



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MOEMA LUZIA BARROS DE MOURA

GRUPO TERAPÊUTICO PROJETOS DE VIDA: CONTRIBUIÇÕES NO  
COTIDIANO DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS  
MENTAIS

RECIFE

2016

**MOEMA LUZIA BARROS DE MOURA**

**GRUPO TERAPÊUTICO PROJETOS DE VIDA: CONTRIBUIÇÕES NO  
COTIDIANO DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Práticas Psicológicas em Instituições

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lucia Francisco

RECIFE - PE

2016

MOEMA LUZIA BARROS DE MOURA

**GRUPO TERAPÊUTICO PROJETOS DE VIDA: CONTRIBUIÇÕES NO  
COTIDIANO DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Esta tese foi julgada adequada à obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica e aprovada em sua forma final pelo Curso de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Recife, 02 de junho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Vera Lucia Dutra Facundes, Dra.

Examinadora Externa - Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Karla Galvão Adrião, Dra.

Examinadora Externa - Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto, Dra.

Examinadora Interna - Universidade Católica de Pernambuco

---

Profa. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas, Dra.

Examinadora Interna - Universidade Católica de Pernambuco

---

Profa. Ana Lucia Francisco, Dra.

Orientadora – Universidade Católica de Pernambuco

## DEDICATÓRIAS

Dedico aos meus pais, João Paes de Barros e Dalila Leite Barros (em memória), pelos valores pessoais e os exemplos que me passaram de disciplina e perseverança nos caminhos da boa educação e da cultura que me fizeram ter sempre forças para seguir adiante nos meus propósitos profissionais.

Dedico à minha família de ouro - meu amado esposo, Eng. Renaldo T. Moura, Dr., e os meus amados filhos Mônica Regina, M. Sc, Rebeca Maria, M. Sc, e Renaldo Junior, Dr., pelo espelho que sempre foram para mim de amor, de amizade, de alegria, sobretudo pelo companheirismo e o incentivo incontestes que recebi deles em todas as fases da minha formação no Doutorado, com sua compreensão pelos meus longos e constantes momentos de dedicação aos estudos para que eu alcançasse êxito na consecução desta formação profissional importante.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder fé, força de vontade e perseverança para conquistar esta importante formação profissional.

Ao meu amado esposo Renaldo, por estar presente em toda minha trajetória profissional, como em minha vida, me apoiando e me incentivando no aprendizado dos caminhos da vida profissional, com seu experiente exemplo profissional que me fortaleceu para atravessar os árduos, mas prazerosos caminhos da vida acadêmica até chegar ao objetivo almejado de conclusão do Doutorado.

À orientadora, Profa. Ana Lucia Francisco, pelos valiosos ensinamentos e orientações processadas que muito contribuíram para o meu caminhar na construção do conhecimento científico e do meu crescimento intelectual.

À Profa Simone Walcoff, pelas contribuições fundamentais sobre o pensamento de Hannah Arendt sobre Ação Humana e Vida Ativa.

À bibliotecária Cristiane Alberto Ferreira, pelas contribuições sobre os fundamentos das Normas bibliográficas da APA.

Aos dirigentes dos CAPS onde a pesquisa foi realizada e às coordenadoras dos Grupos Projetos de Vida, pela disponibilidade e o acolhimento especial, tornando possível minha aproximação das usuárias participantes da pesquisa.

Às usuárias participantes da pesquisa e aos seus familiares, os quais as apoiaram na iniciativa de participar das entrevistas, agradeço a disponibilidade, sem a qual o estudo não se efetivaria.

A todas estas pessoas, meu muito obrigada!

**O PÃO DA VIDA**

(Do Livro *O tempo em um ponto*, de Renaldo Tenório de Moura)

Para que o vento

Se não há moinho?

Se há o verde

Que embala o campo.

Para que o campo

Sem florar o trigo?

Para que o vinho

Se não há o pão?

Para que o tempo

Se não há história?

Para que a vida

Se não há razão?

Vamos ser moinho

Vamos ser os campos

Vamos ser o trigo

Vamos ser o vinho

Para que o vento

Sobre o giro, o tempo

E se faça história

E seja o pão da vida

E se torne razão

## RESUMO

A questão que permeou este trabalho de tese consistiu em interrogar em que medida os grupos terapêuticos Projetos de Vida, oferecido às mulheres em sofrimento psíquico, dão suporte à sua (re) inserção social, sobretudo no que diz respeito à vida laborativa. Os referenciais teóricos adotados para a contextualização desta temática abrangeram as determinações do Ministério da Saúde quanto à perspectiva psicossocial dos atendimentos aos usuários dos CAPS e as elaborações teóricas de Hannah Arendt sobre ação humana no contexto da vida ativa. Este trabalho teve como objetivo compreender como as usuárias dos CAPS de transtorno mental de Recife-PE experienciam os grupos terapêuticos Projetos de Vida e de que modo tais experiências repercutem no seu viver cotidiano. Teve como objetivos específicos: descrever o trabalho realizado no grupo; contextualizar o ambiente sociofamiliar e laborativo vivenciado pelas usuárias participantes da pesquisa; descrever a experiência prática cotidiana das usuárias a partir das vivências nesse grupo e a repercussão no seu cotidiano. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujas narrativas foram realizadas através de entrevista aberta, questionário sociodemográfico e consulta a documentos (prontuários e livro de registro de grupos). Para a compreensão das entrevistas, utilizou-se o Interpretativismo de Wilhelm Dilthey, buscando-se compreender os sentidos dados a estes grupos terapêuticos em suas vidas laborativas. No processo de desvelamento, os relatos obtidos abrangeram aspectos comportamentais e emocionais, com destaque a: melhor preparação e conscientização para a convivência sociofamiliar; melhorias no âmbito pessoal de bem-estar e sentimentos de acolhimento, valorização e oportunização de conforto e segurança emocional no convívio interpessoal. Houve, também, relatos de que as vivências contribuíram para o retorno à vida laborativa profissional e para o fornecimento do resgate da reabilitação e reinserção social. As narrativas indicam, ainda, que a maioria dos processos interventivos realizados nos referidos grupos é voltada para o estímulo e incentivo a outros aspectos da vida, que não o laborativo, com destaque para o enfrentamento ao estigma da doença mental e a autoconfiança para a reinserção social. Os relatos sobre as abordagens terapêuticas mencionam um razoável espectro de recursos técnicos para o alcance do que se propõe: discussões temáticas sobre saúde e doença mental; reflexões sobre comportamento; passeios terapêuticos e emprego de artes. Os desejos manifestos se voltam para pretensões de retomada de atividades e aquisição de novos projetos, o que reflete a mudança no papel social da mulher na contemporaneidade.

Sobretudo, as narrativas apresentadas corroboram a importância do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, bem como reafirmam o pressuposto de Hannah Arendt sobre vida ativa, qual seja, a ação humana torna-se sem sentido se não for voltada para alguma forma de realização.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde da Mulher, Sofrimento Psíquico, Políticas Públicas de Saúde.

## ABSTRACT

The question that pervaded this thesis was to examine to what extent the therapeutic groups Life Projects, offered to women in psychological distress, give support to their social (re) integration, particularly with regard to the working lives. The theoretical framework adopted to the contextualization of this thematic covered the determinations of the Ministry of Health regarding the psychosocial perspective of care to users of CAPS and the Hannah Arendt theoretical elaborations on human action in the context of active life. This study aimed to understand how users of mental disorder CAPS in Recife-PE experience the therapeutic groups Life Project and how such experiences impacting their daily lives. The project has as specific objectives: to describe the work realized in the group; contextualize the social-family and occupational environment experienced by the women participating users of research; describe the everyday practical experience of users from the experiences in this group and how it impacted on their daily lives. This is a qualitative research, whose narratives were made through open interview, sociodemographic questionnaire and consultation documents (records and group record book). For understanding the interviews, it was used the Wilhelm Dilthey interpretivism, seeking to understand the meanings given to these therapeutic groups in their occupational lives. In the process of unveiling, the obtained reports covered behavioral and emotional aspects, especially to: better preparation and awareness of the social-family conviviality; improvements in the personal level of welfare and feelings of acceptance, appreciation and facilitation of comfort and emotional security in interpersonal living. There were also reports that the experiences contributed to the return to professional working lives and for the supply of the rescue of rehabilitation and social reintegration. The narratives also show that most interventional procedures performed in these groups is aimed at stimulating and encouraging other aspects of life, excluding the working lives, especially to face the stigma of mental illness and the self-confidence for the social reintegration. The reports on the therapeutic approaches mention a reasonable range of technical resources for the achievement of what is proposed: thematic discussions on health and mental illness; reflections on behavior; therapeutic riding and arts application. The manifested desires turn to intending of the recovery of activities and acquisition of new projects, which reflects the change in women's social role in contemporary society. Above all, the narratives presented corroborate the importance of caring for people in psychological distress and reaffirm the Hannah Arendt assumption on active life, namely, human action becomes meaningless if it is not directed to any embodiment.

Keywords: Mental Health; Women's Health, Psychic Suffering, Health Public Policy.

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 - Perfil sócio demográfico das participantes da pesquisa.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABI - Associação Brasileira de Imprensa

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial de tratamento de Álcool e outras Drogas

CBP - Congresso Brasileiro de Psiquiatria

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CeCCos - Centros de Convivência e Cultura

CFB - Constituição Federal Brasileira

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CSN – Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CNSMI - Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial

CNCSM - Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental

CNTSM - Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental

CTSM – Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF - Estratégia ou Equipe de Saúde da Família

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

MLA - Movimento da Luta Antimanicomial

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MST – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OAB - o Sindicato dos Médicos; a Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS - Organizações Panamericana

PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM)

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PSF - Programas de Saúde da Família (PSF)

PTS - Projeto Terapêutico Singular (PTS)

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SHR - Serviço Hospitalar de Referência

SUS - Sistema Único de Saúde

SOSINTRA - Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

**SUMÁRIO**

APRESENTAÇÃO	15
1. A CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: FUNDAMENTOS E EVOLUÇÕES	19
1.1 A inserção do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	24
2. AÇÃO HUMANA E PRÁXIS: SENTIDO E IMPORTÂNCIA	38
2.1 A perspectiva da ação em Hannah Arendt	41
3. PERCURSO METODOLÓGICO	58
3.1 Epistemologia e filosofia de investigação	60
3.2 Delineando a pesquisa de campo	61
3.2.1 Participantes	61
3.2.2 Recursos instrumentais utilizados	63
3.3 Procedimentos de coleta de dados	67
3.4 Procedimento para a compreensão dos dados	69
4. ANÁLISE DOS DADOS	70
4.1 Compreensões das narrativas: caminhos e sentidos	70
4.1.1 Os sentidos das experiências e a repercussão no cotidiano das mulheres	71
4.1.1.1 Florbela	71
4.1.1.2 Ester	74
4.1.1.3 Maria	77
4.1.1.4 Isadora	84
4.1.1.5 Nicole	89
4.1.1.6 Alice	97
4.1.1.7 Sofia	102

	XIV
4.1.2 Um olhar fenomenológico às análises realizadas	104
5. CAMINHOS DISCURSIVOS E CONSIDERAÇÕES	107
REFERÊNCIAS	122
ANEXOS	

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho de tese foi desenvolvido no âmbito da Saúde Mental, com usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Teve como objetivo compreender como as mulheres portadoras de transtornos mentais experienciam o grupo terapêutico Projetos de Vida e de que modo tais experiências repercutem em seu viver cotidiano. De modo específico, procurou-se descrever o trabalho realizado no grupo Projetos de Vida; contextualizar o ambiente sociofamiliar e laborativo vivenciado pelas usuárias participantes da pesquisa; descrever a experiência prática cotidiana das usuárias a partir das vivências terapêuticas nesse grupo e a repercussão dessa experiência no cotidiano.

A escolha pelos CAPS para a realização do trabalho teve como fator determinante o exercício profissional nesta instituição, adquirida na assistência, na supervisão clínica e no desenvolvimento de pesquisa durante o curso de Mestrado. Nessa vivência, constatou-se a existência de problemas que impactavam a concretude do trabalho de reinserção social dos usuários, em particular das mulheres. Observou-se que essas questões incidiam diretamente no planejamento de projetos de vida e na obtenção de sucesso de tais prospecções.

Assim, no trabalho de assistência havia, dentre outras questões, a preocupação com o problema das readmissões de usuários em curto espaço de tempo. Isso levou a pesquisadora a refletir, não somente sobre as práticas realizadas no CAPS, mas sobre o acompanhamento oferecido na atenção básica aos usuários egressos deste Centro. Esta realidade motivou o desenvolvimento de uma pesquisa junto às equipes de 12 Programas de Saúde da Família (PSF). No referido trabalho se expunha a preocupação com a frequente desestabilização do quadro clínico dos usuários psiquiátricos assistidos por aquelas equipes, mediante as sucessivas readmissões observadas no CAPS. Esse quadro despertou para o planejamento de uma investigação sobre como estava se efetivando o acompanhamento dos usuários no pós-alta do tratamento.

As narrativas dos profissionais participantes da pesquisa indicaram inúmeras dificuldades para a realização do seu trabalho, sobretudo àquelas relacionadas com o processo de lidar com a doença mental e a descontinuação do tratamento ambulatorial. No âmbito intramuros do CAPS,

uma preocupação em particular emergiu durante o processo de trabalho da pesquisadora e que diz respeito às características profissionais do grupo de usuárias. Em suas condições profissionais, havia um perfil comum entre elas: a vida restrita às atividades do lar, que limitava as possibilidades de prospecção de projetos pessoais que fossem além destas. Isso consistia em um fato importante que mobilizava inquietação e que incidia e refletia diretamente no manejo e operacionalização do projeto terapêutico singular (PTS) dessas mulheres. A condição profissional ou a limitação constatada se contrapunha, normalmente, ao vasto repertório de ocupações do usuário masculino (pedreiro, carpinteiro, taxista, padeiro, vigilante, agricultor, jardineiro, frentista, biscates em geral).

Estas questões e a premissa fundamental do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) de que o projeto institucional de um CAPS se caracteriza, dentre outros aspectos, pela preocupação com o usuário, sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, abriram espaço para reflexões da pesquisadora a respeito do universo compreensivo das usuárias dos CAPS. Priorizou-se a sua incursão no campo da vida prática e os significados por elas atribuídos às suas experiências nesse campo. Indagações sobre o cotidiano dessas mulheres foram postas em movimento: como elas compreendem sua condição profissional? Qual o horizonte prospectivo a respeito da condução cotidiana de suas vidas? Como elas são afetadas pelas suas vivências nos grupos terapêuticos Projetos de Vida?

Assim, as questões apresentadas despertaram interesse em realizar um trabalho de tese com as usuárias dos CAPS de transtorno mental existentes em Recife-PE. Com isso, pretende-se contribuir com a construção dos projetos terapêuticos individuais dos CAPS que sejam exequíveis, na direção da proposta da Reabilitação Psicossocial estabelecida pelo Ministério da Saúde. As narrativas colhidas poderão acrescer novas possibilidades de intervenção, buscando favorecer a ampliação da autonomia, o aumento das habilidades, a diminuição das deficiências e dos danos da experiência do transtorno mental, conforme preconiza Saraceno (2001). Ampliam-se assim as expectativas para os projetos de vida das mulheres e contribui-se para sua recuperação e reinserção social.

De forma geral, espera-se que este trabalho possa colaborar com a Reforma Psiquiátrica brasileira e os propósitos do Programa de Reabilitação Psicossocial desenvolvido nos CAPS

pesquisados. Almeja-se lançar luzes sobre os aspectos relevantes nessa conjuntura, com ênfase nas ações de atenção à saúde mental da rede de serviços instituída pelo Ministério da Saúde para atender às demandas das comunidades, a saber, os CAPS, a Atenção Básica (os PSF), os Centros de Convivência e Cultura (CeCcos) e as Oficinas Terapêuticas, dentre outros. Ações estas que são essenciais para o processo de apoio ao paciente e sua família na construção da autonomia possível. Espera-se que, além de oferecer subsídios para a elaboração de propostas e políticas públicas voltadas para a reinserção social de mulheres portadoras de transtornos mentais, este estudo contribua, sobretudo, para a prevenção de recaídas e de novas crises.

A composição deste trabalho de tese apresenta-se com a seguinte configuração: o primeiro capítulo trata da Clínica da Saúde Mental brasileira, por ser esta temática a base deste estudo. Nele, são apresentados os dois modelos vigentes de assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais: o modelo manicomial e o modelo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Apresentam-se os fundamentos e as evoluções ocorridas no campo do atendimento psiquiátrico, delimitando-se suas respectivas propostas assistenciais e as principais diferenças entre elas.

O segundo capítulo foi elaborado com o propósito de abordar a temática da ação humana, procurando-se traçar uma breve linha compreensiva sobre a evolução do conceito de práxis desde os primórdios do conhecimento humano até a atualidade. Tomaram-se como referência os filósofos Aristóteles (384-322 a. C.), Karl Heinrich Marx (1818-1883) e Adolfo Sánchez Vázquez (1915-2011). Não só pela atualidade do seu pensamento, mas por entender que as conceituações de Hannah Arendt (1906-1975) acerca da ação humana se aproximam e fornecem subsídios para a discussão a que o trabalho se propõe, foi necessário se deter um pouco mais em seus conceitos.

O terceiro capítulo refere-se à abordagem metodológica ou percurso metodológico adotado. Nele, são evidenciadas as bases epistemológica e filosófica necessárias para atender os objetivos propostos; são apresentadas as participantes e as instituições envolvidas no processo de pesquisa; são pontuadas as questões éticas e legais de autorização da pesquisa, bem como são explicitados os procedimentos de colheita e de compreensão das experiências narradas pelas usuárias.

O quarto capítulo se deteve no processo de compreensão das narrativas das usuárias. Foi feita uma abordagem compreensiva das entrevistas à luz do aporte epistemológico do Interpretativismo e dos preceitos filosóficos da Identificação Empática proposta por Wilhelm Dilthey para estabelecer diálogo entre a pesquisadora e as participantes sobre suas experiências no grupo terapêutico Projetos de Vida. Além disso, para acercar-nos dos fundamentos das atividades sociolaborativas de interesse das participantes, este capítulo traz, em seu subitem 4.1.2, denominado “*Um olhar fenomenológico às análises realizadas*”, a perspectiva do pensamento de Hannah Arendt (Arendt, 1993, 2002, 2013) acerca do agir humano, da ação humana enquanto atividade principal que, na compreensão da autora, integra a vida ativa de cada indivíduo.

O quinto capítulo traz os caminhos discursivos e as considerações do estudo e reflete o que foi este trabalho de tese. Retoma seus objetivos e evidencia o que foi relevante no âmbito teórico e no campo de pesquisa, numa perspectiva dialógica entre seus elementos. Nessa direção, o campo pesquisado dialoga com os seguintes conteúdos teóricos: 1. O campo psicossocial, no qual são trazidos autores que abordam a questão psicossocial - Benedetto Saraceno (Saraceno, 2001), Ministério da Saúde (Brasil, 2004) e Paulo Amarante (Amarante, 2003, 2007, 2008); a concepção de sofrimento psíquico - Georges Canguilhem (Canguilhem, 2009); a noção de projeto de vida - Gilberto Velho (Velho, 2003, 2006); a noção de Clínica Ampliada - Gustavo Tenório Cunha (Cunha, 2005), Ministério da Saúde (Brasil, 2009) e João Leite Ferreira Neto (Ferreira Neto, 2011); 2. No âmbito da fenomenologia, o diálogo se processa com o aporte teórico de Hannah Arendt (1993, 2002, 2013) sobre a ação humana, além das contribuições de Dulce Critelli (Critelli, 2012) e Simone Walckoff (Walckoff, 2009). O capítulo é concluído com propostas de ação clínico-interventiva.

## **1. A CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: FUNDAMENTOS E EVOLUÇÕES**

A assistência psiquiátrica pública brasileira vem evoluindo ao longo dos anos e passando por transformações importantes em seus modelos de tratamento, bem como na adoção e configuração de paradigmas, na forma de lidar e de assistir e no enfrentamento da doença mental. Contudo, ainda coexistem no país duas formas de assistir que demarcam dois importantes momentos da assistência psiquiátrica, as quais têm perspectivas fundamentadas em modelos de cuidados divergentes quanto aos modos explicativos do processo de atendimento, da causalidade e determinação do adoecimento mental. Conforme explicitado a seguir, esses modelos são, sobretudo, distintos no modo de compreensão da loucura e do estatuto social das pessoas consideradas doentes.

As propostas de assistência ao doente mental demarcam dois momentos marcantes na história da psiquiatria no país: o primeiro envolve o tradicional e secular modelo hospitalar e o segundo diz respeito ao modelo de rede de atenção à Saúde Mental, instituído pelo Ministério da Saúde no final dos anos 1980. Este modelo é regido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi criado em 1988 com a finalidade de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público gratuito a qualquer pessoa.

O primeiro momento da assistência psiquiátrica brasileira, centrado no modelo hospitalar, é caracterizado pelo atendimento à doença mental e pressupõe que sua causalidade seja estritamente orgânica. O doente mental é visto como louco e compreendido como uma pessoa incapaz, um ser humano alienado. Em sua configuração, este modelo de atendimento situa como local de tratamento e espaço de cura o manicômio, o hospício, o asilo e tem na figura do médico sua referência profissional. A abordagem terapêutica adotada concentra-se, principalmente, na prescrição de medicamentos psicoterápicos, os psicofármacos, que contemplam específica e diretamente o aspecto orgânico do adoecimento mental. A terapêutica empregada também inclui o processo de confinamento do paciente, de seu isolamento do meio sociofamiliar. Além disso, a rotina institucional estabelecida é regida pela aplicação de técnicas rígidas de subjugação com violência e maus tratos, com contenção (química e física) e também eletrochoques. Sobretudo, a tradição hospitalocêntrica desconsidera os condicionantes

interpessoais e socioambientais envolvidos no processo saúde - doença mental (Amarante, 1995, 1998, 1999, 2003).

Assim, no Brasil, desde 1852, quando foi fundado o primeiro hospital de alienados até os anos de 1970, no Rio de Janeiro, denominado Hospício Pedro II, a hospitalização, embora não sendo a única forma de assistir o doente mental, uma vez que já existia o ambulatório e algumas poucas iniciativas de hospital-dia, guarda em si um padrão hegemônico de modelo assistencial psiquiátrico uma vez que era o tipo de assistência que predominava. Ao final dessa década, nesse modelo, registra-se no país a mais grave situação no que diz respeito à precariedade do aparelho assistencial público e privado quanto à violação dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental. Devido às suas características de segregação, confinamento e subjugação, a internação psiquiátrica passa a ser combatida, questionada por ser considerada iatrogênica e cronificadora. Ou seja, ao invés de restabelecer e recuperar a saúde, essa forma de atendimento passou a ser identificada como excludente e potencialmente incapacitante aos indivíduos para o exercício de sua cidadania. Dessa maneira, ao invés de ser terapêutico, o hospício se revelou como espaço reforçador da doença e deteriorador da saúde (Amarante, 2003).

Além do mais, conforme afirma Birman (2001), ao centrar no adoecimento mental e excluir o paciente do protagonismo do seu tratamento, a assistência dispensada acaba aniquilando o discurso do paciente, sua queixa, sua história. Para o autor, ao ajustar, eliminar e regular os sintomas, o saber técnico impede que as pessoas se expressem ou que seus discursos sejam considerados. Dessa maneira, tais atitudes conservadas pelo modelo de tratamento manicomial não facilitam nem viabilizam a promoção da saúde e a recuperação das pessoas portadoras de transtornos mentais. Em decorrência de tais circunstâncias, esta forma de assistir ao enfermo mental foi questionada quanto à sua eficácia e possibilidades terapêuticas.

É nessa fase de grave crise do atendimento psiquiátrico brasileiro que se inicia outro momento da assistência, delimitado pelo surgimento da Reforma Psiquiátrica. Isso ocorreu no final da década de 1970 e impulsionou mudanças significativas no modelo assistencial. A Reforma faz emergir uma nova clínica, a clínica da Saúde Mental, a qual busca modificar a forma de cuidar e atender a clientela com transtorno mental. Ela propõe a desconstrução progressiva do modelo assistencial tradicional pela substituição do tratamento estritamente

medicamentoso por um tratamento mais abrangente, que considere os aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento mental. A Reforma, ampliada em suas dimensões paradigmáticas, pretende que se atenda não mais à doença mental e sim ao sofrimento psíquico. Aqui, a compreensão da loucura e do estatuto social das pessoas doentes se distingue da psiquiatria tradicional, que atua sobre a doença. Nesta, entende-se que o doente mental, ao invés de ser nomeado de louco, insano e alienado, passa a ser visto como um sujeito complexo em sua singularidade e há intervenção nos preconceitos sociais historicamente produzidos sobre a loucura. A cura não é mais o objetivo central do tratamento, como no modelo hospitalocêntrico, e sim a produção de saúde das pessoas através da luta por uma vida mais digna para todos (Amarante, 2003, Ferreira Neto, 2004).

Uma vez que o conceito de sofrimento psíquico passou a ser central na nova Clínica da Saúde Mental brasileira, torna-se relevante explicitar a compreensão conceitual do termo na atualidade. Georges Canguilhem, em sua obra *O normal e o patológico* (Canguilhem, 2009), por exemplo, abre um paralelo de reflexão acerca da diferença entre os conceitos existentes sobre sofrimento psíquico e doença mental. Ele considera o estado patológico como modificação não só quantitativa do estado normal de uma pessoa, mas como uma alteração qualitativa relevante que abrange a forma de existência do indivíduo adoecido. Nesse sentido, o autor entende que um e outro estado em que um indivíduo se encontra se configuram em seu critério quantitativo pelo aspecto funcional do organismo relativo a questões fisiológicas envolvidas. Para o autor, o critério qualitativo remete ao aspecto ontológico do ser humano, sua natureza e sua existência, suas características pessoais de reagir e lidar com o adoecimento. Sobretudo, diz respeito à sua maneira de lidar com as dificuldades que o meio ambiente lhe proporciona enquanto meio social constituído de valores fundamentais na determinação dos padrões de saúde e doença, cujos valores da estrutura social implicam no processo de promoção do sofrimento humano.

Conforme referem Amarante (2003) e Ferreira Neto (2004), o novo modelo assistencial originado com a Reforma Psiquiátrica, ao considerar o sofrimento psíquico das pessoas, rompe com os padrões de assistência anteriores ao adotar como proposta terapêutica a Abordagem Psicossocial. Nessa abordagem, a psiquiatria é somente uma disciplina dentre tantas outras, a qual pode contribuir parcialmente para explicar e intervir sobre o fenômeno da loucura. Ademais, para a realização da Atenção Psicossocial, é necessária a participação de diversos

profissionais das áreas da saúde (Enfermagem, Psiquiatria, Terapia Ocupacional), da Assistência Social, das ciências humanas (Psicologia), bem como de profissionais da Educação Física, artistas de teatro, artistas plásticos, músicos, dentre outros. Além do que o processo de assistência inclui toda a sociedade, com destaque aos grupos e organizações sociais. Sobretudo, esta nova proposta de atendimento visa à melhoria das condições de tratamento e pressupõe a democratização das relações entre equipe e pacientes, além da efetivação de terapias de grupo e a inclusão da família no processo terapêutico.

Assim emerge a clínica da Saúde Mental e com ela ocorre um importante processo de transformação do modelo assistencial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa nova perspectiva de cuidado à saúde mental é um dos mais importantes processos de transformação do modelo assistencial no Brasil. O processo de transformação se deu com base nas queixas de representantes (usuários, familiares, sociedade, profissionais de saúde) sobre a assistência inadequada, ineficiente e de resolutividade duvidosa do modelo de tratamento ofertado nos manicômios. Além disso, as reivindicações de melhorias do tratamento e das condições de trabalho, por Entidades, Conferências e Movimentos de servidores da área que protagonizaram o processo reivindicatório, apressaram a decisão do Ministério da Saúde em modificar substancialmente o modo de atendimento psiquiátrico no país. Criaram-se, a partir dessas circunstâncias e acontecimentos, perspectivas assistenciais inovadoras com serviços especializados em saúde mental para atender a estas necessidades e reclamações (Tenório, 2002, Amarante, 2008, Ferreira Neto, 2004).

Conforme registram Amarante (2003) e Ferreira Neto (2011), entre os vários eventos que demarcaram a história da Saúde Mental, um grande passo dado a se considerar foi a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. A partir destes eventos entraram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentadoras da implantação de serviços de atenção diária, calcadas nas experiências dos primeiros Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS) e de Hospitais-dia. Contudo, estes autores lembram que somente no ano de 2001 é que se verificou um avanço concreto na afirmação da assistência em Saúde Mental com a Lei Paulo Delgado (a Lei 10.216), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, sancionada somente após 12 anos de sua tramitação no Congresso Nacional. Esta lei reconduziu a assistência ao paciente psiquiátrico, ofertando tratamento em

serviços de base comunitária em vez de manicômios. Apesar de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, esta lei não instituiu mecanismos claros para a extinção progressiva dos manicômios.

Em 2001, no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política desenvolvida pelo Governo Federal nessa área, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a consolidar-se e ganhar maior sustentação e visibilidade. Em decorrência desse processo, o Ministério da Saúde criou as diversas modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com o porte (CAPS-I, CAPS-II e CAPS- III) ou com a finalidade (CAPS de transtornos mentais, CAPS-ad - álcool e outras drogas e CAPS-i para crianças e adolescentes) (Delgado, 2011).

A partir de 2003, foram instituídos em todo o país Colegiados de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM) como instâncias de gestão coletivas e participativas. Com isso, a clínica da Saúde Mental inicia o processo de constituição de espaços importantes para a discussão e a tomada de decisões em torno das questões da assistência psiquiátrica. Em 2010, o Colegiado Nacional foi oficializado como instância formal de gestão colegiada da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Portaria GM 3.796/2010). No entanto, para que se avançasse no campo da Saúde Mental foi imprescindível a articulação intersetorial dos gestores no sentido de assegurar apoio político e trabalho integrado entre as linhas e os níveis de atuação governamental. Assim, nos anos subsequentes, as fronteiras do Congresso Nacional foram ampliadas com a inclusão de novos participantes intersetoriais que antes compareciam apenas como convidados: Secretaria de Direitos Humanos, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Economia Solidária, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministérios da Cultura e da Educação. Ainda em 2010, essa perspectiva de ampliação de fronteiras intersetoriais influenciou e direcionou a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSMI) e incorporando em seu temário os desafios da intersetorialidade (Amarante, 2003, 2009; Brasil, 2011).

A partir desta sequência de acontecimentos e fatos históricos relativos à assistência psiquiátrica, vem se desenvolvendo trabalhos e experiências inovadoras no campo da Saúde Mental, mediante o processo de municipalização dos serviços de base comunitária, em particular,

os CAPS. Neste contexto, a implantação da RAPS, a qual visa substituir progressivamente o tratamento manicomial no país, tem papel essencial junto aos enfermos mentais por representar a modificação mais concreta do atendimento e dos cuidados prestados a eles.

### **1.1 A Inserção do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

A RAPS integra a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) na consolidação de um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Essa Rede propõe assegurar a circulação pelos serviços de saúde, pela comunidade e pela cidade, de pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ela estabelece os pontos de atenção para o atendimento da clientela adscrita. Sua estrutura consiste de diversas instituições públicas que assistem à demanda populacional segundo sua complexidade e contam com o suporte de estabelecimentos privados conveniados para o atendimento clínico-laboratorial. Estão presentes na esfera pública de atendimento dispositivos dos diversos âmbitos da assistência (Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, dentre outros). Tal complexo institucional foi programado pelo Ministério da Saúde como estratégia político-assistencial para a promoção da saúde, para a qualidade de vida e para atender às necessidades e interesses da população acometida por problemas mentais. No âmbito da Atenção Psicossocial Estratégica, situam-se os CAPS nas suas diferentes modalidades, os quais são descritos adiante (Brasil, 2004a).

O modelo de Rede de Atenção Psicossocial configura-se como estratégia assistencial que está centrada no atendimento ambulatorial e cuja prática clínica se fundamenta no pressuposto de que a causalidade do adoecimento mental diz respeito aos aspectos biopsicossociais, para além da simples causa orgânica. Trata-se de um modelo de cuidados em que os Serviços passam a lidar com as pessoas e não mais com as doenças ou com os distúrbios mentais. A referência profissional envolve toda uma equipe multiprofissional executando um trabalho interdisciplinar e o desenvolvimento de ações intersetoriais. É um padrão assistencial em que o conceito de Saúde Mental está vinculado ao conjunto de práticas clínicas, políticas e técnicas ligadas a diversos saberes (Amarante, 2003, Ferreira Neto, 2011).

O trabalho interdisciplinar previsto na clínica de Saúde Mental é enfatizado por Fazenda (1996) como “uma questão de atitude, uma relação de reciprocidade, de mutualidade que pressupõe uma atitude diferente, de abertura, a ser assumida diante do problema do conhecimento, a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano” (pp.10-11). De acordo com Minayo (1991) e Meireles e Erdmann (1999), a interdisciplinaridade constitui e promove vinculações, equivalência e interdependência entre disciplinas científicas, favorecendo o enriquecimento mútuo e a transformação de seus conceitos e procedimentos de pesquisa. Para estes autores, tal favorecimento gera integração recíproca dos conceitos entre as disciplinas, constituindo novo conhecimento ou buscando a resolução para um problema concreto. Ademais, Vilela e Mendes (2003) concebem que a interdisciplinaridade está associada ao desenvolvimento de traços da personalidade, tais como:

flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis. Para que a interdisciplinaridade se efetive, é primordial o desenvolvimento da sensibilidade, o que requer treino na arte de entender e esperar e o desenvolvimento da criatividade e da imaginação (p.527).

Além disso, Scherer e Campos (1997) entendem que o trabalho interdisciplinar envolve membros de diferentes especialidades, inclusive da saúde, para potencializar as oportunidades de trocas educativas e a dedicação na execução das tarefas. Em particular, Pitta (2001), Amarante (2003) e Ferreira Neto (2011) situam que, no campo da Saúde Mental, o trabalho interdisciplinar deve estar voltado para a problemática da pessoa, para os processos e estratégias de subjetivação, assim como o seu destino social. Na nova Clínica, o cuidar, o acolher e o escutar atentamente são práticas assistenciais relevantes assumidas e partes essenciais e indispensáveis do novo padrão de abordagem terapêutica adotado. Esse novo padrão consiste na Abordagem Psicossocial ou Reabilitação Psicossocial. Trata-se de programa de tratamento que, através da escuta qualificada do sofrimento psíquico, objetiva alcançar a recuperação, a reabilitação e a reinserção social daqueles que padecem de doença mental.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) preceitua que, para amparar, dar suporte e impulsionar a Clínica da Saúde Mental, as instituições componentes da Rede que trabalham

integradas assistem às populações em seus territórios e comunidades. Nesses locais, as equipes institucionais almejam facilitar o processo de acesso dos usuários aos Serviços e cuidados de saúde nesse campo. Além disso, se encarrega de estimular a autonomia e a independência e garantir a cidadania dos sujeitos. A Rede de Serviços que compõe esta Clínica se caracteriza e se destaca por oferecer trânsito livre ao enfermo mental, facilitando o tratamento e ao mesmo tempo mantendo o seu vínculo e convívio sociofamiliar. Sobretudo, o tratamento proposto considera o respeito à cidadania, os direitos e deveres, as necessidades, os desejos e interesses da clientela psiquiátrica, levando em conta a comunidade com a qual elas convivem e se relacionam.

No conjunto de instituições desta Rede, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) compõe a Atenção Psicossocial Estratégica, sendo destacado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) como a principal estratégia técnica, política e assistencial, cujo trabalho interdisciplinar consiste de tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação. A metodologia prevista para a assistência à saúde mental concentra-se na Abordagem Psicossocial ou Reabilitação Psicossocial. Trata-se de um método que prioriza o cuidado qualificado ao sofrimento psíquico, cuja perspectiva assistencial prima pelo desenvolvimento de projetos terapêuticos institucionais e individuais que somam esforços para a recuperação, a reabilitação e a reinserção social e considera a singularidade dos indivíduos, objetivos centrais dessa metodologia.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), a função do CAPS no contexto da referida Rede é ofertar atendimento qualificado à população que reside em sua área de cobertura, realizando o acompanhamento clínico e proporcionando a reinserção social da clientela, por intermédio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e pelo fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A finalidade do tratamento no CAPS é estimular que seus usuários possam superar suas crises e prossigam o máximo possível em direção à reabilitação reintegrando-se à sociedade e às suas famílias, além de apoiá-las em suas iniciativas de busca da autonomia. A clientela assistida são pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e pessoas que precisam de assistência devido à dependência química, condições que lhes impossibilita viver e realizar seus projetos de vida.

Na lógica ministerial, o papel estratégico do CAPS em relação às RAPS consiste da articulação e do tecimento dessas Redes. Isto deve ser feito tanto cumprindo suas funções na

assistência direta e na regulação da Rede de Serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quanto influenciando na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários. Devem-se articular tais Serviços com os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas e cooperativas de trabalho, escolas, empresas, dentre outros. Mantidas e regidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as Redes de cuidados se guiam pelos princípios da universalidade (direito à saúde, no sentido da abrangência de cobertura, acesso e atendimento nos serviços dos SUS); da integralidade (direito de ser atendido no conjunto das necessidades pessoais); e da equidade (reconhecimento do Estado de que todos têm direito à saúde, respeitando a diversidade entre povos e regiões) (Brasil, 2004).

Na referida Rede, o modo de assistência do CAPS segue igualmente os preceitos do programa de Reabilitação Psicossocial, o qual tem em Benedetto Saraceno um de seus principais representantes. Para Saraceno (2001), a Reabilitação Psicossocial destina-se a aumentar as habilidades das pessoas para diminuir as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental. Reabilitar implica, para este autor, em um processo de resgate e restituição da corresponsabilidade do usuário em seu tratamento, com o propósito de ampliar a sua autonomia, aumentar suas habilidades e diminuir as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental e possibilitar a reinserção da pessoa na sociedade. Conforme o autor instrui, a Reabilitação Psicossocial só significa uma passagem de um estado de desabilidade para uma condição de habilidade ou de incapacidade para a capacidade se tais noções estiverem contextualizadas no conjunto de determinantes presentes nos locais em que as intervenções ocorrem. Com isto, ele está sugerindo que a reabilitação de determinada pessoa é ampliada de acordo com as possibilidades de estabelecimento de novas ordenações para a sua vida. E que, sendo dessa maneira, não há uma fronteira delimitadora entre os que passaram a estar aptos e aqueles não aptos à vida, seja no âmbito pessoal, social ou familiar.

Em suas assertivas sobre os condicionantes e determinantes do adoecimento mental, Saraceno (2001) sustenta, ainda, que a cronificação e o empobrecimento do enfermo mental não são intrínsecos à doença, mas, ao contrário, estão ligados a um conjunto de variáveis externas ao sujeito. Em geral, estão ligadas ao contexto da família e da comunidade, passíveis de serem modificadas por intermédio de um processo de intervenção condizente. Por serem essas variáveis

ligadas ao meio ambiente do enfermo mental, pressupõem intervenções no nível ambiental que se distanciam das intervenções tradicionais do modelo psiquiátrico de abordagem biológica. Assim, para ter sentido, a intervenção deve ser conduzida sobre todo o campo, influenciando sobre a gama complexa de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção. Nesse caminho, o autor avalia que a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da doença mental, especialmente no caso de doença severa e persistente como é o caso, por exemplo, da psicose.

Na Clínica da Saúde Mental, a prática da Reabilitação Psicossocial envolve esforços na construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade. Isso requer instrumentos e estratégias eficazes para a efetivação de ações resolutivas. Nesse sentido, o desenvolvimento das abordagens terapêuticas, na efetivação do trabalho nessa área, ocorre também com o propósito de melhorar o enfrentamento do transtorno psíquico nas instâncias institucionais (Oliveira, Ataíde & Silva, 2004, Amarante, 2007; Pereira & Viana, 2009; Benevides, Pinto, Cavalcante & Jorge, 2010).

No contexto da clínica, o CAPS oferta cuidados especializados no campo da Saúde Mental a indivíduos que são diagnosticados conforme o quadro de sinais e sintomas que apresentam, independente da pessoa ter ou não precedentes de internação e/ou tratamento psiquiátrico. Na instância ético-político-institucional, a abordagem terapêutica desenvolvida no CAPS preconiza que o trabalho deve ser realizado em um meio terapêutico, com sessões prioritariamente grupais, além de atendimentos individuais e familiares. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Em relação ao planejamento do tratamento, considera-se que o projeto terapêutico de cada usuário deve abranger um conjunto de atendimentos pelo terapeuta de referência (TR). Este planejamento deve respeitar a singularidade do indivíduo e personalizar o atendimento dentro e fora da instituição e propor atividades relevantes durante a permanência diária no Serviço, segundo suas necessidades e interesses. A depender do projeto terapêutico do usuário, o CAPS pode oferecer distintas modalidades de atendimento, desde Intensiva, Semi-Intensiva e Não-Intensiva, conforme as determinações ministeriais (Portaria GM 336/02). Em

todas as três modalidades preconizadas, o atendimento se estende até o domicílio, caso seja necessário.

Neste contexto, o Atendimento Intensivo oferece acompanhamento diário, requerido quando a pessoa se encontra em situação aguda de crise, ou seja, apresentando sintomas produtivos (alucinações, delírios, etc.), quebra do funcionamento habitual com dificuldades extremas de convívio sociofamiliar e intenso sofrimento psíquico e, por isso, precisando de atenção contínua. O Atendimento Semi-Intensivo é dispensado três vezes na semana, em um único turno para cada usuário admitido nessa modalidade terapêutica. É um atendimento destinado a usuários que apresentam menor sofrimento e desestruturação psíquica. Nesta condição, o indivíduo apresenta alguma capacidade de crítica e, por isso, são melhores as suas possibilidades de interação interpessoal. No entanto, o sujeito ainda necessita de atenção direta da instituição para se estruturar e recuperar sua autonomia.

O atendimento Não-Intensivo destina-se a usuários que não precisam do suporte contínuo da equipe técnica para viver em seu território e realizar suas atividades na família ou no trabalho. O indivíduo atendido encontra-se estabilizado no seu quadro de sofrimento, necessitando ser trabalhado pela equipe técnica para retomar sua rotina de vida. Para tal, a pessoa deve apresentar uma considerável capacidade crítica e estar ajustada em seu processo de interação interpessoal. Nesta modalidade, o indivíduo pode ser atendido até três dias no mês (Brasil, 2005).

Conforme determinações ministeriais (Brasil, 2004), na dinâmica de funcionamento do CAPS, os grupos terapêuticos são oferecidos nos dois turnos diurnos, nas modalidades de atendimentos descritas. No caso das modalidades de atendimentos Intensivo e Semi-Intensivo, ambos se estendem em média de uma hora cada grupo. Cada turno comporta em média de dois a três tipos de grupos, conforme a programação proposta pelo Serviço. Para o desenvolvimento da modalidade de atendimento Não Intensivo, existe o grupo terapêutico denominado por alguns CAPS de *Grupo Não Intensivo* e por outros de *Grupo Projetos de Vida*. Ressalta-se que, no caso dos CAPS incluídos na pesquisa, o grupo que trabalha os projetos de vida dos usuários é denominado de formas distintas: os CAPS Esperança e Boa Vista adotam a denominação ‘Grupo Projetos de Vida’; o CAPS José Carlos Souto utiliza o nome ‘Grupo de Alta’; e o CAPS

LivreMente nomeia o grupo de 'Pensando na Vida'. Os demais CAPS (Espaço Vida, Espaço Azul e Galdino Loreto) adotaram a denominação 'Grupo Não Intensivo'.

O Grupo Projetos de Vida, estabelecido pelo Ministério da Saúde, investe em questões relacionadas, principalmente, à cidadania e à operacionalização do projeto de vida de cada usuário. Nessa direção, a assistência prestada focaliza o estímulo e a construção da autonomia dos sujeitos, trabalhando a relação familiar e comunitária e a reflexão sobre a evolução do tratamento. O objetivo desse grupo é “fortalecer a autonomia do usuário, estimulando a aquisição ou recuperação das aptidões necessárias para restabelecer laços sociais” (Brasil, 2004, p.16). O grupo se reúne quinzenalmente, com duração média de uma hora e com um número máximo de 15 participantes, sendo coordenado por técnico de nível superior. As reuniões podem acontecer no espaço do CAPS ou em outros equipamentos da comunidade e utilizam-se, como recursos interventivos, além da escuta, técnicas de dinâmica de grupo, atividades auto-expressivas, leitura e reflexão, dentre outros. Enfatizamos que é este Grupo Projetos de Vida que esta tese investiga, com o objetivo de compreender como as mulheres tratadas nos CAPS de transtornos mentais experienciam este grupo e de que modo tais experiências repercutem em seus cotidianos.

De acordo com Cavalcanti e Sarmiento (2006), também são características do Grupo Não Intensivo o estímulo aos participantes e aos seus familiares. Isso para que seja promovido o conhecimento da realidade na qual eles estão inseridos, com a finalidade de impulsioná-los a construir possibilidades e perceberem dificuldades na elaboração contínua de seu(s) projeto(s) de vida. No sentido operacional, as ações do grupo se voltam para o conhecimento de ambientes de controle social, visando (re) descobrir os espaços existentes e sua utilidade para o usuário. Com isso, procura-se entender seu funcionamento e viabilizar instrumentos para a operacionalização dos projetos de vida. Nesta perspectiva operacional, as autoras apontam diversos espaços institucionais que podem ser explorados como, por exemplo, bibliotecas, museus e escolas públicas e até mesmo outros espaços institucionais envolvidos com os direitos de cidadania tais como Conselhos Municipais de Saúde, Ministério Público, Instituto Nacional de Segurança Social-INSS, Defensoria Pública, Delegacia Regional do Trabalho-DRT, dentre outros. O foco da ação interventiva neste grupo é a reinserção social, a qual precisa contemplar a vida laborativa, a família e a comunidade.

Em sua estrutura organizacional, o CAPS apresenta como principal instrumento organizativo seu projeto técnico-institucional, o qual sistematiza a proposta de trabalho do Serviço. Ao longo do tempo, o mesmo sofre avanços, evolui e se modifica, mediante a discussão da equipe técnica. Para garantir uma assistência individualizada, o projeto institucional leva em consideração o Projeto Terapêutico Individual (PTI) ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários. Nesse projeto, é respeitada a singularidade de cada um, personalizando-se o atendimento de cada indivíduo dentro e fora da Unidade e propondo procedimentos terapêuticos segundo suas necessidades. Uma vez que cada usuário progride no tratamento, seu PTS sofre mudanças, acompanhando as diferentes fases durante o processo de evolução. A identificação do Técnico de Referência (TR) de determinado usuário deve constar no projeto individual estabelecido (Brasil, 2004).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo. É o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente é dedicado a situações mais complexas que exigem suporte à condução clínica, sendo uma variação da discussão de caso clínico. Esse tipo de projeto foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é o resultado de uma reunião de equipe em que as opiniões são importantes para ajudar a entender o indivíduo com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (Oliveira, 2008, Brasil, 2009).

O projeto terapêutico de um usuário ancora seus projetos de vida, os quais são monitorados, estimulados e amparados pela equipe de referência no CAPS. Por definição, neste estudo, a noção de projeto de vida considerada é abordada na perspectiva do antropólogo Gilberto Cardoso Alves Velho (1945-2012). Em sua obra *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*, Velho (2003) entende o termo *projeto* como a “conduta organizada para atingir finalidades específicas, tornando-se uma antecipação da futura trajetória e biografia do sujeito” (p.101). O autor considera projeto uma dimensão sociocultural constitutiva de modelos e paradigmas que se relacionam a circunstâncias do campo de possibilidades. Ele entende que “é no diálogo entre projeto e o campo de possibilidades que os indivíduos se fazem,

que são constituídos, feitos e refeitos, através de suas trajetórias existenciais” (p.28). Segundo o autor, no nível individual, o projeto envolve o desempenho humano e as opções de escolhas, “ancoradas a avaliações e definições da realidade, as quais resultam de processos complexos de negociação e construção que se desenvolvem e constituem toda a vida social, vinculadas a códigos culturais e aos processos históricos de longa duração” (p.34). Velho (2006) considera que uma pessoa traça seus projetos mediante influência do campo de possibilidades em que ela está inserida, ou seja, ao que é dado com as alternativas construídas do processo sócio-histórico e com o potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) estabelece regras importantes em relação à participação do usuário no Grupo Projetos de Vida. É preciso que o usuário apresente melhora considerável e estabilização do seu quadro de sofrimento psíquico, de maneira a lhe possibilitar a reflexão sobre seus direitos de cidadania e a retomada de projetos de vida no seu cotidiano; e que o indivíduo possa contar, o mais possível, com uma proposta de engajamento em atividades comunitárias, sejam elas laborais, escolares ou de outra natureza, condizentes com suas necessidades e possibilidades. O Ministério reconhece que, embora o usuário apresente tais características, necessita, no entanto, de apoio técnico para a operacionalização e o aprimoramento de seus projetos pessoais.

Em relação às atividades terapêuticas ofertadas, os CAPS podem disponibilizar diferentes recursos no contexto da Clínica Ampliada. O Ministério da Saúde estabelece como eixos essenciais dessa Clínica “a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas; a ampliação do objeto de trabalho; a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais de saúde” (Brasil, 2009, pp.16-26). Essa ideia de Clínica vem sendo (re) construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais (Ferreira Neto, 2011).

No processo de chegada de cada usuário no CAPS, aquele indivíduo passa por uma triagem para determinar as diretrizes de sua assistência. Neste momento, são coletados dados pessoais que possibilitam traçar um perfil para admissão ou não no Serviço. Aqueles que não são admitidos por não apresentarem demandas para a instituição são encaminhados para outro

Serviço competente. As pessoas admitidas no CAPS são inseridas de imediato na rotina de tratamento nas diferentes modalidades disponíveis conforme a demanda do usuário (Brasil, 2004, 2005).

Dentre os diversos tipos de atividades terapêuticas propostas pelos CAPS incluem-se oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação psiquiátrica, atendimento domiciliar e atendimento aos familiares, além do processo de triagem dos usuários. Algumas dessas atividades são feitas intramuros em grupo ou individuais, outras são destinadas às famílias, além de haver a reunião técnica e o estágio supervisionado. Incluem-se também atividades extramuros em articulação com a comunidade, o trabalho e a vida social de cada usuário. Tais atividades proporcionadas fora do ambiente institucional incluem visitas domiciliares e a coordenação de Residências Terapêuticas.

Como já explicitado, a Reforma Psiquiátrica não diz respeito somente a uma revisão dos processos de acolhimento do sofrimento psíquico dos pacientes, mas também exigiu novos parâmetros conceituais em relação à prática clínica. Através da Reforma, novos fundamentos e concepções de prática clínica emergiram com o modelo de RAPS instituído no país. Nesse modelo, conforme indica Ferreira Neto (2011), o trabalho em equipe está atrelado à noção de Clínica Ampliada e entendida como proposta de sustentação dos princípios do SUS em relação ao processo do cuidado, ampliando a atenção do profissional de saúde para além da doença, seus sintomas e aspectos orgânicos.

De acordo com Cunha (2005), a Clínica Ampliada enquanto proposta metodológica foi sugerida em 1997 por Gastão Wagner de Sousa Campos. A Clínica considera a doença do indivíduo, mas valoriza, sobretudo, a sua singularidade e enxerga outras possibilidades de diagnóstico e de intervenção que vai além do aspecto estritamente biológico. Em 2003, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) incluiu esta perspectiva de Clínica na diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), e a adotou como instrumento de espectro teórico-prático amplo para a realização da abordagem ao adoecimento e ao sofrimento. É uma forma diferenciada de intervenção, que respeita a singularidade do sujeito e abarca a complexidade do

processo saúde/doença e que, ao mesmo tempo, se contrapõe à fragmentação do conhecimento e das ações de saúde.

A Clínica Ampliada é identificada nas pesquisas (Cunha, 2005; Brasil, 2009; Ferreira Neto, 2011) como uma ferramenta com a qual os profissionais das equipes técnicas focalizam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, visando promover sua saúde e o aumento da sua autonomia, bem como de seus familiares e da comunidade na qual está inserido. A expectativa é de solucionar suas dificuldades e problemas. Os autores compreendem que para que isto aconteça, a ação clínica requer que os profissionais estejam integrados e pressupõe que a clientela atendida mora no território de abrangência da instituição. Ao mesmo tempo, é indispensável que haja a formação de vínculo entre profissionais e usuários, na elaboração do projeto terapêutico individual. São prerrogativas essenciais desse projeto de cuidado ser planejado e executado mediante as características pessoais de cada sujeito, assim como se deve considerar a condição de vulnerabilidade a que cada pessoa pode estar exposta, para que as formas de intervenção sobre o processo saúde-doença se ampliem e haja uma maior integralidade das ações das equipes técnicas.

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a Clínica Ampliada desenvolvida nos CAPS contempla ações que transcendem a prescrição medicamentosa, abrangendo situações complexas e problemáticas que circunscrevem a vida das pessoas e que necessitam ser ponderadas na clínica. Assim, “problemas tais como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias, os pacientes poliqueixosos e a dependência dos usuários aos Serviços de saúde, entre outros” (p.9), representam situações complexas que têm resolutividade nessa Clínica e que não podem ser contemplados na clínica centrada na pessoa, uma vez que são circunstâncias que vão além dos limites dessa clínica.

Segundo estabelece o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a proposta assistencial da Clínica Ampliada tem foco multifacetado biopsicossocial, abrangendo diversas disciplinas. A ação clínica empreendida prioriza o compartilhamento dos diagnósticos e as condutas em saúde com os usuários, por intermédio do Técnico de Referência (TR), o profissional encarregado do acompanhamento sistemático de determinado usuário. Este profissional deve discutir o PTS junto ao paciente para responsabilizá-lo em seu processo de tratamento. Desta maneira,

quanto mais complexo for o tratamento “e maior a necessidade de participação e adesão do indivíduo ao seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico” (p.37).

Conforme instrui Brasil (2004, 2009), no contexto da Clínica Ampliada nos ambientes de CAPS e na Unidade Básica de Saúde (UBS), em que se constata e se convive com a fragilidade ocasionada pela crise e o sofrimento psíquico do usuário, com afastamento das suas atividades de rotina e do convívio sociofamiliar, o cuidado dispensado requer um maior desdobramento profissional. De maneira que as Equipes de Referência (ER) envolvidas têm responsabilização nesse cuidado através dos seus profissionais, com engajamento na prospecção conjunta de cada Projeto Terapêutico Singular. Tais ER são compostas de profissionais de saúde de múltiplas categorias e cada uma delas é encarregada dos cuidados de uma determinada pessoa ou grupo de pessoas, ou de populações, em relação à condução do tratamento.

No CAPS, os técnicos se articulam com as ER nos Postos de Saúde ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para prestar cuidados aos usuários por intermédio da estratégia de trabalho denominada de Apoio Matricial, que se refere ao modelo estratégico metodológico criado em 1999 por Gastão Wagner de Sousa Campos, sendo uma atividade desenvolvida pela equipe técnica e que consiste no conjunto de ações no âmbito da rede de atenção básica, incluindo o domicílio e o entorno dos usuários e o suporte às Equipes de Saúde da Família (ESF) na condução do caso clínico, quando necessário, na expectativa de aumentar a resolutividade das ações em torno dos casos de saúde mental. Essa atividade se caracteriza pelo desenvolvimento de estratégias interventivas extramuros, que perpassam a ação técnica no interior do Serviço. Tais estratégias visam atender às necessidades terapêuticas de condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual demanda dificuldades pela sua complexidade. Conforme referem as pesquisas (Campos & Domitti, 2007, Campos, 1999), o apoio matricial às ER na atenção básica tem o objetivo de propiciar retaguarda às equipes que atendem às famílias. Neste contexto, os profissionais da Saúde Mental, oriundos dos CAPS e dos NAPS, disponibilizam o apoio matricial necessário, com o intuito de contribuir para que estas instituições de saúde alcancem o sucesso indispensável em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos da rede de cuidados nas atenções secundária (CAPS, NAPS) e terciária (hospitais de referência).

Dentre as maneiras de se operacionalizar o apoio matricial, encontram-se o atendimento conjunto e a discussão de casos ou formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O atendimento conjunto é a estratégia de intervenção efetivada em coprodução, em que estão em cena um ou mais profissionais de saúde da atenção básica e o(s) apoiador (es) matricial (is) representante(s) do CAPS ou do NAPS. A intervenção consiste na efetivação de uma consulta pré-agendada, realizada em espaços como consultório, enfermaria, pronto socorro, domicílio, ou outro ambiente apropriado. A ação interventiva pode consistir, ainda, na coordenação de um grupo e na realização de um procedimento. A ideia deste tipo de intervenção é promover a permuta de conhecimentos e de práticas, suscitando experiência para os partícipes envolvidos. Nas estratégias *discussão de casos* e *formulação de PTS*, são feitos encontros entre os profissionais de referência do(s) usuário(s) envolvido(s) e o apoiador ou equipe de apoio matricial (Brasil, 2009).

A Cartilha sobre Clínica Ampliada emitida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) instrui com a apresentação de conceitos e ensinamentos relevantes de maneiras e posturas corretas e adequadas de intervenção, essenciais para o desenvolvimento da prática clínica e o aprimoramento profissional. Ela enfatiza que é essencial no exercício clínico que os profissionais de saúde tenham o suporte necessário da gestão para lidar com as próprias dificuldades nas diversas situações. Preconiza que se deve criar estratégias de ação que subsidiem e atendam as necessidades emergentes. Assim, propõe-se que o gestor inicie o processo de suporte e ajuda mobilizando na equipe o enfrentamento da tendência à neutralidade e à omissão que porventura esteja embargando o(s) profissional (is) diante da exposição da própria subjetividade. A próxima ação a ser empreendida por parte da gestão é garantir a inclusão da problemática existente nas discussões de casos clínicos, do Projeto Terapêutico Singular, para que se impeça a individualização ou a culpabilização de profissionais que se acham em situação de dificuldade (Brasil, 2009). Esta fonte ministerial atenta, ainda, que

as dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, dentre outros. (p.18)

Outro aspecto relevante valorizado na Cartilha ministerial (Brasil, 2009) é o processo de cuidado dos pacientes psiquiátricos pela equipe de saúde frente à postura do indivíduo perante seu adoecimento, bem como as dificuldades e conflitos de sua vida. Ela enfatiza, ao mesmo tempo, a contrapartida da assistência pela equipe de saúde, trazendo à tona a necessidade de capacitação profissional na prestação do cuidado ofertado. Assim, a Cartilha ensina que as equipes de saúde precisam estar atentas, antes de tudo, às circunstâncias de vida do paciente, em termos não só de seu estado mórbido, mas, também das circunstâncias adversas presentes em sua vida, de extrema dificuldade de superação, que o fazem sofrer e que pode agravar a doença, como, por exemplo, o processo de luto, o desemprego, os conflitos familiares, entre outros. Alerta que tais intercorrências requerem dos profissionais habilidades técnicas e capacidade de escuta e diálogo qualificados, para viabilizar que o processo de cuidado dispensado alcance resultados desejáveis. Brasil (2009) instrui que a escuta qualificada e o diálogo resolutivo auxilia o indivíduo a aprender a buscar novas formas, menos nocivas, de lidar com as situações conflitantes. Alerta ainda, que é essencial que a equipe evite que o paciente tenha a medicação como única forma de encontrar saídas para suas agruras e obter superação de conflitos. No entendimento do autor, os profissionais devem sinalizar ao paciente a possibilidade dele aumentar seu interesse e gosto por outras coisas e novos projetos de vida, na percepção de que

a vida é mais ampla do que os meios que a gente vai encontrando para que ela se mantenha saudável. O processo de medicalização da vida faz diminuir a autonomia e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, fazendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos, o centro da vida. (p.30)

## 2. AÇÃO HUMANA E PRÁXIS: SENTIDO E IMPORTÂNCIA

Este capítulo está relacionado com a problematização deste estudo de tese, a saber, interrogar em que medida os grupos terapêuticos Projetos de vida, oferecidos às mulheres em sofrimento psíquico, dão suporte a sua (re) inserção social, sobretudo no que diz respeito à vida laborativa. A abordagem a esta problematização é feita mediante a utilização dos conceitos de *ação humana* e de *práxis*, assumindo-se as perspectivas conceituais trazidas por Aristóteles, Karl Marx e Adolfo Sánchez Vázquez e aprofunda-se a temática da *ação humana* e de *vida ativa* no pensamento de Hannah Arendt. Mesmo sendo importantes as contribuições trazidas por estes filósofos sobre tais temáticas, este trabalho se detém nos preceitos teóricos do pensamento de Arendt (2002, 2013). Dos demais filósofos, o estudo se limita à definição operacional utilizada por eles com o intuito de indicar, ainda que brevemente, como tais conceitos evoluíram ao longo da história do pensamento e suas principais variantes.

A abordagem ao *fazer humano* pelos filósofos ao longo da história da humanidade se desenvolveu e adquiriu diversas formas e conotações e evoluiu com distintas compreensões. No caso dos termos *ação humana* e *práxis*, eles sofreram importantes modificações e aprimoramentos na sua configuração e emprego com o passar das épocas e nas diversas correntes de pensamento. Uma imersão nos registros históricos sobre o assunto mostra que as ideias estabelecidas pelos filósofos abrangem visões complexas do ser humano e do mundo que refletem os distintos momentos e épocas e que influenciaram as diversas correntes de pensamento.

Dentre os vários pensadores que utilizam conceitos próprios de ação humana, de práxis e de mundo em suas obras, têm destaque: Na Antiguidade - Aristóteles (384-322 a. C.) (*Ética a Nicômaco; Metafísica*); Na Renascença, no Período Moderno - Giordano Bruno (1548 - 1600), Francis Bacon (1561-1626), Karl Heinrich Marx (1818-1883) (*Teses sobre Feuerbach; Manuscritos econômico-filosóficos de 1844*); No Período Contemporâneo – Martin Heidegger (1889-1976), Antônio Gramsci (1891-1937); Hans-Georg Gadamer (1900-2002) (*Hermenêutica filosófica*); Jean Paul Sartre (1905-1980) (*Crítica da razão dialética*); Hannah Arendt (1906-1975) (*A condição humana*); Karel Kosik (1926-2003) (*Dialética do concreto*); Adolfo Sánchez Vázquez (1915-2011) (*Filosofia da práxis*).

Conforme apontam Konder (2006) e Arendt (2013), a compreensão da ação humana pelos gregos da Antiguidade, em particular por Aristóteles, abrange três perspectivas de atividades humanas: a *práxis*, a *poiésis* e a *teoria*. Para Konder (2006), Aristóteles concebe *práxis* com uma conotação contemplativa, referindo-se à atividade ética e política de uma pessoa, sua moral e normas de conduta, que guiam a sua razão e a sua vida prática. A *poiésis* se refere às ações práticas propriamente ditas exercidas pelo homem comum, a exemplo do trabalho do marceneiro ou do artesão, que produzem uma peça qualquer. No pensamento deste filósofo, a *teoria* é a atividade estritamente intelectual. Ela é uma faculdade humana distinta do pensamento e do raciocínio, voltada para a vida contemplativa desenvolvida pelos filósofos e pensadores da época. Tais atividades presumidas por Aristóteles correspondiam, na visão de Hannah Arendt, a modos de vida do ser humano, que

têm em comum o fato de se ocuparem de coisas que não eram necessárias nem meramente úteis: a vida dedicada aos assuntos da *polis*, na qual a excelência produz belos feitos (*práxis*); a vida de deleite dos prazeres do corpo, na qual o belo é consumido tal como é dado (*poiésis*); e a vida do filósofo, dedicada à investigação e à contemplação das coisas eternas, cuja beleza perene não pode ser causada pela inferência produtiva do homem nem alterada pelo consumo humano (*teoria*). (Arendt, 2013, pp.14-15 - grifos nossos)

Na Renascença - período Moderno, o modo de entendimento dos pensadores sobre as atividades humanas, a exemplo de Karl Marx, modificou-se e se alterou, não só em relação à natureza delas, mas, em relação à maneira como elas eram articuladas entre os especialistas (Konder, 1999, 2006, Arendt, 2013). Ele rompeu com as correntes filosóficas tradicionais que desprezavam a atividade do trabalho, concebido por ele como “criador de todos os valores” (Arendt, 2013, p.XVIII) e que prevalecia sobre qualquer outra atividade humana.

Konder (2006) compreende o conceito de *práxis*, no pensamento de Marx, como sendo “a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e transformando-se a si mesmos para poderem alterá-la” (p.115). Para ele, Marx aborda a *práxis* na perspectiva de atividade revolucionária e subversiva do indivíduo proletário (oriundo do capitalismo industrial), no embate por seus direitos e conquistas trabalhistas. Neste contexto, a *práxis* expressa o poder para o homem intervir e transformar o meio ambiente em que vive, seu entorno e o meio social em que está inserido. Por isso, o autor indica que vêm desta conjuntura

as expressões *práxis produtiva* e *práxis social* utilizadas por Marx. A concepção de Marx sobre *práxis produtiva* se refere ao trabalho como uma forma específica de práxis humana e não como mera atividade produtiva legitimamente econômica. É ponderado que a sociedade em seu desenvolvimento histórico é o produto da atividade humana, da ação recíproca dos homens. A visão do autor acerca da *práxis social* estabelecida por Marx diz respeito ao aspecto da atividade humana que engloba o contexto das relações interpessoais na conjuntura da vida social do indivíduo, a qual é eminentemente prática. Além disso, o autor assegura que, em Marx, *práxis* e *teoria* têm uma interdependência. Esta é entendida por ele como “um momento necessário da práxis para distingui-la das atividades meramente repetitivas, mecânicas, cegas, abstratas” (p.116).

No contexto da discussão sobre a relação entre práxis e atividade humana, a distinção entre elas também é vista por Adolfo Sánchez Vázquez. Assim, Vázquez (2011) reconstrói, na sua obra *Filosofia da práxis*, o desenvolvimento histórico da noção de práxis a partir do pensamento de outros filósofos (Hegel, Feuerbach, Lenin) e, em particular, no pensamento de Karl Marx, produzindo sua própria concepção. Para o autor, “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis” (p.221).

Vázquez (2011) considera que a práxis humana tem dois aspectos centrais essenciais: um intencional e outro não intencional. A práxis é *intencional* porque envolve a consciência do indivíduo na sua execução e a determinação prévia de objetivos. A práxis *não intencional* se caracteriza quando a atividade de um indivíduo se integra com outras práxis no nível social, produzindo resultados globais que escapam à sua consciência e vontade. O autor pondera que o fundamental na ação humana, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, não são suas intenções, mas os seus resultados. Além do que, para ele, a práxis social, ao ser resultado da combinação das práxis individuais, origina um produto que não pode ser reduzido às intenções de nenhum dos diversos atores que intervieram em sua produção, sendo por isso uma práxis não intencional.

Após a apresentação das concepções sobre a práxis humana nos pensamentos de Aristóteles, Marx e Vázquez, passa-se adiante à explanação da ação humana na perspectiva de Hannah Arendt, ponto central de diálogo com o objeto deste estudo - os projetos de vida das mulheres participantes deste trabalho de tese. Entende-se que é no pensamento de Arendt que

mais se percebe o sentido da ação no contexto das atividades que o ser humano desenvolve no percurso de sua vida ativa.

## 2.1 A perspectiva da ação em Hannah Arendt

A questão da ação humana é discutida por Hannah Arendt em sua obra *A Condição Humana*. Em seu trabalho, a pensadora se preocupa com a condição humana e com as atividades exercidas pelo homem para atendê-la. A *vida ativa* é abordada em termos do fazer humano, que tem como fundamento as condições do homem na Terra. É um conceito desenvolvido para se referir ao conjunto de atividades humanas distintas - *trabalho*, *obra* e *ação* – com uma configuração específica, as quais são explicitadas na sequência deste capítulo após a descrição das referidas *condições humanas*.

São próprias do ser humano as condições da *natalidade*, do *habitar a Terra*, da *pluralidade* e da *singularidade*, da *mortalidade*, da *mundanidade* e do *condicionamento*. Essas são condições humanas que se coadunam com as três atividades da vida ativa antes referida, em conformidade com as suas especificidades. Em relação ao *trabalho*, são próprias a esta atividade apenas as condições da *natalidade*, do *condicionamento* e da *mortalidade*, enquanto à *obra* ou *fabricação* estão atreladas as condições da *habitação na Terra*, do *condicionamento*, da *mortalidade* e da *mundanidade*. Por outro lado, são características da atividade *ação* as condições humanas da *natalidade*, da *pluralidade*, da *singularidade*, da *mundanidade* e do *condicionamento* (Arendt, 2013).

A autora considera a condição humana da *natalidade* como a que mais diferencia o ser humano das demais espécies. Ela reflete tal condição sob dois enfoques circunstanciais: um enfoque diz respeito ao nascimento físico propriamente dito, à forma originária em que um indivíduo vem ao mundo com todo seu aparato biológico, tendo possibilidades e necessidades decorrentes dele; a outra circunstância se refere à possibilidade humana de romper com a linearidade da existência pessoal ou coletiva e iniciar um novo começo para si e para outros. O *habitar a Terra*, por sua vez, é a condição que diz respeito ao fato de o homem nascer na Terra e estar circunscrito pelo seu delineamento. A *pluralidade* dirige-se ao fato de que “não *O Homem* e sim *os homens* habitam a terra” (Arendt, 2002, p. 17). Trata-se da condição em que o ser

humano é plural por apresentar-se como igual, no sentido de ele ser um entre os vários seres humanos que habitam a Terra e, ao mesmo tempo, ser distinto porque cada ser humano é único, tem um modo singular de existência. A dupla condição de *singularidade/natalidade* só pode ser compreendida conjuntamente.

Arendt (2013) entende a *mortalidade* enquanto condição humana vista sob duas perspectivas ou pontos de vista diferentes. A primeira perspectiva é a da morte propriamente dita, enquanto processo biológico que tem um encerramento no ciclo da vida em que a pessoa nasce e morre e, desta forma, deixa de existir entre os demais humanos. O segundo ponto de vista se refere ao *deixar de existir* enquanto manifestação da singularidade humana perante os demais indivíduos da teia de relações. Esta diz respeito ao processo de morte (e de vida) enquanto condição em que um indivíduo é tolhido ou não de se manifestar perante as pessoas com as quais se relaciona, as quais são responsáveis pelo aparecimento e desaparecimento da expressão humana que identifica aquele sujeito. Já a *mundanidade* é vista como a condição humana de pertencimento ao mundo de cada pessoa, onde ele exercita o existir em um mundo que o acolhe, que guarda determinadas características pessoais daquele indivíduo, seu mundo de coisas que o caracterizam e identificam. Para a autora, o *condicionamento* é a condição humana que diz respeito aos modos particulares sob os quais cada ser humano nasce, os quais moldam sua existência e determinam sua procedência. Portanto, “o que quer que toque a vida humana ou mantenha uma duradoura relação com ela assume imediatamente o caráter de condição da existência humana” (p.11).

Sobre esta última condição, Walckoff (2009) lembra que:

o homem nasce nestas condições e a partir delas se constitui. É importante assinalar que o fato de o homem ser condicionado não possui nenhum traço determinista, apenas revela sua origem, o lugar de onde parte. Ao longo do processo de constituição, as pessoas se relacionam com o que se apresenta a elas a partir de uma série de atividades (p.79).

Em relação às atividades humanas que integram a *Vida Ativa*, conforme foi dito, elas assumem uma configuração específica na perspectiva de Arendt (2013). No que se refere ao *trabalho*, por exemplo, este diz respeito à atividade de atendimento às demandas corporais fisiológicas que garantem a sobrevivência do homem e a vida da espécie humana. É uma

atividade que não é exclusiva do ser humano, não requer a presença de outros indivíduos para sua efetivação, sendo denominada, por isso, de atividade privada. O trabalho e seus produtos têm sua existência atrelada à vida biológica, a processos orgânicos involuntários e contínuos ajustados pelo tempo.

A *obra* é a atividade que se refere à fabricação de coisas artificiais, cujos produtos, os artefatos, não dizem respeito à vida biológica; ao contrário, consistem em objetos de uso do ser humano. Tem-se como exemplo os bens de consumo, que têm finalidades preestabelecidas e “conferem uma medida de permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano” (Arendt, 2013, p.10). Esta atividade não é, igualmente, exclusividade humana, embora o homem domine o ato da fabricação muito além das outras espécies. Além disso, a *obra* também pode ser feita solitariamente, ou seja, não precisa de outros para ser realizada.

A *ação* como atividade é prerrogativa exclusiva do ser humano e não é possível que ocorra na solidão. Ela somente acontece na convivência entre as pessoas e corresponde à dupla condição de pluralidade/singularidade. Isso porque acontece somente em meio a uma teia de relações que testemunha e acolhe sua aparição, ao mesmo tempo em que ela só é possível pela apresentação da diferença entre homens, pela explicitação de sua singularidade e distinção. Esta atividade é identificada como política porque ocorre fora do isolamento do indivíduo, uma vez que se o sujeito está isolado, ele está privado de sua capacidade de agir (Arendt, 2013).

No pensamento da autora, a *ação* está, ainda, associada de maneira particular à condição humana da *natalidade*. Nesta atividade, a *natalidade* diz respeito à forma de inserção da novidade, de algo inesperado que rompe com a linearidade. Por conseguinte,

o novo sempre acontece à revelia da esmagadora força das leis estatísticas e de sua probabilidade que, para fins práticos e cotidianos, equivale à certeza; assim, o novo sempre surge sob o disfarce do milagre. O fato de que o homem é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável. E isto, por sua vez, só é possível porque cada homem é singular, de sorte que, a cada nascimento, vem ao mundo algo singularmente novo (Arendt, 2001, p.191).

Então, é compreendido que, na *ação*, a *natalidade* não é mero nascimento físico. Ela se refere à capacidade inata do ser humano de iniciar algo novo por meio de palavras e atos proferidos na interação com seus pares, caracterizando um segundo nascimento. É através das suas palavras e de seus atos que uma pessoa pode mostrar quem é, que pode se revelar. Esta distinção só é possível a partir de outros que a testemunhem, pois “ser e aparecer coincidem” (Arendt, 2002, p.17).

Neste sentido, a *ação* de um indivíduo é configurada como sendo de domínio público, considerando que ela tem a característica fundamental de seu aparecimento depender do despontamento, da revelação do agente e de seu respectivo ato. Considera-se que o desvelamento da identidade de alguém, pelo que ele é, faz ou diz, se dá pelos seus “dons, qualidades, talentos e defeitos” (Arendt, 2013, p.224), no contexto das teias de relações que cada um estabelece nas suas interações. Neste contexto, a teia de relações humanas é o espaço *inter-esse* que cada ser humano estabelece na relação com outros indivíduos, intermediada pela ação e pelo discurso dirigidos que revelam o agente da ação, que diz quem o indivíduo é.

Sobre o sujeito, Critelli (2012), inspirada no pensamento de Hannah Arendt, adverte que:

o mundo e a teia de relações humanas em que ele se apoia e através da qual se alastra e mantém, acabam por se misturar. Quer dizer, a identidade dos indivíduos está inexoravelmente amalgamada com a teia de relações humanas da qual é membro e do mundo que as permeia e constitui (p.65).

No pensamento de Critelli (2012), se os atos cometidos e as palavras proferidas são descontextualizados quando estão isolados de uma conjuntura, eles não significam nada, por isso diz-se que “*atos e palavras nunca têm autonomia*” (p.60). Assim, tais atos e palavras se configuram e ao mesmo tempo limitam seu significado pelas interpretações. Por esta razão, a autora incorpora o pensamento de Arendt (2013), quando anuncia que a ação nunca é feita solitariamente, ela é política por excelência, no sentido de que precisa de outros para aparecer, não mais como ato e palavra, mas como o rompimento da linearidade, como iniciação. O sujeito que inicia a ação é apenas o iniciador, de maneira que o rumo da ação é imprevisível, é incerto porque é constituído com outros.

Arendt (2013) também postula que, além de imprevisível, a *ação* é espontânea no sentido de que não pode ser planejada e iniciada. Ela acontece no mundo cotidiano em meio às relações inesperadamente, pois é fundada em tais relações. Assim, a ação independe da reflexão ou intenção para acontecer; ela depende da convivência entre os homens. Igualmente, a *ação* é irreversível no sentido de que: o que uma pessoa fez e falou e foi testemunhado por outros não se pode apagar, não se pode desfazer. Mas esta *ação* assume um caráter político pelo perdão ou pela promessa de fazer cumprir, como forma de se redimir pelas consequências do que se fez. Conforme alude a referida pensadora,

se não fôssemos perdoados, liberados das consequências daquilo que fizemos, nossa capacidade de agir ficaria limitada a um único ato do qual jamais nos recuperaríamos; seríamos para sempre as vítimas de suas consequências, à semelhança do aprendiz de feiticeiro que não dispunha da fórmula mágica para desfazer o feitiço. Sem estarmos obrigados ao cumprimento de promessas, jamais seríamos capazes de conservar nossa identidade; seríamos condenados a errar, desamparados e sem rumo, nas trevas do coração de cada homem, enredados em suas contradições e seus equívocos... (pp.295-296).

Arendt (2013) continua dissertando que a imprevisibilidade diz respeito a dois atributos do ser humano: um atributo é a não confiança no seu próximo, em termos de não garantir hoje quem o seu semelhante vai ser no amanhã; outro predicado é a impossibilidade de previsão das consequências de um ato perante outros indivíduos, quando todos têm a mesma capacidade de agir. Assim, o ato de fazer promessas dissipa, em parte, a imprevisibilidade.

Da reflexão do pensamento de Hannah Arendt, *na obra A condição Humana*, entende-se que os vários aspectos e nuances da ação, antes descritos, são relevantes para este trabalho. Isto posto, considerando que, por serem parâmetros inerentes ao agir humano, podem contribuir e dar sustento à discussão sobre a compreensão do grupo de mulheres objetos deste estudo. São relevantes ainda, as questões inerentes à importância das suas atividades práticas e seus projetos de vida no âmbito de suas existências. Sobretudo, na reflexão do enfoque dado pela autora à *ação*, a qual se revelou complexa e de alcance profundo na vida humana. Compreende-se que seus aspectos centrais podem ser encontrados também na ação de prospecção de projetos pessoais, inclusive nos projetos das mulheres participantes desta pesquisa.

Assim, para o processo discursivo das análises das entrevistas realizadas neste estudo, toma-se como ponto de partida o conceito de *natalidade* de Hannah Arendt como inauguração do novo. Isto considerando a tentativa do projetar-se e do destinar-se das mulheres, bem como a perspectiva de compreensão do adoecimento mental como acontecimento que rompe e funda mundos. A perspectiva da *ação* e da *natalidade* presentes nelas se revela importante no sentido de ser uma condição pela qual estas pessoas constroem sua própria história no mundo pelo seu poder de movimentação em direção a algo novo, de estar em busca de sonhos e interesses pessoais que lhes tragam realização, bem-estar e qualidade de vida.

Considera-se ainda a relevância, para este estudo, da reflexão sobre o viés político da *ação* preconizado por Hannah Arendt. Ressalta-se a capacidade de cada mulher participante do grupo Projetos de Vida de não apenas iniciar a *ação*, mas de lhe dar continuidade na convivência com outras pessoas, na sua teia de relações. Isso implica que o conjunto de ações envolvidas na consecução de determinado projeto pessoal requer, dentre outras questões, principalmente articulação, pactuação e negociação constantes.

Este trabalho considera que, além das concepções anunciadas sobre a perspectiva da *ação* posta por Arendt (1993, 1999) na *Vida Ativa*, alguns dos preceitos contidos em sua obra *A Vida do Espírito* também acrescentarão valor ao processo discursivo das análises das entrevistas. Em particular, evidenciam-se como relevantes para a reflexão as nuances e particularidades dos preceitos acerca de atividades que compõem o espírito. Nesse caso, refere-se às atividades *pensar* ou *pensamento* e *querer* ou *vontade*.

Para Arendt (1993, 2002), tais atividades do espírito são autônomas em sua conformação e manifestam funções que lhes são próprias. Porém, cabe antes, detalhar alguns aspectos levantados pela autora acerca da distinção entre *vida ativa* e *vida contemplativa*: “O modo ativo de vida é *laborioso*, o contemplativo é pura quietude; o modo de vida ativo dá-se em público, o contemplativo no *deserto*; o modo ativo é devotado às *necessidades do próximo*, o modo contemplativo à *visão de Deus*” (Arendt, 1993, p.7).

De acordo com Arendt (1993), a característica que predomina na *Vida do Espírito* é “deixar de estar entre os homens, estar sozinho e estabelecer um relacionamento consigo

mesmo” (p.58). Assim, as suas atividades se anunciam na invisibilidade, “elas nunca aparecem, embora se manifestem para o ego pensante, volitivo ou judicativo, que percebe estar ativo, embora lhes falte a habilidade ou a urgência para aparecer como tal” (p.57). Segundo a autora,

uma vez que as atividades do espírito, por definição não aparentes, ocorrem em um mundo de aparências e em um ser que participa dessas aparências através de seus órgãos sensoriais receptivos, bem como através de sua própria capacidade e de sua necessidade de aparecer aos outros, elas só podem existir por meio de uma *retirada* liberada da esfera das aparências. Trata-se não tanto de uma retirada do mundo [...] mas, de uma retirada do mundo que está *presente* para os sentidos. *Todo ato espiritual repousa na faculdade do espírito ter presente para si o que se encontra ausente dos sentidos* (pp.59-60- grifos da autora).

Outro aspecto importante apontado por Arendt (1993) sobre a vida do espírito é que “ela sempre cria para si mesma uma *lacuna entre o passado e o futuro*” (Arendt, 1993, p.196). E, nessa lacuna, a atividade do *pensamento* pode, por meio da imaginação, refletir a respeito do que passou e projetar sobre o futuro. Além disso, no instante em que o *pensamento* se processa não há exigências de uma volta imediata para a realidade. No caso do pensamento filosófico, isso fica explícito. Entretanto, ainda que tenha sido uma urgência em voltar à vida que impulsionou o ato de pensar como no caso da *compreensão*, quando está em atividade, esta é *quietude* no sentido de contemplação.

De acordo com Arendt (1993, p.7), no processo da vida do espírito, “a atividade do *pensamento* - que segundo Platão é o diálogo sem som que cada um mantém consigo mesmo - serve apenas para abrir os olhos do espírito”. Significa dizer que “o pensamento visa à contemplação e nela termina e a própria contemplação não é uma atividade, mas uma passividade; é o ponto em que as atividades espirituais entram em repouso”.

Por outro lado, o *pensamento* também se caracteriza pelo seguinte: quer seja como filosófico ou como compreensão, o pensar não lida com a resistência apresentada pela realidade, pois as coisas-pensamento não possuem a textura da qual a realidade é constituída. Ademais, o pensamento é plural na medida em que ele não é um só, ele é dois-

em-um. Assim, ao aparecer para si mesmo, ele é um, ao mesmo tempo em que, ao aparecer e ser percebido pelos outros na comunicação, na teia de relações, ele é outro (Arendt, 2002). Além disso, “a existência de pluralidades de ideias é inerente ao ente (*o pensamento*) sob a forma de dualidade, da qual surge a unidade como unificação” (Arendt, 1993, p.138 - grifo nosso).

Arendt (1993, 2002) considera que a *vida do espírito* diverge da *vida ativa* porque seu campo de atuação não se volta às coisas do mundo, como acontece com esta última. Ao contrário, ela se concentra em questões que vão além do mundo, alheias a ele. Estas questões se referem a acontecimentos que dizem respeito ao alheamento ou alienação humana. Neste sentido, destaca-se o alheamento como única manifestação externa do espírito e um dos principais atributos das atividades da vida do espírito.

Para a autora, o modo de ser alienado ou alheamento das coisas do mundo ocorre de maneiras distintas entre as atividades que compõem a vida do espírito. No caso da atividade do *pensar*, por exemplo, Arendt (2002) considera que, no seu sentido reflexivo, o *pensamento* abrange as instâncias distintas da *intuição*, da *cognição*, *filosófica* ou *contemplativa* e da *compreensão*. O ponto central e convergente destas instâncias do *pensamento* é que todas elas iniciam com o *espanto*, o qual é conceituado como “um *pathos*, algo sofrido e não produzido [...]. É a perplexidade que nos atinge diante de algo que até então era familiar. É um estranhamento das coisas que força o homem a voltar-se para ela” (p. 109). Portanto, cabe à instância da *intuição* o papel de indicar a existência de algo que surpreende o indivíduo e que, no entanto, ele ainda não está preparado para interpretar e processar.

Neste contexto, a pensadora entende a *cognição* como atuação do intelecto no desvelamento do que está oculto, com o propósito de retificar os possíveis enganos dos sentidos por intermédio da produção de conhecimentos apropriados sobre o que aparece. “Em outras palavras, o intelecto deseja apreender o que é dado aos sentidos” (p.43) para produzir o máximo de um conhecimento cada vez mais seletivo, que está além do domínio das ilusões para que consiga aplicá-lo com o maior controle possível. Embora a *cognição* se configure enquanto forma específica do intelecto de apreensão e produção do conhecimento sobre as coisas do mundo através do pensamento, ela se diferencia dele por

utilizá-lo como meio para alcançar o fim de obter esse conhecimento, mas não representa nem é o *pensamento* propriamente dito.

Arendt (1993) situa que a atividade do *pensamento* se distingue das demais atividades humanas, por ter como prerrogativa exclusiva não necessitar aparecer nem interagir com os demais humanos. Ademais, o objetivo desta atividade não se restringe a alcançar a produção de conhecimento, vai mais além. Ele assume o status de “*ato de descongelar* compreensões sobre o mundo, questionando conceitos, valores e doutrinas constituídos pelo senso comum” (Arendt, 2002, p. 131-grifos da autora). Em sua configuração, este ato que perfila o pensamento tende a ser destrutivo, ele aniquila verdades, questiona-as e vai ao enalço de seu sentido, em vez de edificá-las ou aprimorá-las. Conforme afirma a autora,

[...] isto implica que o pensamento tem sempre que começar de novo; é uma atividade que acompanha a vida e tem a ver com os conceitos como justiça, felicidade e virtude, que nos são oferecidos pela própria linguagem, *expressando o significado de tudo que acontece* na vida e nos ocorre enquanto estamos vivos (Arendt, 2002, p.134 - grifos nossos).

Nesse processo de recomeço do pensar o mundo, o sair do estado anterior para um subsequente oportuniza ao pensamento a abertura de novas perspectivas de visualização perene do fenômeno. Mas, a exigência da interrupção do pensamento para solucionar as questões que emergem na vida cotidiana é um processo que acontece de maneira involuntária, é um exercício imposto, uma forma de pensar nomeada de *pensamento contemplativo ou filosófico* (Arendt, 2002).

Arendt (2008) percebe a *compreensão* como um processo complexo, uma atividade mental perene envolta em um ciclo de mudança e variação em que algo novo acontece no mundo de um ser humano e torna estranho o mundo que antes era familiar. Este algo novo convoca para a necessidade de compreensão do ocorrido, com a finalidade de possibilitar conciliação com a realidade. Assim, a pensadora percebe a compreensão como “uma atividade interminável por meio da qual chegamos a um acordo e a uma conciliação com a

realidade, isto é, tentamos sentir o mundo como nossa casa” (p.330). Conforme a autora explica,

se a essência de toda a ação e, em particular a ação política, é dar um novo início, a compreensão se torna o outro lado da ação. A saber, aquela forma de cognição, distinta de muitas outras, por meio da qual os homens ativos (e não os homens que se dedicam a contemplar algum curso histórico progressivo ou fadado à decadência) finalmente veem aceitar o que aconteceu de maneira irrevogável e a se reconciliar com o que existe de inevitável (Arendt, 2008, p.345).

Por outro lado, Arendt (2008) demonstra aspectos relevantes da relação entre a consciência e o pensamento. Ela entende que ambos diferem entre si, de maneira que:

[...] os atos de consciência têm em comum com as experiências dos sentidos o fato de serem atos *intencionais* e, portanto *cognitivos*, ao passo que o ego pensante não pensa alguma coisa, mas sobre alguma coisa; e este ato é dialético: ele se desenrola sob a forma de um diálogo silencioso. Sem a consciência, no sentido da consciência de si mesmo, o pensamento seria impossível. O que o pensamento torna real, no meio desse processo infinito, é a diferença na consciência, diferença dada como um simples fato bruto; é apenas sob essa forma humanizada que a consciência torna-se a característica notória de um homem, e não de um deus ou de um animal (Arendt, 1993, p.140 - grifos da autora)

Ademais, a autora nomeia a consciência de *conhecer comigo mesmo*, devido ao fato de que,

em certo sentido, eu também sou para mim mesmo, embora quase não apareça para mim [...] eu não sou apenas para os outros, mas também para mim mesmo; e nesse último caso, claramente eu não sou apenas um. Uma diferença se instala na minha Unicidade (Arendt, 1993, p.137).

Já em relação à atividade da *vontade*, a autora situa diferenças e relações entre esta e a atividade do *pensar*, expressas nos escritos adiante. Nessa direção, ela expõe que “o

conflito entre o ego pensante com relação à vontade representa o conflito entre duas atividades espirituais que parecem incapazes de coexistir” (Arendt, 1993, p.212). Então, para ela,

[...] *pensamento* e *vontade* se opõem somente no que afetam os estados psíquicos das pessoas; ambos tornam presente para o nosso espírito o que na realidade está ausente; mas o pensamento traz para seu presente duradouro aquilo que é ou, pelo menos, foi; enquanto a *vontade*, estendendo-se para o futuro, move-se em uma região em que tais certezas não existem. Nosso aparato psíquico – a alma em contraposição ao espírito – está equipado para lidar com o que vem da região do desconhecido em sua direção por meio da expectativa, cujas modalidades principais são esperança e medo. (pp.212-213-grifos nossos)

Neste contexto, o *pensamento* é plural, na medida em que ele não é um só; ele é dois-em-um. Assim, ao aparecer para si mesmo, ele é um, ao mesmo tempo em que, ao aparecer e ser percebido pelos outros na comunicação, na teia de relações, ele é outro. Além disso, a existência de pluralidade de ideias “é inerente ao ente (o *pensamento*), sob a forma de dualidade, da qual surge a unidade como unificação” (Arendt, 1993, p.138 – grifo nosso). Por sua vez, *avontade*, vista pela pensadora como subsídio para a ação política, tem a capacidade de inovação espontânea, assim como de decidir e poder escolher. Enquanto atividade do espírito, “a *vontade* sempre se dirige a si mesma” (p.237), tem sua ocorrência atrelada ao abandono da realidade. Ao mesmo tempo em que, diferente do pensamento contemplativo ou filosófico, a vontade anseia em se realizar, em voltar para a realidade e se expressar por meio da ação.

Assim, no ato de *pensar*, mesmo quando ele se ausenta da presença entre homens, mesmo quando está a sós consigo mesmo, há um outro (si mesmo) presente. Neste contexto, no caso específico do *pensamento*, a autora compara a dualidade *do eu consigo mesmo* com o diálogo com um amigo e considera que, como tal, este pode ser estendido por longos períodos. Diz ainda que “o fato de que durante a atividade de pensar o estar-só modifica a consciência de si em uma dualidade, indica que os homens existem *essencialmente no plural*” (p.139- grifos da autora). Segundo expressa Arendt (1993),

[...] não é a atividade de pensar que constitui a unidade, que unifica o dois-em-um; ao contrário, o dois-em-um torna-se novamente *um* quando o mundo exterior impõe-se ao pensador e interrompe bruscamente o processo do pensamento. Quando o pensador é chamado de volta ao mundo das aparências, onde ele sempre é *um*, é como se a dualidade em que tinha sido dividido pelo pensamento se unisse, violentamente, voltando de novo à unidade. Existencialmente falando, o pensamento é um estar-só, mas não é solidão; o estar-só é a situação em que me faço companhia. A solidão ocorre quando estou sozinho, mas incapaz de dividir-me no dois-em-um, incapaz de fazer-me companhia, quando, Jaspers dizia, *eu falto a mim mesmo*, ou, em outras palavras, quando sou um e sem companhia. (Arendt, 1993, p.139-grifo da autora).

O *pensamento*, como diz a autora, pode ser visto como um diálogo com um amigo, o qual não tem necessidade de acabar. Já na *vontade*, ocorre o contrário. Há um embate entre o dois-em-um, pois, sempre quando se apresenta um querer, automaticamente se apresenta também o seu oposto, o não-querer. Esse conflito só será resolvido na *ação*. “Em outras palavras, a *vontade* é redimida, cessando de querer e começando a agir e a interrupção não pode se originar de um ato de querer-não-querer, pois isso já seria uma nova volição” (Arendt, 2002, p.261-grifo nosso).

Conforme indica Arendt (1993), “a qualidade básica de nossa vontade é que podemos querer ou não-querer o objeto aprestado pela razão ou pelo desejo” (p.283). Assim, para a autora, as volições do *querer* e do *não-querer* são “contrários em relação ao mesmo objeto” (p.283 – grifos nossos), embora “o ego volitivo, ao realizar uma delas, sabe ser livre para realizar também o seu contrário” (p.284). A autora remete a esta “liberdade (de escolha), que se manifesta apenas como atividade espiritual – o poder de revogar desaparece uma vez que se execute a volição” para se referir à “fragmentação da vontade” (p.284).

Em relação à atividade do querer ou *vontade*, é enfatizado que, também ao contrário do pensamento, “nenhum querer jamais se faz por si mesmo ou encontra satisfação na própria atividade” (Arendt, 1993, p.214). E “todo *eu-quero* surge de uma inclinação natural para a liberdade, isto é, de uma reação natural dos homens livres quando subjugados” (p.237). Além disso, o medo e a esperança de que esse *querer* se realize ou não são trazidos à tona, não só pelo *quero* e *não quero*, como também pelo *quero* e *posso/não posso*. Novamente, aqui, a *vontade*

aparece como conflito e não como diálogo e quietude, como no caso do *pensamento*. Como lembra Arendt (2002), qualquer volição:

[...] anseia por seu próprio fim, o momento em que o querer algo terá se transformado em fazê-lo. Em outras palavras, o humor habitual do ego volitivo é a impaciência, a inquietude e a preocupação, não somente porque a alma reage ao futuro com esperança e medo, mas também porque o projeto da vontade pressupõe um *eu-posso* que não está absolutamente garantido. A inquietação da vontade só pode ser apaziguada com um *eu-quero-e-faço*, isto é, por uma interrupção de sua própria atividade e liberação do espírito de sua dominação (p. 214).

Para Arendt (2001, pp.318-319), a atividade do *querer* se apresenta como o “querer o próprio eu”, no sentido do “eu que quer tornar-se aquilo que é”. Segundo a autora, “a auto-observação e o autoexame nunca trazem à luz o eu ou mostram como nós mesmos somos. Mas, ao querer e também ao não-querer, fazemos exatamente isso; aparecemos em uma luz que é em si iluminada por um ato de vontade”.

Nesse contexto, Walckoff (2009) traz pontuações sobre as assertivas de Arendt, a saber:

É justamente no fato de ser uma atividade projetada para o futuro que reside o caráter inovador e poderoso da vontade. É nele que a vontade estabelece seu vínculo estreito com a liberdade e com sua explicitação por meio da ação. É por meio do lançar-se para um futuro incerto e querer realizar um eu, independentemente das configurações anteriores o que faz da *vontade a fonte da ação*. É por meio da vontade que se abre a possibilidade da iniciação de algo novo. Isso porque é próprio do pensamento partir sempre do que passou, *pensar é sempre re-pensar*, não conseguindo assim descolar-se da realidade para propor algo novo, que seja capaz de ser *indiferente* ao passado e à realidade, para que, *indiferente* às possibilidades restritivas anteriores, lance-se para o futuro (p.85 – grifos da autora).

No entendimento de Arendt (2002, p.190), a *vontade* está no centro do embate histórico, sobressaindo-se ao longo do tempo ao *pensamento*: “A vontade, ao que parece,

tem uma liberdade infinitamente maior do que o pensamento, que mesmo em sua forma mais livre, mais especulativa, não pode escapar ao princípio da não contradição” (p. 190).

Neste sentido, Walckoff (2009) enfatiza a interface e a inter-relação do *querer* com a identidade expressos por Arendt, dissertando sobre a sua associação, pré-requisitos e circunstâncias em que se dá sua ocorrência:

Assim, o *querer* está associado à identidade, ao eu que quer se realizar no futuro, independentemente da história. Esse poder, porém, de abertura da vontade só aparece diante de uma crença em poder realizar-se. Ou seja, o eu que quer também aparece como aquele que pode ou não realizar esse querer (p.86).

Tais afirmativas de Walckoff vão ao encontro do que foi trazido anteriormente sobre a *vontade* na obra de Hannah Arendt. Assim, ao considerar que “o projeto da vontade pressupõe um *eu-posso*” (Arendt, 1993, p. 214), assume-se o entendimento de que “(...) o fato de a *vontade* ser livre e de não ser determinada ou limitada por qualquer objeto dado, exterior ou interiormente, não significa que o homem como homem goze de liberdade ilimitada” (p. 291). Tais conclusões remetem à assertiva de Arendt (2000) de que “(...) somente quando o *quero* e o *posso* coincidem, a liberdade se consuma” (p. 208- grifo nosso). Conclui-se ser a questão do *poder* fundamental para direcionar a *vontade* à *ação*. Isso porque “o poder da vontade reside em sua decisão soberana de interessar-se somente pelas coisas que estão em poder do homem; [...] Logo, a primeira decisão da vontade é não querer o que não pode obter” (Arendt, 2002, p. 244).

Segundo Arendt (2002), se “a *vontade* é apontada como a *fonte da ação* e o *querer se realizar* implica na confiança desse poder, a falta de ação pode estar vinculada à falta de poder” (p. 251). A *vontade* está, portanto, inteiramente vinculada à questão da liberdade e esta, por sua vez, vinculada à questão do poder.

Em relação ao *pensamento*, Arendt (1993) considera que “a linguagem, o único meio pelo qual é possível tornar manifestas as atividades espirituais, para o mundo exterior e para o próprio eu espiritual, não é tão evidentemente adequada à atividade do pensamento quanto a visão o é para sua tarefa de ver” (p.79). No entanto, o pensamento,

“em contraste com as atividades cognitivas que podem utilizá-lo como um de seus instrumentos, precisa do discurso para ter realidade sonora e para tornar-se manifesto e, até mesmo, para poder ser ativado” (p.93). Neste contexto, o *pensamento* consiste em “um diálogo silencioso de mim comigo mesmo, é pura atividade do espírito combinada com uma completa imobilidade do corpo” (p.94). Enquanto “faculdade de tornar presente o que está ausente” (p.117), o *pensamento* se caracteriza por ser “a única atividade que não precisa de nada além de si mesmo para seu exercício” (p.123). A autora situa também os recursos do *pensamento*, a saber, a lembrança e a imaginação:

*A lembrança*, a mais frequente e também a mais básica experiência do pensamento, está relacionada às coisas ausentes, que desapareceram dos meus sentidos. Entretanto, o ausente que é reunido e feito presente no meu espírito – uma pessoa, um evento, um monumento – não pode aparecer do mesmo modo que apareceu aos meus sentidos, como se a lembrança fosse uma espécie de feitiçaria. Para aparecer ao meu espírito, a *lembrança* deve primeiramente ser dessensorializada e a capacidade para transformar objetos sensíveis em imagens é chamada *imaginação*. Sem esta faculdade, que torna presente o que está ausente em uma forma dessensorializada, não se processa nenhum pensamento; e seria impossível haver qualquer série de pensamento (p.86 - grifos da autora).

A pensadora coloca que, devido às características das faculdades do lembrar e do imaginar, a atividade do *pensamento* é, portanto,

[...] *fora de ordem*, não só porque interrompe todas as demais atividades necessárias para os assuntos vitais e para a manutenção da vida, mas também porque inverte todas as relações habituais. O que está perto e aparece aos nossos sentidos agora está distante e o que se encontra distante está realmente presente. Quando estou pensando não me encontro onde realmente estou; estou cercado não por objetos sensíveis, mas por imagens invisíveis para os outros. É como se eu tivesse me retirado para uma terra imaginária, a terra dos invisíveis, da qual nada poderia saber, não fosse esta faculdade que tenho de lembrar e imaginar (Arendt, 1993, pp.66-67 – grifo da autora).

Conforme foi mencionado, para a autora, é o *pensamento* quem dessensorializa os objetos, constituindo as coisas-pensamento, trazendo-as por meio da imaginação. Estas serão utilizadas tanto pelo *pensamento*, como pela *vontade*.

No caso específico do *pensamento*, em seu papel autônomo, esta atividade do espírito se encarrega de aprontar o objeto para as demais atividades do espírito, embora tais faculdades não sejam formas distintas do pensamento se apresentar ou ser governadas por ele. Vale destacar, ainda que, das três atividades espirituais, o *pensamento* é aquela que se distancia mais radicalmente do jogo da vida. Além do mais, ainda sobre a performance das atividades do espírito, tem-se, nas palavras de Arendt (2002):

Estive falando sobre as características especiais do pensamento que podem ser atribuídas ao radicalismo de sua retirada do mundo. Em contrapartida, nem a vontade, nem o juízo, embora dependentes da reflexão preliminar que o pensamento faz sobre os objetos, ficam presos a essa reflexão; seus objetos são particulares [...], têm seu lar estabelecido no mundo das aparências, do qual o espírito volitivo ou justificante se retira apenas temporariamente e com a intenção de uma volta posterior (p. 71).

A admissão da autonomia de tais atividades espirituais se processou com dificuldade ao longo da história no fazer teórico-filosófico. No entendimento da tradição filosófica, todas as atividades do espírito derivavam do *pensamento*. Além do que o *pensamento* era identificado como hierarquicamente superior às demais atividades, tendo-as sob seu comando. Sobretudo, ao *pensamento* era atribuído o duplo comando da *vida do espírito* e da *vida ativa*. Tal fato se pauta na crença de que a *vida ativa* seria hierarquicamente inferior à *vida contemplativa* (Arendt, 2001, p. 24).

Em contraste à compreensão da tradição filosófica, as reflexões de Arendt (2001), anunciadas no tocante às atividades da *vida do espírito*, desvela o valor destas para a vida humana, ao mesmo tempo em que não corrobora a ideia de uma escala hierárquica entre elas. Em relação à *vida ativa*, ela explica: “[...] O meu emprego da expressão *vida ativa* pressupõe que a preocupação subjacente a todas as suas atividades não é a mesma

preocupação central da *vida contemplativa*, como não lhe é superior nem inferior” (Arendt, 2013, p. 20).

Ademais, Arendt (1993, pp.212-213) aponta um antagonismo entre os egos pensante e volitivo. Ela lembra, como foi dito, que embora ambas as faculdades “tornem presente ao espírito humano o que na realidade está ausente”, o ego pensante “traz para seu presente duradouro aquilo que ou é, ou, pelo menos, foi”. Enquanto que o ego volitivo não se lança ao futuro para evitar assim possíveis frustrações: “[...] A *vontade*, estendendo-se para o futuro, move-se em uma direção em que tais certezas não existem” (grifo nosso).

Uma vez exposto com detalhes o pensamento de Hannah Arendt acerca da ação humana e considerando que esta explanação tem por base buscar argumentos para refletir sobre os projetos de vida das usuárias dos CAPS, objeto deste estudo, é importante ressaltar que os conceitos de *vontade* e *querer* adquirem relevância fundamental para o trabalho. Cabe questionar em que medida estas atividades são forças motivacionais importantes em projetos de vida e em que medida o enfraquecimento destas forças contribuem (ou não) para as fragilidades desses projetos.

Segundo Hannah Arendt, a liberdade inerente ao querer conduz a um sentimento de *poder* viabilizando a *vontade* e promovendo a *ação*. Como falar de liberdade frente a realidades tão precárias de possibilidades? As narrativas que se seguem demonstram que as dificuldades relacionadas aos projetos de vida passam pelo viés da precariedade, impedindo que ações, que para a autora são eminentemente políticas, encontrem suporte na rede de relações estabelecidas.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo recorreu à abordagem qualitativa de pesquisa. Adotaram-se os fundamentos e as premissas de investigação pontuadas por Denzin e Lincoln (2008) em relação à postura epistemológica interpretativista.

Nessa direção, a pesquisa adotou o que é preconizado por Schwandt (2006) acerca dos posicionamentos sobre investigação interpretativa em sua relação com a ação (social) humana, cujo objetivo é compreender esta ação. Neste contexto, admitiu-se que a visão interpretativista considera a necessidade de se interpretar, de modo específico, o que determinada ação significa quando se pretende encontrar significado nela ou se quer afirmar que se entende o que ela significa. Assim, para a visão interpretativista, a ação humana é considerada inerentemente significativa (Schwandt, 2006).

Consideraram-se as premissas deste autor de que o investigador interpretativista deveria compreender o significado que constitui uma determinada ação, para que ela seja entendida. Para ele, se o intérprete diz que uma ação humana é significativa, ele está alegando que essa ação possui certo conteúdo intencional que indica seu tipo. Acredita-se, ainda, que o significado de uma ação pode ser compreendido apenas como o sistema de significados ao qual esta pertence, conforme refere Schwandt (2006). Segundo o autor, diante de tal entendimento da ação humana, faz-se uma releitura para além do que está posto, lendo nas entrelinhas dos fatos aparentes, na medida em que os fatos e experiências podem ser interpretados diversamente, dependendo do contexto e das intenções de quem os executa, a exemplo:

Na determinação de que um piscar de olhos não é um piscar de olhos; na consideração de que determinados atos, a exemplo de um sorriso interpretado como forçado ou terno, ou de movimentos físicos bastante diferentes interpretados como atos de súplica; ou que o movimento físico de erguer o braço possa ser interpretado diversamente como votar, chamar um táxi, ou pedir permissão para falar (p.195).

Fundamentado em Chizzotti (2011), um segundo ponto que a pesquisa considerou foi a admissão de que, enquanto pesquisa qualitativa, os processos de investigação dependem também da bagagem do pesquisador - sua concepção, seus valores, seus objetivos. Neste sentido, a adesão ao padrão teórico adotado sofre influência das concepções pessoais de homem, mundo,

sentido, significado e compreensão da pesquisadora. Admite-se ser relevante que o pesquisador deva estar ciente sobre a implicação que tem a sua interação com as pessoas, fatos e locais envolvidos no estudo. Essa ação permite extrair desse convívio os sentidos visíveis e latentes, que somente são perceptíveis a uma atenção sensível.

Consideraram-se relevantes também os requisitos quanto às habilidades necessárias para o investigador qualitativo, citados por Turato (2005), em relação ao entendimento do processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem os significados. Segundo este autor, o pesquisador qualitativo deve conhecer a fundo as vivências das pessoas e os sentidos que elas atribuem às suas experiências de vida. Assim, não importa ao pesquisador qualitativo explicar as ocorrências com os indivíduos, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas.

Ponderou-se, ainda, a interpretação como uma característica relevante da pesquisa qualitativa em relação aos fundamentos e pressupostos filosóficos necessários para o entendimento do processo compreensivo. Nesse sentido, Chizzotti (2011) evidencia que:

se o pesquisador supõe que o mundo deriva da compreensão que as pessoas constroem no contato com a realidade nas diferentes interações humanas e sociais, é necessário encontrar fundamentos para uma análise e para a *interpretação* do fato que revele o significado atribuído a esses fatos pelas pessoas que partilham dele ... Os instrumentos necessários para se atingir o conhecimento devem estar nos meios de se coletar informações vividas pelos atores humanos dos fatos e qualquer paradigma deve recorrer à intuição humana e à inferência interpretativa (p.27).

Assim, no caso particular deste estudo, em que a ação humana é a tônica central, é pertinente a determinação da pesquisa qualitativa em ciências humanas como opção de abordagem metodológica a ser utilizada para atender às expectativas e aos propósitos da investigação – de obtenção do processo compreensivo. Conforme instrui Minayo (2004):

Enquanto ciência que pressupõe a ação humana, (a pesquisa qualitativa) deve levar em conta a liberdade e a vontade humanas e que estas interferem no curso dos fatos e dão significados muito diversos à ação; por isso, os pesquisadores tendem a recorrer a este tipo de pesquisa para encontrar informações seguras que suportem a interpretação (p.101).

Sobretudo, consideraram-se os preceitos de Minayo (2004) de que a investigação qualitativa requer que o pesquisador tenha atitudes fundamentais como abertura, flexibilidade, e capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos.

### **3.1 Epistemologia e filosofia de investigação**

Para processar a compreensão das narrativas das participantes, ancorou-se nos preceitos epistemológicos do Interpretativismo, alinhando a investigação com a perspectiva filosófica de Wilhelm Dilthey (1833-1911), denominada Identificação Empática. Julgou-se que os fundamentos e pressupostos desta abordagem, descritos adiante, balizaram as possibilidades de compreensão das entrevistas, considerando a riqueza de conteúdos nelas emergidos. Trata-se de um aporte epistemológico/filosófico abrangente, que garantiu consistência e profundidade ao processo interpretativo e, com isso, possibilitou a ampliação dos horizontes compreensivos da pesquisa.

Conforme aponta Schwandt (2006), a Identificação Empática proposta por Dilthey é uma das três perspectivas filosóficas que compõem o Interpretativismo ou tradição interpretativa. Alinhada às demais perspectivas do Interpretativismo (Sociologia Fenomenológica e Jogos de Linguagem), a Identificação Empática envolve o entendimento do significado da ação social humana e tem sua própria forma de compreensão da investigação humana em relação ao objetivo e à prática. Além disso, tem seu próprio compromisso ético e postura em relação às questões metodológicas e epistemológicas que envolvam a representação, a validade e a objetividade. O autor traz o pensamento do filósofo de que, para entender o significado da ação social humana, “é necessário que se compreenda a consciência ou intenção subjetiva do ator a partir de dentro” (p.196), considerando “a importância do restabelecimento psicológico da experiência do outro” (p.210). Conforme cita o autor, “é um ato de restabelecimento psicológico - entrar na cabeça de um ator para entender do que ele é capaz, em termos de motivos, crenças, desejos, pensamentos e assim por diante” (p.196). De acordo com este autor, do ponto de vista interpretativista, a ação social humana caracteriza-se por ser inerentemente significativa e, qualquer que seja ela, exige do investigador compreender o seu significado.

A abordagem da Identificação Empática consiste no processo de compreensão da intenção de um ator, considerando que “para o intérprete, é possível transcender suas circunstâncias históricas, ou escapar delas, a fim de reproduzir o significado ou a intenção do ator” (Schwandt, 2006, p.196). Sua forma de conceber a noção da compreensão interpretativa apresenta os seguintes aspectos:

Considera a ação humana significativa; evidencia um compromisso ético na forma de respeito e de fidelidade em relação à experiência de vida; e, a partir de seu ponto de vista epistemológico, enfatiza a contribuição da subjetividade humana (ou seja, da interação) em relação ao conhecimento sem sacrificar, desse modo, a objetividade do conhecimento. Em outras palavras, enquanto interpretativista, afirmam que é possível compreender o significado subjetivo da ação (entender as crenças do ator, seus desejos, etc.), porém, de uma maneira objetiva (Schwandt, 2006, p.197).

Este estudo considera a assertiva de Schwandt (2006) de que “a ideia de se adquirir uma compreensão *de dentro* – as definições que os atores têm da situação – é um conceito central poderoso para se entender a finalidade da investigação qualitativa” (p.196).

## **3.2 Delineando a pesquisa de campo**

### **3.2.1 Participantes**

Para a consecução dos objetivos propostos, elegeram-se como participantes da pesquisa mulheres adultas que se encontravam em tratamento psicossocial em serviços CAPS, no período da investigação (agosto de 2014 até setembro de 2015).

Foi escolhida uma usuária em cada CAPS de transtorno mental do município de Recife-PE, totalizando sete mulheres, dentre aquelas que frequentavam o grupo Projeto de Vida. A decisão pelo número de mulheres a serem entrevistadas em cada uma das instituições fundamentou-se nos preceitos de Ozella (2003) sobre o quantitativo de sujeitos em pesquisa

qualitativa. Para ele, este quantitativo pode ser reduzido, tendo em vista “a legitimidade do singular como fonte de conhecimento” (p.124). Com esta ótica, o autor afirma:

Em oposição à visão tradicional, que considera que em uma amostra representativa ou significativa não existiriam diferenças entre os sujeitos, dentro de nossa abordagem o sujeito é identificado como único e sua singularidade é entendida como um momento diferenciado e subjetivado que surge como individualidade na condição do sujeito (p.124).

Optou-se por priorizar pessoas que estivessem em processo avançado de tratamento. Significou dizer que as mulheres escolhidas estavam fora dos momentos críticos de crise psíquica que as levaram a se tratar nos respectivos CAPS e que as impediam, dentre outros aspectos, de manter interação interpessoal adequada, desempenhar seus papéis ocupacionais e, por conseguinte, dar continuidade à vida cotidiana. Assim, foram escolhidas pacientes em fase de trabalho de alta, aquelas que estavam participando de grupos terapêuticos cujos objetivos se voltam especificamente para a ajuda na consecução dos projetos pessoais, no caso, o grupo Projetos de Vida. Estavam aptas, portanto, a realizar interação interpessoal e dialogar satisfatoriamente, podendo discorrer sobre sua participação em tais grupos.

Considerando que a modalidade terapêutica *Não Intensiva* acolhe pessoas nas condições de recuperação e de expressão antes expostas, o estudo direcionou a escolha das participantes para o grupo denominado *Projetos de Vida*, assim denominado por encerrar os parâmetros de tratamento pertinentes à modalidade Não Intensiva. Sobretudo, na opção pelas participantes da pesquisa, consideraram-se as condições ideais preceituadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) em relação às características necessárias para a inclusão de usuários na modalidade de atendimento Não Intensiva, descrita como se segue:

Melhora considerável e estabilização do quadro de sofrimento psíquico, possibilitando-lhe a reflexão sobre seus direitos de cidadania e sobre a retomada de projetos de vida no cotidiano; de certa forma, o usuário já possui (ou não) uma proposta para engajamento em atividades comunitárias (sejam laborais, escolares, associativas, ou outras), necessitando ainda de apoio técnico para a operacionalização e/ou aprimoramento de seus projetos de vida (p.16).

A decisão pela escolha de CAPS de transtornos mentais como campo de estudo se deve ao fato dessas unidades utilizarem uma abordagem terapêutica diferenciada em relação ao tratamento de problemas psiquiátricos dispensados na RAPS. A abordagem psicossocial desenvolvida por esses Centros se caracteriza por disponibilizar possibilidades terapêuticas que visam potencializar a recuperação, a reabilitação e a (re) inserção social para além do atendimento ao sofrimento psíquico. Sobretudo, pela sua especificidade de prover suporte e atenção especializados aos usuários no planejamento e consecução de seus projetos de vida no cotidiano.

Foram escolhidos especificamente os CAPS que tratam de pessoas adultas que sofrem de transtornos mentais, estando excluídos os demais serviços infanto-juvenil (CAPSi) e aqueles que tratam as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas - os CAPS de álcool e outras drogas (CAPSad). Dos oito CAPS existentes, apenas o CAPS David Capistrano não participou da pesquisa, uma vez que, no período da coleta de dados, estava com o funcionamento habitual limitado em relação às atividades do grupo Projetos de Vida. Assim, a pesquisa foi realizada nos seis Distritos Sanitários (DS), de acordo com a distribuição dos CAPS da seguinte forma: DS I - Boa Vista; DS II - José Carlos Souto; DS III - Esperança e Espaço Azul; DS IV - Espaço Vida; DS V - Galdino Loreto; e DS VI - Espaço LivreMente.

Na seleção das participantes da pesquisa não houve discriminação de cor, de idade nem de condição socioeconômica e intelectual. Entretanto, optou-se por participantes mulheres, embora o estudo não tenha explorado a questão de gênero enquanto categoria analítica. Essa escolha teve influência da observação da pesquisadora durante a prática clínica, de limitação do espectro no rol de atividades sociolaborativas do universo feminino.

### **3.2.2. Recursos instrumentais utilizados**

O estudo adotou como instrumentos de coleta de dados o questionário sociodemográfico, a entrevista e a consulta a documentos, os quais são descritos a seguir.

A adoção do questionário sociodemográfico como instrumento de coleta de dados visou obter um perfil mais detalhado das participantes da pesquisa. O questionário consistiu de uma lista de perguntas fechadas sobre idade, religião, estado civil, filhos, tipo de moradia, integrantes

familiares da moradia, aparato tecnológico doméstico, escolarização, histórico de trabalho remunerado, tipo de atividade exercida e renda familiar aproximada (Tabela 01). A opção pelo conhecimento de aspectos econômicos, sociais e culturais das entrevistadas fundamentou-se no entendimento de que essas condições interferem em suas atividades de vida diária (AVD), em seu bem-estar, na sua qualidade de vida e em sua capacidade de discernimento, tomada de decisões e desenvolvimento pessoal. Além disso, compreende-se que tais aspectos podem interferir na capacidade de idealização, no planejamento e na consecução de seus projetos de vida.

Tabela 01: Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa.

ITEM	QUANTITATIVO DE PARTICIPANTES
IDADE (ANOS)	60 anos - 01 58 anos - 01 44 anos - 01; 48 anos - 02 31 - 01; 35 - 01; 39 anos - 01
RAÇA	Branca - 02 Parda - 05
RELIGIÃO	Católica - 04 Evangélica - 03
ESTADO CIVIL	Viúva - 01 Casada - 01 Separada - 01 Solteira - 04
ESCOLARIDADE	Pós-graduação (mestrado em linguística) - 01 Superior incompleto - 01 Ensino médio completo - 01 Fundamental II incompleto (até a 5ª série) - 01 Fundamental I (1ª a 4ª séries) - 03
FILHOS	Sim - 03                  Não - 04
TIPO DA MORADIA	Casa de amiga - 01 Casa própria - 05 Casa alugada - 01
COMPONENTES DA MORADIA	Amiga - 01 Pais, filhos, irmãos - 03 Esposo/companheiro - 01 Desacompanhada - 02
APARATO TECNOLÓGICO DOMÉSTICO	TV+DVD + Rádio - 07 Microcomputador. - 03 Automóvel - 02 Celular - 07 Acesso à Internet - 03
HISTÓRICO DE TRABALHO REMUNERADO	Todas
TIPOS DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS REMUNERADAS	Ensino particular (inglês) Auxiliar de Serviços Gerais (empresa terceirizada) ONG Empregada doméstica Operadora de caixa <i>Home care</i> Costureira (mini confecção própria) Estágio (campo da reabilitação) Trabalho informal (venda de doces e salgados)
RENDA FAMILIAR APROXIMADA	De 02 a 05 salários mínimos - 03 De 01 a 02 salários mínimos - 01 01 salário mínimo - 02 Menos de 01 salário mínimo - 01

Fonte própria.

Recorreu-se, também, à entrevista aberta. Neste tipo de recurso, foram utilizados argumentos de ordens epistemológicas, éticas, políticas e metodológicas, segundo os fundamentos postos por Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer e Pires (2010). Para estes autores, do ponto de vista epistemológico, este tipo de entrevista é necessário por explorar a fundo a perspectiva dos atores sociais, uma condição indispensável quando se pretende compreender e apreender as condutas sociais. Eles afirmam que este tipo de entrevista tem seu valor ético e político de possibilitar a compreensão e o conhecimento interno dos dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais. Além disso, do ponto de vista do argumento metodológico, a entrevista aberta “se impõe entre as ferramentas de informação capazes de elucidar as realidades sociais, principalmente como instrumento privilegiado de acesso à experiência dos atores” (p.216).

A utilização da entrevista aberta considerou o preceito de que ela é assim definida quando aquele que informa discorre francamente sobre o tema que lhe é proposto. A entrevista aberta proporciona situar as respostas do participante no seu próprio contexto, evitando que o pesquisador preestabeleça um quadro conceitual nos questionários estruturados (Minayo, 2004, p.108).

Consideraram-se, também, algumas premissas importantes anunciadas por Turato (2008), acerca da entrevista enquanto encontro interpessoal. Ela possibilita a obtenção de informações verbais ou escritas, sendo instrumento utilizado para conhecimento, para assistência ou para pesquisa. Além disso, ela facilita, no contato face-a-face, a apreensão de diversos fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial global do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador.

Ademais, atentou-se, enquanto pesquisadora, para o aspecto relacional humano que envolve uma entrevista, conforme instrui Nogueira-Martins e Bógus (2004). Considerou-se, então, a existência dos fenômenos psicológicos presentes no momento da entrevista. Atentou-se também para a utilização dos próprios sentimentos em benefício da pesquisa. Longe de adotar uma atitude de observação fria e distante, a entrevistadora considerou o fator emocional para estabelecer empatia no processo compreensivo das narrativas das participantes.

A consulta a documentos centrou-se na leitura dos prontuários e do livro de registro das sessões terapêuticas do grupo Projetos de Vida. Pretendeu-se, nesta etapa da pesquisa, obter a complementaridade de informações sobre as participantes, conforme os preceitos de Turato (2008). Para ele, a descrição do levantamento documental, os procedimentos de coleta de dados de naturezas pessoais e clínicos e os registros escritos em prontuários correspondem ao complemento dos dados, quando se trata de serviços assistenciais e de seus pacientes.

Nos prontuários, buscaram-se informações contidas nas fichas de anamnese sobre as evoluções realizadas pelos profissionais. Coletaram-se as informações direcionadas ao trabalho, com planejamento, suporte e orientação voltadas para a consecução de projetos pessoais das participantes.

No livro de registro de atividades grupais, a busca foi direcionada para as anotações dos grupos da modalidade Não Intensiva que abordassem, especificamente, o processo de desenvolvimento dos projetos pessoais quanto ao suporte e planejamento de sua consecução.

### **3.3 Procedimentos de coleta dos dados**

Para o acesso ao campo de pesquisa, o projeto cumpriu as etapas elementares iniciais, sendo primeiramente apresentado à Coordenação de Saúde Mental de Recife para obtenção da Carta de Anuência quanto a sua realização (Anexo 01). Em etapa subsequente, de posse deste documento de autorização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP. Somente após a sua aprovação, deu-se início no processo de pesquisa de campo.

Em seguida, as instituições CAPS incluídas no estudo foram contatadas para se efetivar o processo de pesquisa propriamente dito. As propostas do trabalho foram apresentadas aos respectivos coordenadores do grupo Projetos de Vida. Na ocasião, foram discutidas as estratégias para proceder à seleção das mulheres. Esse passo consistiu na identificação das usuárias da modalidade *Não Intensiva* que estivessem participando do referido grupo terapêutico. Foram selecionadas apenas aquelas em fase de suporte e planejamento de seus projetos pessoais.

A efetivação dos convites às usuárias e aos seus familiares responsáveis foi feita por contatos telefônicos. Quando a usuária escolhida aceitava o convite, efetivava-se a marcação do

encontro, de acordo com as suas conveniências. Nos casos em que houve recusa, fizeram-se novos contatos e assim sucessivamente. O convite seguiu planejamento prévio, consistindo na apresentação e detalhamento necessários da proposta do estudo.

Os encontros com cada participante tiveram duração média de duas horas, tempo suficiente para a realização das entrevistas e para a aplicação do questionário sociodemográfico. Essas ações foram realizadas mediante a assinatura prévia, pelos familiares responsáveis, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como após o subsequente convite verbal e o aceite de cada mulher participante da pesquisa.

A realização da entrevista e a aplicação do referido questionário foram efetivadas em ambientes reservados, disponibilizados pelas instituições participantes do estudo. Esse procedimento foi feito visando à manutenção da privacidade do encontro, cumprindo, desta forma, os preceitos éticos de pesquisa que são estabelecidos na legislação, quando se envolve seres humanos.

Seguiu-se a premissa de Lüdke e André (1986) de que, na efetivação de entrevistas abertas, o entrevistador também deve cuidar de observar os aspectos não verbais envolvidos, pois há uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não verbais, hesitações, alterações de ritmo. Enfim, há toda uma comunicação não verbal, cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito. Como forma de registro de informações, providenciou-se a gravação das entrevistas efetivadas. A efetivação de tais entrevistas seguiu os preceitos de Nogueira-Martins e Bógus (2004) acerca do processo de gravação. Estes autores instruem que através de gravações é possível registrar as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Além do que consideram que o pesquisador pode contar com todo o material discursivo fornecido pelas informantes.

Levaram-se em conta os cuidados básicos essenciais requeridos para a realização das entrevistas, em termos do respeito pelas entrevistadas, desde o cumprimento do horário marcado até a garantia do sigilo e do anonimato, e o respeito pela cultura e pelos seus valores. Além do que a entrevistadora ouviu atentamente e estimulou o fluxo natural de informações por parte das entrevistadas, de forma que elas se sentissem à vontade para se expressar livremente.

Para a condução das entrevistas, utilizaram-se perguntas disparadoras pré-elaboradas, contendo os seguintes enunciados: “*Como é a sua experiência no Grupo Projetos de Vida?*”, “*Como essa experiência repercute no seu dia-a-dia?*”.

A consulta a documentos foi realizada *a posteriori* à coleta das entrevistas junto às participantes, conforme preceituam Lüdke e André (1986). Desta forma, os dados selecionados nos registros clínicos dos prontuários foram objeto de anotações da pesquisadora, servindo de informações para possíveis contrapontos e associações com outros dados colhidos do Livro de Anotações de Grupos, pertinentes à proposta do estudo. Considerou-se que, rotineiramente, os prontuários individuais se configuram como um instrumento no qual as equipes técnicas registram os atendimentos durante o processo de tratamento. Com isso, foram selecionados os registros de atendimentos que indicaram o desenvolvimento e o rumo tomado pelas participantes com relação aos seus projetos de vida e as condições socioculturais indicativas da vida laborativa.

De posse das informações obtidas: realização da entrevista, aplicação de questionário sociodemográfico e consulta aos documentos (prontuários e livros de grupo), procedeu-se a análise compreensiva.

### **3.4 Procedimento para a compreensão dos dados**

Esta etapa abrangeu a compreensão das experiências vividas pelas usuárias do grupo terapêutico Projetos de Vida, consistindo em encontrar um sentido para os conteúdos que emergiram e como estes responderam ao problema de pesquisa que foi formulado. Nesta direção, os dados da pesquisa foram pautados nos conceitos de Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer e Pires (2010), que afirmam que tais dados concentram “a experiência, as representações, as definições da situação, as opiniões, as palavras, o sentido da ação e dos fenômenos”. Segundo tais autores, ainda que dados “escapem à padronização estabelecida, é importante que as ciências sociais e humanas possam analisá-los já que eles descrevem uma grande parte da vida social; negligenciá-los seria privar-se de um conhecimento essencial” (p.147).

## 4. ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 Compreensões das narrativas: caminhos e sentidos

O processo de compreensão das narrativas das participantes da pesquisa desvela modos compreensivos em relação às experiências nos Grupos Projetos de Vida desenvolvidos nos CAPS. A ideia é a tessitura de diálogos entre as formas de entendimentos das mulheres e da pesquisadora, a qual calcou o processo compreensivo no método da identificação empática fundada por Wilhelm Dilthey. A partir das perguntas disparadoras anunciadas, relatos significativos emergiram, dos quais são apresentados os fragmentos seguidos da compreensão da pesquisadora. Partimos da consideração de que a proposta do estudo teve como foco interrogar em que medida os grupos terapêuticos Projetos de Vida desenvolvidos nos CAPS dão suporte à (re) inserção social das mulheres.

Após alcançar o processo compreensivo sobre as narrativas, dialogou-se com as entrevistas coletadas. Utilizaram-se os referenciais teóricos do campo psicossocial eleito no estudo, bem como o aporte teórico do campo fenomenológico, em termos das acepções de Hannah Arendt acerca da ação humana na vida ativa e na vida do espírito. Este diálogo é apresentado no processo discursivo das narrativas deste estudo.

Os relatos das participantes, em sua maioria, desvelam sentidos sobre as experiências de participação no referido grupo. Revelam, ainda, o impacto aos projetos pessoais e a repercussão de tais vivências nos cotidianos das entrevistadas. Além do que evidenciam formas de compreensão da abordagem terapêutica empregada e do papel profissional frente ao grupo, em prol da (re) inserção e da incursão em projetos de vida.

Em comum, as compreensões sobre as experiências de participação trazem relatos positivos, conforme se verifica nas expressões ‘muito boa’, ‘boa’, ‘me identifico’ e ‘sensacional’. Apenas uma usuária referiu que a sua experiência foi desfavorável, sinalizando com um ‘não gostei’. Os motivos de tais considerações são trazidos ao longo das apresentações dos trechos de narrativas selecionados. Uma vez que tais fragmentos expressam modos compreensivos pessoais,

entende-se que é preciso contextualizá-los com a história de vida das mulheres participantes para, com isso, retratar com fidedignidade os sentidos atribuídos por elas às questões abordadas.

Para preservar e guardar o devido anonimato e as reais identidades das participantes adotou-se a utilização dos seguintes codinomes: Florbela, Ester, Milena, Isadora, Nicole, Alice, Sofia. Em sua conjuntura, esses codinomes formam o anagrama FEMINAS, em alusão ao universo feminino que identifica o estudo.

#### **4.1.1 Os sentidos das experiências e a repercussão no cotidiano das mulheres**

##### **4.1.1.1 Florbela**

A narrativa de Florbela reflete sua excelente formação cultural e educacional, expresso em seu discurso culto e rebuscado. Os dados de seu prontuário revelam que, desde o fim da infância e início da adolescência, ela se mostrou fragilizada e propensa a problemas mentais, sendo inicializada no tratamento psiquiátrico em decorrência de sua dificuldade de superação de luto familiar. Embora seu histórico de crises psíquicas seja extenso, ela conseguiu evoluir intelectual e culturalmente. Ela demonstra não ter sido afetada do ponto de vista cognitivo, mantendo um bom nível de discernimento das coisas em geral. A sua educação formal é privilegiada, com nível de pós-graduação. As oportunidades de desenvolvimento cultural adquiridas durante os anos em que morou na Europa (França e Inglaterra) e nos Estados Unidos conferiram-lhe um elevado, mas temporário, padrão de vida, interrompido com a morte do cônjuge.

Com esse perfil sócioeducacional diferenciado, a experiência de Florbela no grupo Projetos de Vida alcança um sentido que se aproxima dos pressupostos da abordagem psicossocial em CAPS. Isso, no que se refere à perspectiva de ser a instituição fomentadora do resgate de sua reabilitação e reinserção social. O trecho de sua narrativa desvela tal sentido atribuído à experiência: *“Foi muito boa pra mim porque me reinseriu socialmente. Eu voltei a trabalhar, eu voltei a produzir e isso tem me deixado muito bem”*. Para a usuária, essas experiências lhe proporcionaram um sentido evolutivo do seu processo de recuperação. Abriu

portas para a retomada da sua rotina de trabalho, favorecendo sua reinserção social através de atividades laborativas costumeiras, interrompidas com o processo de adoecimento mental.

O discurso de Florbela enseja, de forma clara, o seu entendimento sobre como as suas experiências no grupo Projetos de Vida repercutiram no seu cotidiano. O relato a este respeito aponta um sentido amplo atribuído por ela à experiência, que abrange tanto a esfera socioeconômica quanto a pessoal. Seus relatos indicam efeitos positivos sobre sua autoestima e sua autoconfiança em seu potencial laborativo, conforme se verifica na sua narrativa:

*Eu voltei a trabalhar diariamente, a dar aula particular. E isso foi muito bom pra mim, voltar a dar aula particular. Não só financeiramente, mas como pessoa, porque eu antes vivia uma vida muito sedentária, numa letargia muito grande, não conseguia fazer nada. Só ficava deitada, não dormia, só ficava deitada, o tempo todo lendo. E o grupo me motivou a voltar a trabalhar, a voltar a produzir, voltar a preparar aula e isso me tirou de uma depressão muito forte. Aliás, antes de vir pro CAPS eu tinha uma depressão muito forte e foi no CAPS que eu consegui sair. Eu passei treze anos numa depressão muito forte e a partir do CAPS eu saí dessa depressão e depois desse grupo eu consegui fazer a reinserção social.*

Percebe-se que Florbela estabeleceu um bom vínculo com o grupo Projetos de Vida, o qual contribuiu para restabelecer sua independência e autonomia e para torná-la produtiva. Para além da motivação à volta a vida ativa proporcionada pelo grupo, expressa na fala de Florbela, compreendemos a importância dos esforços conjuntos empreendidos por todos, usuária, familiares, sociedade e equipe de profissionais envolvidos na assistência no CAPS, na obtenção de sucesso, tanto no processo de tratamento como no resgate e/ou aquisição de projetos pessoais, quaisquer que sejam eles. Um fator determinante no planejamento, na elaboração e na efetivação do projeto terapêutico singular (PTS) de cada usuário atendido nesse grupo é a consideração do potencial individual, sócio educacional e cultural. Isso facilita seu engajamento no processo de suporte e ajuda na construção e consecução de seus projetos de vida.

A visão de Florbela sobre o trabalho realizado no grupo terapêutico Projetos de Vida traz seu entendimento da abordagem terapêutica predominante nas sessões e explica como acontece o processo interventivo. Sobretudo, revelando os recursos técnico-instrumentais que foram

utilizados nos encontros – grupos de temáticas abertas oriundas de textos pré-escolhidos e de desenhos:

*São feitos grupos livres, abertos; uma discussão a partir de um texto ou desenhos. A partir disso, se desenvolve um trabalho com a gente. E as questões pessoais são colocadas também, a partir desse momento com o texto, por exemplo, ou com um desenho. A gente se coloca pessoalmente, a partir disso. E isso é muito enriquecedor.*

Florabela finaliza sua narrativa mencionando as contribuições do grupo Projetos de Vida para os seus projetos pessoais. Para ela, o Projeto conduz e garante sua reinserção social. Em sua narrativa, ela desvela, na riqueza de seus planos pessoais, um modo compreensivo mais elaborado do que a média das usuárias participantes desta pesquisa:

*Eu pretendo fazer o doutorado como ouvinte lá na Federal este ano. Eu tenho mestrado em Linguística e daí eu tava querendo fazer o doutorado como ouvinte. Vou me candidatar no teste de seleção, embora eu esteja muito defasada... Pra ficar como ouvinte, pra ver se no próximo ano eu faria o teste de seleção para o doutoramento. E vou continuar meu trabalho, continuar atuando como professora. Eu tô querendo voltar a dar aulas em empresas, depois do carnaval eu vou, marquei já algumas entrevistas, visitar alguns gerentes de RH pra voltar a trabalhar com empresas que é bem mais rentável e mais seguro do que aula particular. E é isso.*

Pela forma concisa, clara e rica com que Florabela apresentou as contribuições do referido grupo para o seu cotidiano, bem como pela maneira objetiva de explicar a estruturação da dinâmica grupal estabelecida, compreende-se que ela vem galgando importantes avanços em sua autonomia, em sua autoconfiança e no processo de recuperação e reabilitação. Ao mesmo tempo, entende-se que tais estratégias terapêuticas são de vital importância para o processo de resgate de seus projetos pessoais e de sua reinserção sociolaborativa, permitindo antever uma assistência institucional que tem favorecido o êxito de seus planos pessoais.

#### 4.1.1.2 Ester

As anotações existentes no prontuário de Ester indicam que, no momento da pesquisa, ela tinha 33 anos de idade. Os registros existentes denotam que ela mantinha vida laborativa ativa até seu adoecimento mental, trabalhando como auxiliar de serviços gerais de empresa terceirizada. Sua formação escolar é baixa, com nível fundamental incompleto. Oriunda de cidade do interior de Pernambuco, ela leva uma vida simples ao lado de duas filhas menores, frutos de uma relação amorosa malsucedida que contribuiu para a deflagração de sua crise psíquica. É recém-iniciada no atendimento em Saúde Mental, com histórico de uma única passagem por internação hospitalar.

Quando abordada sobre sua participação no grupo Não Intensivo, Ester entende que a experiência foi favorável, dando à sua vivência no grupo um sentido de preparação e conscientização pessoal para uma convivência adequada em sociedade. O trecho inicial da sua narrativa sinaliza a sua consciência sobre a existência do estigma que ainda cerca a doença mental. Ela deixa transparecer a sua insegurança com a sociedade no seu entorno, que reage com atitudes de estranheza, desconhecimento e desconsideração. Ficam evidenciados, também, indícios de seu discernimento do que ela considera ser papel do profissional frente aos usuários - a instrução sobre a forma de convivência social: “Elas (as ‘doutoras’) *conversam assim: sobre que depois que a gente passa por esse tratamento, como a gente (deva) se comporta(r) na rua, como eles (a sociedade) possam aceitar a gente com esse problema, com essa dificuldade, e é isso*” (grifos nossos).

Compreendemos que a situação de estigma em torno da doença mental vivenciada por Ester, é um fator negativo, grave, que afasta e limita suas possibilidades de desenvolver papéis sociais relevantes e uma vida laborativa significativa. Dificulta também o estabelecimento de vínculos sócio afetivos, essenciais ao equilíbrio emocional e ao bem-estar pessoal. São condutas excludentes, negligentes e de desafetos, adotadas por parte da família e da comunidade.

A narrativa de Ester, sobre a repercussão da experiência no grupo Não Intensivo no seu cotidiano, traz seu entendimento de que as orientações recebidas ali contribuem para sua saúde mental, mudando seu modo de pensar a respeito: “*Contribui com a minha saúde, né? Porque eu faço tratamento, a gente conversa aqui, é orientada. Aí, muita coisa muda na cabeça da gente*”.

A sua referência sobre esta mudança desvela a abrangência de seu raciocínio sobre a contribuição do grupo, em relação às instruções de como deve ser sua postura diante de manifestações de estigma e desrespeito pelas pessoas ao seu redor. Ela compreende que as instruções dadas no grupo induzem-na a um comportamento adaptativo, que a conduzem a manter uma postura complacente como forma de ser bem aceita e a garantir seu direito de convivência na sociedade. Ester considera essa mudança de pensamento um ganho importante para sua vida:

*Mudou assim, porque quando eu comecei esse tratamento muita gente me ignorava, criticava e eu respondia e ia com agressividade pra essas pessoas. E aqui eles (os técnicos) explicavam: isso não pode ser assim, que a gente tem que esquecer, fingir que não ouviu aquelas coisas que o pessoal fala e continuar nossa vida como qualquer um, porque a gente tem o mesmo direito de viver como todo mundo tem e que não tem esse problema de doença mental (grifo nosso).*

Compreendemos o quão difícil é para Ester assim como para qualquer pessoa, conviver com atitudes discriminatórias que desconsideram os potenciais de desenvolvimento individuais. Por certo, ela encontrou, nessas vivências com esse grupo, modos de enfrentamento interessantes que a fortalecem e preparam para a superação e que a conduzem no caminho da conquista e do resgate de espaços de direitos na sociedade, legítimos de todo cidadão.

Por outro lado, em sua narrativa, a usuária valoriza o trabalho profissional e aponta, como contribuições do grupo Não Intensivo, aspectos ligados à esfera pessoal. Estes aspectos que estão relacionados à melhorias no seu bem-estar, denotam sentimentos de acolhimento e valorização: “*É que eu me sinto bem quando estou aqui. Quando eu saio eu saio com a cabeça mais leve. Às vezes eu chego aqui tô triste com alguma coisa e quando chego aqui, que todo mundo me acolhe bem, eu me sinto bem*”.

Compreendemos a importância dos sentimentos de valorização e acolhimento testemunhados por Ester, para a superação da sua crise. É fundamental a utilização da estratégia de acolhimento, pela equipe do CAPS, para o estabelecimento do vínculo institucional e, com isso, aumentar as possibilidades de Ester responder às suas necessidades mais imediatas.

Sobretudo, o acolhimento é essencial para o sucesso da prospecção de projetos terapêuticos individuais condizentes com as necessidades e desejos da paciente.

A narrativa de Ester sobre o trabalho realizado no grupo Não Intensivo desvela seu modo singular e objetivo de entendimento. Em alguns momentos de sua narrativa ela demanda entendimento sobre a abordagem empregada, focando seu discurso para as contribuições concretas do grupo ao seu cotidiano, no que diz respeito a seus projetos pessoais. Ester compreende que o grupo contribui com discussões temáticas sobre saúde mental, as quais ela denomina de forma de *palestras*, além de passeios terapêuticos, desenho, pintura e bijuteria: “*Trabalha pintura, **palestra** sobre a doença que a gente tem, a gente **conversa** sobre isso, a gente faz pintura, eles ensinam a fazer bijuteria, a gente passeia*” (grifos nossos).

Entendemos que o emprego dos recursos técnicos anunciados por Ester são formas interventivas que podem contribuir para ela alcançar satisfatoriamente o seu intento de prospecção de projetos de vida. Entretanto, entendemos que esses recursos técnicos devem ser significativos e fazer sentido para o contexto de vida de Ester. Eles devem estar contextualizados com a sua história de vida. A opção por atividades de artes é uma boa oportunidade para que Ester descubra aptidões e valores pessoais práticos, uma vez que ela precisa estar estimulada a recuperar ou adquirir aptidões necessárias para seguir adiante fazendo descobertas e realizações relevantes para sua vida. A escolha de passeio terapêutico é interessante porque tem, antes de tudo, seu potencial socializante. Mais do que isso, oportuniza que a usuária adquira um conhecimento importante, que a ampara em seus processos de reinserção social.

A referência de Ester sobre o emprego de *palestra* nessas sessões terapêuticas é um indício da existência de um tipo de recurso técnico que consideramos contraproducente enquanto estratégia interventiva. Entendemos que esta estratégia interventiva desprestigia e desconsidera a forma de pensar da usuária porque reforça um modelo unilateral de saber, no qual o profissional, aquele que profere a palestra é o único detentor do saber, que oferta o conhecimento, enquanto Ester e demais participantes do grupo mantêm um papel passivo, sem debater ou emitir opinião pessoal. Portanto, não compartilham o seu conhecimento, não têm voz nem dialogam com o saber profissional.

Compreendemos, por outro lado, que a inclusão no grupo Não Intensivo de debates sobre a doença mental é importante por diversas razões. Uma delas é que os transtornos mentais e de comportamentos são um problema importante de saúde pública, frequentes nas sociedades e culturas. Eles causam enorme incapacidade e padecimento nas pessoas afetadas e promovem sofrimento considerável aos familiares e à sociedade. Daí a importância de se ter consciência da realidade sobre o sofrimento mental. Isso contribui para que sejam evitados o estigma e os preconceitos, a segregação e o isolamento e, desta forma, haja contribuição para o processo de reinserção social. Entendemos que as discussões a este respeito permitem a compreensão sobre as principais questões que envolvem os transtornos psiquiátricos, em termos dos sintomas, dos comprometimentos (psicológico, mental, cognitivo), da propensão ou fatores (genético, bioquímico, estilo de vida) que explicam o adoecimento, conforme instruem Nunes Filho, Bueno e Nardi (2005).

A narrativa de Ester enfatiza, ainda, que as sessões terapêuticas no grupo Não Intensivo contemplam igualmente a utilização de atividades tais como desenhos e discussões reflexivas sobre seu comportamento na interação com as pessoas no seu entorno: “... Às vezes, a gente desenha, fala sobre a nossa vida, nosso comportamento em casa, na rua...”.

Compreendemos que tais atividades são significativas quando tratam de aspectos relevantes da vida da usuária e promovem a recuperação de sua saúde, sua reabilitação e reinserção social. Sobretudo, entende-se que tais atividades têm respaldo no espectro das atividades recomendadas pelo Ministério da Saúde, sendo então essenciais ao processo interventivo.

#### **4.1.1.3 Maria**

No CAPS em que Maria se trata, o grupo que trabalha os projetos de vida é denominado de Grupo de Alta. Ela é uma mulher jovem, de 39 anos de idade. Em seu prontuário verificou-se que ela tem um histórico de nove anos de tratamento por doença mental em CAPS, desde 2005, porém não tem passagens por hospital psiquiátrico. Antes de seu adoecimento mental, Maria teve vida laborativa ativa, trabalhou como empregada doméstica por sete anos consecutivos, quando,

em meados de 2005 se iniciaram as crises. A partir daí, ela se mantém inativa profissionalmente embora o seu prontuário registre progressos recentes em planos e manifestação de desejo de resgate da sua vida laboral. Apesar dessa quebra na vida produtiva, sua autonomia nas atividades de vida diária se mantém preservada e ela consegue administrar minimamente o lar. Seu nível de escolaridade, como a maioria das participantes da pesquisa, é baixo, tendo concluído apenas a quinta série ou nível fundamental II incompleto. Casada e mãe de dois filhos menores, Maria tem o recurso financeiro familiar pouco abastado, resumindo-se ao benefício garantido por lei (o Benefício de Prestação Continuada - BPC) às pessoas portadoras de transtornos mentais. As suas frágeis condições econômicas se aliam à baixa escolaridade, desfavorecendo e limitando ainda mais suas possibilidades de ascensão sociocultural e profissional.

Quando abordada sobre como é a sua experiência de participação no Grupo de Alta, a narrativa de Maria indica que ela compreende que as vivências ali são positivas. Ela afirma: *“a minha experiência é uma experiência boa, tá entendendo? porque cada dia mais que a gente vem, que tem o grupo de alta, ele mostra o que é bom pra gente sair daqui e ir pra rua, poder conviver com outras pessoas”*. O trecho claramente demonstra esse aspecto positivo, ao passo que sinaliza a consciência de que sua condição de adoecimento mental interfere no estabelecimento de suas relações com seus pares, tanto em casa quanto no seu entorno, na comunidade onde convive. Além disso, o discurso de Maria também revela seu entendimento de que o grupo tem o importante papel educativo de instruí-la no enfrentamento ao estigma da sociedade, isso, no sentido de conquista para aceitação e para a boa convivência com seus pares.

Compreendemos que é importante para o seu processo de reabilitação psíquica que ela apresente discernimento sobre a interferência da sua condição mental na interação interpessoal. Principalmente, considerando que nem sempre esse avanço na conscientização se processa de forma igual entre as pessoas portadoras de transtornos mentais. A alteração do estado de consciência depende do distúrbio mental que acomete cada indivíduo.

No seu processo de narrativa sobre como era sua experiência no grupo, Maria dirigiu seu discurso para explanações sobre as intervenções realizadas. Assim, quando arguida a respeito da sua vivência no grupo, ou sobre o que ela achava que o grupo contribuía para o seu viver

cotidiano, ela pontuou: *“O que acontece no grupo é que cada um diz o que sente; a psicóloga ou a enfermeira joga um propósito pra cada um e cada um debate sobre isso”*.

Estimulada a exemplificar sobre a contribuição do grupo em prol de seu viver cotidiano, Maria entende que a contribuição se volta para as questões de apoio à sua saúde e ao seu bem-estar. Ela refere que houve estímulos à abstenção do fumo e do consumo de bebidas alcoólicas. Isso se verifica no trecho em que ela diz: *“Fumar – eu deixei de fumar; beber – eu deixei de beber. Porque quando a gente começa a tomar medicação, não pode tá bebendo; e o fumo também não pode porque mexe muito com o organismo, com a cabeça, mexe com tudo, né? Fora que tem o problema do câncer, essas coisas todinhas”*.

Compreendemos, deste discurso de Maria, o qual aponta o estímulo a hábitos saudáveis de saúde, como estratégia interventiva utilizada pelo Grupo de Alta, que há pelo menos duas possibilidades de situações aparentes: a primeira possibilidade leva em conta características pessoais de Maria, a exemplo de baixa escolarização e possibilidade de ocorrência de comprometimento cognitivo decorrente do adoecimento mental, condições estas que podem ter fragilizado sua compreensão na emissão de juízo sobre o assunto. No entanto, não se pode descartar a realidade que o trecho de narrativa deixa antever: o relato indica que o grupo tem trabalhado com intervenções educativas sobre hábitos saudáveis de evitação de ingestão de álcool e fumo, conforme já enfatizado.

Ao mencionar que a sua experiência de participação no grupo é boa, Maria vai se colocando e indicando sua compreensão do funcionamento do grupo, em termos do trabalho realizado em prol dos projetos pessoais. Sua narrativa desvela a compreensão de que o grupo parece trabalhar a autonomia, a independência e a capacidade de reinserção na vida laborativa e social dos usuários. Assim, Maria faz o seguinte relato:

*É uma questão boa, que eles colocam pra gente botar na mente que a gente não é doente, a gente pode fazer as nossas coisas, porque eu mesma era uma pessoa que não tinha problema nenhum. Com o tempo foi que foi acontecendo esses problemas na minha vida e então eu tive que seguir em frente. E outra coisa, a gente não pode tá com a mente vazia, porque com a mente vazia a gente não pode fazer nada; a gente tem que tá com a mente*

*sempre preenchida com alguma coisa: lendo um livro, fazer alguma coisa em casa, tá entendendo? E cuidar de nossos filhos, da nossa mãe, enfim...*

De acordo com seu relato, compreende-se que Maria é consciente de que deve realizar suas tarefas cotidianas e se manter ativa e produtiva na família e na sociedade. Percebe-se, ainda, que ela entendeu que existe um papel desempenhado pelo profissional no grupo. Ela apreendeu também que há um estímulo à vida ativa no seu viver cotidiano, bem como um apoio à realização de tarefas de rotina, independente de sua condição mental. Maria compreende que esses estímulos fazem com que ela enxergue sua capacidade de realizar suas tarefas e atividades de rotina.

O relato sobre a repercussão de sua vivência no grupo em seu cotidiano reforça sua compreensão de que esse grupo tem exercido a função de processar orientações pessoais gerais para a retomada de sua rotina. Assim diz Maria, sobre o grupo: *“mostra que eu tô pronta pra viver a minha vida. Eu acredito nessa suposição”*. Por essa compreensão e ainda pelo seu entendimento de que há intervenções voltadas para orientações e estímulos a hábitos saudáveis, explícitos no trecho de narrativa em que ela diz (sobre o grupo) *“Aborda sobre não beber, não fumar, tomar a medicação certa...”*, percebe-se que para Maria, este tipo de intervenção oferecida no grupo Projetos de Vida contribui para o seu viver cotidiano proporcionando-lhe bem-estar e mais autoconfiança na capacidade de retomar a vida laborativa.

Compreendemos, desta forma de apresentação de seu discurso, que Maria tem evoluído em seu processo reabilitatório, assimilando os objetivos das instruções repassadas em prol de sua saúde e bem-estar. Sobretudo, Maria demonstra avanço no seu processo reabilitatório quando indica ter discernimento sobre o trabalho profissional realizado no grupo Projetos de Vida.

Maria também evidencia a sua evolução ao narrar sobre a metodologia empregada no grupo. Ela percebe que os profissionais utilizam temáticas preestabelecidas, que são lançadas dentro de uma dinâmica de oportunização individual de diálogo. Isso se verifica no trecho de sua narrativa, quando diz: *“O que acontece no grupo é que cada um diz o que sente; a psicóloga ou a enfermeira joga um propósito pra cada um e cada um debate sobre isso”*.

Por esta fala de Maria, percebe-se o seu bom estágio mental de consciência. Nessa direção, ela é capaz de perceber e discorrer sobre o que o grupo está repassando, para ela e para os demais integrantes do grupo, em termos do processo interventivo realizado.

Nos relatos sobre a repercussão da sua experiência grupal em seu dia-a-dia, fica desvelado a sua capacidade de discernimento sobre suas vivências no grupo, em termos das ações interventivas realizadas. Ela compreende que as ações também são voltadas também para orientações sobre outros cuidados com a saúde, com instruções sobre o uso correto do esquema medicamentoso prescrito e sobre a prática de atividades físicas: *“Como eu já disse, ela proporciona de eu tomar a medicação certa, fazer caminhada e tudo que faz bem pra nossa saúde”*.

Com esta fala, Maria evidencia aspectos que importam para sua vida por favorecerem seu equilíbrio psíquico, bem-estar e para a obtenção de sucesso na consecução de seus projetos pessoais.

Quando Maria foi abordada sobre vivências no grupo que especificassem propostas interventivas envolvendo o retorno à vida ativa em seu cotidiano, ela diz encontrar dificuldades em identificar tais propostas. Sua narrativa foi pouco esclarecedora: *“Sei não, não lembro não. É uma coisa que tá faltando; eu não lembro nem o nome das pessoas daqui direito. Então, eu só marco mais de vista”*.

Diante dessa dificuldade manifesta, de identificação de propostas interventivas voltadas para a vida laborativa, Maria foi estimulada a seguir narrando sobre seu cotidiano doméstico. Seus relatos revelam uma dona de casa que aparenta estar mantendo as atividades de rotina, as quais integram sua vida ativa: *“Eu varro casa, eu lavo roupa, coloco na máquina, quando tem. Quando não tem, eu lavo na mão. Faço almoço, e depois vou me deitar”*.

Sua entrevista foi direcionada, então, para a incursão a projetos de vida. A narrativa de Maria desvela seu desejo de retorno à vida profissional exercida anteriormente ao adoecimento mental. Em seu relato, verificou-se que ela desenvolveu, até antes de adoecer, trabalho regular remunerado fora de casa, como empregada doméstica: *“Durante a minha vida tive vários trabalhos. Eu trabalhei em casa de família, uma atividade de trabalho como doméstica. Faz oito*

*ou sete anos, uma coisa assim, que eu parei. Não lembro quanto tempo faz, mas eu trabalhei, eu trabalhei em casa de família, em muitas”.*

Compreendemos que o retorno e a manutenção das atividades laborativas profissionais é o ápice da trajetória pessoal para qualquer pessoa que esteve impedida de desempenhar as suas funções na rotina diária devido a adoecimento. O paciente psiquiátrico muitas vezes conta com impedimentos de ordem pessoal e social que atrapalham seu desenvolvimento global. O indivíduo geralmente apresenta problemas que dificultam as atividades laborativas costumeiras. Em consequência, ele apresenta-se impossibilitado de atingir os seus objetivos na vida, de cumprir seus papéis sociais e de participar inteiramente do viver. Os limites e as incapacitações que a doença mental pode lhe impor acarretam dificuldades, tanto no (re) engajamento quanto na ascensão a novas atividades profissionais mais complexas e elaboradas.

A narrativa de Maria desvela sua compreensão sobre o trabalho do grupo Não Intensivo sobre planos e pretensões de retorno aos projetos pessoais. Em um primeiro momento da entrevista, ela sinaliza que o grupo não é o espaço de discussão e exploração de seus projetos de vida: *“O grupo de alta não... O grupo de alta fala de outra coisa... É da doença mental”*. No momento seguinte, após refazer a pergunta para um melhor aprofundamento e aproveitamento da questão, ela se contradiz e evidencia que os usuários no grupo são incentivados ao engajamento e planejamento de metas. No entanto, seu discurso a respeito do assunto não contempla respostas condizentes; ela faz colocações desconexas, além do que, ela confessa ter dificuldades de elaboração do assunto:

*É falado, é incentivado (projetos de vida). Têm muitos aqui que eles não são aposentados. Eu acho, né, eu não sei porque eu não pergunto. No local que eu moro eu não sei quem é porque eu não pergunto; muitas vezes eu passo pelas pessoas e não falo, sei que dizem ‘olha, é uma metida’, mas não, é meu modo de ser. Eu tenho dificuldade de falar, de conversar com as pessoas, eu tenho muita dificuldade. Então, no dia a dia da gente eles debatem aqui - os médicos, as médicas... Dizem que aqueles que... Até eu mesmo que tenho meu dinheiro (ela recebe o benefício BPC), posso trabalhar fora também; eu já trabalhei, trabalhei como cuidadora de idoso... (grifos nossos).*

Compreendemos que a condição pessoal desfavorável de Maria, que é caracterizada por sua confusão mental e por dificuldade de discernimento aparente, justifica as suas colocações superficiais e desconexas sobre a temática da prospecção de vida laborativa. Considera-se, ainda, que essas condições contribuam para sua limitada compreensão sobre o trabalho do grupo, voltado para a consecução e objetivação dos projetos pessoais. As passagens de diálogo a seguir, nas quais se verifica a insistência para que a participante fale sobre a abordagem no grupo, em relação aos assuntos de sua vida laborativa, expressam o pouco entendimento de Maria sobre as dinâmicas realizadas nesta direção:

*É porque cada grupo é um debate diferente, aí não dá pra eu citar o que aconteceu porque minha mente não lembra, não lembra. O que fala, feito eu tô dizendo a você, o grupo fala, cada um escolhe um debate: medicação, saúde..., enfim. Aí, por exemplo, se eu escolhi saúde, a gente vai conversar sobre a saúde do corpo, mental, enfim, de tudo. Se (outro alguém) escolheu medicação, vai falar sobre medicação. Aí, depois a psicóloga vai vindo e vai falando pra gente. (grifo nosso)*

A insistência para que Maria narrasse o trabalho interventivo do grupo em prol do seu cotidiano sociolaborativo resultou em um discurso tangencial desconexo e pouco esclarecedor. Sua resposta, ao pedido de esforço para recordar que temas foram abordados, não é esclarecedora:

*Não (recordo), porque assim, foi bom aquele grupo naquela época, mas a gente não lembra o que acontece na sala. É a mesma coisa que na sala de aula: a gente tá na sala de aula, naquele dia a gente lembra alguns detalhes e outros não. Vou dar um exemplo: eu escrevo, a professora de português vem e dá aquela redação. Tem coisa que eu lembro, tem coisa que eu não lembro. Tô dando um exemplo, citando... Então, se é pra falar do grupo de alta, é somente isso. (grifo nosso)*

Enfim, compreende-se que Maria, apesar de apresentar progresso no seu processo reabilitatório, refletido na sua capacidade de interação interpessoal, apresenta sinais de comprometimento cognitivo. Esse comprometimento a prejudica e impede de avançar mais efetivamente na vida sociolaborativa, interrompida com o adoecimento mental. Esse fato também é constatado nas oscilações de suas colocações em sua narrativa como um todo.

#### 4.1.1.4 Isadora

Isadora é uma jovem solteira, com 31 anos de idade no momento do encontro para a realização da entrevista. Logo de início, verificou-se que se tratava de uma pessoa simpática e receptiva. Revelou um temperamento comunicativo e interagiu com facilidade e presteza durante seu processo de narrativa. Ao proceder a consulta ao seu prontuário, observou-se que ela mora com a mãe, entretanto, mantém com esta uma convivência conflituosa. Faz parte do seu convívio familiar um irmão e uma irmã caçula deficiente física, ambos maiores de idade. Isadora iniciou tratamento no CAPS desde 2005. Até então, ela mantinha vida laborativa plena. A ruptura de seu ciclo produtivo ocorreu após um evento traumatizante de um assalto ao supermercado em que trabalhava, marcando-lhe a vida. Ela reagiu ao evento, com apresentação de distúrbios psíquicos e comportamentais que a impossibilitaram temporariamente de interagir e de manter-se produtiva. Do ponto de vista psíquico, a partir do exame mental, embora ela se encontrasse orientada globalmente e sem alterações sensoperceptivas aparentes, havia prejuízo na atenção, inquietação psicomotora e fuga de ideias, que comprometiam seu desempenho e entendimento no exercício do diálogo. Do ponto de vista comportamental, ela passou a apresentar choro fácil e um quadro persecutório caracterizado por medo, estado atônito e sentimento de perseguição. Isadora julgava que haviam “feito despacho” (sic) e, então, reagia com isolamento, permanecendo reclusa em casa, sem sair da cama para trabalhar.

Nesse período de seu adoecimento mental, Isadora foi integrada ao benefício de auxílio à doença, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto em lei, o que lhe garantiu amparo mínimo financeiro. Os registros apontam que, após tratamento, ela teve uma melhora significativa dos sintomas voltando a trabalhar. No entanto, em 2008, Isadora passou por uma nova crise, desta vez com agitação e irritabilidade, após ter abandonado a medicação psiquiátrica prescrita, sob a alegação de que havia engordado em demasia. Com isso, mais uma vez ela interrompeu sua vida laborativa.

Compreendemos o sentimento de rejeição que Isadora manifesta aos efeitos colaterais estéticos causados pela utilização contínua de psicofármacos. Entende-se que a vaidade estética é uma realidade senão particular, mas bem presente no universo feminino, o que contribui para a resistência a tratamento que influencie a estética da mulher, pela modificação da imagem corporal devido ao sobrepeso. Essa rejeição se constitui um grave motivo para as ocorrências de

recidiva dos sintomas psiquiátricos e consequentes readmissões no universo de usuários femininos, a exemplo de Isadora.

O prontuário de Isadora registra que, no pós-alta do tratamento dessa nova crise, ela concluiu curso de técnico em enfermagem, mas não atua na área. Há, também, a indicação de aspectos prioritários da vida da usuária, que foram programados durante essa fase de seu tratamento no CAPS, dentre esses, é citada a retomada da atividade produtiva (trabalho). Nas evoluções constantes sobre sua participação no grupo Não Intensivo, a partir de outubro de 2012, é frequente a manifestação de interesse em buscar emprego na sua área de formação profissional e há indicativos de que trabalhou em assistência domiciliar (*home care*), como cuidadora de idosos.

É relevante situar o processo de modificação, a partir de 2014, pelo qual passou o grupo Não Intensivo do CAPS em que Isadora se trata. Conforme informações cedidas pela técnica de referência do grupo, a dinâmica de funcionamento original vigorou com essa denominação até o final de 2013, passando a ser denominado de *Grupo Pensando na Vida*, a partir de 2014. A modificação teve o intuito de reposicionar os usuários de acordo com a demanda estabelecida no momento da admissão. Com isso, aqueles que necessitavam de suporte à estruturação e operacionalização de seus projetos pessoais passaram a ser incluídos no novo grupo. Caso contrário, aqueles cujas demandas requeriam acompanhamento individual sistemático, devido a necessidades diagnosticadas de controle de esquema medicamentoso ou tinham necessidades extramuros, que requeriam a articulação da RAPS, eram encaminhados para o atendimento Não Intensivo Especial. Nesse processo de modificação efetivada, o novo grupo *Pensando na Vida* foi atualizado nas bases de sua proposta terapêutica. Então, passou a absorver apenas os usuários cujas demandas pessoais pudessem ser respondidas com atenção especializada específica voltada para a prospecção de projetos pessoais.

Em 2014, Isadora, em pleno processo de início de curso superior de fisioterapia, teve um episódio maniatiforme, tendo como consequência prática imediata o abandono de seu emprego. Mesmo assim, ela vinha, nesse ano, mantendo seu curso escolar ativo, embora se apresentasse desanimada e desesperançosa.

Na narrativa sobre a sua experiência como participante no grupo Pensando na Vida, Isadora mostrou-se prestativa e colaborativa, deixando transparecer seu temperamento expansivo e expressão de pessoa ativa. Seu relato desvelou um pensamento positivo sobre suas vivências. Ela entende que tais vivências lhe fornecem suporte em seus momentos de crise, propicia que ela se polície nas recaídas e recidivas de sintomas e contribuem para o seu equilíbrio emocional e bem-estar:

*Olha só, eu acho muito bom, o grupo é muito legal, porque nos ajuda quando a gente sai da pior, quando a gente tá sem querer saber o que fazer da vida, justamente eles abrem essa possibilidade. Eu gosto desse grupo porque eu acho que é uma forma de me policiar contra. Assim, que se eu cair em mau momento outra vez, eu venho pra cá e eles tão percebendo a minha instabilidade, que eu sei se estou instável ou não; porque eles me conhecem, eles acompanham você, não é aquele (tratamento) que o paciente terminou, teve alta e vai embora e nunca mais volta. Não, a gente vai ter nossa alta e, com um pouco tempo, a gente volta até eles nos reavaliar. Eu acho isso do Pensando na Vida, eu gosto muito, eu me identifico bastante e eu tenho certeza de que as pessoas que participam comigo também pensam o mesmo. (grifo nosso)*

Compreendemos que a consciência que Isadora demonstra sobre sua condição mórbida lhe possibilita fortalecer e avançar em seu processo reabilitatório, por lhe proporcionar o automonitoramento de suas crises. Faz com que ela tenha clareza da necessidade de se cuidar permanentemente, para evitar recaídas. Ademais, esse trecho de relato identifica o bom vínculo terapêutico que ela estabeleceu com a equipe técnica de referência e com a instituição.

A narrativa de Isadora sobre a repercussão no seu dia-a-dia, da participação no grupo Pensando na Vida, reflete os altos e baixos no tratamento. Isso é evidenciado pelos sentimentos de desânimo, inquietação e desamparo, causados pelas consecutivas crises acontecidas, que têm reflexos significativos em seus projetos pessoais:

*Olha só, quando eu saí daqui eu tava meio perdida, eu fiquei sem ter... Eu fiquei mesmo sem chão com o que aconteceu, porque você vai indo, vai indo, aí dá um momento que você fica instável. Então, você volta pra cá e eles te acolhem muito bem, eles se importam com o seu*

*problema naquele instante, tratam você naquele instante que você tá precisando. Eles te dão suporte; eu gosto por isso.*

A oscilação do estado mental de Isadora, com constantes recaídas, recidivas de sintomas psiquiátricos e subsequentes retornos ao tratamento no CAPS é compreensível, pois trata-se de uma particularidade da doença mental, também vista em outros casos e constatada na vivência profissional em outros pacientes de CAPS.

Em sua narrativa, Isadora fez referência ao processo de abordagem terapêutica do grupo Pensando na Vida. Seu relato revela o entendimento de que a intervenção se reverte em uma troca de experiências entre os integrantes do grupo. Ela evidencia que cada um contribui com sua experiência pessoal, havendo aprendizado mútuo sobre as vivências pessoais de adoecimento mental:

*Ah, é legal, consiste em que eu passo a minha experiência. É uma troca, eu passo a minha experiência pra eles, os meus amigos, os meus colegas de CAPS e eles passam a experiência deles pra gente, porque não é um grupo? Então, de forma que cada um vai falando, o outro vê a experiência do outro, aprende a não passar... Aprende com a dificuldade alheia. Entendeu? É uma forma da gente se contrair, de se blindar até pra que aquilo não aconteça conosco.*

Compreendemos que Isadora experienciou no grupo vivências relevantes de reflexões sobre o processo de adoecimento mental, com trocas mútuas que a estimularam os aspectos pessoais relevantes da autoestima e da autoconfiança. Tais estímulos lhe proporcionaram a adoção de uma postura mais combativa frente ao estigma da doença mental imposto pela sociedade. Além disso, ajudaram-na a conscientizar sobre seus limites e sobre seu potencial individual.

Ao exemplificar como a experiência de participação no grupo Pensando na Vida repercutiu no seu cotidiano, Isadora narrou que esta repercussão incidiu em seu estado emocional, modificando sua condição de estresse e de indecisão sobre a escolha profissional. Ela considerou importante a oferta de orientações referentes às alternativas, no seu caso, de cursos de graduação, uma vez que, em seu prontuário, há referências a respeito desse desejo:

*Quando eu tava muito nervosa, muito estressada e vim pra esse grupo, a técnica desse grupo dá uma luz; a técnica que acompanha a gente, ela expõe cursos pra você estudar, ela te dá uma orientação porque você tá meio perdido no que você quer encontrar. Aí eles vão e encontram pra gente, não deixam a gente perdida no espaço. Eles têm uma opção boa pra gente... Então, esse grupo que a gente faz, o Pensando na Vida, é justamente assim: a gente pensa na vida e volta com novos horizontes, com novos pensamentos; daí a gente discute com a nossa técnica, todo mundo discute seu problema, expõe seu problema, ela sugere soluções pra nós, enfim...*

Compreendemos que o exercício de busca de Isadora por novos horizontes, a exemplo de ofertas de cursos e eventos voltados para seus interesses, é ponto central em seu processo de recuperação, isso considerando seu contexto de vida laborativa. Observa-se, também, o seu reconhecimento sobre a relevância que a intervenção oferecida no grupo demonstrou ter para o seu processo de reabilitação e reinserção social.

Quando convidada a identificar no seu cotidiano algo mais concreto, que ela pudesse reconhecer como decorrente das suas vivências no grupo, Isadora reconheceu ter havido intervenção em prol da questão laborativa e da adesão a um emprego, com orientações no sentido da planificação e do incentivo. A narrativa revela o seu olhar atento à necessidade de se cuidar para garantir o alcance de seus objetivos de ascensão educacional. Ela também demonstra o bom vínculo que estabeleceu com o Serviço, o que lhe facilita a adesão ao tratamento:

*... Ah, tem várias, sobre a questão de emprego, de ela me orientar pra um plano. Enfim, me ajudaram a dar um empurrãozinho, dizendo assim: “vai, vai por aí que dá certo”. Aí, eu fiz curso na faculdade de fisioterapia. Eu decidi que ia fazer, fiz! Só que não deu certo porque eu não tive vontade de continuar, eu só estudei meio período. Mas, quando eu preciso, eu venho aqui. É pra cá que eu corro, porque graças a Deus aqui me atendem muito bem, de forma que eu consigo me recuperar de volta. Minha crise, ela não é longa, ela não é longa, longa não, ela dá e passa. É por isso que eu tenho que ter certo cuidado a mais em estar me policiando, pra não entrar em crise toda hora.*

Compreendemos, conforme já mencionado, que o bom estabelecimento de vínculos da usuária com o CAPS favorece e facilita o planejamento e desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares junto a ela.

Isadora conclui a sua entrevista expondo exemplos práticos e concretos sobre a contribuição do grupo Pensando na Vida. Sua compreensão revela a importância atribuída ao grupo, em termos dos seus afazeres no cotidiano. Ela compreende esta experiência como valores adquiridos no diálogo com os demais usuários do grupo e que a fazem refletir e crescer no pensamento sobre seu processo de tratamento:

*... Ah, é porque na verdade, prática não ... Na verdade, são coisas do dia-a-dia que acontecem no nosso cotidiano. Aí você vai vendo, aí você percebe que conseguiu alguma coisa, que foi por causa de alguma ideia boa que alguém te passou, tá entendendo? E essa ideia eu adquiri no grupo. Talvez, se fosse eu sozinha eu não tivesse pensado dessa forma. E o grupo Pensando na Vida, ele me ajuda a pensar, não só pensar, como refletir aquilo que eu pensei. É isso que eu acho!*

Compreendemos, portanto, que a narrativa de Isadora demonstra seu bom nível de consciência sobre a função do grupo em favorecer a sua motivação, autoestima e autoconfiança e na evolução do tratamento. Esses fatores pessoais são condições essenciais e indispensáveis para o restabelecimento da sua saúde mental, sua reabilitação e reinserção social. Em consequência ao resgate e/ou recuperação de tais condições mentais o favorecimento, a Isadora, de melhores possibilidades de planejamento e consecução de seus projetos pessoais.

#### **4.1.1.5 Nicole**

Consta no prontuário de Nicole que ela estava com 44 anos no momento da entrevista, estudou até a 4ª série e não lê bem. Ela não teve passagem por hospital psiquiátrico ou por CAPS antes de sua primeira crise, em 2013. O acometimento do transtorno mental teve início por ocasião de seu envolvimento com pessoas da comunidade, consumidores de drogas ilícitas. Segundo sua narrativa, ela “caiu em uma boca de fumo”, sic, um ponto de droga próximo à sua casa. Alguém da comunidade intermediou a compra, mas foi pego pela polícia para esclarecer e

denunciar as pessoas envolvidas. Com isso, segundo ela, uma mulher, que comanda o ponto de venda, veio tomar satisfação com o delator. Seu discurso indica que seu companheiro estava envolvido nessa situação, tendo sido ameaçado de morte, foragindo-se. Dessa forma, Nicole não suportou a pressão e descompensou, destruindo tudo à sua volta em casa, inclusive suas quatro máquinas de costura. Com essas máquinas, Nicole confeccionava e vendia almofadas, colchas acolchoadas, lençóis, fronhas e panos de prato, promovendo emprego a quatro ajudantes e fazendo seu sustento. Quando a usuária teve a crise, foi levada para um hospital psiquiátrico de referência e lá permaneceu por dois meses, até ser transferida para o CAPS.

Seu discurso, além de ser marcado por relatos traumatizados devido à sua experiência naquele hospital, é revelador de sua consciência sobre a diferença entre os dois tipos de tratamento – do hospital e do CAPS. O tratamento hospitalar marcou negativamente Nicole, o qual, segundo ela, é impositivo de regras rígidas, com utilização excessiva de medicamentos e contenção física e química. Ao contrário do desagrado com o tratamento hospitalar, a narrativa demonstra a sua satisfação com o tratamento recebido no CAPS. Ela demonstra a maneira como a equipe multiprofissional a assistiu e cuidou dela. Fica evidente, também, em sua narrativa, sua recuperação ao revelar essas experiências e fazer críticas sobre o tratamento no passado e no presente, além de apresentar perspectiva de futuro. Nicole demonstrou boa percepção temporal dos acontecimentos ao fornecer dados relevantes de maneira organizada cronologicamente e consciente de sua nova condição mental:

*... Aí foi minha salvação. Porque lá é um sofrimento, eu tomava dez comprimidos de uma vez só. Eu me acordava agarrada nas paredes, feito uma louca mesmo. Eu não tinha força nas pernas pra andar, eu saía agarrada nas paredes e ficava de olho fechado porque a medicação era tão forte que eu dormia à noite, dormia o dia e dormia à noite de novo e eu pedindo a elas pra diminuir, que a medicação tava me fazendo mal. Tive duas hemorragias, quase que eu morro, quase, quase! Por pouco eu não fui... (hesitação). Aí eu pedia a elas e elas diziam: ‘você tem que tomar, senão você vai pra faixa e vai pra injeção’. Aí eu na calma dizia: ‘então aplique a injeção, mas não me dê esses comprimidos não, que tem comprimido que tá me fazendo mal’... Eu sei que esse grupo me ajudou muito, muito mesmo, foi uma ajuda que eu fiquei muito satisfeita, eu gostei muito de ter vindo pra aqui. Porque eu sei que se eu não tivesse aqui eu tinha morrido lá. (grifo nosso)*

É compreensível a preocupação de Nicole em relação aos malefícios causados pelo excesso de medicamentos psicotrópicos recebidos no período de sua hospitalização. Casos semelhantes ao seu foram registrados em usuários, na rotina profissional de atendimentos em CAPS durante nossa vivência nesse Serviço. Os usuários relatavam os traumas de suas experiências de permanência em hospital psiquiátrico e expressavam seus sentimentos de desagrado com o tratamento medicamentoso recebido, registrando suas dificuldades e queixas sobre o esquema medicamentoso. Uma compreensão empática sobre esta questão remete às lembranças de escutas de queixas de usuários e seus familiares durante o tratamento em CAPS, em relação às dificuldades de adaptação ao esquema medicamentoso prescrito. Por vezes, a prescrição terapêutica medicamentosa de determinado usuário ocasionava reações orgânicas indesejáveis, que implicavam em sua resistência e dificuldade de adaptação e demandava das equipes técnicas todo um trabalho de suporte e esclarecimento, para que não houvesse descontinuidades no tratamento e ajudasse aquele usuário a superar seus momentos críticos.

A narrativa de Nicole a seguir revela o seu bom nível de discernimento em relação às coisas em geral, apesar de sua pouca escolarização. Em sua compreensão, a experiência de participação no grupo Projetos de Vida é positiva, significando para ela a aquisição de melhores condições de saúde, uma vez que lhe propiciou sair de um estado de ânimo apático e inativo para uma condição reativa e interativa:

*Minha experiência mesmo quando eu entrei era saúde, buscar mais saúde pra mim, porque eu me sentia muito frágil, não queria fazer nada dentro de casa, não me ocupava de nada, era uma pessoa neutra, neutra mesmo. A vida minha era só dormir, eu virava noite e dia dormindo. Aí foi quando surgiu esse grupo aqui, que não tinha, aí me convidaram a participar. Aí eu comecei a participar, eu achei uma melhora muito grande em mim, muito grande mesmo!*

Compreendemos que Nicole se mostra feliz e está favorável às intervenções realizadas pelo grupo na direção do fortalecimento de sua autoestima. Ela tem consciência de sua relevância, em termos de ter lhe possibilitado avanços no processo de reabilitação e reinserção social. As intervenções lhe favoreceram o equilíbrio emocional, possibilitando o reengajamento em sua vida laborativa de empreendimento no fabrico de utilidades de cama e mesa e decorativas.

Em seu relato, Nicole prestigia a utilização dos recursos interventivos de discussões e conversações. Considera que esses recursos contribuíram para a melhora da disposição e resgate dos hábitos alimentares básicos, essenciais à sua sobrevivência:

*Falava muito sobre o remédio, falava sobre a medicação, o que é que a gente fazia dentro de casa, eles perguntam, e como a gente queria pra melhorar mais, né? Porque eu vivia que nem uma prisioneira, dia e noite dentro de casa, trancada. Aí eu aceitei participar do grupo, achei muito bom, achei ótimo mesmo, melhorei bastante; eu não queria almoçar, eu não queria jantar, minha comida era só água, cheguei a pesar 36 quilos e 900 gramas, de tanto desassossego que eu tinha!*

Entendemos que a opinião formada de Nicole, sobre a função do grupo Projetos de Vida, no que se refere à exploração da rotina estabelecida em seu domicílio no dia a dia, tem lhe possibilitado um passo importante para o restabelecimento psíquico e a retomada de seus projetos pessoais.

Aprofundando a compreensão de Nicole sobre as contribuições do grupo em seu cotidiano, ela segue desvelando as mudanças ocorridas em sua vida, em relação ao modo de entendimento do seu adoecimento. Fala do suporte e acolhimento à crise pela equipe do CAPS, em relação à sua inapetência nos momentos de crise. Além disso, Nicole demonstra um bom discernimento sobre a atenção que é dispensada no grupo, em relação às formas possíveis para se combater o estresse e garantir seu bem-estar, através da detecção das ocupações desenvolvidas por ela no seu cotidiano. Ela entende que as contribuições, nesse sentido, vieram das instruções de ocupação em pequenas tarefas e na interação com as pessoas:

*Aí, quando eu entrei aqui no grupo projetos de vida minha vida mudou. Mudou, aqui, na hora do almoço, eu não conseguia almoçar, aí elas liquidificava a comida pra mim, botava no liquidificador, fazia aquela papinha e me dava, falava sobre a medicação – o (grupo) projeto de vida, sobre a medicação que a gente tomava... Pra ver como é que a gente tava tomando a medicação em casa, como era que a gente tava se sentindo, se a gente tava melhor. Perguntava se a gente tinha condição de se ocupar em alguma coisa, pra diminuir mais esse estresse, fazer alguma coisa em casa - costurar, fazer algum mandado, não ficar sempre sentada trancada, descer pra conversar com alguém, que saísse, que pedisse à*

*família pra que desse uma voltinha com você que é pra gente não ficar neutra; quanto mais a gente ficasse dentro de casa neutra e isolada era pior, a gente tinha que andar, ir pra uma praça, ir pra uma praia...*

O ponto máximo de sua narrativa emerge quando ela desvela seu modo compreensivo sobre as mudanças pessoais. Ela entende que houve mudança em sua autoestima, decorrentes das contribuições do grupo Projetos de Vida. Isso a preparou para a consecução de seus projetos pessoais, capacitando-a para prestar apoio à sua família:

*O que tem de novo é que agora eu tenho coragem, eu lavo prato, eu varro casa, eu lavo roupa, eu faço minhas comprinhas, quer dizer, tudo pra mim mudou! Eu desço já pra ajudar minha mãe, já ajudo ela, que ela tem setenta e poucos anos, eu já desço já lavo prato pra ela, já estendo uma roupa no varal, que eu não fazia nada disso. Eu era uma pessoa inutilizada mesmo, pra tudo. Agora já ajudo ela, ela vai numa venda eu pego no braço dela, vou com ela na venda... Mudou, mudou muito e foi muito bom, muito útil pra mim, muito útil mesmo esse Projeto de Vida... E eu sei que eu tô muito bem, pra vista do que eu tava...*

Esses relatos de Nicole sobre o resgate das suas atividades diárias e seu entendimento de que o processo de adoecimento tem influência direta no modo de funcionamento comportamental são reveladores de sua capacidade de resiliência, para além dos esforços empreendidos pelas equipes, no papel interventivo e educativo.

No processo compreensivo de Nicole, também tem destaque o seu discernimento sobre o papel dos familiares junto a ela, principalmente o apoio irrestrito dos irmãos. No entanto, a narrativa também revela seu sentimento de frustração e sofrimento perante a discriminação por que é vítima. Então, Nicole se refere ao seu sofrimento quando tem a iniciativa de procurar emprego e é recusada por ter passado por internação psiquiátrica:

*Tenho doze irmãos, faleceram três tenho nove, todos tentam me ajudar a trabalhar, me ajudaram muito com a alimentação, porque eu não fazia nada, ninguém me queria. O pior de tudo agora, o meu sofrimento todo é que ninguém quer me dar mais emprego porque eu fui pra Tamarineira...*

Entendemos que o impacto da discriminação sobre a doença mental pela qual Nicole é vítima reflete negativamente em sua pretensão de incursão em projetos pessoais almejados. Quanto ao apoio familiar que Nicole recebe, compreende-se a importância do sentimento de satisfação pelo qual ela passa, por esse apoio recebido. Na vivência profissional junto aos familiares de usuários de CAPS, verificava-se tal sentimento. Muitas vezes, no entanto, registraram-se situações contrárias de usuários cujos familiares resistiam em prestar seu apoio. A dificuldade se verificava no relacionamento com o parente adoecido, que trazia transtornos e desconfortos às suas vidas e que sempre estava às voltas com crises repetidas ao longo dos anos.

A fala de Nicole sobre a repercussão da sua participação no grupo no cotidiano denota o sentimento de menos-valia, manifestado na narrativa: *Ela repercutiu, eu acho que mais do que eu merecia. Eu acho mais do que eu merecia.*

Embora Nicole fale que se sente diminuída perante as outras pessoas, compreende-se que ao dar exemplo da sua mudança, decorrente da participação no grupo, sua narrativa esboça outra faceta do seu estado motivacional. Ela se mostra animada e mais segura, sentindo-se mais bem aceita e em interação com a sociedade após seu tratamento no CAPS. Nicole revela que se sente em mais harmonia com seus familiares após sua recuperação da crise. Mas, ela ainda enfrenta dificuldades com as pessoas de sua comunidade, por elas agirem com discriminação, chamando-a de louca. Ao mesmo tempo, ela entende que o grupo Projetos de Vida tem contribuído para o fortalecimento das orientações:

*Repercutiu pelo seguinte, porque eu tô me sentindo mais na sociedade, eu tô me sentindo mais em acordo com a família, eu converso melhor, eu sinto que a sociedade tá me aceitando mais do que eu era antes... Eu só tô mais assim no bairro onde eu moro, porque as pessoas dizem: 'doida'. Mas, aqui nessa sociedade (o CAPS), eu estou me colocando novamente, eu estou me colocando novamente na sociedade (CAPS) porque o que eles falam, o que eles explicam pra gente é tudo coisas que fortalece, pra gente se sentir bem. E elas pedem pra gente não deixar de vir no dia do curso e eu faço tudo pra vir: é difícil, eu nunca faltava no grupo... E eu tô me sentindo muito bem dentro da sociedade. Agora, pra vista do que eu tava. Eu era uma pessoa neutra, inutilizada pra tudo, tudo mesmo. Agora não, agora eu me sinto já fortalecida pra vista do que eu era. (grifos nossos).*

A compreensão clara que Nicole tem do grupo se desvela ao longo de sua narrativa, através de suas colocações e elogios a respeito das ações interventivas que são realizadas ali: estímulo e fortalecimento da autoestima, orientações ao comportamento pessoal adequado, suporte e esclarecimento às dúvidas existentes quanto ao seu processo de adoecimento. Da mesma forma, ela também entende que o grupo contribui positivamente para sua consecução de projetos pessoais ao lhe dar o suporte e as orientações que julga necessários para que consiga retornar às atividades de trabalho, conforme se verifica no seguinte trecho de narrativa:

*O projeto de vida é como eu tava dizendo, como eu tava explicando, ele é um projeto que ele fortalece a gente, ele é um projeto que ele levanta a autoestima da gente. Elas se dedicam muito a ensinar, a detalhar as coisas pra gente, pra gente saber onde tá pisando, saber o que é que faz; se tiver alguma dúvida, a gente pergunta pra elas, se tiver alguma dúvida, se não está gostando do grupo também fale, entendeu? ... Eles tão ensinando a gente a voltar às nossas atividades... Então, eu acho que esse projeto de Vida veio em boa hora pra minha situação, boa hora mesmo. Se não fosse esse Projeto de Vida e eu tá aqui, eu não era mais ninguém, mais ninguém mesmo. Mas tá de parabéns o Projeto de Vida... Ele veio, o Projeto de Vida veio mesmo pra ficar, era bom que nunca se acabasse, nunca deixasse de fazer, porque é ótimo, ele me ajudou muito, muito, muito, o Projeto de Vida!*

Comprendemos deste relato que Nicole tem passado por um processo de crescimento pessoal e que isso favorece a conscientização necessária para ela realizar seus projetos pessoais. Entende-se que esse ganho se deve à sua performance promissora, expressa em suas atitudes positivas. Dentre as atitudes manifestas, a narrativa desvela seu desejo de buscar melhora de saúde, de superar as barreiras sociais discriminatórias no seu entorno e de conquistar e retomar a vida laborativa, estagnada pelo adoecimento mental. Nicole revela que mantinha atividade profissional informal estruturada, desenvolvida em seu domicílio:

*Eu tinha uma mini confecção em minha casa, eu tinha dez máquinas: uma overlock, uma furadeira, uma costura reta, uma máquina de estampar camisa, duas máquinas semi-industrial e tinha três máquinas simples. E tinha quatro a cinco pessoas comigo trabalhando...*

Ao narrar sobre suas expectativas em relação a seus projetos pessoais, Nicole demonstra compreender que as ações interventivas do grupo Projetos de Vida ajudaram-na a refletir a esse respeito. Ela entende que tem sido motivada a buscar engajamento em algum emprego ou mesmo voltar à atividade de costura. Compreende que o grupo lhe dá suporte e orientações para retorno ao mercado de trabalho e à sociedade. Embora aparente estar motivada nessa direção e demonstrar que tem receio de não conseguir seu intento por ter passagem em hospital psiquiátrico, ela reconhece seu valor pessoal:

*Quer dizer, aqui eu acho que ajuda muito, ele fortalece muito... ele dá muita força à gente e eu tô bem empolgada mesmo. Eu espero que dê tudo certo, que eu possa arrumar um emprego ou coisa assim, porque esse povo que pensa psicótico, esse povo é tão mal, é tão mal que fui procurar emprego e se souber onde tô trabalhando eles ligam pra lá e diz que eles tão colocando uma doida pra trabalhar, diz 'essa mulher já foi pra Tamarineira'. Não sabe que a gente pode ter uma melhora, não reconhece que a gente pode ter uma melhora, porque eu tive uma melhora muito grande depois de toda minha perda e eu tô me sentindo muito bem, me senti bem mesmo quando participei do grupo, ele ajuda muito a gente a voltar pra sociedade, ele ajuda a gente voltar a trabalhar...*

*... E é isso que eu acho dele (o grupo), eu achei que foi sensacional esse grupo entrar pra me ajudar, tá me ajudando a me fortalecer, tá me ensinando a voltar ao mercado de trabalho... Vou ver se compro uma máquina de segunda mão por aí, porque eu comprando uma máquina de segunda mão eu vou embora porque eu costuro, costuro roupinha de praia, bordo, aplico bico de crochê, aí num instante eu retorno tudo que foi perdido. (grifo nosso)*

Compreendemos que o discurso de Nicole revela o bom momento de recuperação em que se encontra, o favorecimento da retomada aos projetos pessoais e indica sua satisfação com as contribuições que o grupo Projetos de Vida proporcionou à sua vida. Como exemplo, cita-se o aumento da autoestima, os estímulos e incentivos à vida laborativa e o resgate gradativo ao convívio sociofamiliar.

#### 4.1.1.6 Alice

A usuária Alice se mostrou cordial, prestativa e receptiva ao convite para sua entrevista. Porém, desde o primeiro contato já se mostrou poliqueixosa e passou a impressão de ser uma pessoa com muitas dificuldades, o que foi confirmado pelas informações em seu prontuário. Quando lhe foi apresentada a proposta da pesquisa, pronunciou-se dizendo “*meu projeto de vida é morrer*”. Alice é a mais velha dentre as participantes e, segundo os registros em seu prontuário, estava com 62 anos no momento da entrevista. Ela teve mais de dez internações psiquiátricas hospitalares, iniciadas com apenas treze anos de idade e anteriores ao tratamento no CAPS, o qual se iniciou em agosto de 2007.

Nos registros sobre a história pessoal de Alice, consta a queixa de que, desde pequena, sua vida não foi fácil. Ainda criança, assumiu responsabilidades com atividades domésticas, apanhava muito da mãe e era humilhada pelos irmãos. Assim que pôde, fugiu de sua casa e foi trabalhar em casa de família e relata que se sentiu feliz trabalhando. Em sua vida laborativa, trabalhou em montagem de aparelhos de rádio e televisão e fez cursos de confeitaria. Sua ficha de anamnese registra a existência de conflito com seus familiares mais próximos, com os quais não mantém contato, apesar de viverem próximos a ela. Alice é separada, não sabe precisar há quanto tempo. Desse relacionamento amoroso resultou uma filha cardiopata, que morreu antes de completar um ano de idade. Sua convivência social é com alguns bons amigos que tem e com a igreja presbiteriana que frequenta. Apresenta comportamento suicida, com algumas tentativas ao longo dos anos.

Alice tem baixa escolaridade, estudou até a quarta série do ensino fundamental I. As anotações em seu prontuário indicam que seu programa terapêutico no CAPS engloba, como aspecto prioritário, a reinserção social. Os registros em seu prontuário sobre o grupo Não Intensivo iniciaram somente em janeiro de 2015 e identificou-se que as primeiras intervenções realizadas focaram a exploração das atividades que outrora a usuária costumava realizar e que não realiza mais. Alice apontou a atividade de cozinhar como sua predileta, referindo, entretanto, que devido ao déficit de força nas mãos e à sua impaciência, não realiza mais esta atividade. A usuária relata que era elogiada quando cozinhasse, mas que naquele momento só sentia vontade de morrer (sic).

Ao ser estimulada para narrar sobre sua experiência no antigo grupo Não Intensivo existente no CAPS até o final de 2014, Alice expressou a satisfação de ter participado dele, compreendendo que esse grupo anterior atendia melhor as suas expectativas pessoais do que o grupo Projetos de Vida atual, implantado a partir de janeiro de 2015 em substituição ao primeiro. A narrativa é desveladora de sua compreensão de que se sentia melhor com as estratégias interventivas adotadas no grupo Não Intensivo:

*Olha, eu achava maravilhoso, o Grupo do Não Intensivo; eu gostava, principalmente que eu sou uma pessoa que eu tenho medo de muitas coisas; tinha um passeio uma vez no mês, eu amava esse passeio e hoje eu me sinto triste porque eu hoje não tenho mais esse direito. Foi várias TR nesse Não Intensivo, Fulana (a TR) era ótima e era minha amiga, era mais de que uma TR. Então, no Grupo Não Intensivo, quando eu tava com qualquer problema, quando terminava o grupo, eu pedia pra falar com ela e ela sempre me atendeu, me aconselhava; às vezes eu vinha perturbada para esse grupo porque na minha cabeça eu escuto vozes, as vozes só me mandam fazer o que não devo, por exemplo, suicídio, eu já tentei várias vezes, já entrei em coma...*

Alice compreende que o formato de intervenção existente no antigo grupo lhe favorecia a superação de seu medo de ir a lugares desconhecidos. A sua narrativa revela que a dinâmica estabelecida oportunizava um acolhimento individual sistemático após cada sessão terapêutica realizada. Indica, ainda, que o grupo Não Intensivo lhe dava oportunidade de ir a passeios terapêuticos, dos quais ela gostava.

Compreendemos que a modificação do formato da dinâmica interventiva do grupo não lhe agrada. O redirecionamento nas propostas terapêuticas afetou diretamente a forma como ela era atendida anteriormente. No caso, sua assistência dentro do grupo passou a obedecer aos mesmos critérios de atenção que é dado aos demais usuários, favorecendo sua reação de resistência a partir do seu reconhecimento de que o grupo não seria mais um espaço para desabafar suas angústias e buscar aconselhamento para seus problemas existenciais.

Alice indica, com clareza, sua compreensão de que o grupo chamado anteriormente de *Não Intensivo*, tão apreciado por ela, utilizava como estratégias de intervenção: a conversação, as

discussões temáticas, os passeios terapêuticos, além do emprego de artes (desenhos, pinturas). Ela entende que estas intervenções conseguiam animá-la e acalmá-la em sua angústia:

*A gente tinha tarefa pra fazer também, a gente conversava, cada um conversava uma parte, às vezes a gente desenhava, às vezes pintava; outra vez a gente discutia. Um exemplo, eu vou passear, o grupo ia fazer um passeio e era dividido entre todo mundo, pra onde você quer ir? O que votasse, o que tivesse mais voto era aquele passeio que a gente fazia, eu me sentia ótima, eu conheci lugar que eu nunca nem sonhava em conhecer e graças a esse grupo Não Intensivo eu conheci. Eu conheci o aeroporto, se for sozinha eu não vou, porque eu moro só, eu vivo só e eu me sentia (choro)... eu não tenho nem palavra pra explicar esse Não Intensivo. Era assim, você chegava triste, aperreada e quando você saía daqui, parece que saía com uma alma nova, era uma alma nova, eu saía me sentindo bem, tinha amigos de verdade; pra mim era tudo de bom esse Não Intensivo... O Não Intensivo é muito maravilhoso, a gente vinha de 15 em 15 dias, a gente tinha tarefa, a gente votava os passeios que a gente queria ir.*

A entrevista de Alice também desvela sua compreensão de que o grupo Não Intensivo, além de estratégias que ela acha interessante, como as artes (desenho, pintura, música, poesia), lhe oportuniza o conforto e a segurança emocional que ela procura, através do apoio dado pelos participantes do grupo:

*Porque no Não Intensivo a gente pintava, a gente desenhava, tinha música, tinha poesia. Eu tava deitada, sem querer lanchar, aí uns colegas me pediram pra fazer uma poesia e eu disse que não podia, que não conseguia (choros). Aí me disseram você pode fazer o que quiser... (grifo nosso).*

Compreendemos que o apoio que ela recebia dos demais participantes do antigo grupo Não Intensivo tenha lhe dado algum conforto emocional. No entanto, a dimensão de sua problemática existencial requer ajuda profissional qualificada, essencial para a melhoria das suas condições de vida e de saúde. Pondera-se que a ajuda profissional proporcionada pelo grupo pode impactar direta ou indiretamente na produtividade e na qualidade de vida de Alice. Verifica-se também que sua experiência no referido grupo teve uma boa repercussão no seu dia a dia, proporcionando-lhe felicidade e contentamento. Isso a afastou das crises consecutivas do

quadro depressivo, fazendo com que ela se sentisse motivada a pensar em planos pessoais, de fazer cursos e estudar:

*Ah, eu saía daqui feliz, eu saía contente, quer dizer, porque eu sofro de depressão, mas nesse grupo, com a turma, o que a gente conversava, o convívio, me fazia sentir muito feliz e eu saía daqui, eu não saía a mesma que entrava, eu saía outra totalmente diferente, disposta a fazer curso, a estudar... Ele me ajudava muito e quando eu tava nesse grupo eu não tinha essas crises assim, do braço ficar nulo, sem se mexer. Se eu tive uma ou duas (crises) eu tive muito. Pra mim ele era maravilhoso. (grifo nosso)*

Ao longo da entrevista, percebeu-se que Alice se apresentou como uma pessoa com inúmeras dificuldades diante dos processos de sua vida. Sua fala denunciava características de personalidade manipuladora, que lhe prejudicavam e dificultavam o processo de crescimento e realização pessoal. Entende-se que essa maneira de funcionamento da usuária pode ser ressignificada mediante acompanhamento psicológico específico, que trabalhe seus conteúdos intrapsíquicos, com o objetivo de dar suporte para que Alice possa avançar em suas conquistas pessoais, inclusive na vida laborativa.

A narrativa de Alice revelou sua fala chorosa sobre a passagem do grupo *Não Intensivo* para o grupo *Projetos de Vida*, expressando seu descontentamento com a mudança efetivada:

*Ainda hoje eu disse, supliquei à minha TR que me tirasse desse grupo Projeto de Vida, ele me faz mal, eu não consigo contar os meus problemas. Depois que eu escuto um bocado de problema eu fico trêmula, eu sinto meu coração acelerado, eu tenho problema cardíaco muito grande, e ele pra mim não dá.*

Sua intolerância ao novo grupo, o *Projetos de Vida*, pareceu emergir da estratégia interventiva utilizada, em que cada usuário expõe seu problema, o que lhe causa profundo mal-estar. Assim, Alice continua suas reclamações e reivindicações, conforme se verifica no seguinte relato:

*Me bote noutra grupo (se referindo à TR), mas me tire desse Projeto de Vida. Eu me sinto mal, cada um conta uma coisa, e a minha vida não tem sido fácil e aquilo que a turma tá contando mexe comigo de uma maneira... Eu saio de lá chorando, me sentindo mal*

*mesmo... cada um que conte uma coisa triste. Um exemplo, ainda ontem teve o grupo, uma pessoa contou que tava se separando do marido e começou a chorar, cada um que conte uma coisa assim e a minha vida não foi fácil. Eu sou discriminada pela minha família, eu sou louca, me chamam de louca (choro) ... e cada um conta essa discriminação (choro) ... eu não aguento. (grifos nosso).*

Quando abordada sobre a contribuição do grupo Projetos de Vida em seus projetos pessoais, sobretudo aqueles que conduzem a sua reinserção social, Alice compreende que o grupo não aborda o assunto, focalizando apenas o histórico dos problemas dela e dos demais usuários, conforme mostra o trecho de narrativa seguinte: *“Não, cada um conta sobre seus problemas”*. Embora ela tenha recebido a informação da TR de que, em um futuro próximo, o grupo vai abordar sobre projetos de vida, conforme se identifica neste relato: *“Ainda não. A TR disse a mim que vai chegar a esse ponto, porque esse grupo é novo. O grupo tem, eu acho, dois meses que começou. Eu acredito que houve oito reuniões”*.

Compreendemos que o descontentamento de Alice com o formato estrutural do novo grupo Projetos de Vida, que centraliza os aspectos da problemática de doença dela e não contempla propostas interventivas que enfatizam os demais aspectos da vida dela, como seus interesses na vida sociolaborativa, produtiva e de lazer, tenha contribuído sobremaneira para sua resistência em permanecer neste grupo. Isso influenciou negativamente sua aceitação e capacidade de engajamento, tendo reflexos no desempenho das tarefas de sua vida.

Percebemos que alguns condicionantes intrapessoais interferem no processo de engajamento nas metas e objetivos da vida de Alice. Um deles é a fragilidade física constatada nos registros de seu prontuário. Em seu processo de envelhecimento, Alice possui histórico de antecedentes clínicos de doenças degenerativas e incapacitantes (problemas articulares e cardiopatia). Aliada à sua condição física desfavorável, ela padece, em seu adoecimento mental crônico, de quadro depressivo persistente, que contribui para dificultar e limitar suas escolhas de atividades laborativas.

#### 4.1.1.7 Sofia

A usuária Sofia estava com 46 anos de idade por ocasião da entrevista e apresentou-se de forma bastante disponível e colaborativa. Sua narrativa se caracterizou por um tom de voz impostado, um discurso organizado, de fala branda e explicativa. Iniciou relatando o seu processo de adoecimento mental, ocorrido em 2000. Atribuiu essa ocorrência à morte prematura de seu irmão caçula, militar, aos 22 anos de idade e à morte da sua mãe em 2014. Sofia e esse irmão moravam com a mãe e mantinham uma boa afetividade e convivência. Os relatos das diversas tentativas de suicídio mostram a sua dificuldade em superar os dissabores e sofrimentos ocorridos em sua vida. De acordo com sua narrativa, os acontecimentos de morte em sua família conduziram-na a uma desestabilização do equilíbrio emocional, trazendo-lhe progressivamente desesperança e uma conseqüente depressão. Com isso, Sofia abandonou o emprego em uma empresa de câmbio e ficou impedida de conseguir concretizar seu sonho, de cursar uma faculdade.

Sofia compreende que há um trabalho profissional sendo realizado para o melhoramento de sua condição psicológica. Ela é consciente do seu próprio esforço para combater a depressão e progredir no tratamento:

*Eu tô trabalhando o projeto melhoramento psicológico aqui no CAPS ... Eu tô melhorando muito... Eu melho bastante porque eu começo a colocar pra fora as minhas dores e meu sofrimento, porque dói muito. Porque você nem imagina o que é ser uma pessoa com depressão. A depressão é uma pressão, porque dói. É uma dor na alma tão grande, é um desespero! Às vezes eu saio chorando daqui, mesmo medicada e tudo, e ainda saio chorando.*

Ao reconhecer o cuidado profissional para ajudá-la em seu sofrimento, Sofia reagiu com uma compreensão diferenciada, evidenciada na sua demonstração de querer integrar-se à proposta de tratamento. Entende-se que, quando se chega a este estágio do processo terapêutico, um passo fundamental foi dado para o alcance dos seus propósitos e metas e para sua reabilitação e reinserção social. Compreende-se, também, que o bom nível de consciência alcançado por Sofia é um ponto que deve ser ressaltado como de extrema importância no âmbito da abordagem psicossocial em CAPS.

Sofia continua, em sua narrativa, dando demonstrações do avanço no processo de compreensão do trabalho profissional realizado e do seu estado de saúde mental. Sobretudo, da capacidade de reagir ao sofrimento. Demonstrou, também, confiança em sua evolução e recuperação. Ao narrar sobre seus planos pessoais de vida laborativa, Sofia manifestou o desejo de ser profissional de saúde para ajudar as pessoas e desvelou seu reconhecimento para com os profissionais responsáveis pelo seu projeto terapêutico singular (PTS):

*Meu projeto de vida, certo? - sou solteira, tenho 46 anos, gostaria de ter meu canto e minha casa; vou fazer, não sei quando, mas vou fazer uma faculdade, pra que eu possa me adaptar mais dentro da sociedade; porque mesmo com esse transtorno, mesmo com esse problema que eu tenho, eu tenho certeza que eu tenho capacidade, eu posso dar algo a sociedade, eu posso ter retorno, eu posso ter lucro com isso, certo? Eu tenho que trabalhar isso. Então, o meu projeto é: um curso de cuidador de idosos ou enfermagem. Esses dois cursos, porque eu gosto muito de cuidar de pessoas, certo? Portanto, no momento não tô tendo retorno disso, porque eu não trabalho, porque eu não tenho nada financeiro, portanto eu tô aguardando. Mas eu vou conseguir e vou melhorar através do CAPS, através da equipe do CAPS que me ajuda muito, porque eu tenho as medicações também. A psiquiatra também me auxilia muito, agora mesmo eu tô pedindo uma avaliação neurológica pra ver o meu lado neurológico, pra ver como eu estou passando nesse momento, porque eu percebo que tô oscilando, pouco, mas tô; quando eu percebo que tô oscilando eu já corro pra minha TR e comento “olha, tô oscilando, é o meu humor, o meu comportamento agressivo, palavras agressivas”.*

Compreendemos que as respostas de Sofia demonstram sua condição promissora para o restabelecimento da saúde mental. Isso contribui para que ela alcance com mais facilidade as suas metas de reinserção social e a realização dos projetos de vida almejados.

Sofia claramente demonstra a sua resiliência em termos de capacidade para evoluir positivamente frente ao sofrimento psíquico. Ela demonstra capacidade de perceber a importância da ajuda profissional sem, contudo, deixar de acreditar em seu potencial para o desenvolvimento da vida laborativa.

#### 4.1.2 Um olhar fenomenológico às análises realizadas

Na perspectiva fenomenológica do pensamento de Hannah Arendt (Arendt, 1993, 2002, 2013), o atendimento às expectativas das participantes para ingressar em atividades sociolaborativas de seu interesse, situa-se no âmbito do agir humano, na ação humana enquanto atividade principal que, na compreensão da autora, integra a vida ativa de cada indivíduo. Nesta perspectiva, o agir de cada participante em torno destas atividades ocorre de forma política, no sentido de que só acontece mediante a cooperação de outras pessoas na teia de relações que elas estabelecem em suas vidas e nunca de forma isolada. Assim, à luz dos preceitos de Arendt, no agir das participantes em prol da consecução dos projetos pessoais, cada membro cooperado da Rede de Atenção Psicossocial tem responsabilidade no processo de ajuda. A função de cada membro dessa Rede é de mediação na regulação do alcance de planos e metas programados. No caso das participantes deste estudo, as metas e planos programados abrangem não somente as possibilidades pessoais (psíquicas, financeiras, culturais, sociais) de cada mulher; alcança, também, a contrapartida da infraestrutura organizacional da Rede de cuidados, para dar o apoio necessário no sentido de viabilizar os projetos de vida.

Da reflexão do pensamento de Hannah Arendt em sua obra *A condição humana* (Arendt, 2013), entende-se que os vários aspectos e nuances da ação são parâmetros inerentes ao agir humano. Esses parâmetros incidem sobre o valor das atividades práticas e de projetos de vida no âmbito das existências humanas. Destaca-se, sobretudo, a reflexão da autora sobre a ação, a qual se revelou como complexa e de alcance profundo na vida humana. Seus aspectos centrais podem ser encontrados, também, na ação de prospecção de projetos pessoais, inclusive nos projetos das mulheres participantes desta pesquisa.

Como ponto de partida, destaca-se também o conceito de natalidade elaborado por Hannah Arendt (Arendt, 2013), como inauguração do novo em relação à tentativa de projetar-se e do destinar-se, tal como é percebido nas ações ou iniciativas das mulheres participantes deste trabalho, assim como se identifica na perspectiva de compreensão do adoecimento mental como acontecimento que rompe e funda mundos. A perspectiva da ação e da natalidade, presente nos fundamentos de Arendt, revela-se importante no sentido de ser uma condição pela qual estas pessoas constroem sua própria história no mundo. Isto devido ao seu poder de movimentação em

direção a algo novo, de estar em busca de sonhos e interesses pessoais, que lhes tragam realização, bem-estar e qualidade de vida.

O olhar ao viés político da ação, preconizado pela autora, é de suma relevância. Isto ao ser considerado que as mulheres têm o poder de ser não apenas iniciadoras da ação, mas de poder dar continuidade a essa ação na convivência com outras pessoas, na sua teia de relações, caso sejam acolhidas e reconhecidas pelos integrantes. Isto implica que o conjunto de ações envolvidas na consecução de determinado projeto pessoal requer, dentre outras questões, principalmente articulação, pactuação e negociação constantes.

Na perspectiva da concretização dos projetos pessoais das participantes, o dizer de Critelli (2012), inspirada no pensamento de Hannah Arendt, remete à relevância da teia de relações e ao papel destas mulheres no processo interativo. Fundamentada em Critelli, na obra citada, compreende-se que a identidade das participantes deste estudo e a teia de relações em que elas se apoiam e se mantêm está recoberta e impregnada com o seu mundo. Nesse processo identitário, os atos praticados e as palavras proferidas se configuram e ao mesmo tempo limitam seu significado pelas interpretações dos componentes da teia. E, conforme esclarece a autora, retomando o pensamento de Arendt (2013), cada participante é apenas uma iniciadora da ação. Seus atos e palavras não significam nada se estiverem descontextualizados, isolados da conjuntura na sua teia de relações. Assim é a postura política destas participantes, de nunca agir solitariamente, de precisar de seus pares para *aparecer*, não mais como ato e palavra, mas como rompimento da linearidade que dará início à ação. Neste sentido, Arendt (2013) afirma que esta ação é imprevisível, incerta, porque é constituída com outros. Nesta perspectiva, considera-se de suma importância que, no planejamento de operacionalização e suporte dos projetos pessoais das usuárias, os gestores e os profissionais envolvidos reflitam sobre a importância de seu trabalho junto aos familiares e à comunidade em que elas estão inseridas, a fim de que alcancem sucesso no seu intento.

À luz do pensamento de Arendt (2013, p.132), compreende-se que os discursos manifestos sobre o interesse na incursão em atividades sociolaborativas revelam a vontade das participantes. Entretanto, revelam também, as dificuldades e o sofrimento por que passam devido às barreiras encontradas, motivadas pelo estigma da doença mental de que são vítimas, o que atrapalha e impede a realização de seus sonhos. No dizer da autora, tais barreiras negam às

participantes a sua natalidade, na perspectiva delas não terem a possibilidade de “... romper com a linearidade da existência pessoal...”, no sentido de serem vistas pelos demais humanos sempre como insanas, incapazes de se expressar pelo agir, pelo desempenho de suas ações. Na lógica de Arendt, quando é vista como incapaz, a pessoa com transtorno mental não “... inicia um novo começo para si e para outros...”, ela não inaugura ações que demarquem seu existir e promovam sua vida, não é reconhecida perante os demais indivíduos com os quais se relaciona. As usuárias, nesta situação, *morrem* perante o seu mundo, porque estão impedidas de manifestar a sua singularidade humana.

## 5. CAMINHOS DISCURSIVOS E CONSIDERAÇÕES

Os sentidos e compreensões das experiências de participação no grupo terapêutico Projetos de Vida são desvelados neste trabalho pelo olhar duplo da perspectiva das participantes e da pesquisadora. De modo geral, os sentidos atribuídos pelas participantes às suas experiências no grupo convergem quanto ao entendimento de que foram positivas. Isso, além de denotar o compromisso e a eficiência dos coordenadores do grupo nas instituições pesquisadas, indica avanços clínicos no caminho da superação do sofrimento psíquico e aponta o nível de bem-estar alcançado pelas usuárias.

No processo de desvelamento, os relatos obtidos enfatizam contribuições que abrangem predominantemente aspectos comportamentais e emocionais, com destaque a: melhor preparação e conscientização para a convivência sociofamiliar; melhorias no âmbito pessoal propiciando sensação de bem-estar e sentimentos de acolhimento e valorização; e oportunidade de conforto e segurança emocional, pela oferta de apoio dos pares na vivência grupal ou no convívio com familiares. Houve também relatos de que as experiências no grupo proporcionaram o preparo para o retorno à vida laborativa profissional e trabalhou a autoestima, a autoconfiança e a superação do sofrimento psíquico.

Nas falas que especificam o papel profissional desempenhado no espaço grupal, as compreensões se concentram na indicação do aspecto educativo do trabalho. Foram citadas as diversas intervenções, voltadas para instruções, estímulos, apoio e incentivos, em distintos âmbitos da vida das usuárias. Houve indícios de intervenções específicas do âmbito da vida laborativa, focadas em planos de retorno ao mercado de trabalho e de aquisição e resgate de aptidões pessoais, necessários para o restabelecimento de laços sociais e a retomada de interesses profissionais. No entanto, a maioria dos processos interventivos evidenciados nas narrativas é voltada para estímulos e incentivos a outros aspectos da vida das participantes, não laborativo. Esses processos referem-se à conscientização sobre a convivência sociofamiliar; o enfrentamento do estigma da doença mental; à motivação, autonomia, independência e autoconfiança na capacidade de reinserção social; aos cuidados com a saúde no que diz respeito ao uso correto de esquema medicamentoso prescrito e à prática de atividades físicas; à troca de experiências do adoecimento mental, bem como ao auxílio ao bem-estar e ao crescimento pessoal.

Os diversos processos interventivos desvelados são fatores positivos que indicam ter havido assimilação do trabalho realizado nas sessões terapêuticas do grupo Projetos de Vida e a pertinência com ideais, objetivos e metas estabelecidos pelo Ministério da Saúde em Brasil (2004). Essa pertinência deve-se às realizações das intervenções que possibilitam “fortalecer a autonomia das usuárias, estimulando-as à aquisição ou recuperação das aptidões necessárias para restabelecer os laços sociais”, em conformidade com o que preconiza Brasil (2004, p.16). É importante ressaltar que, de acordo com Brasil (2005), é finalidade do grupo Projetos de Vida intervir nas questões relacionadas à cidadania e à operacionalização dos projetos de vida, as quais conduzem à reinserção social. Entretanto, para executar o projeto terapêutico traçado junto às usuárias, o CAPS precisa contar com a disponibilidade de dispositivos institucionais na RAPS à qual as usuárias estão circunscritas, em consonância com o conceito de intersetorialidade estabelecido pelo Ministério. Para as bases ministeriais, o CAPS é apenas um dos pontos da Rede que tem o objetivo de desenvolver atividades visando o fortalecimento da autonomia e de laços sociais, cabendo à RAPS o papel de participar do processo de superação da crise, cuidado autonomia e independência, equilibrando as atividades ofertadas através de dispositivos para realização de atividades em espaços de inclusão social, a exemplos de Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Rendas, dentre outros. De acordo com os relatos das usuárias, o grupo Projetos de Vida tem realmente direcionado seus esforços com maior intensidade para a questão da superação da crise com o fortalecimento da autonomia e restabelecimento de laços sociais. No entanto, conforme desvelado nas narrativas, a abordagem do grupo para a reinserção social é realizada com menos intensidade. Duas questões sobressaem aqui que nos leva a perguntar: a primeira questão é até que ponto deve-se desenvolver intervenções como as realizadas nos grupos Projetos de Vida fora, do âmbito específico da operacionalização e do suporte aos projetos pessoais? Principalmente, quando se sabe que tais ações de fortalecimento tangenciam os principais interesses em projetos de vida das participantes, que é a reinserção social. Com isso, recomenda-se que o grupo Projetos de Vida continue trabalhando ambas as formas de intervenções, mas, que isso seja realizado de uma forma mais equilibrada. Para isso, o grupo poderá programar as suas ações em dois estágios: no primeiro estágio, recomenda-se o trabalho de superação; no segundo, recomenda-se que seja realizado um trabalho mais intensivo focado na promoção da reinserção na vida sociolaborativa propriamente dita. A segunda questão diz respeito à observação de menção, nas falas das coordenadoras do grupo Projetos de Vida dos

CAPS estudados, da carência de apoio institucional para a realização do trabalho de reinserção em vida sociolaborativa. Pergunta-se: até que ponto as RAPS de Recife tem cumprido seu papel de ofertar serviços de apoio à reinserção sociolaborativa? Por isso, recomenda-se que sejam instituídos, nas RAPS dos CAPS estudados, dispositivos como Centros de Convivência, Oficinas dentre outros espaços de inclusão cultural.

Considera-se que as intervenções que focam a operacionalização e o suporte a projetos pessoais exigem, rotineiramente, um esforço apreciável das equipes para se alcançar o intento e dependem da realidade em que se trabalha. No que diz respeito às participantes deste estudo, há um gargalo apontado pelas dirigentes dos grupos Projetos de Vida no processo de cuidado nos CAPS. Trata-se do trabalho de reinserção social, cujas iniciativas de encaminhamentos esbarram na dificuldade de ofertas de cursos profissionalizantes e de instituições disponíveis para o acolhimento da demanda de pessoas portadoras de transtornos mentais. Assim, é necessário que se ampliem os dispositivos organizacionais de oferta de cursos profissionalizantes, aparelhando a rede de cuidados, conforme previsto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Como é preceituado, esses cursos devem preencher as necessidades e interesses das usuárias, a exemplo das solicitações para que sejam instaladas nas redes de Serviços, centros de formação profissional e centros de convivência e cultura, além do que sejam tomadas medidas educativas junto a profissionais dos setores de apoio (centros profissionalizantes, escolas, clubes) para que haja acolhimento das demandas educacionais e de trabalho, sem que as usuárias se sintam inibidas ou temerosas de rejeição pela sua condição de doente mental.

Os registros das participantes, sobre as repercussões das experiências no grupo Projetos de Vida no cotidiano, denotam um variado espectro de compreensões. Em sua maioria, as mulheres compreendem que as instruções e orientações recebidas repercutiram no cotidiano proporcionando-lhes:

- Melhores condições de saúde mental, uma vez que deram suporte aos momentos de crise, no autopolicimento de recaídas e recidivas de sintomas e ao mobilizar a saída do estado de ânimo apático e inativo para uma condição mais reativa e interativa;
- Maior confiança no equilíbrio emocional e no bem-estar, para o engajamento ou retomada dos projetos pessoais ao: fornecer aprendizado sobre o adoecimento mental; proporcionar consciência do estado emocional pela autopercepção da modificação da condição de estresse e

indecisão sobre as escolhas profissionais; conscientizar sobre a necessidade de se cuidar para atingir os objetivos de ascensão educacional e laborativa; estimular o processo reflexivo sobre o tratamento; promover sentimento de mais-valia e a manifestação de felicidade e de contentamento; reverter o estado depressivo e debelar as crises consecutivas pelo aumento da motivação ao engajamento em planos de cursos e estudos desejados.

Tais orientações e instruções concentram aspectos interventivos importantes, que são desejáveis na perspectiva das práticas clínicas da Abordagem Psicossocial desenvolvidas em CAPS. Essas práticas são fundamentadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004, 2009), cuja terapêutica almeja, especificamente, a reabilitação para a vida laborativa e a reinserção social dos usuários.

No entanto, outras formas compreensivas também são trazidas entre as mulheres participantes do estudo, sobre as repercussões das suas experiências. De forma específica, uma participante, ao apresentar o modo como percebe instruções do grupo Projetos de Vida, denota sentidos que merecem destaque. Em seu discurso, ela compreende que as instruções recebidas contribuíram para a melhoria da sua saúde mental. O sentido que ela dá a esta instrução apontam para orientações de preparo para o enfrentamento do estigma da doença mental, com adoção de postura complacente como forma de ser aceita pela sociedade.

Por outro lado, as narrativas sobre as abordagens terapêuticas utilizadas no grupo Projetos de Vida mencionam a utilização de um razoável espectro de recursos técnicos: discussões temáticas sobre saúde mental e sobre a doença mental; discussões reflexivas sobre comportamento interacional; passeios terapêuticos e emprego de artes como desenho, pintura, bijuteria, música e poesia. Estas narrativas confirmam os caminhos tomados pelas equipes nos processos interventivos e estão parcialmente em conformidade com o que instrui o *Manual CAPS* elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Este, por sua vez, orienta que os Serviços de saúde ofereçam os recursos terapêuticos nos atendimentos em grupo, com emprego de atividades, dentre as quais podem ser identificadas: “oficinas terapêuticas; oficinas expressivas; oficinas geradoras de renda; oficinas de alfabetização; oficinas culturais; atividades esportivas; atividades de suporte social; grupos de leitura e debate; grupos de confecção de jornal” (p.17).

Do ponto de vista da perspectiva psicossocial, um aspecto relevante apontado nas narrativas é a compreensão de que as experiências de participação no grupo Projetos de Vida promovem o resgate da reabilitação e da reinserção para a vida sociolaborativa. Esse entendimento das participantes é um fato previsto na Abordagem Psicossocial preconizada por Saraceno (2001). A proposta terapêutica desta abordagem visa proporcionar a reabilitação e a reinserção social ao favorecer a ampliação da autonomia, o aumento das habilidades e a diminuição das deficiências e dos danos da experiência do transtorno mental. Considera-se essencial no processo terapêutico que o profissional reconheça que todas as pessoas, mesmo as doentes mentais, possuem habilidades e talentos potenciais inatos, que as ajudam a desempenhar papéis ocupacionais, cujas complexidades sejam adaptáveis às suas condições pessoais e socioeducacionais. Por isso, as terapias programadas no grupo Projetos de Vida não devem se restringir à doença e aos sintomas e sim incluir os aspectos do viver cotidiano dos usuários, o que é corroborado na literatura (Neistadt & Crepeau, 2002; Melman, 2002; Arendt, 2013). Além do mais, se pondera que a situação de altos e baixos constatados na vida laborativa das participantes mostra o quão complicada e difícil é a vida de pessoas que padecem de transtornos mentais severos e persistentes. Isso torna complexa a assistência a ser prestada e indica o quão indispensável é a adoção de um padrão de proposta terapêutica, que tenha objetividade no atendimento às demandas de necessidades e desejos, que favoreça a consecução dos projetos pessoais anunciados.

Ainda sob a ótica psicossocial, os avanços denotados nas narrativas se expressa nos diversos relatos e discursos manifestos pela aquisição de ganhos, na autonomia e na independência das participantes. As iniciativas da retomada de antigos projetos pessoais e da preocupação com a aquisição de novos horizontes de vida sociolaborativa testemunham tais avanços. Os sinais de ganhos apresentados pelas participantes evidenciam o papel do grupo Projetos de Vida em contribuir para tornarem-se independentes, autônomas e produtivas. A vontade de independência, autonomia e de estar ativa é abordada na literatura por Saraceno (2001) em suas assertivas sobre Reabilitação Psicossocial, que focaliza o resgate, a recuperação, a reabilitação e reinserção dos sujeitos adoecidos. A questão também é contemplada pelo Ministério da Saúde em Brasil (2004, 2009). Essas assertivas são estabelecidas como parâmetros centrais das estratégias de cuidados em saúde a serem dispensados às pessoas que padecem com

problemas mentais, para promoção da saúde e da qualidade de vida que conduzam à reinserção social.

Em seu conjunto, as narrativas das participantes sobre as contribuições do grupo Projetos de Vida aos projetos individuais desvelam compreensões desde as mais simples até as mais complexas, em termos da riqueza dos planos pessoais. Os desejos manifestos nesta direção se voltam para expectativas de ingresso e de prosseguimento em atividades de seus interesses: estudos em cursos de pós-graduação, graduação ou nos demais níveis do ensino básico; continuidade em trabalhos remunerados, em aulas particulares de línguas; empreendimento em miniconfecção de roupas; retorno a emprego como trabalhadora doméstica, ou no comércio formal privado, como operadora de caixa ou como auxiliar de serviços gerais e (re) engajamento em trabalho informal de vendas, no ramo de confeitaria. Do ponto de vista psicossocial, estes desejos e manifestações são reconhecidos na literatura. Por exemplo, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004, 2009) estimula as instituições CAPS a realizarem, na operacionalização dos projetos terapêuticos, encaminhamentos para cursos profissionalizantes e cursos de formação escolar, a fim de que ofertem atividades diversas, tais como: oficinas de alfabetização, oficinas culturais, oficinas de geração e renda, para atender às demandas dos pacientes. Do ponto de vista fenomenológico na perspectiva de Arendt (2013), há que se considerar, nos encaminhamentos, sobretudo o olhar ao querer das usuárias em relação aos seus projetos pessoais, valorizando iniciativas institucionais que considerem seus interesses e necessidades.

Autores tais como Amarante (2003, 2007), Cunha (2005), Campos e Amaral (2007), Ferreira Neto (2011) e Arendt (2013) recomendam aos protagonistas do cuidado na Abordagem Psicossocial o olhar ampliado ao objeto de trabalho, de maneira que a atenção dispensada inclua não apenas a assistência à doença mental, mas contemple a perspectiva da vida sociolaborativa, a vida ativa e os projetos de vida dos pacientes. Neste contexto, são protagonistas do processo as equipes componentes das RAPS. Essas Redes foram estabelecidas em todo o país pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) com a pretensão de “garantir a livre circulação pelos Serviços, pela comunidade e pela cidade, às pessoas com problemas mentais” (p.7). Evidencia-se que a oferta de serviços e equipamentos por tais Rede inclui, dentre outros dispositivos assistenciais, as seguintes estratégias de reabilitação psicossocial: “Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e as Cooperativas Sociais” (p.8). Com isso, possibilita-se que os

usuários adscritos, com a prática da produção e comercialização de seus produtos, movimentem-se em direção à superação da crise psíquica o máximo possível.

O sofrimento psíquico por que passam as participantes deste estudo merece reflexão à luz do pensamento de George Canguilhem (Canguilhem, 2009), considerando seu discernimento sobre os estados patológico e normal manifestados por um indivíduo. Nessa direção, o autor considera que a condição de alteração do estado normal de uma pessoa envolve não somente o aspecto funcional e fisiológico do seu organismo; diz respeito, sobretudo, ao aspecto ontológico, que envolve a singularidade, a existência do indivíduo e suas características pessoais de lidar com o adoecimento mental. Refere-se, sobretudo, à sua maneira de lidar com as dificuldades que o meio ambiente lhe proporciona, enquanto meio social constituído de valores fundamentais na determinação dos padrões de saúde e doença.

O espaço ocupado pelas mulheres e sua atuação na sociedade são objetos de estudo de diferentes pesquisadores. Como exemplos, destacam-se os trabalhos de Adrião, Toneli e Maluf (2011), que abordam o feminismo, o trabalho de Quadros, Adrião & Melo (2012) sobre a questão da sexualidade e o de Menezes e Moura (2012), que enfatiza a discriminação por participação de mulheres jovens em atividade sociocultural e perfila suas vidas laborativas no domicílio.

Assim, o impacto da discriminação às pessoas acometidas de doença mental, desvelado nas narrativas das participantes deste trabalho de tese, que reflete negativamente na pretensão de (re) incursão em projetos pessoais, é uma problemática constatada também em outras áreas da vivência humana e são verificados em diversos estudos. Um exemplo é a discriminação por participação em atividade sociocultural considerada emblemática pela sociedade. A pesquisa de Menezes e Moura (2012), com mulheres jovens participantes do movimento hip hop no município de Caruaru-PE, discute as demandas de integrantes deste movimento em relação aos seus projetos de vida e os significados atribuídos ao hip hop. O trabalho identificou os desafios e as dificuldades encontradas devido às “discriminações sofridas pelas jovens que aderem a essa cultura, identificando, ainda, a luta cotidiana pela sobrevivência” (p.2). Verificou-se, dentre outros aspectos levantados, que estas jovens “contam com redes sociais fragilizadas que dificultam a concretização de seus projetos de vida” (p.8). As autoras concluíram que “a participação no movimento hip hop abre um campo de possibilidades para os (as) jovens atuarem

politicamente no espaço social” (p.14). Fazendo-se uma analogia com o presente estudo, em que a doença mental é estigmatizada pela sociedade e limita as possibilidades de reinserção das usuárias do grupo Projetos de Vida, a situação apresentada por Menezes e Moura (2012) mostra que as jovens também são vítimas do estigma do preconceito e precisam lutar pela aceitação e reconhecimento social.

Na investigação sobre a incursão feminina no movimento hip hop, Menezes e Moura (2012) discutiram os lugares de pertencimento de cinco jovens em espaços públicos e privados e associaram a (in) visibilidade em espaços de pertencimento, de homens e mulheres, a um processo cultural e historicamente predeterminado. As autoras enfatizam que historicamente “... cabe à mulher o mundo privado, da família, e ao homem, o mundo público” (p.39). Na análise do discurso das jovens, as autoras identificam o cotidiano anterior às participações no hip hop e constataram que “... a rotina delas estava atrelada às tarefas do lar e aos cuidados com a casa, maridos e parentes, uma vez que, de modo geral, as jovens apresentavam rotina vinculada à esfera do privado e ao espaço doméstico” (p.11).

Os dados coletados na quase totalidade dos CAPS pesquisados neste estudo apontam outra situação. Em sua totalidade, as entrevistadas mantiveram, em fases de suas vidas anteriores ao seu processo de adoecimento mental, vida sociolaborativa ativa fora de seus domicílios. Elas ocuparam espaços públicos diversos, em atividades profissionais remuneradas, conforme se verifica na Tabela 01 deste estudo. Algumas destas mulheres retomaram suas atividades e as demais anunciaram em seus discursos o desejo de voltar à ativa e de adquirir novos projetos. Este novo panorama leva à reflexão de que houve uma ampliação das atividades laborativas das participantes. Observa-se que as atividades foram além do ambiente privado, com tarefas rotineiras de cuidados domésticos no lar e alcançaram outras perspectivas de vida laborativa em espaços públicos, com trabalho remunerado informal autônomo e do trabalho formal. Isso reflete, ainda, a mudança no papel social da mulher na contemporaneidade. São exemplos de atividades profissionais exercidas pelas participantes: empregada doméstica; fabrico e venda de confecções; serviços gerais em empresa privada e professora particular de línguas.

Deve-se refletir, conforme indicam Nunes, Bueno e Nardi (2005), que o adoecimento mental pode haver uma quebra no curso de vida, com interrupção ou limitação na capacidade de desempenhar as tarefas de rotina. Assim, considera-se um grande avanço na vida laborativa das

participantes deste estudo o resgate ou a preservação da capacidade para realização das atividades domésticas, uma vez que o transtorno mental, muitas vezes, pode incapacitar para a realização das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), tornando o indivíduo adoecido e, muitas vezes dependente dos seus familiares, conforme situam Neistadt e Crepeau (2002).

O desejo de voltar à vida ativa, manifesto nas narrativas das participantes, remete a reflexões sobre os fenômenos que estão em jogo e que influenciam o processo volitivo das entrevistadas, considerando o pensamento de Arendt (2002, p.251). A autora revela a estreita relação que existe entre o poder e a “vontade como fonte da ação e o querer realizar-se” e defende que “a falta de ação pode estar vinculada à falta de poder”. Para ela, há uma total “vinculação da vontade com a liberdade e esta, por sua vez, está vinculada ao poder”. Arendt entende, ainda, que a vontade afeta o estado psíquico na alma das pessoas, mobilizando-as para a busca do desconhecido, do que está por vir, por meio da expectativa, que carrega consigo a esperança e o medo de se lançar na busca.

Conforme demonstrado na análise das narrativas deste estudo, os relatos sobre as vivências no grupo Projetos de Vida revelam uma variedade de sentidos, atribuídos pelas entrevistadas, sobre os seus projetos pessoais. Os aspectos elencados abrangem desde as contribuições das experiências vividas até o papel profissional desempenhado no processo interventivo, além das abordagens terapêuticas empregadas, conforme já mencionado. Quaisquer que sejam estes aspectos, eles refletem a pluralidade humana anunciada por Arendt (2013, p.17) e são observados nas condições humanas conjuntas, da singularidade e da natalidade, inatas daquelas mulheres.

Com fundamento no pensamento de Arendt, compreende-se que cada participante do estudo é igual a qualquer pessoa sem adoecimento mental, no sentido de ser um entre os demais seres humanos e, ao mesmo tempo, distinguir-se de outros indivíduos, devido à sua singularidade única no modo de sua existência. Isto se verifica, também, pela oportunização (ou não) da natalidade, de iniciar o novo mediante a teia de relações interpessoais que reconhece estas pessoas. No caso das mulheres analisadas neste estudo, trata-se da iniciação do novo em termos da consecução e concretização de projetos pessoais, de mulheres que se caracterizam, em sua condição humana, por carregarem o estigma sobre seu padecimento de doença mental, cujos

impactos refletem na consecução dos projetos de vida. Entende-se que o sofrimento psíquico estagna os projetos de vida e, com isso, impede o avanço nos planos pessoais. Assim, para tais mulheres, um passo qualquer dado em direção à consecução de seus projetos é uma natalidade. Pondera-se, também, que existam outros modos que possibilitem a estas mulheres dar saltos em direção à obtenção de seus projetos de vida em seu viver cotidiano. Antes de tudo, o desejo maciço, manifesto pelas participantes, de saírem da estagnação e estarem ativas no seu dia-a-dia é o primeiro e o mais importante dentre os passos, independentemente do projeto de vida pretendido, seja no lar ou fora dele.

Outro passo a se considerar no caminho da consecução de projetos pessoais remete às assertivas de Arendt (2013). Dos seus fundamentos, compreende-se que é perante o reconhecimento dos pares, na teia de relações (familiares, sociedade), que as mulheres em análise têm oportunidade de aparecimento, de iniciar algo novo em termos da manifestação de seus interesses particulares. Considera-se que o exercício de busca por novos horizontes, através de ofertas de cursos e eventos, é ponto central no processo de intervenção em relação ao contexto de vida laborativa das participantes, pela relevância que essas ações têm para o processo reabilitatório. Contudo, pondera-se também, que o estímulo a essa busca requer não apenas o reconhecimento dos pares no acolhimento às demandas das participantes. Requer igualmente a cobertura de uma infraestrutura institucional que disponibilize os recursos educacionais, culturais e materiais necessários.

Quanto à questão intrínseca ou pertinente ao ser humano, ou ao aspecto intrapessoal, considera-se que a oscilação do estado mental das usuárias é um importante fator limitante do engajamento em seus projetos pessoais. Isso está bem caracterizado e confirmado, por exemplo, no caso da narrativa de Isadora, que revela as suas recaídas e recidivas de sintomas psiquiátricos. Essas condições clínicas fazem com que as usuárias protelem seus planos de regresso às atividades profissionais e sociolaborativas. Nesses casos, considera-se necessário que a ação profissional foque os fatores desencadeantes das crises, identificando as situações intra, inter e extrapessoais, que concorrem para a desestabilização do quadro clínico e para ocorrência do transtorno mental.

No âmbito intrapessoal relativo à mobilização para o engajamento em projetos de vida, as assertivas postas por Gilberto Velho (2003, 2006) trazem considerações e reflexões importantes

a este respeito. O autor enfatiza que o planejamento de um projeto pessoal é influenciado pelo campo de possibilidades em que o indivíduo está inserido, em termos do que lhe é dado, isto é, “com as alternativas construídas do processo sócio-histórico e com o potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura” (p.63). Para ele, a consecução de um projeto no nível individual, envolve diversos aspectos indispensáveis. Como exemplo desses aspectos, destacam-se a performance, as explorações, o desempenho, além das opções de escolhas, ancoradas “em avaliações e concepções da realidade, que resultam de processos complexos de negociação e construção, os quais se desenvolvem e se constituem com a vida social e estão vinculados aos códigos culturais e aos processos históricos de longa duração” (p.65).

Considera-se, também no nível intrapessoal, conforme enfatizam Nunes, Bueno e Nardi (2005), que as estratégias terapêuticas devem, inicialmente, contemplar o conhecimento do conjunto de sintomas e comportamentos clinicamente identificável das participantes. Neste caso, deve-se entender o transtorno propriamente dito para se entender o funcionamento dessas pessoas no momento da crise. Assim, deve-se não apenas contextualizar uma vertente do sofrimento psíquico, mas compreender-se o seu significado. Tomando-se como exemplo o transtorno bipolar, deve-se, de acordo com os citados autores, conhecer minimamente o diagnóstico desse transtorno para entender o quadro clínico apresentado, em termos da fase de evolução do transtorno e dos sintomas presentes. Assim, por exemplo, o paciente com este transtorno apresenta as fases maniatiforme e depressiva e pode apresentar, como quadro de sintomas, “episódio atual depressivo, com sintomas psicóticos” (p.116). Portanto, somente a partir desse conhecimento, deve-se planejar as atividades mais pertinentes e que tragam maiores êxitos na recuperação, reabilitação e reinserção destas mulheres. No âmbito intrapessoal, considera-se relevante para a reabilitação das participantes do estudo, os seguintes fatores: o estabelecimento do vínculo terapêutico no grupo Projetos de Vida; a escuta e o acolhimento qualificados, no planejamento e na operacionalização de projetos terapêuticos. Estes fatores se sobressaem como formas de se conseguir sucesso nas metas e objetivos pontuados para cada usuária.

Ainda no âmbito interpessoal, para vislumbrar outros determinantes do sofrimento psíquico de cada participante, é necessário que o profissional esteja atento às questões que envolvem a dinâmica familiar. É fato que ambientes familiares conflituosos contribuem,

sobremaneira, para o desenvolvimento e a deflagração da crise, conforme enfatizam Nunes Filho, Bueno e Nardi (2005). Faz-se necessário ter a consciência de que o cotidiano dos familiares dos acometidos de transtornos mentais severos é potencialmente carregado de sentimentos de perplexidade, culpa, inconformidade e isolamento afetivo e social. As trocas interativas existentes entre essas pessoas tendem a se estabelecer permeadas por medo, revolta e inquietação. Com isso, a capacidade de colaboração mútua fica comprometida e marcada por tensões e desencontros, consistindo em um contexto desafiador às equipes que se dedicam aos cuidados dos usuários.

No âmbito extrapessoal, conforme apontam os citados autores, o ambiente social em que o usuário convive, a exemplo de amigos e colegas de escola, professores, o ambiente de trabalho, a igreja que frequenta, são pontos essenciais que se relacionam com o bem-estar e sua qualidade de vida. Eles devem ser valorizados na abordagem terapêutica profissional para que se dimensionem e se prevejam os limites e possibilidades na vida daquele usuário, no momento de se planejar e indicar o projeto terapêutico que leve à consecução de projetos pessoais.

O posicionamento reflexivo, persistente e, por vezes, crítico em relação a ideais laborativos, principalmente nas pretensões de engajamento em projetos pessoais complexos (curso universitário, trabalho de cuidados de pessoas), mostra que as participantes deste estudo têm dado passos importantes em seus processos reabilitatórios rumo à vida ativa para a superação da crise e para a reinserção social. Os seus relatos e reações revelaram o papel fundamental do grupo Projetos de Vida no processo.

Consideramos que, independentemente de suas idades, do adoecimento mental, dos interesses e das perspectivas pessoais se modificarem com o passar dos anos, as mulheres entrevistadas desvelaram, em suas narrativas, dentro de suas possibilidades e limitações pessoais, interesses em projetos relativamente promissores, com expectativas de retomadas e de novos planos de vida laborativa. Elas demonstraram que têm vontade de continuar com seus projetos pessoais estabelecidos, os quais foram abandonados com o desenvolvimento da doença mental. Vislumbram perspectivas de mudanças em seus estatus socioeducacionais, através de projetos inovadores de busca de atividades laborativas, de cursos universitários e de formação técnica profissionalizante. Estas iniciativas manifestas pelas participantes, de (re) engajamento em projetos de seus interesses, são preconizadas pelo pensamento de Arendt (2013), no tocante à

natalidade como forma de projetar-se aos seus ideais laborativos com expectativas de realização de cursos e eventos que contemplem suas necessidades e interesses. Entretanto, de modo geral, a narrativa das mulheres revela que o estigma sobre a doença mental representa uma das principais barreiras, senão a maior, para a ascensão e consecução de seus projetos pessoais e um forte impeditivo no avanço do processo reabilitatório e de reinserção social. Consideramos que, em consequência, o estigma inibe as orientações de planejamento, programação e, especialmente, a implementação de propostas. Essas ações interventivas, em muitos casos, são extremamente prejudicadas e barradas diante de uma realidade de atitudes discriminatórias e preconceituosas existentes no entorno das usuárias.

O bom nível de compreensão das usuárias participantes da pesquisa, sobre o trabalho e as intervenções profissionais realizadas nos respectivos grupos Projetos de Vida, é indicativo de que se está no caminho certo para a reabilitação. No entanto, para além de suas compreensões, pesam na consecução dos projetos pessoais, os aspectos intra, inter e extrapessoais elencados.

Pondera-se que as experiências de participação das usuárias no referido grupo terapêutico realizado nos CAPS contribuíram para sua evolução, para o processo de recuperação da saúde mental e para a retomada da vida produtiva. Neste sentido, vale evidenciar os relatos sobre o interesse manifesto de que o grupo Projetos de Vida permaneça ativo.

Os passeios terapêuticos são atividades muito bem referendadas pelas entrevistadas. Nas narrativas dessas mulheres, foram identificados os benefícios dos passeios para sua reabilitação. Considera-se, inclusive, que este tipo de recurso interventivo é importante e necessário, desde que faça sentido para as usuárias e seus projetos terapêuticos. Nesta direção, recomenda-se que sejam adotadas pelo grupo Projetos de Vida atividades significativas que tratem de aspectos relevantes da vida das usuárias e que promovam a recuperação de sua saúde, sua reabilitação e reinserção social. Além disso, é recomendável pôr em prática o que preconiza o Ministério da Saúde, no que se refere à oferta de dispositivos institucionais (Centros de Convivência, Oficinas, espaços culturais) nas RAPS dos quais os CAPS estudados estão inseridos, para que se disponibilizem os diversos tipos de atividades terapêuticas, a exemplo das oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate

e grupos de confecção de jornal. Sobretudo, consideramos que a oferta da diversidade de atividades terapêuticas antes mencionadas faz parte de uma missão bastante significativa que o CAPS tem, de acolher e cuidar das pessoas em situação de crise, de dar suporte para elas melhorarem e investirem na inserção social. No entanto, acreditamos que não é suficiente a oferta interna, no espaço institucional, das diversas experiências que podem fazer parte do cotidiano destas mulheres, porque não contribui efetivamente para a ampliação de possibilidades nem oportuniza a ação da natalidade de instauração do novo, conforme nos ensina Hannah Arendt. cremos que a solução está em cada usuária ter a oportunidade de contar com uma teia de relações interpessoais (família, sociedade) e intersetoriais (serviços).

Compreendemos que são diversos os fatores que determinam e direcionam as escolhas da metodologia mais adequada para o grupo Projetos de Vida dos CAPS pesquisados. Entretanto, é preciso estar focado, acima de tudo, nas necessidades terapêuticas e nos interesses e particularidades de cada usuária. Isso requer planejamento e estruturação do projeto terapêutico singular (PTS) destas mulheres, com base em metas e objetivos terapêuticos plausíveis, que não percam de vista, sobretudo, a sua interioridade, subjetividade e imanência. Por isso, as escolhas práticas devem ser particularmente significativas e condizentes com a história de vida de cada usuária e, além disso, precisam fazer sentido para cada uma delas. O modo de ser no mundo e com os outros, seu lugar de sujeito na sociedade, com seus valores, suas crenças, desejos e necessidades também entram em jogo nos momentos de projeção e efetivação de metas e objetivos pessoais. Em particular, quando se trata da assistência ao gênero feminino, compreende-se que as possibilidades discursivas de planos, metas e objetivos para os PTS são, não raramente, dificultados e limitados em função da forma cultural e historicamente desfavorável de existência das usuárias. Conforme se verificou nos relatos, nas anotações e no perfil traçado das participantes, suas existências são marcadas por uma vida afetiva, social e financeiramente complicada, em ambientes domésticos conflituosos, com recursos financeiros insuficientes e baixa educação. Condições essas que conduzem a poucas oportunidades de realização pessoal, nada fluidas e pouco produtivas.

Diante das considerações apresentadas, recomenda-se:

- Que cada instituição pesquisada fortaleça a sua programação terapêutica do grupo Projetos de Vida, implementando intervenções focadas nos processos de vida laborativa das participantes, atendendo aos preceitos da literatura sobre a Clínica Ampliada (Brasil, 2009, Cunha, 2005). Dentre outros aspectos, a implementação de ações interventivas deve considerar a articulação dos parâmetros “compreensão ampliada do processo saúde-doença e ampliação do objeto de trabalho” (p.16) em uma perspectiva que vá além do cuidado ao sofrimento psíquico e que inclua os processos de vida laborativa das mulheres;
- Que os serviços CAPS pesquisados equilibrem os esforços de trabalho de programação dos projetos terapêuticos das participantes, pontuando intervenções voltadas tanto para a atenção aos aspectos ligados aos cuidados do sofrimento psíquico, quanto para a vida sociolaborativa destas usuárias.
- Que, especificamente no grupo Projetos de Vida, a programação terapêutica se remeta prioritariamente ao trabalho interventivo de planejamento e prospecção de projetos pessoais, voltado para ações de planificação de objetivos e metas possíveis que viabilizem ao máximo a consecução desses projetos;
- Que, no caso dos projetos terapêuticos destas mulheres, a programação sobre projetos de vida seja permanente e não sofra descontinuidades. Recomenda-se, neste caso, que os CAPS estudados invistam intensamente nesta questão, devido à importância que o grupo Projetos de Vida tem para o cotidiano das participantes;
- Que haja maiores investimentos, por parte dos governantes e dos gestores em Saúde Mental, no fortalecimento e na institucionalização de grupos terapêuticos que se voltem para a prospecção de projetos de vida.
- Sobretudo, que as autoridades governamentais e gestoras criem os espaços institucionais de vivências socioculturais necessários e indispensáveis à ampliação de possibilidades e oportunização da ação da natalidade de instauração do novo na vida das usuárias. Somente assim poderá haver uma maior evolução do processo reabilitatório das mulheres participantes e do trabalho das equipes em prol dos projetos terapêuticos.

**REFERÊNCIAS**

- Adrião, K. G., Toneli, M. J. F. & Maluf, S. W. (2011). O movimento feminista brasileiro na virada do século XX: reflexões sobre sujeitos políticos na interface com as noções de democracia e autonomia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, setembro-dezembro, (3) 19, p.392.
- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, (11), 3, pp.491-494.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. (Organizador). *Fim de século: Ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pp. 47-53.
- Amarante, P. (2003). *Saúde mental: políticas e instituições*. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, EAD/Fiocruz, (1, 2, 3).
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (Org.). (2008). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 3a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). Reforma psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Vol. 1, Nº 1, janeiro-abril. (CD-ROM).
- Arendt, H. (1993). *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. 2a ed. Antônio Abranches (Tradutor). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Arendt, H. (1999). *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. 3a ed. Antônio Abranches (Trad.). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Arendt, H. (2000). *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva.
- Arendt, H. (2001). *A condição humana*. Roberto Raposo (Trad.). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- Arendt, H. (2002). *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. 5a ed. Antônio Abranches (Tradutor). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Arendt, H. (2008). *Compreender: formação, exílio e totalitarismo. Ensaios 1930-954*. Denise Bottman (Tradutora). São Paulo: Companhia das Letras; Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Arendt, H.(2013). *A condição humana*. 11a ed. Roberto Raposo (Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Benevides, D. S., Pinto, A. G. A., Cavalcante, C. M. & Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface (Botucatu)*, (14), 32, pp. 127-138. ISSN 1414-3283. Recuperado de <http://www.scielo.br>, em 22 de março de 2015.
- Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/biblioteca/>, em 22 de fevereiro de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004a). *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/biblioteca>, em 22 de fevereiro de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: DAPE. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/biblioteca>, em 22 de fevereiro de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/biblioteca>, em 22 de fevereiro de 2015.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. DAPES. (2011). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.bvsms.saude.gov.br/legislacao>, em 06 de novembro de 2015.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, N°4, pp.393-404. Recuperado de <http://www.scielo.br>, em 15.03.2015.
- Campos, G. W. S. & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, (12), 4, pp.849-859.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, fevereiro, N°23, pp.399-407. Recuperado de <http://www.scielo.br>, acesso em 15.03.2015.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 154p.
- Cavalcanti, S. & Sarmiento, G. (2006). Uma experiência em reabilitação psicossocial: limites e possibilidades. *Cadernos Especiais*, (35), pp.1-22. Recuperado de <http://www.assistentesocial.com.br/cadernos35.pdf>, acesso em 15.03.2015.
- Chizzotti, A. (2011). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. 4a ed. Petrópolis- Rio de Janeiro: Vozes.
- Critelli, Dulce. (2012). *História pessoal e sentido da vida*. São Paulo: EDUC/FAPESP.
- Cunha, G. T. (2005). *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 2a ed. São Paulo: Hucitec.
- Delgado, P. G. G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001, *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, (63), 2.

- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2008). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2a ed. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed.
- Fazenda, I. C. A. (1996). *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?* 4a ed. São Paulo: Loyola.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo brasileiro: clínica, social e mercado*. São Paulo: Editora Escuta.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Editora Escuta.
- Konder, L. (1999). *Marx: vida e obra*. 7a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Konder, L. (2006). *O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI*. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lüdke, M. & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- Meireles, B.H.S. & Erdmann, A.L. (1999). A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, janeiro-abril, (8), 1, pp.149-65.
- Melman, J. (2002). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Editora Escrituras.
- Menezes, A. & Moura, R. P. S. (2012). *Juventude e projeto de vida no contexto do movimento hip hop de caruaru*. Recuperado de <http://www.unicap.br/jubra/2012>, em 23 de fevereiro de.2016.
- Minayo, M. C. S. (1991). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Ribeirão Preto, *Medicina*, abril-junho, (24), 2, pp.70-77.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO.

- Neistadt, M. E. & Crepeau, E. B. (2002). *Willard & Spackman - Terapia Ocupacional*. 9a ed. Cláudia Lúcia C. Araújo (Tradutora). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira-Martins, M. C. & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, setembro-dezembro, (13), 3, p.44-57.
- Nunes Filho, E. P., Bueno, J. R. & Nardi, A. E. (2005). *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Oliveira, G. N. (2008). O projeto terapêutico singular. In: Guerreiro, A. P. & Campos, G. W. S. (Orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, A. G. B., Ataíde, I. F. C. & Silva, M. A. (2004). A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, (13), 4, p.618-24.
- Ozella, S. (2003). *Pesquisar ou construir conhecimento. O ensino da pesquisa na abordagem sócio-histórica*. In: Ana M.B. Bock (Organizadora). *A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes.
- Pereira, A. A. & Viana, P. C. M. (2009). *Saúde mental*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Pitta, A. M. A. F. (Organizadora). (2001). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2a ed. São Paulo: Hucitec.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (2010). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2a ed. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Quadros, M. T., Adrião, K. G. & Melo, M. J. C. (2012). Mulheres jovens, sexualidade e dupla proteção em uma comunidade rural de Caruaru, Pernambuco. *Estudos de Sociologia*, (1) 18.

- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2a ed. Rio de Janeiro- RJ: Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Scherer, E. A. & Campos, M. A. (1997). O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: Marturano, E. M. et al. (Org.). *Estudos em Saúde Mental*. Ribeirão Preto: Comissão de Pós-Graduação em Saúde Mental/FMRP-USP, pp. 264-285.
- Schwandt, T. (2006). Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. Capítulo 7. In: N. K. Denzin. & Y. S. Lincoln. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2a ed., Porto Alegre: Artmed.
- Tenório F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, (9), 1, pp.25-59.
- Turato, E. R. (2005). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2a ed. Petrópolis: Vozes.
- Turato, E. R. (2008). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, (39), 3, pp.507-514.
- Vázquez, A. S. (2011). *Filosofia da práxis*. 2a ed. Moya, M. E. (Tradutora). São Paulo: Expressão Popular.
- Velho, G. (2003). *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. 3a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Velho, G. (2006). *Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração*. 4a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Vilela, E. M. & Mendes, I. J. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, julho-agosto, (11), 4, pp.525-31.
- Walcoff, Simone D. B. C. (2009). *A questão da reflexão e da ação nas práticas psicoeducativas na pesquisa interventiva*. Tese de Doutorado em Educação. Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**1. Qual a sua idade?**

**2. Como você se considera:**

- (A) Branca.
- (B) Parda.
- (C) Preta.
- (D) Amarela.
- (E) Indígena.

**3. Qual a sua religião?**

- A) Católica.
- (B) Protestante ou Evangélica.
- (C) Espírita.
- (D) Umbanda ou Candomblé.
- (E) Outra.
- (F) Sem religião.

**4. Qual seu estado civil?**

- (A) Solteira.
- (B) Casada / mora com um(a) companheiro(a).
- (C) Separada / divorciada / desquitada.
- (D) Viúva.

**5. Onde e como você mora atualmente?**

- (A) Em casa ou apartamento, com minha família.
- (B) Em casa ou apartamento, sozinha.
- (C) Em quarto ou cômodo alugado, sozinha.
- (D) Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república etc.
- (E) Outra situação.

**6. Quem mora com você? (Marque uma resposta para cada item)**

- (A) Moro sozinha
- (B). Pai e/ou mãe
- (C). Esposo(a)/ companheiro(a)
- (D). Filhos(as)
- (E). Irmãos(ãs)
- (F). Outros parentes, amigos(as) ou colegas
- (G). Outra situação

**7. Você tem filhos? Se sim, Quantos (as) filhos (as) são?**

- (A) Um(a).
- (B) Dois(duas).
- (C) Três.
- (D) Quatro ou mais.
- (E) Não tenho filhos(as).

**8. Quais e quantos dos itens abaixo há em sua casa?** (Marque uma resposta para cada item).

1. TV
2. DVD
3. Rádio
4. Microcomputador
5. Automóvel
6. Máquina de lavar roupa
7. Geladeira
8. Telefone fixo
9. Telefone celular
10. Acesso à Internet
11. TV por assinatura

**9. Como e onde é sua casa?** (marque os itens que se enquadram com você)

1. Própria
2. Alugada
3. É em rua calçada ou asfaltada.
4. Tem água corrente na torneira.
5. Tem eletricidade.
6. É situada em zona rural.
8. É situada em zona urbana.
9. É situada em comunidade favelada.

**10. Você frequenta ou já frequentou, alguma vez, escola regular?**

- (A) Sim, frequento.
- (B) Sim, já frequentei, mas interrompi os estudos.
- (C) Não, nunca frequentei escola regular.

**11. Até que série você estudou?**

- (A) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).
- (C) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).
- (D) Ensino médio (antigo 2º grau) incompleto.
- (E) Ensino médio completo.
- (F) Ensino superior incompleto.
- (G) Ensino superior completo.
- (H) Pós-graduação.

**12. Que tipo de escola você frequenta-frequentou?**

- (A) Frequenta curso presencial em escola pública.
- (B) Frequenta curso presencial em escola particular.
- (C) Frequenta curso presencial na empresa em que trabalha.
- (D) Frequenta tele-sala.
- (E) Frequenta curso promovido por instituição religiosa ou filantrópica.
- (F) Faz curso a distância (via rádio, televisão, internet, correio, com apostilas).
- (G) Não frequento.
- (H) Frequenta a EJA (Educação de Jovens e Adultos)

**13. Você trabalha ou trabalhou ganhando algum salário ou rendimento?**

- (A) Trabalho, estou empregada com carteira de trabalho assinada.
- (B) Trabalho, mas não tenho carteira de trabalho assinada.
- (C) Trabalho por conta própria, não tenho carteira de trabalho assinada.
- (D) Já trabalhei, mas não estou trabalhando.
- (E) Nunca trabalhei.
- (F) Nunca trabalhei, mas pretendo procurar trabalho.

**14. Em que atividade você trabalha ou trabalhou, na maior parte da vida?**

- (A) Na campo, na fazenda ou na pesca.
- (B) Na indústria.
- (C) No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços.
- (D) Como funcionária do serviço público (federal, estadual ou municipal).
- (E) Como profissional liberal, professora ou técnica de nível superior.
- (F) Como trabalhadora fora de casa em atividades informais (feirante, ambulante, catadora de lixo, etc.).
- (G) Em casa, em serviços (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato etc).
- (H) Como trabalhadora doméstica em casa de outras pessoas (cozinheira, arrumadeira, governanta, babá, lavadeira, faxineira, acompanhante de idosos/as etc.).
- (I) No lar (sem remuneração).
- (J) Outro (CITE).
- (K) Não trabalha.

**15. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar?** (Considere a renda de todos que moram na sua casa.)

- (A) Até 1 salário mínimo.
- (B) De 1 a 2 salários mínimos.
- (C) De 2 a 5 salários mínimos.
- (D) De 5 a 10 salários mínimos.
- (E) Mais de 10 salários mínimos.
- (F) Nenhuma renda.