo menos alienante possível.

Palavras - Chave: Esquizofrenia. Trabalho. Reabilitação psicossocial.

¹Acadêmica da décima fase do curso Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail:nayra.nogueira@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Há uma descrença no desenvolvimento das potencialidades de um ser humano diagnosticado com Esquizofrenia na possibilidade deste realizar uma atividade de trabalho remunerada. A imagem de uma pessoa improdutiva e descartável é formada a partir do desconhecimento dos familiares, sistemas sociais e profissionais sobre esse transtorno mental e também da falta de empenho em se criar estratégias que atendam às possibilidades de estímulos às pessoas consideradas esquizofrênicas.

Existem muitas definições sobre o que seja uma Esquizofrenia. Dependendo das abordagens psicológicas, será entendida como uma formação decorrente de um processo delimitado por teorias vigentes como a Psicanálise. Levando-se em consideração o componente biológico, poderá ser conceituada como um agrupamento de enfermidades ou uma doença mental que foi diagnosticada pela relação direta com os sintomas padronizados. Também pode ser explicado pelo viés mecanicista em que as lesões cerebrais produzem consequências como delírios, alucinações, distúrbios de memória, angústias e despersonalização, excluindo, qualquer elemento psíquico da etiologia (PONTES, 1998).

A Esquizofrenia tem em seus antecedentes a ideia de loucura como “um estado individual de perda da razão ou do controle emocional. Independentemente dos significados sociais ou políticos de tais aberrações” (PESSOTTI, 1994, p.7). Ao longo das épocas, procurou-se explicar as causas, os tipos e as manifestações da loucura, conforme Pessotti (1994), ressaltando as formas que a loucura pode representar: um quadro clínico ou um comprometimento das funções comportamentais no cotidiano.

Na Antiguidade grega, Homero elaborou conceito sobre a loucura na obra *Iliada* que implicou no primeiro modelo teórico da loucura imbricado na concepção filosófica “Em Homero, portanto, a loucura é um estado de desrazão, de perda do controle consciente sobre si mesmo, de insensatez, no sentido de que sob a *atê*, o homem perde, ou pode perder, o contato ordenado com a realidade física ou social” (PESSOTTI, 1994, p. 19). Hipócrates, mencionado por Pessotti (1994), entendia a loucura como desajuste proveniente da natureza orgânica, ou seja, corporal do humano. A perda da razão e do controle emocional são as consequências do desarranjo. Adiante, de acordo com o autor, Platão declara “a loucura é o desvio da racionalidade do sistema” (PESSOTTI, 1994, p. 60). A parte racional do ser humano deve ser lógica e orientar as demais. Se ocorrer algum desvio na parte racional, a pessoa passará por uma desordem mental denominada de loucura.

Em uma visão mais sistemática do processo de delimitação dos fenômenos da loucura, Philippe Pinel citado por Amarante (1995), propôs, no século XVIII, critérios médicos por meio das categorizações do adoecimento e enquadrando a loucura na ordem médica. Elucidando os fatos do século XX que corroboraram para a concepção da Esquizofrenia no século XXI, de acordo com Kaplan (1997), a concepção do psiquiatra suíço Eugen Bleuler permitiu a compreensão etimológica da Esquizofrenia (*esquizo* = divisão, *phrenia* = mente; esquizo = cisão, frenia = mente) como uma “cisão da mente” designando o dano ao pensamento.

O percurso de sistematização iniciado por Philippe Pinel levou à discussão de uma psicopatologia e para Botega e Dalgarrondo (1997), as pessoas diagnosticadas esquizofrênicas são desorganizadas cronicamente e ou destrutivas que não podem viver fora de um contexto terapêuticamente estruturado. Os sintomas de Esquizofrenia são graves e permanentes, e para Pontes (1998), a Esquizofrenia é um transtorno comum e o de maior peso dentro o grupo da classificação (F20- F29) encontrado na CID – 10² e se apresenta subdividida em: paranóide, hebefrênica, catatônicas, indiferenciada, depressão pós- esquizofrênica, residual e simples.

Neste viés da psicopatologia, Sadock (2002) caracteriza a Esquizofrenia como um quadro que abrange os sintomas positivos típicos como alucinações, delírios e agitação e também os sintomas negativos como ambivalência, retraimento emocional e dissociações cognitivas. Já Pontes (1998), exemplifica a excitação e a hiperatividade grosseira como anormalidades do pensamento que são definidos como sintomas positivos, além dos mencionados por Sadock (2002). E, ao se referir aos sintomas negativos da Esquizofrenia, Pontes (1998) destaca a anedonia, discurso pobre, afeto embotado, catatonia e prejuízo cognitivo.

Nesse sentido, Pontes (1998) discorre que a Esquizofrenia é um tipo de psicose e surge, normalmente, a partir da idade mínima de 15 anos na fase em que a pessoa está cursando o Ensino Médio e se preparando para sua futura escolha profissional. O autor retrata que essa condição acomete os indivíduos dos 15 aos 35 anos de idade em cerca de 80% dos casos. Significa, pois, que a pessoa pode ter prejuízos por causa dos sintomas da esquizofrenia no período em que vivencia a transição da dependência familiar para a autonomia pessoal e profissional. Poderá deixar de desenvolver sua cognição, criatividade, habilidades, competências e senso crítico caso não seja estimulada. E o contrário, com atenção adequada, a

² CID-10 – **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

pessoa com esquizofrenia pode manter uma clareza e uma capacidade intelectual, na compreensão de Pontes (1998).

Em função dos desdobramentos das características da Esquizofrenia e do processo da história de exclusão, a pessoa compreendida esquizofrênica que não trabalha, pode sobrecarregar sua família, pois essa terá que esticar sua jornada de trabalho para produzir o suficiente e isso poderá acarretar instabilidade e conflito entre a pessoa diagnosticada esquizofrênica e seus familiares (MELMAN, 2008).

Ao discorrer sobre as relações sociais que formam o suporte de um sujeito na sociedade, Melman (2008) percebe ser necessário conhecer sua família, bem como seus vínculos interpessoais relevantes, como o grupo de amigos, o de estudo e o do trabalho. Além disso, Melman (2008) assegura que conviver diariamente e cuidar de alguém que apresenta um transtorno mental é tarefa cansativa e permeada por desgastes econômicos, físicos, emocionais e sociais. Muitos familiares ficam desiludidos por causa das recaídas dos pacientes diagnosticados esquizofrênicos que fizeram tratamento e por isso, não creem na transformação da realidade que possa melhorar o quadro deles.

As diferentes perspectivas teóricas da Psicologia abordarão a Esquizofrenia, para além da categorização e definições, agregando compreensão dos sintomas mencionados antes. Nesse viés, a Psicopatologia Fundamental aparece como abordagem teórica-prática que defende a tarefa de revelar a subjetividade de cada sujeito e busca compreender a história inconsciente e singular de cada pessoa. A Psicopatologia Fundamental tem base nas noções de *pathos* e *logos*, representando paixão e discurso, respectivamente. Estas noções corroboram para o envolvimento do terapeuta com a história do usuário diagnosticado esquizofrênico por meio de sua fala, com intuito de conhecer o motivo do seu sofrimento. Algumas abordagens teórico-práticas como a de base psicanalítica e também fenomenológica buscarão articular junto a uma psicopatologia mais sistematizada e organizada pelos manuais diagnósticos a compreensão relativa ao funcionamento da dinâmica da pessoa. Ao encontro dessa ideia, Ceccarelli (2005) discorre que as diferentes correntes teóricas da Psicologia perceberão o *pathos* conforme suas respectivas leituras sobre o mesmo fenômeno.

Então, a Psicopatologia Fundamental, na visão de Gromann e Berlinck (2003), suscita que o inconsciente é a manifestação do *pathos* ao fazer alusão à paixão como representante dos sintomas atrelados à trajetória do sofrimento que uma pessoa vivencia. O usuário considerado esquizofrênico fica à margem da sociedade e é impedido de se expressar, por isso, ele não tem a oportunidade de se posicionar como uma pessoa trabalhadora e competente, merecedora de prestígio e capaz de criar e produzir. A família e a comunidade

não acreditam na capacidade cognitiva do usuário diagnosticado esquizofrênico e o desestimulam a realizar atividades intelectuais ou de quaisquer ordens.

Ceccarelli (2003) debate a Psicopatologia Fundamental que intenciona corroborar para que a pessoa consiga transformar o *pathos*, ou seja, seu sofrimento, em uma experiência que enriquecerá seu pensamento. Sigmund Freud mencionado por Ceccarelli (2003) discorre que o sujeito, independente se é considerado louco ou não, sempre irá se manifestar a partir de seu *pathos* singular. Por meio da intervenção psicoterapêutica, o usuário diagnosticado esquizofrênico poderá perceber o *pathos* de outro modo, então, conseguirá ter pensamentos e afetos inéditos em relação a todo o seu sofrimento.

Contudo, ainda que haja no cenário teórico modos de compreensão da Esquizofrenia como os relativos à Psicopatologia Fundamental, ao se falar em pessoa diagnosticada esquizofrênica, o estigma “louco” ainda surge espontaneamente. Define-se o louco como alguém que não segue o padrão de comportamento socialmente aceito, por isso, é excluído do convívio dos intitulados normais, iguais que são reconhecidos como as pessoas produtivas e dignas. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade, segundo Basaglia (1985). Todo o tecido social está costurado sob uma nítida divisão de poderes entre dominador e dominado, opressor e oprimido, quem detém o poder e quem a ele se submete.

Então, percebe-se que esse processo de exclusão se deu na rotulação do louco como alguém “possuído”, sendo essas pessoas ignoradas e punidas já na Idade Média. Depois, no século XVII, criaram-se hospedarias conhecidas pelas Casas de Misericórdia e Hospitais Gerais onde os devassos, leprosos, prostitutas, loucos e todos que significavam ameaças à ordem social eram recolhidos (FOUCAULT, 1979). A criação dos Hospitais Gerais já no século XVIII não intencionavam tratar as pessoas, mas sim, segregá-las do convívio social por serem improdutivas. Ao longo da história, as casas que abrigavam todos os indivíduos dessocializados, passaram a receber apenas os loucos. “A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografia territórios de segregação, morte e ausência de verdade” (AMARANTE, 1995, p. 25).

Nesse movimento de exclusão contribuiu o já mencionado trabalho de Philippe Pinel, que levou a um processo de medicalização do Hospital Geral de Paris e se tornou conhecido como o fundador da Psiquiatria, de acordo com Amarante (2007). Sua proposta era libertar os loucos das correntes, no entanto, deveriam ser submetidos a um tratamento asilar regido por um completo isolamento. Segundo Amarante (2007), o tratamento moral consistia em isolar o louco do mundo exterior, conhecido por institucionalização/hospitalização integral

“Se as causas da alienação mental não estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 2007, p. 29).

As primeiras experiências na contramão do modelo hospitalar e envolvendo a atuação comunitária, deram-se na Inglaterra, em 1942, visto que já vicejava um pensamento liberto da visão institucionalizada do doente mental como algo irrecuperável, lançando, portanto, novas luzes sobre a condição da falência da psiquiatria hospitalar (BASAGLIA, 1985).

Essa mesma lógica da exclusão, com base na institucionalização no modelo hospitalar excludente, se configurou no Brasil ao longo dos séculos XIX e XX, por meio da construção de hospitais com destaque para o primeiro deles, o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, e em outras grandes cidades. Foi somente ao decorrer da década de 1980 com as ocorrências de alguns direcionamentos governamentais que houve o alcance de avanços no processo de modificação do modelo de Atenção à Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

Amarante (2007) relata que, no Brasil, na década de 1980, grupos mobilizam-se no período histórico caracterizado por transformações sociais e políticas que ensaiavam a retomada da mobilização social, sobretudo em torno da luta pela redemocratização do país junto aos trabalhadores de saúde mental. Nesse panorama, segundo Amarante (2007), surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que era composto predominantemente por profissionais da saúde mental e durante o I Congresso Nacional de Saúde Mental, em 1987, na cidade de Bauru, se tornou um movimento com a participação também de usuários e familiares. Lançaram o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e na prática, Amarante (1994) relata que foi o início de discussões e adesão às ações de desinstitucionalização, que não é somente um processo de desospitalização, mas de inovações de atendimentos assistenciais territoriais conjuntamente com a desconstrução de conceitos e de práticas psiquiátricas.

Assim, levando em consideração a dimensão sociocultural da década de 1980, no Brasil, um dos princípios fundamentais era o anseio pela participação da sociedade nos debates sobre a Reforma Psiquiátrica abarcando temas da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos a partir do envolvimento artístico e cultural dos usuários, técnicos, familiares e voluntários. Por esse motivo, em 1988, instituiu-se um Dia Nacional da Luta Antimanicomial -18 de Maio – marcado em todo o cenário brasileiro por “atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, dentre outras, que promovem o debate e instigam a sociedade a participar e a refletir” (AMARANTE, 2007, p.73).

Diante disso, Amarante (2007) discorre que sob a égide dos Direitos Humanos, passou-se a lutar pela inclusão de novos indivíduos de direito e de novos direitos para as pessoas com agravo mental. “Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece” (AMARANTE, 2007, p. 70). Dessa forma, em 1989, foi elaborado o Projeto de Lei (PL) nº 3.657 que tramitou no Congresso brasileiro por 12 anos e deu origem a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001). Essa Lei protege os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Todavia, a mesma ainda não alcançou a extinção progressiva dos manicômios que era uma de suas maiores aspirações, segundo Amarante (2007).

Mediante a nova legislação, no Brasil, a Política de Saúde Mental do SUS passou a seguir as determinações elaboradas pela Lei 10.216/2001, que foi referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental e pelas conferências nacionais de saúde (BRASIL, 2007). As diretrizes dessa Lei estão imbricadas ao movimento da Reforma Psiquiátrica que, conforme Amarante (1995) foi um processo com anseios crítico e prático que visava questionar e elaborar as propostas inovadoras para a quebra dos paradigmas da Psiquiatria. No Brasil, esse movimento almejava a redemocratização das instituições psiquiátricas, libertando o doente do aprisionamento que não contribuía para sua modificação.

Por isso, na concepção de Amarante (1995), o movimento de Reforma Psiquiátrica foi um processo desencadeador da trajetória da desinstitucionalização que ampliou o campo técnico-assistencial para os campos jurídico, sociopolítico e cultural. Nesse processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, o Ministério da Saúde objetivou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para substituir os modelos de hospitais para internação atuando no chamado “território“- o espaço onde os usuários e familiares receberiam assistência adequada para que participassem de grupos sociais e em atividades concernentes à cultura que os permeava.

O papel do CAPS é articular projeto terapêutico, fornecer medicamentos, realizar encaminhamentos e acompanhamentos aos assistidos para suas residências terapêuticas juntamente com os recursos de outras áreas como as sociosanitárias, jurídicas, escolas, empresas e cooperativas de trabalho. Assim, acontece a promoção da saúde e da cidadania de pessoas com fragilidades psíquicas para que tenham uma vida comunitária mais autônoma (BRASIL, 2007). Nesse sentido, a IV Conferência de Saúde Mental objetivou a articulação de variadas políticas sociais, a fim de garantir os direitos e a cidadania das pessoas com transtornos mentais (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010).

Podem fazer parte das equipes dos CAPS, de acordo com a Portaria n.º 336/GM/2002, os psicólogos (BRASIL, 2002). Nos CAPS, estes profissionais têm o papel de juntamente à equipe, estimular essas pessoas a trabalharem ativamente na sociedade e articuladamente, a terem um projeto de vida. Para Delgado (2000), a saúde mental está intimamente relacionada à uma ótica social, pois a Psicologia contribui tanto para a saúde da pessoa em seu caráter individual, como de toda a sociedade. Inclusive, a Psicologia atua como alicerce para garantir os Direitos Sociais e, portanto, deve caminhar junto com a política e com o Direito de maneira pacífica para que as metas sejam alcançadas. Logo, o campo da saúde mental não se restringe apenas à atuação de psicólogos, mas de variadas profissões relativas à saúde do ser humano. Sob a premissa das ações positivas ou afirmativas, ou discriminação positiva, Delgado (2000), aborda o tema da garantia dos direitos sociais, que englobam todas as três gerações dos direitos, em especial, o direito à cidadania (primeira geração), ao labor (segunda geração) e do bem-estar psíquico (terceira geração). Nesse sentido, na direção de uma atuação voltada à reintegração social da pessoa considerada esquizofrênica, faz parte do cotidiano de trabalho desses profissionais o acompanhamento dos processos de trabalho dos pacientes atendidos no CAPS.

Assim, mediante o exposto, pergunta-se: **Como os psicólogos atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial percebem o trabalho como veículo de reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico?**

Busca-se oportunizar a visível modificação da identidade de um usuário de CAPS diagnosticado esquizofrênico por meio da concepção de Berger e Luckmann (2001), porque ao explicarem o funcionamento psicodinâmico que ocasiona a formação da identidade humana, tornam possível transformar toda a identidade ao se mudar somente um dos fatores que a constituem. Logo, o usuário considerado esquizofrênico poderá conhecer mais sobre si e com isso, poderá escolher uma atividade de trabalho que corresponda aos seus desejos, expectativas, valores, habilidades e objetivos pessoais e profissionais.

Com base na perspectiva de Berger e Luckmann (2001), o ser humano constrói sua identidade na interação com as pessoas mais significativas por meio da interiorização inconsciente de elementos como gostos, habilidades, crenças, interesses, ideologias, valores, hábitos e características boas e não tão agradáveis no processo de socialização dividido em primária e secundária. A criança passa pela socialização primária, ao estar em contato com as pessoas que a educam em casa, e ao ingressar na escola, inicia o processo de socialização secundária junto aos colegas e professores que são mais próximos. Então, por meio de intervenção, o psicólogo propiciará à pessoa diagnosticada esquizofrênica realizar o

autoconhecimento para posteriormente escolher conscientemente alguma atividade de trabalho que se relacione à sua preferência, respeitando a possibilidade de uma execução concreta.

De acordo com Furtado (2001), a realidade constitui-se por meio da expressão das bases subjetivas e das bases econômicas reais. Na interação entre o campo dos valores e as forças produtivas, o ser humano se apresenta como sujeito singular em relação a essa dinâmica e do mesmo modo que recebe prontos a base material e os valores através da socialização, também interfere no contexto em que se insere e se torna ativo na transformação social, mesmo que não tenha consciência do fato. Por esta razão, a pessoa considerada esquizofrênica pode influenciar o meio externo desempenhando uma atividade de trabalho.

Para Furtado (2001), é a partir da relação dinâmica entre os fatores sociais e econômicos e a configuração da subjetividade da pessoa que surge uma conexão dialética entre a produção singular de determinado sujeito e a criação dos aspectos de um repertório cultural de certa população que se forma historicamente. Esta concepção reforça a compreensão de que a identidade constituída, segundo Berger e Luckmann (2001), se torna passível de mudança, já que a pessoa está em interação constante com os outros. Para Furtado (2001), é preciso, pois, adquirir as conquistas e aprendizagens da trajetória do desenvolvimento histórico do meio social humano.

Diante disso, entende-se que a identidade da pessoa se forma a partir das interações sociais ocorridas em determinados tempo e espaço. “O homem é um horizonte de possibilidade” (CIAMPA, 1987, p. 200) e sua identidade é construída no passado, presente e no futuro. Segundo Furtado (2001), “A principal característica do processo de apropriação é de criar no homem novas aptidões, novas funções psíquicas (diferença com a aprendizagem animal)” (p.80). O ser humano é capaz de construir a sua natureza, conforme Furtado (2001), e por esse motivo, entende-se o trabalho ou uma profissão como sendo recurso na transformação da identidade da pessoa diagnosticada esquizofrênica.

Complementando, “O trabalho aparece para o homem como modo de produção de sua própria existência” (Dias e Soares, 2009, p. 140). Por esta razão, o ser humano começou a convivência em grupo e desenvolveu a linguagem na divisão social do trabalho. O homem transforma a natureza segundo suas possibilidades visando suprir suas necessidades e na ótica de Codo (2004), o ser humano se relaciona com seus semelhantes e nessa interação produz o outro e vice – versa. E a partir da mudança que o homem faz sobre o mundo externo, automaticamente modifica a si próprio.

De acordo com Sader (2000), a sociedade brasileira é guiada pela democracia que

estipula o direito de todas as pessoas trabalharem sem explorarem o trabalho alheio. Contudo, compreende-se que evidências mostram o capitalismo como controlador da população e faz com que pessoas exerçam uma atividade de trabalho e invistam numa carreira exclusivamente para consumirem mesmo sem terem noção do motivo que as incentiva. O ser humano no século XXI consome desenfreadamente, e isso desencadeia escolhas profissionais alienadas que poderão acarretar doenças psicológicas.

Além disso, o homem apresenta sentimentos em concordância com os diferentes lugares que ocupa no mundo social e por isso, o indivíduo assume mais de uma identidade plenamente aceitáveis (DIAS E SOARES, 2009). A pessoa pode ocupar uma identidade de mãe, outra de filho, uma de estudante, outra de amigo, uma de profissional e outra de caridoso, dependendo do ambiente em que se encontra. O homem pode manter um papel social ou criar outro a partir de uma identificação com certo contexto e desenvolver uma imagem que o vincule como alguém. Pode assumir posições que o beneficiem no trabalho ou que o aniquilem.

Dias e Soares (2009) expressam a ideia de alguns autores sobre definição de identidade profissional como aquela que vincula o “ser” ao seu “fazer”, mostrando ao outro quem a pessoa é conforme o trabalho que desempenha. Neste caso, o que ela faz determina quem ela é. Dias e Soares (2009) tecem a relevância do trabalho como uma atividade necessária para a pessoa concretizar uma dada tarefa, seja através de uma ação física ou mental, a fim de alcançar um objetivo material ou não.

Ao encontro dessa ideia, Goldberg (2001) explica que a proposta terapêutica de uma pessoa com esquizofrenia deve abarcar um projeto individualizado, respeitando seu tempo, assim como seus mecanismos para aumento do nível de autonomia e de escolha, sem desprezar seu preparo para o convívio no coletivo. “A função mais importante é receber cada pessoa do jeito que é” (GOLDBERG, 2001, p. 40). No processo de Reabilitação Psicossocial, o trabalho do psicólogo parece ser uma forma de conduzir a pessoa a potencializar suas habilidades e virtudes. Para Scazufca (2000), as intervenções psicossociais devem ser pautadas no tratamento da pessoa diagnosticada esquizofrênica, simultaneamente, ao tratamento medicamentoso e de demais atendimentos específicos. O psicólogo é responsável pela avaliação junto ao usuário considerado esquizofrênico para definir qual deve ser a melhor intervenção para seu restabelecimento psicossocial. A dinâmica entre a interação medicamentosa aliada a uma intervenção terapêutica poderá equilibrar os sintomas presentes na pessoa considerada esquizofrênica e assim, minimizar as perdas cognitivas, sociais, emocionais e até profissionais. Portanto, a equipe toda de trabalho do CAPS deve traçar o

tratamento adequado a partir da demanda que surge nos atendimentos.

Em se tratando de Reabilitação Psicossocial no Brasil, Pitta (2001) menciona que os profissionais devem ser amorosos e criativos no cotidiano, devem usufruir da ira que movimenta a indagação crítica quanto às políticas técnicas e devem fazer as políticas do desejo serem ativas de fato. Nessa conjuntura, Bertolote (2001) desperta para a importância da Reabilitação Psicossocial não se ater a reabilitar os doentes mentais, mas sim, restituir seus direitos, as posições que essas pessoas tinham ou poderiam ter se fossem oportunizadas com maior acesso a diferentes contextos. Então, o uso de uma linguagem que permita uma comunicação livre de rotulações se faz bastante necessária. Ao invés de inferir a ideia da recuperação da pessoa doente, poderia se pensar em opções para ampliar suas redes sociais.

Uma técnica em Reabilitação Psicossocial deveria atender às necessidades dos usuários e pacientes, levando em consideração os recursos do ambiente. Frente a esse contexto, apontam-se inúmeras técnicas dentro e fora dos hospitais como meios de reduzir a cronicidade da condição da pessoa necessitada e dentre as alternativas destacam-se os ateliês terapêuticos, terapia vocacional, psicoeducação, grupos operativos e *skill training* (PITTA, 2001). Na ótica de Pitta (2001), a Reabilitação Psicossocial é um aglomerado de programas e serviços que servem para facilitar a vida daqueles indivíduos com problemas severos e persistentes. Também é uma atitude estratégica, política e complexa digerida aos grupos de pessoas vulneráveis que clamam por cuidados delicados.

A fim de se buscar subsídios para afirmar a relevância científica dessa pesquisa, realizou-se, em Novembro de 2012, uma pesquisa na Base de Dados Scielo³. Fez-se uma pesquisa por meio das palavras esquizofrenia, trabalho, psicose, transtorno mental, reabilitação psicossocial e reinserção social. Tais palavras foram buscadas combinadamente entre si em descritor de assunto, quando foram encontrados 65 artigos. Assim, buscou-se ampliar a pesquisa para o título e resumo quando se chegou ao final em 69 artigos. Dentre todos esses artigos que foram encontrados, apenas 03 diziam respeito à temática da pergunta de pesquisa, ou seja, o trabalho como reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico.

Assim, Schmid (2007) relatou que um usuário diagnosticado esquizofrênico de um Centro de Reabilitação Psicossocial (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSIJ/CARIM/IPUB/UFRJ) se apresentou mais bem humorado e afetivo após seu contato com os terapeutas e ao longo da sua participação em oficinas. A relação com sua família

3 www.scielo.com

ficou mais tranquila e ele expressava seu desejo de retomar o estudo. Isso mostra a importância do envolvimento da família na recuperação psicossocial de uma pessoa considerada esquizofrênica.

Souza (2006) compreende o trabalho como um veículo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. O autor discorre que a Psiquiatria e o trabalho dos pacientes sempre estiveram próximos e ao mesmo tempo distantes. As pessoas com transtornos mentais graves não conseguem colocação no mercado de trabalho seja informal ou formal, inclusive, nem mesmo conseguem alguma atividade de trabalho sem remuneração. Muitas são impedidas de realizarem trabalhos dentro de suas próprias casas e os saberes ligados à *Psi* (Psicologia) categorizam as pessoas consideradas esquizofrênicas como incapazes do cumprimento de normas que todas as atividades de trabalho supõem. Ainda, o artigo destaca que a Psicologia deve explorar mais as intervenções voltadas para a inserção da pessoa considerada esquizofrênica no mercado de trabalho. O artigo aponta o trabalho como fator de desenvolvimento do ser humano, por isso, deve ser investigado nos CAPSs e nas cooperativas de trabalho destinadas às pessoas com transtornos mentais.

Barros (1999) explicita o CAPS como âmbito de troca benéfica entre os prestadores de assistência com os usuários, construindo, pois, um projeto terapêutico individualizado pautado no vínculo afetivo, já que ações amorosas de cuidado, amparo e tratamento são essenciais ao encontro amoroso com o outro visando à transformação do ser humano. O artigo argumenta sobre a importância de se redimensionar a relação dos prestadores de assistência entre si e também com o usuário, favorecendo a troca entre o saber científico que é do profissional com o saber laico oriundo do usuário individual e familiar.

Esta pesquisa corroborará para que os profissionais da saúde favoreçam a inserção da pessoa considerada esquizofrênica no contexto laboral, uma vez que existe pouco arcabouço sobre o trabalho como veículo, recurso de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental grave, como o caso de um paciente diagnosticado esquizofrênico

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar como os psicólogos atuantes no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma região do estado de Santa Catarina compreendem o trabalho como veículo de reabilitação psicossocial da pessoa diagnosticada esquizofrênica.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever os procedimentos de trabalho realizados pelos psicólogos junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos do CAPS.
- b) Compreender a relevância do trabalho na formação da identidade do usuário considerado esquizofrênico na percepção dos psicólogos.
- c) Identificar a concepção apontada pelos psicólogos acerca do trabalho como recurso voltado à reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico.

2. MÉTODO

A partir do objetivo geral, demarcou-se uma pesquisa de caráter exploratório e de natureza qualitativa. Na perspectiva de Gil (1999), a pesquisa de caráter exploratório propicia a formulação de hipóteses e viabiliza a análise do fenômeno da pesquisa, possibilitando o surgimento de mais estudos correlatos ao tema central. Logo, esta pesquisa priorizou o levantamento de hipóteses sobre as percepções dos psicólogos atuantes no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma região de Santa Catarina acerca do trabalho como veículo de reabilitação psicossocial da pessoa diagnosticada esquizofrênica.

Levando em consideração a natureza de seus dados, a pesquisa se deu como qualitativa, pois os dados, frequentemente, são descritivos e relatados em palavras, logo, a pesquisa qualitativa se concentra na interpretação (CRESWELL, 2010).

Segundo o delineamento da presente pesquisa, foi definido como estudo de caso, que busca estudar profundamente um ou mais objetos para conhecer com afinco seus detalhes.

Serve para investigar temas complexos e para construir hipóteses ou reformular o problema (GIL, 1999).

A pesquisadora fez a escolha dos psicólogos atuantes em cada CAPS a partir da indicação do coordenador de cada instituição com a participação consentida por eles. Caso não quisessem participar voluntariamente, a pesquisadora pediria outra sugestão aos gestores. O requisito para que os psicólogos pudessem participar foi que eles atendessem os usuários diagnosticados esquizofrênicos, no mínimo, há seis meses ininterruptos.

Os participantes da pesquisa foram 02 psicólogos de diferentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) localizados numa dada Região do Estado de Santa Catarina. Tais participantes encontram-se descritos no quadro a seguir:

| PSICÓLOGOS ENTREVISTADOS | IDADE | TITULAÇÃO | TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAPS | CARGA HORÁRIA |
|---------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| P.1 | 28 anos | Graduado em Psicologia | 2 anos | Entre 40 a 50 h semanais |
| P.2 | 40 anos | Especialista em Psicologia e Mestrado | 3 anos | 40 h semanais |

A pesquisadora abordou os participantes por meio de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi executada com a utilização dos seguintes recursos: *netbook* com gravador de voz, papel, caneta e impressora. As entrevistas foram realizadas em uma sala dos CAPSs com o máximo de privacidade e sigilo possíveis. O instrumento de coleta de dados usado foi uma entrevista individual semiestruturada (APÊNDICE A), que continha 11 questões sobre as atividades realizadas pelos psicólogos junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos, bem como a percepção dos psicólogos sobre o trabalho como elemento importante na constituição da identidade destes usuários e como o trabalho os reabilita psicossocialmente. Na entrevista, cada um dos entrevistados respondeu às questões abertas enquanto o entrevistador registrou as informações para uma análise *a posteriori* (LEONEL, MOTTA, 2001). A entrevista semiestruturada, na visão de Gil (2002), deixa o entrevistado livre para dar respostas mais abertas e naturais, com isso, o possibilita responder de modo mais autêntico.

A pesquisadora realizou um levantamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) voltados a atender adultos, mais especificamente, usuários diagnosticados esquizofrênicos, na região desejada no Estado de Santa Catarina. Então, foram selecionados somente três CAPS, que atendiam ao requisito estipulado pela pesquisadora que era o de ter a possibilidade no número de pessoas atendidas. Entretanto, em um dos CAPS não se obteve autorização para a coleta de dados.

Anteriormente à entrevista, a pesquisadora obteve a assinatura do Termo de Ciência e Acordo entre as Instituições junto aos responsáveis (APÊNDICE D), uma vez que a presente pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. Na situação da entrevista, a pesquisadora entregou ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento para Gravações (APÊNDICE C). O momento em que o psicólogo participou da entrevista semiestruturada foi definido conforme sua disponibilidade de tempo e concordância com a Gestão. Foi exposto que a entrevista poderia ocorrer durante o horário de trabalho nas mediações de todos os Centros de Atenção Psicossocial, e assim foi realizada.

A pesquisadora realizou a entrevista em dias posteriores após a exposição da proposta somente com os psicólogos que aceitaram e a mesma criou um espaço onde os entrevistados se sentiram motivados a refletirem sobre o modo como o trabalho poderia ser um elemento reintegrador e transformador das identidades de usuários diagnosticados esquizofrênicos dos CAPS de uma região catarinense. Além disso, na situação da entrevista, foram garantidos o sigilo e a preservação da identidade dos psicólogos que trabalhavam nos Centros de Atenção Psicossocial envolvidos na pesquisa, sendo que os resultados serão mostrados ao final da pesquisa aos entrevistados, se assim solicitarem, porque os participantes têm direito ao acesso sobre a pesquisa realizada.

A pesquisadora gravou a entrevista, com a autorização dos entrevistados, para que os dados fossem coletados da forma mais fidedigna possível e depois disso, realizou a transcrição dos mesmos. Desenvolveu-se a análise qualitativa dos dados que busca relacionar o fenômeno estudado com demais fatores (MARCONI, LAKATOS, 2003). Dessa forma, a pesquisadora realizou a análise qualitativa dos dados obtidos com relação aos objetivos propostos e conforme a justificativa da pesquisa. Com isso, as entrevistas foram transcritas e na sequência, a pesquisadora usou a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1979), então, realizou leituras a fim de se familiarizar com o material para formular categorias descritivas, conforme o exemplo do quadro apresentado no (APÊNDICE E).

Destaca-se que a pesquisadora não trabalhou com a representatividade estatística

em relação a uma amostra de sujeitos, já que a pesquisa qualitativa descarta a busca de uma amostra matemática padronizada. Pretendeu-se a heterogeneidade da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e para tanto, esperou-se que os psicólogos voluntários pudessem ser claramente expressivos para fornecerem dados destinados à formulação das hipóteses.

3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados, levando em consideração os objetivos propostos em relação ao referencial teórico correspondente. Buscou-se responder ao objetivo geral da pesquisa: identificar como os psicólogos atuantes no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma região do Estado de Santa Catarina compreendem o trabalho como veículo de reabilitação psicossocial da pessoa diagnosticada esquizofrênica, sendo que o capítulo foi dividido em subcapítulos denominados: Trabalho de psicólogos no CAPS junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos; Percepção dos psicólogos sobre o trabalho na formação da identidade do usuário diagnosticado esquizofrênico; Concepção dos psicólogos sobre o trabalho como recurso para a reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico.

3.1 TRABALHO DE PSICÓLOGOS DO CAPS JUNTO AOS USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS ESQUIZOFRÊNICOS

Este subcapítulo aborda cinco categorias e 23 subcategorias de análise. Dessa forma, a partir da fala dos psicólogos entrevistados será possível abordar como as atividades realizadas no CAPS oportunizam aos usuários esquizofrênicos a se reinserirem psicossocialmente. Abordará também a realidade enfrentada pelos psicólogos para a realização das atividades.

A primeira categoria, intitulada **atividades desenvolvidas no CAPS**, se subdivide em seis subcategorias: acompanhamento individual, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, Assembleia Geral, acompanhamento terapêutico e elaboração de estratégias.

A respeito do acompanhamento individual, os psicólogos realizam terapia

individual, inclusive um deles relata fazer:

Acompanhamento individual, incluindo terapia breve, algumas terapias um pouco mais longas (P1).

De acordo com Goldberg (2001), a proposta terapêutica deve se basear no projeto individualizado de cada pessoa, respeitando seu tempo e seu nível de autonomia para realizar escolhas conscientes. Esta concepção vai ao encontro do acompanhamento individual realizado pelos psicólogos entrevistados junto aos usuários considerados esquizofrênicos.

Ainda, ambos realizam oficinas terapêuticas, sendo que P.1 faz oficinas com atividades manuais voltadas à arte, pintura e música. O outro entrevistado dirige uma oficina aos homens e uma às mulheres. Quanto a isso, P.2 explica:

Realizo oficinas terapêuticas, uma só para homens e eles trabalham com material reciclável na Quarta-feira e na Sexta-feira fazemos *biscuit* e o público pode ser misto, mas a maioria é mulher (P.2).

Conforme Pitta (2001), a Reabilitação Psicossocial compreende o conjunto de serviços que facilitam a vida das pessoas com problemas psíquicos graves. Logo, os usuários diagnosticados esquizofrênicos, ao participarem das oficinas terapêuticas, parecem estar envolvidos em desenvolver habilidades manuais e se engajam na realização de algum tipo de produção, o que já pode colocá-los em alguma perspectiva na direção da reabilitação social.

Destaca-se que ambos realizam grupos terapêuticos, sendo que P.2 enfatiza isso ao relatar:

Realizo grupos terapêuticos de homens e mulheres (P.2).

Nesse sentido, compreende-se que psicólogos realizam terapias de grupo na sua forma tradicional que consiste “em reunir um grupo de pacientes e fazer com que conversem entre si sob a orientação de um terapeuta” (BRAGHIROLI et al, 1995, p. 215). Cabe ao psicólogo mediar a troca de experiências interpessoais, pois assim, os integrantes do grupo dialogarão sobre seus problemas e contribuirão mutuamente com sugestões destinadas às possíveis formas de solução das adversidades. Ao se perceberem conversando mais durante a terapia de grupo, poderão travar diálogos para além dessa circunstância, pois se sentirão mais seguros para iniciarem conversas e discussões sem que haja a presença de um terapeuta.

Em se tratando de acompanhamento terapêutico, um dos entrevistados, exclusivamente, desenvolve essa atividade, ao perceber que os usuários se sentem perdidos

por estarem distantes de sua família ou de contatos sociais significativos. Portanto, o psicólogo relatou que faz acompanhamentos de usuários diagnosticados esquizofrênicos até o cinema, visando sua ressocialização. Para explicitar essa atividade, P.1 clarifica:

Outra coisa na ressocialização, no acompanhamento terapêutico de poder levar até ele, sentir poder, se sentir parte de algum lugar do mundo, que ele está mesmo longe da mãe, de quem cuida dele, ele pode ter um lugar, ele pode ir até a padaria, até a praça. Ele pode fazer algo no fim de semana, fazer um plano, a gente pode acompanhar a ida a algum lugar, a ida ao cinema ou à cidade (...) é uma coisa simples, banal, mas a gente faz um trabalho psicológico, de o profissional avaliar junto com a pessoa imediata (...) (P.1).

Na perspectiva de Bertolote (2001), a Reabilitação Psicossocial pretende aumentar as redes sociais da pessoa com transtorno mental, por isso, o acompanhamento terapêutico ao usuário considerado esquizofrênico para fora do contexto do CAPS realizado pelo psicólogo entrevistado, corrobora para a ressocialização do usuário.

Buscando-se mobilizar os usuários considerados esquizofrênicos para que garantam maior participação na tomada de decisões no que tange a algum assunto sobre as oficinas ou acerca de alguma temática específica, um dos psicólogos contou que foi criada uma Assembleia Geral nas mediações do CAPS. Logo, P.1 explica:

Na verdade, estou te denominando como em algumas reuniões, como reunião de área que eles participam dentre outros usuários, tem Assembleia Geral com todos os usuários. Aqui até faz tempo que não tem, mas mesmo reuniões de grupos maiores, mediação de algum assunto específico, algum assunto de oficinas que os próprios usuários estejam questionando, desde as oficinas que ocorrem até a participação deles, passe de ônibus, mediação geral que seria a participação do próprio esquizofrênico de uma patologia específica nos grupos mais amplos, mais misturados, mais complicados (P.1).

Para Brasil (2007), o papel do CAPS é promover a saúde e a cidadania do usuário considerado esquizofrênico por meio de recursos como a Assembleia Geral que é uma cooperativa proposta pelos psicólogos entrevistados em benefício ao usuário diagnosticado esquizofrênico.

Os psicólogos entrevistados demonstram percepções que expõem a necessidade de fazerem a elaboração de estratégias, e assim, poderão manejar formas direcionadas à resolução de problemas que retardam o processo de reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico. Conforme mencionou P.1, será permissível catalisar a reinserção da pessoa considerada esquizofrênica nas diferentes esferas que envolvem sua vida, como autoestima, laços familiares e sociais, produção laboriosa e demais dimensões do seu ser. Para P.1, há movimentos que contribuem para estas esferas do cotidiano da pessoa

considerada esquizofrênica:

(...) “empoderamento” (...) “Reabilitação social” (...) (P.1).

Além disso, um dos entrevistados frisou que debate com a equipe de trabalho tanto histórias bem sucedidas experienciadas pelos usuários considerados esquizofrênicos como episódios preocupantes conforme relata P.2:

É... A gente tem reuniões semanais e a gente acaba discutindo, é muitos casos clínicos, tanto casos de sucesso como aqueles que a gente vai precisar ter um cuidado a mais, ter um olhar diferenciado mesmo né. Mas, a gente sempre nas reuniões técnicas está dividindo tanto as histórias de sucesso como as histórias que a gente ainda tem que resolver (P.2).

Para Mendes (1998), a elaboração de estratégias se apresenta eficaz quando o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) modifica suas práticas, implementa técnicas inéditas de intervenção e possibilita aos usuários diagnosticados esquizofrênicos entrarem em contato com táticas aprimoradas de enfrentamentos aos imprevistos, conflitos e circunstâncias traumáticas.

Por meio das entrevistas, entendeu-se que ambos psicólogos acreditam que a execução dessas atividades desencadeia **benefícios aos usuários esquizofrênicos**. Estes ao participarem das atividades propostas, iniciam o processo de socialização e passam a dialogar e a reconhecer o que sentem, bem como resgatam vínculos e papéis que se perderam. Então, P.1 é categórico ao afirmar:

A falta de socialização, não ter com quem conversar, a solidão, se sentir abandonado, são diversas coisas que os usuários sentem (...) a socialização acontece ao frequentar as atividades (P.1).

A família e o meio escolar interferem na socialização da criança, já que esta internaliza inconscientemente, alguns de seus valores, crenças, ideologias, gostos, características e hábitos, segundo a concepção de Berger e Luckmann (2001).

Ao encontro da ideia que explica a socialização, Braghirolli (1998) discorre ser o tipo de processo pelo qual a pessoa internaliza as normas e os padrões de comportamentos que são socialmente aceitos no seu grupo social. A família influencia na formação da personalidade das pessoas e as introduz na sociedade por meio da socialização, segundo explica Bucarechi (2003). Com isso, o usuário diagnosticado esquizofrênico interage com

uma determinada cultura e passa a obter conhecimentos, hábitos, metas, ideais e “maneiras características de pensar e sentir” (BRAGHIROLI, 1998, p.61).

Nessa lógica, ocorre a minimização de prejuízos, já que um dos entrevistados explicita um caso no qual o usuário considerado esquizofrênico se encontra “bem” há, aproximadamente, sete meses. E complementando isso, existe a minimização de processos básicos como a ansiedade na visão de P.1:

O benefício, eu observo essa questão, primeiro uma atenuação dessas, muitas, às vezes, dessa ansiedade, de processos básicos que acontecem nas partes das patologias: um pouco de ansiedade, um pouco de confusão (P.1).

Diante disto, Scazufca (2000) explica que as intervenções psicossociais devem ser realizadas juntamente à medicação. Assim, existe maior possibilidade do usuário diagnosticado esquizofrênico não apresentar perdas emocionais, cognitivas e sociais.

Um dos psicólogos assegurou que, ao conhecer mais o usuário considerado esquizofrênico, será possível realizar sua reinserção social, que abarcará as relações sociais que, juntamente ao trabalho satisfatório e a elevação da autoestima, farão com que o sujeito passe a “se sentir normal” (sic) P1. Conforme o raciocínio de P.1:

(...) acho que a contribuição principal para eu poder lidar com essa reinserção social, é de o ser humano de uma forma um pouco mais completa né, ampla. Entender que essa é uma necessidade social dele e que ele se constitui, se organiza, incluindo trabalho, se sentindo útil, incluindo ter relações com outras pessoas (...). Então, acho que me ajuda a enxergar um quadro amplo dessas coisas de que essa reinserção social é importante, de que o trabalho é importante (...) e não pode ser algo alienante e me faz entender, por exemplo, que a facilitação e a mediação de condições de trabalho interessantes ajudam o ser humano a se sentir bem, se sentir útil, se sentir e gostar do trabalho. (...) E me ajuda também a entender que a gente pode (...) criar condições para que um experimento de um empreendimento aqui possa ser satisfatório, possa dar coragem para ele atuar lá fora e que esse trabalho temporário dele, por exemplo, possa resultar em autoestima (...) (P.1).

Para Codo (2004), a pessoa se relaciona com seus semelhantes e a partir dessa interação, consegue produzir o outro e vice-versa. A pessoa, ao modificar a realidade em que se insere, automaticamente, muda a si mesma. Portanto, o usuário diagnosticado esquizofrênico, ao interagir com os outros, será influenciado, mas também fará o mesmo. Terá a possibilidade de apreender valores, crenças, costumes e ideologias. Do mesmo modo, contribuirá para a formação do outro, mesmo que seja provocando nele novos valores como o de aceitar se relacionar satisfatoriamente com uma pessoa considerada esquizofrênica. O psicólogo entrevistado ao afirmar que se faz necessário conhecer meticulosamente o usuário diagnosticado esquizofrênico, converge para a concepção apresentada.

Buscando-se uma compreensão das **dificuldades no cotidiano de trabalho**, os psicólogos expõem que a definição do conceito de Esquizofrenia dificulta a intervenção da pessoa considerada esquizofrênica, e P.1 demarcou:

A gente trabalha aqui com uma noção bem ampla, até porque a sintomatologia, as características variam muito de casos, de subtítulos (...) varia muito de acordo com a própria situação, com a pessoa, então, acho que o entendimento da própria patologia, da própria doença é um primeiro passo para entender (P.1).

Percebeu-se que os psicólogos entrevistados demonstraram dificuldades concernentes à definição sobre o conceito de Esquizofrenia. Explicaram que as variadas interpretações sobre o que é a Esquizofrenia atrapalham a conduta terapêutica, uma vez que apresentam dúvidas quanto à intervenção mais adequada ao tratamento da Esquizofrenia.

Sobre o uso da medicação, verificou-se como esta sendo também uma dificuldade, haja vista que usuários diagnosticados esquizofrênicos preferem fazer somente o uso da medicação, de acordo com P.1:

Às vezes, a pessoa só quer ficar na medicação (P.1).

Há ainda relativo à medicação, os casos de uso exclusivo de modo geral. Para Brasil (2007), a função do CAPS é manejar projeto terapêutico, fornecer medicamentos e simultaneamente, realizar intervenções com o uso de recursos de outras áreas como as jurídicas, escolares, sociosanitárias, cooperativas e empresarias. Contudo, por vezes tem sido grande o desafio dos serviços substitutivos alcançarem práticas que transcendam o modelo hospitalar, medicamentoso. Por isso, no sentido de o CAPS fortalecer a necessidade do usuário diagnosticado esquizofrênico participar das atividades propostas pelos profissionais que o atendem, quiçá dentre estas poderiam ser pensadas atividades na perspectiva desses participarem de modo mais amplo de seu projeto terapêutico, no qual o tratamento medicamentoso pudesse ser apenas um de seus elementos e não o seu carro-chefe.

Outro fator complicador é a adesão da família ao tratamento, pois para os psicólogos submetidos às entrevistas, a família não costuma participar adequadamente do tratamento do usuário diagnosticado esquizofrênico e P.1 confirma isso:

(...) ou a família não quer trazer (P.1).

Em consonância, o outro entrevistado afirma:

Uma prática em questão que, para mim, volta e meia eu tenho que estar chamando é a adesão da família no tratamento do esquizofrênico, especificamente (P.2).

Para Melman (2008), a tarefa de se cuidar de uma pessoa com transtornos mentais causa desgastes emocional, físico, social e econômico. Normalmente, a família se apresenta descrente em relação à melhora do usuário considerado esquizofrênico, já que presenciou suas recaídas depois do tratamento e por esta razão, os familiares preferem se distanciar. De acordo com os entrevistados, a família não se mobiliza para acompanhar o usuário diagnosticado esquizofrênico no seu tratamento, e isso interfere na sua reabilitação psicossocial, pois ele perde sua referência e sente-se inseguro.

Nessa mesma linha, um dos psicólogos revela a existência de conflitos familiares entre mãe, pai, usuário considerado esquizofrênico e irmãos:

Sim, é te digo novamente, uns casos nem sempre é o esquizofrênico que precisa ser trabalhado. Às vezes, ele já está bem, ele já está funcional, já está conseguindo. É, está bem fora daqui, mas a família não aceita que ele esteja tão bem assim, então, às vezes, o trabalho é muito grande com a família, porque acha que ele vai perder o benefício, porque ele acha que não vai ter mais os ganhos que ele tinha enquanto doente, então, isso, às vezes, com a família é complicado. Às vezes, a gente tem que pegar um pouquinho mais com a família (P.2).

Apfeldorfer (1991) explica que, especialmente os pais dos usuários diagnosticados esquizofrênicos, geralmente, são instáveis e confusos ao ponto de usarem os filhos para preencherem suas próprias vidas. Com isso, a pessoa durante a infância, passa a ser o elo entre o pai e a mãe como se fosse a responsável por manter a homeostase da relação do casal. Por essa razão, os pais limitam o contexto do filho, deturpam a percepção da realidade e o superprotegem. Os pais ignoram a possibilidade do trabalho na vida do filho, desde a infância.

Por isso, seria pertinente que os psicólogos atuantes no CAPS, pudessem se destinar a atendimentos familiares das pessoas diagnosticadas esquizofrênicas, com intuito de problematizarem os prejuízos desencadeados na relação com os usuários. Poderiam apresentar a importância dos pais ao incentivarem seus filhos no desenvolvimento de suas potencialidades, habilidades e competências para que alcancem o bom funcionamento nas esferas social, emocional, psíquica e profissional. Esse papel do psicólogo poderia corroborar para o desapego ao desejo dos pais de tomarem posse da vida dos filhos para que fosse apenas o suporte financeiro e emocional para seus filhos realizarem suas escolhas o mais livremente possível.

Embora existam conquistas durante o processo terapêutico do usuário diagnosticado esquizofrênico, há o risco de recaídas que podem levá-lo à internação e quando

surge algum sinal de desorganização, o psicólogo contata a família para investigar o comportamento do usuário em casa, conforme afirma (P.2). De acordo com o outro psicólogo (P.1), a instabilidade dos quadros pode ser conhecida através do medo que é uma variável de suma relevância, e outra dificuldade relacionada ao trabalho:

Muitas vezes é medo... Medo é um sentimento comum né, então, na verdade, a questão social muitas vezes assusta né, o movimento né. A gente teve um agora que é desistente, que é um caso que ficou com receio, suspeitando que alguém da equipe tivesse sorrido, porque estava desaprovando ele; a pessoa estava sorrindo, porque estava desaprovando ele. Foi uma impressão dele, foi uma ideia construída pela experiência desse paciente né, mas na minha visão, não teve essa desaprovação que ele viu, mas é uma sensibilidade. Às vezes, pode ser um sorriso, pode ser um traço, pode ser um ambiente muito cheio de pessoas né. Se o ambiente está muito cheio, afasta vários esquizofrênicos, ambiente conflituoso vai afastar, ambivalência emocional também vai afastar (P.1).

Mediante as entrevistas, foi possível identificar as **especificidades do trabalho** e um dos psicólogos (P.1) diferenciou dois significados pertinentes à produção diferenciada:

Tá, vamos colocar que produção é que, às vezes, no dia, é quando ele está delirando, ele está produzindo, ele está alucinando (...). Podemos usar o sinônimo no caso de arranjos, progressos, que ele (paciente) possa estar tendo como o meu trabalho em si (P.1).

Ao encontro de um dos significados adotados pelo psicólogo (P.1), relacionado à produção, o mesmo entrevistado sugere que há progresso quando o paciente tem espaço para falar a respeito do que acontece com ele. Contribuindo para essa perspectiva, usa-se a escuta como reconhecimento, verificada pela fala de P.1:

Que a pessoa fala de seus problemas a ajuda a ter clareza ajuda ela poder se ouvir a falar de seu problema, a poder ter um sentimento que aconteça naquela relação terapêutica, então, todos esses processos eu observo no paciente também. Observo se eles re - significam se podem chorar daqueles problemas, se eles podem se ouvir falando, se eles podem se elaborar em seus sentimentos próprios, se eles podem se ouvir falando daquilo. Eu observo tudo isso nos pacientes (P.1).

Na perspectiva de considerar a Esquizofrenia mais de uma catalogação de um transtorno mental, ou mesmo na perspectiva da Psicopatologia Fundamental, cabe ao profissional que o atende fazer uso da escuta como reconhecimento para compreender o que acontece com o usuário diagnosticado esquizofrênico que, por meio desta intervenção psicoterapêutica, poderá modificar seus afetos e pensamentos concernentes a todo seu sofrimento (CECCARELLI, 2003).

Diante dessa intervenção, o usuário considerado esquizofrênico poderá nomear

aquilo que o faz sofrer, bem como poderá distinguir o que é dele daquilo que de fato é de sua família. Dessa maneira, será possível corroborar para a autonomia da pessoa considerada esquizofrênica, porque ao se conhecer melhor e saber reconhecer seus sentimentos ou o que for pertencente ao seu mundo íntimo e não ao do outro, o usuário esquizofrênico saberá se posicionar mais coerentemente diante das situações cotidianas e se tornará mais apto a realizar atividades que serão escolhidas por ele. A fim de reforçar essa percepção, P.2 comunicou:

(...) mas que eles se tornem cada vez mais independentes fora daqui tanto com medicação, com alimentação, questão de banco e com outras questões familiares que possam aparecer (P.2).

Apesar das pessoas diagnosticadas esquizofrênicas serem classificadas como incapazes de tomarem uma decisão coerente, poderão ter a possibilidade de mudarem essa condição caso o profissional ofereça informações a respeito das intervenções que lhes serão aplicadas para que possam consentir ou não a realização de tais procedimentos. A este esquema denominou-se consentimento informado (FELÍCIO E PESSINI, 2009). Contudo, os *deficitis* das capacidades mentais desses pacientes fazem com que psicólogos e médicos necessitem reduzir a autonomia deles para que seus interesses em longo prazo sejam protegidos.

É prudente averiguar a capacidade de autocontrole que os usuários considerados esquizofrênicos apresentam em dado momento, bem como é importante avaliar o modo como eles comunicam suas preocupações e isso não significa rotular os pacientes como inúteis, apenas é necessário conhecer sua condição psicofísica atual. Seria leviano da parte dos médicos e dos psicólogos acreditar que a pessoa considerada esquizofrênica poderia fazer o que quisesse no instante que sentisse vontade, porque faz parte da sua constituição ter comprometimentos tanto físicos como psicológicos.

Cabe aos profissionais estimularem o usuário diagnosticado esquizofrênico a se tornar autônomo de acordo com sua realidade e para isso, Barroco (2010) assegura que eles necessitam compreender a identidade cultural da sociedade na qual estão inseridos em determinado período histórico. Dessa maneira, os profissionais conduzirão a pessoa considerada esquizofrênica para se tornar ciente das normas estipuladas pelas exigências socioculturais, assim, poderá expandir sua consciência e será capaz de fazer escolhas dos valores sociais que mais se adequam ao seu desejo. Simultaneamente, o sujeito se tornará mais responsável pelos seus atos, firmará vínculos e diante de todo esse panorama, o usuário diagnosticado esquizofrênico será autônomo.

Conforme descreve Barroco (2010), este manejo da equipe multiprofissional que atende às pessoas consideradas esquizofrênicas pressupõe a suspensão das necessidades imediatas atribuídas à cotidianidade para dar vazão à crítica acerca da mesma por naturalizar intimamente as regras morais. Procura-se ampliar as possibilidades de os usuários diagnosticados esquizofrênicos se realizarem como “individualidades livres e conscientes” de acordo com Barroco (2010, p. 55) e a partir dessa concepção, o sujeito pode deixar de aceitar com conformismo sua existência e ao que diz respeito à pessoa considerada esquizofrênica, será capaz de modificar sua forma de ser e pensar.

Sabe-se que o vínculo, outra especificidade do trabalho, de certos usuários diagnosticados esquizofrênicos com o CAPS, pode ser frágil devido à desmotivação ou porque, sentem medo. Por outro lado, o vínculo pode propiciar maior envolvimento no planejamento estabelecido pelo CAPS, levando grande número de usuários considerados esquizofrênicos a participarem das atividades, segundo P.1 que arguiu:

Os intensivos que vincularam com a gente, talvez, estejam em torno de trinta que estão frequentando mais intensivamente. Eu sei que teve dia, aqui, por exemplo, de quinze usuários esquizofrênicos no mesmo dia. A nossa lotação por dia é de mais ou menos vinte usuários de acordo com a casa. Mas, num dia, só quinze que vincularam, mas já atendemos um número bem maior que estiveram que vêm de vez em quando, que não estão com vínculo muito forte, não gostam tanto de estar aqui ou têm um pouco de medo (P.1).

Conforme Gayotto (1992 apud BASTOS, 2010), o ser humano necessita não somente entrar em contato com os outros, mas também, se vincular a eles para conseguir satisfazer suas necessidades e constituir seu psiquismo. A partir das entrevistas com os psicólogos, percebeu-se que quanto mais o usuário diagnosticado esquizofrênico se vincular à equipe de trabalho do CAPS, maior será a probabilidade dele desenvolver recursos psicológicos para o enfrentamento das adversidades.

Um dos entrevistados (P.2) contou que atua em CAPS há 13 anos e que trabalha em torno de três anos na mesma instituição. Esta evidência pôde, provavelmente, fortalecer o vínculo do psicólogo com os usuários e isso configurou a maioria dos casos do CAPS representada por 50% de usuários considerados esquizofrênicos. Mesmo que haja a dispersão de alguns sujeitos devido ao medo ou à desmotivação, há verificação de usuários que se vinculam aos serviços do CAPS, possivelmente, por serem atendidos beneficentemente pelos psicólogos. O que pode ser visto na fala de P.2:

Eu devo estar com uma média de 110 pacientes, olha 50% deles são esquizofrênicos (P.2).

Constatou-se que ambos psicólogos entrevistados apresentam satisfação para trabalhar, uma vez que sentem prazer em trabalhar junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos, mesmo considerando os casos graves e de difícil acompanhamento. P.2 ilustra isso ao dizer:

Eu particularmente tenho uma paixão grande, é muito gostoso trabalhar com esquizofrênico, é muito difícil nos momentos de crise, mas depois quando eles voltam de uma internação, para ti fazer essa reorganização com eles é um trabalho fantástico que só te traz benefício (P.2).

Segundo Fraser (1983 apud OLIVEIRA et al, 2012), a satisfação com uma dada situação apresenta olhares diversificados, portanto, os significados se alteram de acordo com cada sujeito, com o episódio e com o tempo. A satisfação, pois, se sujeita tanto às forças internas da pessoa como àquelas decorrentes do seu contexto de trabalho imediato. Na ótica de Robbins (1998), todo trabalho que apresenta poucos desafios é desinteressante, no entanto, se houver desafios em demasia, pode ser que o profissional se considere frustrado, tenha sentimentos negativos e se intitule incompetente. Então, com base nas entrevistas dos psicólogos, compreendeu-se que diante de desafios moderados, o trabalhador sentirá prazer em executar sua atividade de trabalho e conseqüentemente se tornará satisfeito.

No segmento, salientaram-se os **objetivos do trabalho** desses psicólogos, cuja finalidade foi a de aprimorar o conhecimento de seus trabalhos em prol do sujeito diagnosticado esquizofrênico. Com isso, delineou-se que uma das funções do psicólogo é a de administrar recursos a partir do desempenho do papel de orientação pedagógica ou social, a fim de intervir melhor junto a um usuário considerado esquizofrênico para que seja capaz de administrar seu benefício. Para P.1:

Às vezes, tem um papel de orientação também pedagógico ou social, seja muitas vezes, eu indicar um caminho para solução do problema. Ele está perdido numa questão que se sente incapaz de receber um benefício que ele recebe e a mãe que administra, então, é um parente que administra o recurso dele, e ele se sente incapaz, impotente, afinal ele é um adulto, ele tem uma frustração, fica irritado e reclama disso (P.1).

Sob o prisma intelectual de Gromann e Berlinck (2003), a pessoa diagnosticada esquizofrênica perde a credibilidade para a realização de inúmeras atividades que requerem a prática cognitiva, sendo que se desestimulam a realizar tais atividades. A partir disso, seus recursos financeiros são administrados pelos responsáveis e por isso, o usuário considerado

esquizofrênico percebe-se limitado por não ter autonomia para cuidar de seus compromissos. Pontes (2008) discorre ainda que, se colocado à margem da sociedade, o usuário diagnosticado esquizofrênico poderá deixar de desenvolver sua cognição, criatividade, habilidades, competências e senso crítico. Isto, aliado aos empecilhos colocados pelos familiares, poderá resultar em danos irreparáveis, impedindo que o usuário considerado esquizofrênico desenvolva sua habilidade de lidar com recursos financeiros.

Com isso, os psicólogos entrevistados acreditam que seja necessário orientarem pedagogicamente o usuário diagnosticado esquizofrênico para que ele saiba compreender a necessidade de dividir suas responsabilidades com a família.

O entrevistado P.1 afirmou que a terapia fundamentada na arte era um recurso eficaz voltado à expressão do usuário diagnosticado esquizofrênico, pois o oportunizou a manifestar seus desejos, seus sentimentos e pensamentos. Esta terapia pode auxiliar a pessoa diagnosticada esquizofrênica a conhecer a fundo as partes que a constituem que, no entanto, estão desconexas. De acordo com P.1:

(...) que ele possa participar ativamente, ser uma pessoa próxima no que chamaria de uma pessoa normal (...) Arte traz também uma coisa de agregar, de aproximar pessoas, na música, na dança, ela também leva a relaxar uma ansiedade, ela também pode, muitas vezes, acho que a arte, ela atua como algo cheio de reuniões de partes que estão fragmentadas (...) Acho que a arte permite que esse usuário que está fragmentado, que às vezes, quer uma coisa, mas quer outra, que ele sente o desejo da mãe, do irmão, da confusão que faz com o próprio desejo dele, que não sabe ou não percebe esse conflito, ele pode sintetizar e se sentir mais tranquilo dessa fragmentação dele (...) (P.1).

Na perspectiva de Pitta (2001), a terapia com arte é um recurso voltado à Reabilitação Psicossocial do usuário considerado esquizofrênico, e busca reduzir a cronicidade da condição da pessoa. Isto se comprova através do uso da arte como recurso terapêutico por parte dos entrevistados.

Todos os mecanismos e recursos manejados para reabilitar psicossocialmente o usuário diagnosticado esquizofrênico passarão pelo viés do trabalho multiprofissional, pois a articulação de diferentes profissionais promoverá os avanços no desenvolvimento integral do paciente. A equipe poderá estipular estratégias como a criação de cooperativas, com intuito de garantir o aprendizado e a experimentação por parte do sujeito diagnosticado esquizofrênico. Mendes (1998) assegura que a prática multiprofissional favorece a democracia interna no CAPS, porque promove a articulação de teorias e ações de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos, catalisando, assim, transformações de emoções, pensamentos e comportamentos. Ainda, essa dinâmica entre os profissionais da assistência

corroborar para a saúde mental deles mesmos, ao fazerem o movimento de aproximação daqueles que recebem seus cuidados. Um dos psicólogos (P.1) entende que o paciente conseguirá se aperfeiçoar conforme seu tempo e as possibilidades dispostas. Isto significa que é relevante apoiar o usuário considerado esquizofrênico na lida com o dinheiro em determinado momento de sua vida, todavia, é preciso saber o tempo conveniente para que ele esteja pronto para “aprender a gerenciar dinheiro” (sic). Nessa conjuntura, P.1 assinala:

É que um ponto que é importante entender quanto que os profissionais de saúde que estão chegando e às vezes, estão pelo prisma orgânico de quanto a gente tem que recuperar eles e normalizar, mas estabilizar, às vezes, a gente pede um olhar de não só estabilizar, mas também, prover condições que possam voltar a atividades que a gente chamaria de normais ou funcionais. Mas, a gente tem que entender que é difícil trabalhar multiprofissionalmente, muitas profissões, com diferentes histórias, diferentes olhares né, então, esse é um ponto importante; poder compartilhar a nossa visão de trabalho de reinserção social e alinhar o coletivo né, do CAPS com o coletivo de profissionais (P.1).

O trabalho desempenhado multiprofissionalmente objetiva reabilitar psicossocialmente o usuário diagnosticado esquizofrênico e para isso, faz-se necessário respeitar os olhares diferentes em relação à temática, pois cada profissional possui uma trajetória tanto pessoal como profissional, que combinadas corroboram para a compreensão acerca de como é conveniente realizar ações que consigam tender ao objetivo em comum com os demais da equipe de trabalho.

Verificou-se que os psicólogos dos CAPS se preocupam em corroborarem para a reinserção social dos usuários considerados esquizofrênicos e isso é evidente, porque realizam atividades individuais e coletivas junto a eles e com isso, os usuários diagnosticados esquizofrênicos se socializam mais e reduzem a ansiedade. Os psicólogos percebem que seu trabalho propicia ao usuário diagnosticado esquizofrênico se expressar melhor e ao usarem a escuta como reconhecimento, eles colaboram para a autonomia.

Embora existam fatores complicadores que complexificam a intervenção para com os usuários considerados esquizofrênicos, os psicólogos mencionam satisfação ao atenderem os usuários diagnosticados esquizofrênicos e acreditam que alguns não se vinculam frequentemente ao CAPS devido ao medo ou pela ausência de motivação, entretanto, os que são assíduos, provavelmente, sentem-se gratificados pelo tratamento recebido.

3.2 PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE O TRABALHO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE DO USUÁRIO DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO

Delineou-se nesse subcapítulo, 3 categorias e 7 subcategorias. Buscou-se nas entrevistas, obter o **conceito de identidade** para os psicólogos, averiguando-se sua relação com o trabalho. A identidade foi vista como algo constituído na relação com as experiências, com as atividades que a pessoa realiza e com a própria história de vida ao decorrer do tempo. A fala de P.1 vai ao encontro dessa argumentação:

(...) minha identidade é o trabalho, é meu time de futebol, minha identidade é um conjunto de coisas que eu nomearia, mas, no fundo no fundo acho que a identidade é um pouco mais complexa (P.1).

Para Ciampa (1987), a pessoa constrói sua identidade a partir das interações sociais ocorridas em tempo e espaço definidos. Isso possibilita ao homem assumir mais de uma identidade de acordo com o ambiente em que se encontra. De acordo com os psicólogos entrevistados, a pessoa ao realizar uma atividade de trabalho em determinado local, em longo prazo, poderá identificar-se com esta e se perceber como sendo seu próprio trabalho. Por isso, apresentará uma identidade profissional. Do mesmo modo, a pessoa ao praticar esporte durante um período prolongado, poderá se identificar com o exercício físico e formará a identidade de ser o próprio time que representa. A pessoa perceberá que todas as ações que fizer durante a prática do esporte definirão quem ela é.

Já para o entrevistado P.2, a identidade se apresenta dependente de fatores para ser formada. Significa que a pessoa constitui sua identidade a partir da interação entre o sentimento, o pensamento e o comportamento, assim como diz P.2:

Identidade... É, a gente vai ter uma vertente muito grande para a gente responder o que é identidade, mas basicamente, é o que a gente é enquanto pessoa, não só o que a gente sente, mas o que a gente pensa e a maneira que a gente se comporta. Eu brinco algumas vezes da boca para fora a gente pode ser o que a gente quiser, mas o que determina o que a gente realmente é... É o conjunto dessas três coisas; o que eu sinto, o que eu penso e a maneira que eu me comporto. Eu acho que é um conjunto de uma serie de fatores aí (P.2).

Na visão de Kardec (1978 apud GREGÓRIO, 2002), a identidade se forma a partir da interação dinâmica entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos da pessoa, conforme explica o psicólogo entrevistado P.2.

Buscou-se a seguir conhecer a relevância do **trabalho na formação da identidade** e diante das respostas dos psicólogos entrevistados, assinalou-se o resgate da identidade por ambos, pois percebem que o usuário diagnosticado esquizofrênico perde a

noção da própria identidade quando está em crise e P.1 afirma:

(...) ele perde a noção dessa identidade, de quem ele é, que papel que ele ocupa nessa família, que papel que ele ocupa no espaço onde ele está (P.1).

Para Ciampa (1987), a identidade do homem é constituída no passado, presente e no futuro. Por isso, mesmo quando o usuário considerado esquizofrênico encontra-se em crise, ainda apresenta uma identidade, já que esta foi construída antes e o está sendo no momento. Nesse sentido, quando os psicólogos se referem à ideia de resgate de identidade parece muito mais ser relativa a de usarem sua historicidade a favor de sua organização em face da crise. Ambos psicólogos acreditam que os usuários diagnosticados esquizofrênicos não perdem a identidade, apenas não a reconhecem quando passam por uma crise.

Em se tratando ainda do trabalho como elemento constituinte da identidade do usuário diagnosticado esquizofrênico, aparece a constituição de sentido que corrobora para que os psicólogos entrevistados percebam que tanto o desempenho de uma atividade de trabalho remunerada, como a execução de uma ação em casa, podem colaborar para a socialização, bem como possibilitar à pessoa considerada esquizofrênica exercer um trabalho que tenha significado para si. Além disso, o usuário diagnosticado esquizofrênico pode ser valorizado pelos ciclos sociais, porque escolheu uma carreira e para demonstrar isso, o entrevistado P.1 concatena as ideias:

Eu sou psicólogo. O que tu és? Sou farmacêutico, eu sou tal coisa, então, acho que existe uma valorização muito grande do trabalho ou da carreira, né. Não só de trabalho quanto ofício, que o que tu gosta de fazer, mas, a carreira, aquela que possa te dar uma nomeação, que possa te dar até uma tranquilidade social, para as pessoas de que quem tu és (...) (P.1).

De acordo com os entrevistados, o trabalho deve ser significativo para o usuário considerado esquizofrênico e para elucidar essa ideia, Dias e Soares (2009) discorrem que o ser humano realiza trabalho com sentidos e significados diversos, que podem variar desde a ideia de ser prazeroso até como sendo um sofrimento obrigatório.

Por meio das entrevistas, já falando do trabalho de modo mais realístico, foi possível constatar que a categoria intitulada **papel do trabalho** apresenta variações, como o de exclusão e diante da perspectiva do psicólogo P.1:

Então, é associado ao trabalho, e se ele está delirando, ele está fora, ele não está trabalhando, não está produzindo (...). A gente tem essa associação muito próxima e eles se sentem excluídos desse mundo do trabalho, desse mundo de produção, desse mundo de se sentir útil (P.1).

Para Basaglia (1985), a sociedade oprime e exclui a pessoa que se encontra à margem do naturalizado como “normal” e conforme os psicólogos entrevistados, a pessoa compreendida como esquizofrênica é vista como incapaz, por isso, é passível de dominação pelo outro.

Segundo o entrevistado P.1, o trabalho deve ser avaliado como um veículo a favor da inclusão psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico:

(...) acho que nessa inclusão de trabalho tem que ser de aceitação, porque uma aceitação, um questionamento desses valores que já excluíram essa pessoa, né (...) caso delirasse, passasse por um estresse terrível e entrasse numa crise, era desviante, né (P.1).

Segundo Dias e Soares (2009), o homem produz sua própria existência por meio do trabalho, por isso, o usuário considerado esquizofrênico ao trabalhar consegue efetuar conquistas e sua produção favorece a sociedade e a ele próprio. Para os entrevistados, a sociedade precisa aceitar a pessoa considerada esquizofrênica no mercado de trabalho, como ela se apresenta.

Um dos psicólogos entrevistado, P.1, acredita que seu trabalho pode fornecer recursos para que o usuário considerado esquizofrênico realize a escolha profissional condizente com sua decisão destituída da ideia de exercer uma atividade por obrigação:

(...) quanto àquilo que a gente possa no termo de carreira... Descobrir uma carreira que nunca existiu, que às vezes, tem quarenta anos e não notou que tem cinquenta anos, a pessoa tem trinta, vinte, acho que qualquer grau, qualquer passo que a gente dê para aproximar esse desviante, que ele acabou sendo desviante e em termo de valores sociais, se a gente conseguir aproximar ele um pouco dessa trajetória dita normal, a gente vai dar uma satisfação para ele. Mas, acho que não pode ser uma obrigação, senão vai ser mais uma cobrança de que ele não se encaixou, né (...) (P.1).

A exposição do entrevistado P.1 intensifica a atuação do psicólogo na direção de auxiliar ao usuário diagnosticado esquizofrênico a optar por algum trabalho, por uma profissão, que o faça ser consciente de sua escolha. Para Levenfus e Soares (2010), a escolha ajustada e madura pressupõe conhecimento da realidade e capacidade de adaptação. O psicólogo do CAPS, ao facilitar a escolha profissional consciente de um usuário diagnosticado esquizofrênico, por meio de seu autoconhecimento, usando técnicas, e informando sobre os trabalhos possíveis mediante o contexto socioeconômico, poderá levá-lo a algum tipo de inclusão.

Caberá ao psicólogo conhecer as limitações psíquicas e físicas de cada usuário considerado esquizofrênico, porque apesar de apresentarem sintomas parecidos, cada pessoa tem suas peculiaridades. O trabalho para ser realizado precisa *a priori* ser viável, portanto, o psicólogo deve articular o desejo da pessoa diagnosticada esquizofrênica com suas restrições emocionais, financeiras e psicofísicas para mediá-la a escolher uma atividade laboral concreta. A identidade é construída na interação dinâmica e contínua com as pessoas, experiências, sentimentos e com tudo com a qual se identifica, bem como com o que não se identifica.

Os psicólogos entrevistados acreditam que o usuário diagnosticado esquizofrênico não perde a identidade, apenas não a reconhece durante uma crise. Compreende-se que a identidade continua a existir, porém o sujeito se desconecta conscientemente dela momentaneamente, e por isso, ele tem a impressão de não saber mais quem é e vive como se estivesse perdido. Pode sentir-se angustiado, ansioso e desesperançoso. Por esta razão, a pessoa considerada esquizofrênica pode resgatar sua identidade, isto é, pode reconhecê-la, por meio da intervenção terapêutica. E pode, inclusive, tornar a ter sentimentos agradáveis e a se reconhecer como uma pessoa valorosa no meio em que se encontra. Pode acontecer também que a pessoa diagnosticada esquizofrênica, ao se reinserir socialmente, modifique algum aspecto da sua identidade que será outra. O psicólogo pode mediar a interação social do usuário diagnosticado esquizofrênico, a fim de que o estimule a elaborar projetos pessoais e profissionais condizentes com sua identidade.

Entendeu-se que os psicólogos entrevistados percebem que a identidade é formada na relação que a pessoa tem com as experiências e com as atividades que realiza. Por isso, o usuário considerado esquizofrênico ao exercer uma atividade de trabalho, passará a modificar sua própria identidade. Constatou-se que os psicólogos percebem o trabalho como significativo para o homem de forma exclusiva. E verificou-se que para os entrevistados, a pessoa diagnosticada esquizofrênica pode ser excluída ou incluída em algum trabalho devido à condição de sua saúde. Também pode realizar uma escolha profissional norteadada pelo autoconhecimento atrelado à informação profissional.

3.3 CONCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE O TRABALHO COMO RECURSO PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO.

Este último subcapítulo é compreendido por duas categorias e por quatro subcategorias. Surge, então, a **inserção social** que é dependente das variáveis como explicita P.2:

Assim tem esse menino que trabalha com vendas, eu já tive outro que voltou a trabalhar também com vendas uma menina esquizofrênica tem outros que desenvolve trabalhos manuais assim é e fazem produtos, por exemplo, pano de prato com pintura com crochê, com outras coisas, outros voltaram a estudar e tem um dos meninos que é, que foi diagnosticado esquizofrênico que agora está fazendo faculdade a distância em Contabilidade, então, assim cada caso vai ser um caso, mas a gente tem algumas histórias de sucesso (P.2).

Na concepção de Ciampa (1987, p.200), “O homem é um horizonte de possibilidade”, por isso, ele pode fazer suas escolhas pessoais e profissionais. Assim, alguns usuários diagnosticados esquizofrênicos trabalham com vendas, outros realizarem trabalhos manuais e há os que fazem curso de graduação, segundo as entrevistas realizadas com os psicólogos. O ser humano por ser racional, pode tomar decisões, traçar objetivos e elaborar estratégias para realizá-los.

Em continuação, a inserção aparece para os psicólogos, relacionada a uma busca profissional que é relativa a uma melhora do usuário diagnosticado esquizofrênico e o psicólogo P.1 expõe:

(...) sim, sim, tem. É uma busca pequena dentro da gravidade deles, do estado que eles chegam para a gente e a gente observa como movimentos importantes e a gente dá destaque para eles e não esperamos que num mês depois já estejam mitos né. Não dá para esperar que eles cheguem aqui e já fiquem socializados no mundo né. Isso seria uma frustração. Mas, a gente observa sim, melhoras, se eles conseguem trabalho, se eles conseguem por conta própria. Alguns a gente incentiva, alguns a gente tenta segurar um pouco, mas geralmente, eles têm uma demora em procurar, estão muito satisfeitos ou pelo menos estagnados naquilo que decidem. Assim, às vezes, tem desejo, tem alguma coisa de desejo, de viverem outras coisas, mas não procuram (P.1).

De acordo com Furtado (2001, p. 80), “A principal característica do processo de apropriação é de criar no homem novas aptidões, novas funções psíquicas (diferença com a aprendizagem animal)”. Então, cabe aos profissionais do CAPS orientarem o usuário diagnosticado esquizofrênico, a fim de que ele se motive a buscar por uma profissão que deseje desempenhar. Sobre isso, Pitta (2001) explica que os profissionais precisam ser acolhedores a cada dia em prol da Reabilitação Psicossocial do usuário.

Dentre as respostas dos psicólogos entrevistados, P.2 declara que para resgatar os papéis funcionais do usuário considerado esquizofrênico é necessário reorganizar os aspectos

que caracterizam sua atitude perante o mundo:

Eu acho que no resgate desses papéis mais saudáveis de laços mais saudáveis desses três aspectos, principalmente, o emocional, a maneira que ele pensa o estar no mundo e a maneira que ele se comporta principalmente (P.2).

Para Kardec (1978 apud GREGÓRIO, 2002) uma atitude forma-se pela mescla de três componentes, sendo eles: o cognitivo que se relaciona às crenças e aos pensamentos, o afetivo descrito pelas emoções e pelos sentimentos, bem como o comportamental, que são as tendências a reagir. A pessoa apresenta uma atitude, ao aliar coerentemente os sentimentos às tendências reativas específicas associadas a um modo peculiar de pensar em certa ocasião. O trabalho nessa direção de articular o acompanhamento do usuário considerado esquizofrênico em meio a essas dimensões pode ser elemento importante no trabalho dos psicólogos do CAPS, e de certa forma parece contemplado na fala de P. 2.

Delimitou-se, por último, buscando pensar sobre o trabalho e a reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico, a categoria **atividade de trabalho**. Levou-se em consideração a atuação de usuários considerados esquizofrênicos em tipos de trabalho que variam do informal ao formal conforme mostra P.1 ao elucidar a concepção do trabalho informal:

Sim, muitos já realizaram uma atividade de trabalho, muitas vezes um trabalho não formal, um trabalho dentro de construção, ou trabalhar uns dias ou junto com parentes para levantar uma casa. Geralmente, não tem essa regularidade, esse ritmo, essa constância do trabalho formal né (P.1).

Neste viés, P.1 explicita o trabalho formal:

Mas, têm casos das pessoas também que frequentaram o CAPS, que estão trabalhando já há alguns meses. Uns trabalham como atendente, que trabalham numa lanchonete, assim, garçomete, uma coisa assim. Eu não acompanhei *in loco* né, no local, mas me passaram isso. É... Têm alguns com trabalho mais simples como reciclagem, tem uns que se inserem, tem uma diversidade, alguns retornam; isso é bem comum, retornar para esses pequenos ofícios, isso é bem comum (P.1).

Embora existam usuários diagnosticados esquizofrênicos atuando no mercado formal e no mercado informal, o modo como o capitalismo dispõe a estrutura do mundo do trabalho ocidental, no século XXI, impede a (re) inserção profissional do usuário da forma menos alienante possível, pois a pessoa considerada esquizofrênica não realiza seu trabalho do modo que deseja.

Na perspectiva de Yamamoto (2001), o capitalismo promove a tensão entre o

trabalhador coletivo - que expressa os interesses da sociedade e se mostra como um objeto do capital - e o trabalhador como uma pessoa livre e criativa, capaz de ir de encontro aos infortúnios da sua atividade de trabalho. Para a autora, o trabalhador ao lutar contra a sua alienação, posiciona-se como um ser humano político-coletivo e ressalta a função da luta de classes na busca por novos rumos no âmbito do trabalho e fortalece os demais a serem autores de suas próprias histórias e questionadores das “dilapidações do capital” (IAMAMOTO, 2001, p. 86).

Ao encontro dessa concepção, Sader (2000) explica que o capitalismo, no século XXI, controla a população brasileira e por isso, as pessoas consomem inexplicavelmente e realizam escolhas profissionais alienadas. Para que um ser humano reorganize sua vida de modo mais ajustado, os psicólogos entrevistados discorrem sobre a importância de se compreender a atitude composta pela cognição, afetos e ação diante das ocasiões. Ainda, os entrevistados expõem que há evidências de usuários diagnosticados esquizofrênicos que se engajam na busca pelo exercício profissional, no entanto, muitos não fazem isso, mesmo sentindo desejo.

Diante das entrevistas, constatou-se que os usuários considerados esquizofrênicos atuam no mercado de trabalho formal e informal, contudo, o capitalismo impossibilita a reinserção profissional deles da maneira mais adequada. A sociedade exige que o usuário diagnosticado esquizofrênico atenda aos seus interesses e necessidades e isso impede que ele trabalhe do modo mais criativo possível. Em paralelo a isso, devido à divisão social do trabalho e à luta de classes, o capital é distribuído desproporcionalmente. Então, além do usuário considerado esquizofrênico não ser livre para trabalhar conforme desejo, ele é obrigado a conviver com o salário que pode ser incoerente com seu desempenho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa identificou-se a percepção do trabalho como veículo promovedor da reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico, e quanto aos psicólogos entrevistados, esses relataram que atendem a usuários que desenvolvem trabalhos formal e informal.

Foi possível constatar que os entrevistados realizam atividades individuais ou coletivas junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos, como o acompanhamento

individual, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, Assembleia Geral, acompanhamento terapêutico e elaboração de estratégias. Estas maximizam o desenvolvimento biopsicossocial dos usuários considerados esquizofrênicos e os permitem transformar sua identidade. Os usuários diagnosticados esquizofrênicos ao desenvolverem as atividades propostas pelos psicólogos se socializam e tornam-se mais autônomos.

Verificou-se que os usuários considerados esquizofrênicos constituem sua identidade por meio da interação com suas experiências e com as atividades que realizam. Por isso, quando o usuário trabalha, ele transforma sua identidade. Ainda, os psicólogos entrevistados percebem que o trabalho tem significado diferente para cada ser humano e o usuário diagnosticado esquizofrênico pode ser incluído ou excluído de alguma atividade profissional, dependendo da sua condição psicofísica.

Compreendeu-se através das entrevistas, que os usuários diagnosticados esquizofrênicos ao trabalharem no mercado formal e informal, são reabilitados psicossocialmente. Entretanto, o capitalismo os força a realizarem um trabalho que atenda às expectativas e necessidades da sociedade, impedindo que atuem profissionalmente de modo mais livre e criativo.

Perante as entrevistas, identificou-se que os psicólogos afirmaram que sua intervenção poderá fazer com que o usuário considerado esquizofrênico realize uma escolha profissional livre da obrigação, transformando assim, a humanidade alienada, em crítica e mais protagonista de sua história pessoal e profissional. Destaca-se que ante a preocupação dos psicólogos, a abordagem teórico-prática da Orientação Profissional aparece como opção para os psicólogos atuantes em CAPS intervirem junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos, para que realizem uma escolha profissional sistematizada e consciente.

Objetivou-se realizar a entrevista com três psicólogos *a priori*, contudo, um dos CAPS não consentiu a autorização para a pesquisa. Porém, por meio da entrevista semiestruturada, foi possível alcançar os objetivos pretendidos.

Por meio desta pesquisa, percebeu-se que a família ao invés de colaborar para o tratamento do usuário diagnosticado esquizofrênico, muitas vezes, dificulta seu processo de reabilitação psicossocial. Portanto, faz-se necessário pesquisar estratégias voltadas à mobilização da família ao auxílio no tratamento do usuário.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

APFELDORFER, Gérard. **Como logo existo: excesso de peso e perturbações do comportamento alimentar**. Trad. CANAPE, Sylvie. Intituto Piaget, 1991.

ASSIS, Machado de. **Obra Completa** (vol. II). Rio de Janeiro, Aguilar, 1974.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROCO, M.L.S. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BARROS, Sônia; SILVA, Ana Luisa Aranha e; LOPERGOLO, Ana Cristina Delgado e PITTA, Ana Maria Fernandes. **Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental - I**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 1999, vol.33, n.2, pp. 192-199. ISSN 0080-6234.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (Org.). **A instituição negada**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.cap.4, p.99-133.

BASTOS, Alice Beatriz B. Iziq. **A técnica de grupos operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon**. *Psicólogo Informação* ano 14, n, 14 jan./dez. 2010.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BERTOLOTE, José Manoel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. cap. 4, p. 155 – 158.

BOTEGA, Neury J.; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

BUCARETCHI, Henriette Abramides. **Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

BRAGHIROLI, Elaine Maria; BISI, Guy Paulo; RIZZON, Luiz Antônio; NICOLETTO, Ugo. **Psicologia Geral**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

BRASIL, 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. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde**. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª Ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, PORTARIA, 336/01/Ministério da Saúde. 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acessado em: 15 de junho de 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a saúde mental**. *Rev. Latinoa. de Psicop.Fund.*, São Paulo, VI, I, março 2003, 13-25.

_____. **O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n.3, p.471 -477 set./dez. 2005.

CIAMPA, Antonio da Costa. **A estória de Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CODO, W. **O que é alienação**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CORREA, Rosilda Oliveira. **Mercado de trabalho informal: um comparativo entre Brasil e Paraná numa trajetória de “10” anos**. Trabalho de Conclusão de Curso. IV Encontro de Produção Científica e Tecnológica. 2009.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel. Direitos humanos e a clínica. In: **Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental**. São Paulo: Casa do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000.

DIAS, Maria Sara de Lima; SOARES, Dulce Helena Penna. **Planejamento de carreira: uma orientação para estudantes universitários**. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2009.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética** 2009 17 (2): 203 – 220.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Or.g. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FURTADO, Odair. O psiquismo e a subjetividade social. In: BOCK, Ana M. Bahia; GONÇALVES, M. Graça M.; FURTADO, Odair (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. cap. 1, p. 75-93.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas 2002.

GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo- O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. In: PITTA, Ana (Org.) . **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. cap. 2, p. 33-47.

GREGÓRIO, Sérgio Biagi. **Atitude e Comportamento**. São Paulo, abril de 2002.

GROMANN, Regina Maria Guisard; BERLINCK Manoel Tosta. **Sonho: um observatório psíquico: psicopatologia fundamental e subjetividade**. **Ágora** (Rio J.) v.6 n.1 Rio de Janeiro jan./jun. 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e indivíduo social**. São Paulo: Cortez, 2001.

LEONEL, Vilson; MOTTA, Alexandre de Medeiros. **Ciência e pesquisa: livro didático**. Palhoça: UnisulVirtual, 2001.

KAPLAN HI, SADOCK BJ, GREBB JA. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEVENFUS, Rosane Schotgues; SOARES, Dulce Helena Penna. **Orientação vocacional ocupacional**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A. 5 ed. 2003.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3 ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

OLIVEIRA, D. de; CARVALHO, R. J.; ROSA, A. C. M.. **Clima organizacional:** Fator de satisfação no trabalho e resultados eficazes na organização. Simpósio de excelência e festão em Gestão e Tecnologia, 2012. Tema: Gestão, Inovação e Tecnologia para a Sustentabilidade.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** São Paulo: Editora 34, 1994.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. cap.1, p. 19 - 26.

PONTES, Cleto Brasileiro. **Psiquiatria:** conceitos e práticas. 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional.** Trad. Christina Ávila de Menezes. Editora: LTC. 8 ed. 1998.

SADER, Emir. Direitos Humanos e Subjetividade I. In: **Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental.** São Paulo: Casa do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000.

SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SCAZUFCA, Marcia. **Abordagem familiar em esquizofrenia.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 22 s.1 São Paulo May, 2000.

SCHMID, Patrícia Cavalcanti. **Viajando não, só sonhando!.** Rev. Dep. Psicol., UFF [online]. 2007, vol.19, n.1, pp. 187-197. ISSN 0104-8023. <http://dx.doi.org/10.1590>.

SOUZA, Paulo César Zambroni – de -. **Trabalhando com saúde:** trabalho e transtornos mentais graves. **Psicol. Estud.** [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 175-183. ISSN 1413-7372.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista dos psicólogos do CAPS

| Identificação do entrevistado | |
|--|-------|
| Nome: | |
| Idade: | Sexo: |
| Quanto tempo exerce a profissão: | |
| Perguntas | |
| 1- Quais as atividades que você desenvolve junto aos usuários considerados esquizofrênicos na rotina do CAPS? | |
| 2- Quais são as maiores dificuldades que você enfrenta no cotidiano de trabalho junto aos usuários diagnosticados esquizofrênicos do CAPS? | |
| 3- Como o seu trabalho com os usuários diagnosticados esquizofrênicos contempla a produção/atividade deles? | |
| 4- O que você entende por identidade? | |
| 5- Como você compreende o trabalho como atividade importante na formação da identidade da pessoa considerada esquizofrênica? | |
| 6- Quais são os benefícios para os usuários com esquizofrenia que participam das atividades do CAPS? | |
| 7- Como é para você atender os usuários diagnosticados com esquizofrenia que frequentam o CAPS? | |
| 8- Qual a sua percepção sobre a participação de usuários diagnosticados esquizofrênicos em tratamento que desenvolvem atividades fora do contexto do CAPS? | |

9- Você conhece algum usuário diagnosticado esquizofrênico que exerceu ou que ainda realiza alguma atividade de trabalho? Qual? E qual a sua avaliação sobre esse usuário considerado esquizofrênico?

10- Como a sua atuação de psicólogo favorece a condição de trabalho de usuário diagnosticado esquizofrênico para fora do contexto do CAPS?

11- Como você compartilha com a equipe de saúde do CAPS a ideia do trabalho como elemento de reabilitação psicossocial?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar, voluntariamente, de uma pesquisa com o título “A percepção de psicólogos de CAPS acerca do trabalho como um veículo de reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico”. Esta pesquisa é a conclusão de curso da acadêmica Nayra Luanna Nogueira que foca na compreensão de psicólogos a respeito do trabalho como um veículo que reabilita psicossocialmente os usuários diagnosticados esquizofrênicos de CAPS do sul de Santa Catarina.

A relevância desse estudo consiste em identificar as compreensões singulares dos psicólogos pesquisados em relação ao trabalho como recurso reintegrador de usuários diagnosticados esquizofrênicos dos CAPS e de como essa pesquisa poderá produzir reflexão sobre práticas inéditas destacando o trabalho como um elemento de reabilitação psicossocial.

A pesquisa será realizada com um psicólogo que atue no CAPS. Sua participação consiste em responder a uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos cujo objetivo é compreender os conceitos singulares que os psicólogos de diferentes CAPS apresentam sobre o trabalho como sendo um veículo de reabilitação psicossocial para a pessoa diagnosticada esquizofrênica. Essa pesquisa irá investigar o conceito de trabalho para os psicólogos, o foco do trabalho sobre a formação da identidade da pessoa considerada esquizofrênica e como os psicólogos usam o trabalho como meio de reabilitar o usuário diagnosticado esquizofrênico para atuar na sociedade. A entrevista será realizada em um local onde você se sinta confortável e tenha privacidade para responder às perguntas espontaneamente. Será gravada em áudio e depois a pesquisadora fará transcrição da gravação na íntegra evitando distorcer o que você disse no decorrer da entrevista.

Você não pode se sentir obrigado a responder a todas as questões e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer instante (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar da entrevista ou de já tê-la feito), sem ser prejudicado. Se você não se sentir à vontade durante a entrevista, é importante que você comunique isso à pesquisadora para ela te auxiliar. Você tem direito de tirar dúvidas ou pedir informações à pesquisadora sobre a pesquisa e poderá fazer esse pedido

pessoalmente, antes, durante ou depois da entrevista, ou poderá ser feito por telefone, e-mail, conforme os contatos da entrevistadora que constam ao final do documento.

Os seus dados de identificação, sem exceção, serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em hipótese alguma. A pesquisadora irá adotar nomes fictícios ou pseudônimos para assegurar sua privacidade se os dados fornecidos por você forem usados em eventos e artigos científicos.

Lembrando que sua participação é voluntária, logo, você não poderá ser pago por participar dessa pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar desse estudo como pesquisado. Fui informado e esclarecido pela pesquisadora _____ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Participante: _____ Data: _____

RG: _____

Entrevistadora: _____ Data: _____

Nayra Luanna Nogueira – Telefone: (48) 3259-5245 – E-mail: nayra.nogueira@gmail.com

Orientadora: _____ Data: _____

Ana Maria Lopes Pereira - E-mail: ana.lopes@unisul.br

APÊNDICE C – Termo de consentimento para gravações



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES**

Eu _____ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica.

Eu concordo que as informações e o material obtidos relacionados à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do participante:

RG:

Endereço:

Assinatura:

Professora Responsável:

Ana Maria Lopes Pereira

E-mail: ana.lopes@unisul.br

Acadêmica:

Nayra Luanna Nogueira

E-mail: nayra.nogueira@gmail.com

Data e Local onde será realizado o projeto: _____, ____ de _____ de _____

APÊNDICE D - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Local e data: Florianópolis, ___ de _____ de 2012.

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UNISUL, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado “A percepção de psicólogos de CAPS acerca do trabalho como um veículo de reabilitação psicossocial do usuário com esquizofrenia” declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Ass. Pesquisador responsável (UNISUL)

Ass. do responsável pela Instituição (UNISUL)
(Coordenador de Curso)

Ass. do responsável da outra Instituição (de outra instituição)

APÊNDICE E – Quadro da Tabela de categorias e subcategoria

CATEGORIZAÇÃO SEM AS FALAS DOS ENTREVISTADOS – ENTREVISTA DO P.1 E ENTREVISTA DO P.2

| OBJETIVOS | CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|--|--|--|
| DESCREVER A REALIDADE DO TRABALHO DE PSICÓLOGOS JUNTO AOS USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS ESQUIZOFRÊNICOS DO CAPS | ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CAPS | Acompanhamento individual |
| | | Oficinas terapêuticas |
| | | Grupos terapêuticos |
| | | Assembleia Geral |
| | | Acompanhamento terapêutico |
| | | Elaboração de estratégias |
| | BENEFÍCIOS AOS USUÁRIOS ESQUIZOFRÊNICOS | Socialização |
| | | Minimização de prejuízos |
| | | Reinserção social |
| | DIFICULDADES NO COTIDIANO DE TRABALHO | Conceito de Esquizofrenia |
| | | Uso da medicação |
| | | Adesão da família ao tratamento |
| | | Conflitos familiares |
| | | Instabilidade dos quadros |
| | | Produção diferenciada |

| | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| | ESPECIFICIDADES DO TRABALHO | Escuta como reconhecimento |
| | | Autonomia |
| | | Vínculo |
| | | Maioria dos casos CAPS |
| | | Satisfação para trabalhar |
| | OBJETIVOS DO TRABALHO | Administrar recursos |
| | | Expressão |
| | | Trabalho multiprofissional |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| COMPREENDER A RELEVÂNCIA DO TRABALHO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE DO USUÁRIO DIAGNOSTICADO ESQUIZOFRÊNICO NA PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS | CONCEITO DE IDENTIDADE | Constituído na relação |
| | | Dependente de fatores |
| | TRABALHO NA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE | Resgate da identidade |
| | | Constituição de sentido |
| | PAPEL DO TRABALHO | Exclusão |
| | | Inclusão |
| Escolha profissional | | |

| | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| IDENTIFICAR A CONCEPÇÃO APONTADA PELOS PSICÓLOGOS ACERCA DO TRABALHO COMO RECURSO VOLTADO A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL | INSERÇÃO SOCIAL | Dependente das variáveis |
| | | Busca profissional |
| | | Atitude |
| | ATIVIDADE DE TRABALHO | Tipos de Trabalho |