



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

**(DES)SENTIDOS DA LOUCURA: EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO DAS
PESSOAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA/PB**

Linha de Pesquisa III: SAÚDE, CORPO E SOCIEDADE

Alecsonia Pereira Araujo

Orientador: **Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa**

Coorientador: **Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho**

João Pessoa/PB

2022

ALECSÔNIA PEREIRA ARAÚJO

**(DES)SENTIDOS DA LOUCURA: EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO DAS
PESSOAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA/PB**

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientador: Prof^a. Dr^o. Eduardo Sérgio Soares Sousa - UFPB

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho - UFPB

João Pessoa/PB

2022

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

ATA Nº 10/2022 - PPGS (11.01.15.73)

Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO

João Pessoa-PB, 15 de Junho de 2022

ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA BANCA EXAMINADORA

Aos 15 dias do mês de junho de 2022, às 14h, por videoconferência (meet.google.com/uxc-bzdk-whe), realizou-se a sessão pública de defesa de Tese, intitulada: "**(DES)SENTIDOS DA LOUCURA: EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO DAS PESSOAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA/PB**" apresentada pela discente **Alecsonia Pereira Araujo**, estando a Comissão Examinadora composta pelos docentes: Eduardo Sérgio Soares Sousa (presidente); Charliton José dos Santos Machado (membro interno); Patrícia Barreto Cavalcanti (membro externo); Maria da Conceição Silva Félix (membro externo) e Maria Aparecida Ramos de Meneses (membro externo). Dando início aos trabalhos, o professor Eduardo Sérgio Soares Sousa, na qualidade de Presidente da Comissão, convidou os demais integrantes da Banca Examinadora para compor a mesa. Em seguida foi concedida palavra à defendente para expor uma síntese de sua Tese que, após, foi arguida pelos membros da Comissão Examinadora. Encerrado os trabalhos de arguição, os examinadores deram o parecer final sobre a Tese, à qual foi atribuído o seguinte conceito de APROVADA. A seguir foi encerrada a reunião, devendo a Universidade Federal da Paraíba, de acordo com a Lei, expedir o respectivo Diploma de **DOUTORA EM SOCIOLOGIA**.

Eduardo Sérgio Soares Sousa – Presidente

Charliton José dos Santos Machado - PPGS/UFPB

Maria Aparecida Ramos De Meneses - DSS/UFPB

Patrícia Barreto Cavalcanti - DSS/UFPB

Maria Da Conceição Silva Félix - SS/UFCG

Alecsonia Pereira Araujo – Defendente

(Assinado digitalmente em 21/06/2022 13:48)

**EDUARDO SERGIO SOARES SOUSA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Matrícula: 7336868**

Processo Associado: 23074.054198/2022-60

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: **10**, ano: **2022**, documento (espécie): **ATA**, data de emissão: **15/06/2022** e o código de verificação: **823dedc99a**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A663d Araujo, Alecsonia Pereira.

"(Des)sentidos da loucura" experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB / Alecsonia Pereira Araujo. - João Pessoa, 2022.

305 f. : il.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa.

Coorientação: Rafael Nicolau Carvalho.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Sociologia. 2. Loucura. 3. Saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Sofrimento psicossocial. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II. Carvalho, Rafael Nicolau. III. Título.

UFPB/BC

CDU 316(043)

Aos meus Pais, Alipio Pereira Sobrinho e Diolinda Araujo (*in memoriam*), por toda uma vida dedicada aos sete filhos. A luta foi intensa, mas vocês conseguiram. GRATIDÃO.

AGRADECIMENTOS

Esta tese foi uma conquista que marca a minha trajetória acadêmica e, sobretudo, a minha vida pessoal, haja vista as dificuldades que as famílias pobres nesse país atravessam para acessarem uma Universidade pública, gratuita e de qualidade. Nesta vivência, Deus sempre me guiando e abençoando com pessoas, com as quais tive a honra de encontrar e poder contar de formas imagináveis e inimagináveis, contribuíram para que essa dádiva se concretizasse. A todos vocês meus sinceros e honrados agradecimentos. Aqui destacarei minha gratidão a alguns.

De início, gostaria de agradecer à minha família basilar. Agradeço do fundo do meu coração, aos meus pais, Alipio Pereira Sobrinho e Diolinda Araújo, a minha irmã Alexsimária e meus cinco irmãos (Alesandro, Alipio Júnior, Adicleudo, Thibério e Thiago) que são minha base de ser humano, meu ninho de amor e união, fortalecido pelas dificuldades sociais. Vocês são meu tudo. Gratidão.

Aos meus filhos, Lucas e Caio, o que eu tenho de mais puro, lindo e valioso. Sei que, muitas vezes, estive ausente, estressada e na correria para dar conta de tudo, mas tudo foi e é pensando no melhor para vocês. Minha melhor parte, meus filhos.

Um agradecimento muito especial a Domingos Lugo Neto, meu esposo e companheiro de uma vida inteira, há 27 anos ilumina meus caminhos, sempre apoiando, acreditando e apostando no meu crescimento espiritual e profissional. Não tenho dúvidas que nosso encontro é de almas. Jamais teria conseguido sem sua dedicação, companheirismo e amor. Serei eternamente grata.

Quero agradecer a minha família Xavier e Lugo. Pessoas muito queridas e que moram no meu coração. A vida com vocês é bem mais leve. Obrigada pelo apoio e carinho.

Um agradecimento, muito especial, a um grupo de mulheres que são fantásticas, e que contribuíram diretamente para a concretização desse sonho, haja vista a presença constante no compartilhamento das tarefas domésticas e principalmente com o cuidado com meus filhos, pude contar com Rosiane Xavier, Gorete Xavier e Berlandia Silva. Mulheres fortes, que estavam comigo no cotidiano, cuidando de minha família e de mim. Gratidão para sempre.

Aos contributos e a presença atenciosa do Professor Eduardo Sérgio, meu orientador, que orgulho tenho em tê-lo neste momento tão importante da minha vida. Suas orientações foram decisivas para a elaboração e para a consolidação da pesquisa, da estruturação e elaboração da tese, sempre me apoiando e confiando, isso me permitia uma tranquilidade nos momentos de grandes dúvidas e hesitações. Sempre acreditou, me passando segurança. Muito obrigada, de coração.

Agradeço infinitamente ao meu coorientador, meu amigo, Rafael Nicolau Carvalho, minha alma gêmea do mundo acadêmico. Gratidão pela dedicação ilimitada e incondicional, sempre ao meu lado, com a sua presença constante, sábia, sensata e tranquilizadora, esteve presente a cada minuto. Você foi fundamental, em especial, nos momentos de angústias e desespero. Serei eternamente grata.

Agradeço a Universidade Federal da Paraíba, em especial ao Departamento de Serviço Social, ao qual desempenho funções de docente e que me forneceu os meios necessários para

realizar meu doutoramento afastada de minhas funções. Sem dúvidas, isso fez toda diferença na construção desse trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter concedido bolsa de estudos, o que possibilitou o desenvolvimento do meu doutorado sanduíche, no Centro de Ecologia Funcional (CEF), no Departamento de Ciências da Vida, da Faculdade de Ciências e Tecnologias, da Universidade de Coimbra (UC) em Portugal.

A Professora Fátima Alves, pela acolhida no CEF e pelas contribuições valiosas para o desenvolvimento deste trabalho. Não mediu esforços para que a pesquisa fosse realizada, sempre presente, dedicada e comprometida com seu trabalho. Obrigada por ter compartilhado sua vivência riquíssima no campo da saúde mental, conhecimentos que foram determinantes para avançar no trabalho.

À professora Patrícia Cavalcanti, agradeço de coração. Professora que admiro desde a graduação e que me deu a honra de partilhar o mesmo grupo de estudo. Obrigada pela disponibilidade, pelo cuidado e pelas contribuições durante todo o processo de construção deste trabalho, sobretudo pelas observações essenciais e coerentes realizadas na banca de qualificação.

Agradeço ao professor Charliton Machado pela sua valorosa contribuição para construção e importante colaboração na qualificação deste trabalho. Suas observações foram certeiras e instigantes. Muito obrigada!

À professora Maria da Conceição por ter aceitado participar da etapa final desta construção e por sua valorosa amizade ao longo de nossa convivência.

À professora Aparecida Ramos por toda atenção e disponibilidade para participar da etapa final deste trabalho. Pessoa e profissional a qual tenho maior respeito e admiração, estando sempre presente em meus momentos acadêmicos, uma honra tê-la na minha trajetória na graduação, mestrado e agora doutorado.

À todas as pesquisadoras do SEPASS, com quem pude partilhar este trabalho, sobretudo, nas etapas da pesquisa, em especial a prof^a. Ana Paula Miranda, as bolsistas, as voluntárias, especialmente Ana Alice Barros e Maria Isabelly Lima de iniciação científica e as residentes em saúde mental, do Projeto intitulado: “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB”.

Um agradecimento todo especial aos nossos entrevistados (usuários e familiares) dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Caminhar e Gutemberg Botelho, do município de João Pessoa/PB, pela disponibilidade, atenção, carinho e belas histórias de vidas que compartilharam comigo. Guardarei na memória cada lágrima, cada sorriso, cada palavra e, sobretudo, as lições de vida compartilhadas. Minha eterna gratidão. Aproveito para agradecer a todos os gestores e profissionais dos referidos serviços.

Aos funcionários e professores que fazem o Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Programa que não apenas me proporcionou ampliação dos conhecimentos, mas me permitiu vivenciar uma das minhas melhores experiências. Além dos amigos que fiz, particularmente, Alcélia Amorin e Nadja Palitot, amigas que levarei para vida, nossos debates foram ricos e

encantadores, um encontro interessante entre as Ciências Sociais, o Direito e o Serviço Social. Foi muito especial. Obrigada meninas.

Aos meus amigos pela contribuição, apoio, carinho, paciência, cuidado e torcida, que me fizeram mais forte diante aos inúmeros desafios vivenciados nesse processo, aqui representados por Maria do Rosário, Danielly Tavares, Ianara Meira, Daniely Lugo, Cibelly Michalany, Edna Tânia, Carlos Eduardo e Márcio Soares. Meu muito obrigado.

*“Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um
descanso na loucura”* (Guimarães Rosa)

RESUMO

A construção sócio-histórica da experiência da loucura é complexa e atravessada por múltiplas concepções e intervenções, as quais se inscrevem em um invólucro estigmatizante, que começa a mudar com os movimentos de reforma psiquiátrica. Esta tese de doutorado teve por objetivo compreender a experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental, que utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III, em João Pessoa/PB, verificando em que medida as mudanças socioculturais sobre as formas de entender a loucura modificam a experiência do sofrimento humano e as formas de assistência na saúde mental. Para tanto, partiu-se de três hipóteses: inferiu-se que o problema de saúde mental se incorpora na vida do usuário de forma negativa, deteriorando sua autoimagem e reforçando os estigmas historicamente atribuídos à loucura; a narrativa da reforma participa e colabora para a reconstrução de uma nova identidade para os usuários da rede, quando eles passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos; e que essa nova identidade e esse reconhecimento têm contribuído para uma narrativa de reversão da autoimagem negativa relativa ao problema de saúde mental. Na perspectiva de atender aos objetivos do estudo, recorreu-se a diferentes metodologias, quais sejam: pesquisa de campo com abordagem qualitativa, utilizando a metodologia de pesquisa da história oral, a partir da entrevista temática, e a entrevista semiestruturada, realizada com 22 usuários e 12 familiares; e a pesquisa documental, que subsidiou a contextualização dos cenários, permitindo apresentar um panorama geral dos usuários. A pesquisa foi realizada em 571 prontuários dos CAPS, além da utilização da observação sistemática e do registro no diário de campo. A coleta de dados transcorreu no período de 08 de julho de 2019 a 19 de março de 2020 e atendeu aos pressupostos da resolução 510 de 2016. A investigação teórica permitiu produzir indicações da presença do sofrimento psicossocial, mas foi apenas com a aproximação no campo de pesquisa que foram identificadas as bases concretas para constatar a manifestação do sofrimento enquanto psicossocial. Os resultados sugerem que a incidência do sofrimento psicossocial se refere às múltiplas expressões da experiência singular do sofrimento humano, na sua relação com a complexidade da vida em suas manifestações, geridas e gestadas na e pela relação intrínseca e de interdependência do indivíduo e da sociedade, que formam a totalidade social. A pesquisa documental já apontava para uma demarcação dessa relação, sobretudo quando permitiu elaborar um panorama geral sobre os motivadores psicossociais do sofrimento como primeira “crise”, panorama este que foi evidenciado pelos entrevistados com a experiência do sofrimento presente em suas histórias de vida. As análises indicaram a necessidade de uma nova racionalidade da loucura, entendida como experiência do sofrimento humano e não como uma experiência patológica. Assim, foi possível apontar o sofrimento psicossocial enquanto uma possibilidade de um caminhar, que busca a superação para outras formas de compreender o sofrimento humano para além dos diagnósticos psiquiátricos, defendendo abordagens que reconhecem a experiência humana, apostando em uma sociedade mais justa, que respeita as diferenças de seus membros.

Palavras-chave: Loucura. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Sofrimento Psicossocial.

ABSTRACT

The socio-historical construction of madness experience is complex and crossed by multiple conceptions and interventions, which are inscribed in a stigmatizing envelope, which begins to change with the psychiatric reform movements. This doctoral thesis aimed to understand the experience of suffering of people with mental health problems, who use the Psychosocial Care Centres (CAPS) III services, in João Pessoa/PB, verifying to what extent the sociocultural changes in the forms to understand madness change the experience of human suffering and the forms of mental health care. The investigation began from three hypotheses: it was inferred that the mental health problem is incorporated in the user's life in a negative way, deteriorating their self-image and reinforcing the stigmas historically attributed to madness; the reform narrative participates and collaborates in the reconstruction of a new identity for network users, when they are recognized as subjects of rights; and that new identity and recognition have contributed to a reversal narrative of the negative self-image related to the mental health problem. In order to achieve the aims of the study, different methodologies were used, namely: field research with a qualitative approach, using the oral history research methodology, from the thematic interview, and the semi-structured interview, carried out with 22 users and 12 family members; and documental research, which supported the contextualization of the scenarios, allowing to present an overview of users. The research was carried out in 571 CAPS charts, in addition to the use of systematic observation and field diary recording. Data collection took place from 8th July 2019 until 19th March 2020 and met the assumptions of resolution 510 of 2016. The theoretical investigation allowed us to produce indications of psychosocial suffering presence, but it was only with the approximation within the research field that identified the concrete bases to verify the manifestation of suffering as psychosocial. The results suggest that the incidence of psychosocial suffering refers to the multiple expressions of the unique experience of human suffering, in its relationship with the complexity of life in its manifestations, managed and gestated in and by the intrinsic and interdependent relationship of the individual and society, that form the social totality. Documentary research already pointed to a demarcation of this relationship, especially when it allowed the elaboration of an overview of the psychosocial motivators of suffering as the first “crisis”, a scenario that was evidenced by the interviewees with the experience of suffering present in their stories of life. The analyses indicated the need for a new rationality of madness, understood as an experience of human suffering and not as a pathological experience. Therefore, it was possible to point out psychosocial suffering as a possibility of a walk, which seeks to overcome other ways of understanding human suffering beyond psychiatric diagnoses, defending approaches that recognize the human experience, hoping for a fairer society that respects the differences of its members.

Keywords: Madness. Mental health. Psychiatric Reform. Psychosocial Suffering.

RESUMEN

La construcción sociohistórica de la experiencia de la locura es compleja y atravesada por múltiples concepciones e intervenciones, que se inscriben en una envoltura estigmatizante, que comienza a cambiar con los movimientos de reforma psiquiátrica. Esta tesis doctoral tuvo como objetivo comprender la experiencia de sufrimiento de personas con problemas de salud mental, que utilizan los servicios de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) III, en João Pessoa/PB, verificando en qué medida los cambios socioculturales en las formas de comprender la locura cambian la experiencia del sufrimiento humano y las formas de atención a la salud mental. Por lo tanto, partimos de tres hipótesis: se infiere que el problema de salud mental se incorpora en la vida del usuario de forma negativa, deteriorando su autoimagen y reforzando los estigmas históricamente atribuidos a la locura; la narrativa reformadora participa y colabora en la reconstrucción de una nueva identidad para los usuarios de la red, cuando se les reconoce como sujetos de derecho; y que esta nueva identidad y este reconocimiento han contribuido a una narrativa de reversión de la autoimagen negativa relacionada con el problema de salud mental. Para llevar a cabo los objetivos del estudio se utilizaron diferentes metodologías: investigación de campo con enfoque cualitativo, utilizando la metodología de la historia oral, a partir de la entrevista temática, y la entrevista semiestructurada, realizada con 22 usuarios y 12 miembros de la familia; y la investigación documental, que apoyó la contextualización de los escenarios, permitiendo presentar un panorama de los usuarios. La investigación se realizó en 571 expedientes de salud del CAPS, además del uso de la observación sistemática y anotaciones en el diario de campo. La recolección de datos abarcó el período del 8 de julio de 2019 al 19 de marzo de 2020 y cumplió con los requisitos de la resolución 510 de 2016 del Consejo Nacional de Ética en la Investigación. La investigación teórica permitió producir indicios de la presencia del sufrimiento psicosocial, pero fue solamente con la investigación de campo que se identificaron las bases concretas para verificar la manifestación del sufrimiento como psicosocial. Los resultados sugieren que la incidencia del sufrimiento psicosocial se refiere a las múltiples expresiones de la experiencia única del sufrimiento humano, en su relación con la complejidad de la vida en sus manifestaciones, gestionada y gestada en y por la relación intrínseca e interdependiente del individuo y la sociedad, que forman la totalidad social. La investigación documental ya apuntaba a una demarcación de esta relación, sobre todo cuando permitió elaborar un panorama de los motivadores psicosociales del sufrimiento como primera “crisis”, escenario que fue evidenciado por los entrevistados con la experiencia del sufrimiento en sus historias de vida. Los análisis indicaron la necesidad de una nueva racionalidad de la locura, entendida como experiencia del sufrimiento humano y no como experiencia patológica. Así, fue posible señalar el sufrimiento psicosocial como posibilidad de un caminar, que busca superar otras formas de entender el sufrimiento humano más allá de los diagnósticos psiquiátricos, defendiendo enfoques que reconozcan la experiencia humana, apostando por una sociedad más justa, que respete las diferencias de sus miembros.

Palabras clave: Locura. Salud mental. Reforma Psiquiátrica. Sufrimiento Psicosocial.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAS	Abordagem Poder, Ameaça, Sentido
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCM	Centro de Ciências Médicas
CEA	Centro Educacional do Adolescente
CEHAP	Companhia Estadual de Habitação Popular
CENAT	Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas
CEP	Comitê de Ética na Pesquisa
CDPD	Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
Conasp	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTs	Comunidades Terapêuticas
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM-5	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-5
DSS	Departamento de Serviço Social
EPS	Educação Permanente em Saúde

ESF	Estratégia Saúde da Família
GAM	Guia de Apoio a Moderadores
GES	Gerência de Educação em Saúde
HP	Hospital Psiquiátrico
IMHCN	International Mental Health Collaborating Network
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPP	Instituto de Psiquiatria da Paraíba
I.ROC	Resultados de Recuperação Individual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MLAM	Movimento de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministérios da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NOBs	Normas Operacionais Básicas
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACE	Personal Assistance in Community Existence
PASM	Pronto Atendimento em Saúde Mental
PB	Paraíba
PBF	Programa Bolsa Família
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPGS	Programa de Pós-Graduação em Sociologia

PSF	Programa Saúde da Família
PTMF	The Power Threat Meaning Framework
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SEPSASS	Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SOSINTRA	Associações de Usuários e Familiares
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelos históricos de compreensão da loucura.....	29
Quadro 2 – Primeiras alternativas ao modelo psiquiátrico clássico (Modelo de Pinel).....	49
Quadro 3 – Movimentos das reformas psiquiátricas mundiais	50
Quadro 4 – Especificação paradigmática da psiquiatria democrática italiana	62
Quadro 5 – Principais eventos da trajetória sanitária	67
Quadro 6 – Atores sociais coletivos da experiência de reforma psiquiátrica brasileira	68
Quadro 7 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	73
Quadro 8 – Dimensões da reforma psiquiátrica brasileira segundo Amarante (2003, 2007, 2008) e Carvalho (2015).....	75
Quadro 9 – Documentos normativos com incidência sobre a Política Nacional de Saúde Mental, 2016 - 2019	81
Quadro 10 – Identificação da subjetividade coletiva no campo da saúde mental	104
Quadro 11 – Abordagem conceitual das tipologias de sofrimentos	115
Quadro 12 – Componentes fundamentais do Recovery	130
Quadro 13 – Princípios da prática da saúde mental orientada para Recovery	132
Quadro 14 – Documentos importantes para Recovery.....	134
Quadro 15 – Informações gerais da pesquisa nos CAPS III, no município de João Pessoa /PB	140
Quadro 16 – Distribuição das miniequipes do CAPS Caminhar.....	146
Quadro 17 – Descrição do funcionamento e da organização da assistência em saúde no CAPS Gutemberg Botelho.....	149
Quadro 18 – Narrativas do motivo desencadeador do sofrimento e da busca por cuidado nos dispositivos da rede.....	190
Quadro 19 – Narrativas das experiências em hospitais psiquiátricos.....	199
Quadro 20 – Narrativas das experiências no PASM	205
Quadro 21 – Narrativas das experiências nos CAPS III	209
Quadro 22 – Narrativas das experiências na atenção 24 horas	222

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Especificação dos três níveis de prioridade da psiquiatria preventiva ou comunitária	55
Figura 2 – Eixos fundamentais que marcam a experiência da psiquiatria democrática	60
Figura 3 – Desinstitucionalização X desospitalização	61
Figura 4 – Elementos da contrarreforma psiquiátrica brasileira	83
Figura 5 – Constituição dos objetos sociais	107
Figura 6 – Elementos contidos nos conceitos de Recovery	125
Figura 7 – Especificação dos três níveis da abordagem Recovery	126
Figura 8 – Especificação das três dimensões da abordagem Recovery	129
Figura 9 – Itinerário terapêutico geral dos usuários a partir da análise dos dados extraídos dos prontuários	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis sociodemográficas de âmbito pessoal	152
Tabela 2 – Descrição de amostra conforme parâmetros e variáveis sociodemográficas relacionadas ao mundo do trabalho e renda	155
Tabela 3 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis psicossociais relacionadas à família e aos cuidados	158
Tabela 4 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis psicossociais no serviço	160
Tabela 5 – Descrição da amostra conforme parâmetro e variáveis psicossociais por tentativa de suicídio.....	162
Tabela 6 – Panorama psicossocial do sofrimento dos usuários dos CAPS III	165
Tabela 7 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis acerca do histórico da busca por cuidados	169
Tabela 8 – Apresentação dos entrevistados.....	177

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
1 EXPERIÊNCIA DA LOUCURA: A CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA DE UMA EXCLUSÃO SOCIAL	28
1.1 DA LOUCURA À SAÚDE MENTAL: NOTAS HISTORIOGRÁFICAS DA LOUCURA	28
1.2 DELINEANDO A NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA: CRÍTICA AO INSTITUÍDO	48
1.2.1 Movimentos de reformas psiquiátricas pelo mundo: “Psiquiatria reformada” e “Ruptura psiquiátrica”	50
1.2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: emaranhado no cuidado à Saúde Mental.....	64
1.2.2.1 Saúde Mental em contrarreforma: retrocesso no cuidado e perda de direitos.....	76
2 PROPOSTA DE COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO HUMANO: UMA ALTERNATIVA CONCEITUAL	85
2.1 SOFRIMENTO PSÍQUICO: EM BUSCA DE UM ENTENDIMENTO	85
2.1.1 Compreensão do sofrimento nos clássicos: Karl Marx, Émile Durkheim e Max Weber	88
2.1.2 Compreensão do sofrimento em autores contemporâneos.....	95
2.1.3 A subjetividade enquanto elemento basilar para compreensão do sofrimento.....	101
2.1.4 Sofrimento Social e sua interface com o sofrimento psíquico	105
2.2 (RE) PENSANDO O CAMPO DA SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL	116
2.2.1 Processo de Recovery: abordagem que fortalece o entendimento de sofrimento psicossocial	125
3 NAS TRAMAS DO PERCURSO METODOLÓGICO: PESQUISA DOCUMENTAL E DE CAMPO	138
3.1 ESCOLHAS METODOLÓGICAS.....	138

3.2	<i>LÓCUS DA PESQUISA DE CAMPO: CAPS CAMINHAR E CAPS GUTENBERG BOTELHO</i>	145
3.2.1	Contextualizando o CAPS Caminhar	145
3.2.2	Contextualizando o CAPS Gutemberg Botelho	148
3.3	PESQUISA DOCUMENTAL EM FOCO: PANORAMA GERAL DO PERFIL E DA EXPERIÊNCIA DE VIDA DOS USUÁRIOS DOS CAPS PESQUISADOS	150
4	A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL: OS SIGNIFICADOS E OS SENTIDOS DAS NARRATIVAS	174
4.1	EIXO 1: NARRATIVAS DO PERFIL DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS	176
4.2	EIXO 2: NARRATIVAS SOBRE A BUSCA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL	189
4.3	EIXO 3: NARRATIVAS DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL: OS SENTIDOS E OS SIGNIFICADOS	227
4.3.1	Narrativas sobre a experiência do sofrimento: desatando os nós.....	227
4.3.2	Narrativas da temática “Adoecimento e Sofrimento”: elementos (re)significadores da loucura	246
4.3.3	Narrativas da temática experiência cotidiana	254
4.3.4	Narrativas sobre a participação da família e produção do cuidado em saúde mental.....	267
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	277
	REFERÊNCIAS	286
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	303
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	305
	ANEXO B – Encaminhamento para realização de pesquisa	306

INTRODUÇÃO

A presente tese apresenta-se como resultado do processo de doutoramento em Sociologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), cujo título tem a pretensão de evidenciar a complexidade em torno da temática estudada. A expressão “(DES)SENTIDOS DA LOUCURA”, inscreve-se como provocação para pensarmos o intrincado processo social e cultural que cada período histórico ou cada sociedade vai construindo para perceber e significar a loucura, cuja identidade segue marcada por um conjunto de preceitos ideológicos, políticos, econômicos, sociais, científicos, filosóficos, culturais, entre outros. É na esteira dessa construção que acreditamos na possibilidade de uma nova racionalidade da loucura, construída para dar sentido às diferenças das experiências do sofrimento humano em sua relação com a complexidade da vida.

Diante disso, encontra-se o objetivo geral do nosso estudo, que foi compreender a experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental, que utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III em João Pessoa/PB, verificando em que medida as mudanças socioculturais sobre as formas de entender a loucura modificam a experiência do sofrimento humano e as formas de assistência na saúde mental¹. Como objetivos específicos, destacamos: traçar o perfil dos usuários dos CAPS; conhecer, a partir dos itinerários terapêuticos, as estratégias utilizadas e os dispositivos de cuidado acionados pelos usuários da saúde mental na busca pela atenção à saúde; compreender a experiência do sofrimento a partir dos acontecimentos da história de vida dos participantes, enquanto marco desencadeador da primeira crise; analisar como a narrativa da saúde mental interfere na experiência do sofrimento e nas compreensões dos significados da loucura; compreender como o problema de saúde mental se incorpora no cotidiano da vida dos usuários e os impactos sobre a pessoa e a imagem de si; compreender como a família vivencia e participa da produção do cuidado em saúde mental.

As mudanças nos contextos sócio-históricos culturais nos permitem apostar em uma nova imagem social da loucura, sobretudo, pautada no entendimento desta como experiência do sofrimento humano e não mais como uma experiência patológica. Nesse sentido, ressaltamos

¹ A utilização do termo “Pessoas com problemas de saúde mental”, parece-nos mais favorável para indicar que o indivíduo vivencia uma experiência de sofrimento intensa, que repercute como dificuldade em operar planos de saídas e produção de novos sentidos. Este processo impede o sujeito, momentaneamente, de seguir com as atividades da vida cotidiana, impactando as diferentes esferas de sua vida. Este processo deve ser entendido como complexo, plural e deve ser abordado a partir de estratégias de cuidados, também plurais, bem como intersetoriais e contar com a transversalidade de múltiplos saberes. Ou seja, consideramos o termo mais apropriado para referirmos às pessoas em sofrimento intenso, e que no nosso estudo, procuraram serviços de saúde mental.

que o presente trabalho propõe o sofrimento psicossocial como elemento para compreender a experiência humana da loucura que, sem dúvida, é um tema desafiante, dada a sua complexidade sócio-histórica. Nossa proposta valoriza o caráter complexo, multidimensional e multidisciplinar da loucura e da possibilidade de um novo *status* social para as pessoas em sofrimento intenso, tendo em vista que elas, geralmente, são vinculadas a um diagnóstico psiquiátrico. Assim, esse conceito que se esboça pode exprimir um estado de sofrimento transitório, provocado pelos aspectos sociais e intensificado subjetivamente, provocando mudanças comportamentais e emocionais, exigindo cuidados de atenção psicossocial.

Pensar os diferentes diagnósticos dados pela psiquiatria como sofrimento psicossocial é uma maneira de encarar as diferenças humanas em sua relação com o contexto social, cuja busca de cuidado exige uma atenção também psicossocial. Esta deve dar-se a partir de diversas práticas, construídas em diálogo multidisciplinar, com investimento em diversos modos de fazer andar a vida, uma vez que cada história singular nos apresenta a complexidade da vida.

Tal entendimento está pautado na compreensão da saúde mental como campo de conhecimento, que é complexo, plural e apresenta, na contemporaneidade, uma transversalidade de saberes, permitindo uma ampliação dos sentidos, que rompem com os paradigmas que trabalham com sentidos únicos, tidos como verdades. Acreditamos que as mudanças estão em curso e que um passo, apesar de polêmico, foi dado, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas se constitui enquanto estado completo de bem-estar físico, mental e social. Esse reconhecimento fortalece o processo de atenção psicossocial da saúde mental, pois evidencia os desafios da complexidade da vida em suas infinitas manifestações. Como bem nos revela Amarante (2011, p. 18): “[...] continuamos com muitas dificuldades [...] pois é muito difícil estabelecer o que é esse estado de completo bem-estar... Às vezes questiono se há alguém assim!”.

Pensar sob este prisma, nos indica que toda a humanidade está suscetível ao sofrimento, em algum momento da vida, e que este sofrimento pode tornar-se mais intenso. De acordo com Freitas (2021), apesar de esse entendimento configurar-se enquanto uma dimensão universal, o sofrimento, inclusive o mais intenso, pode ser entendido como comportamento inerente à condição humana, que deve ser compreendido mediante as experiências difíceis de nossas vidas, não necessariamente significa alguma doença.

Ademais, quando se trata de saúde mental, percebe-se que a psiquiatria transforma sofrimentos, como ansiedade, medo, pânico, em uma dor, mesmo que esta seja denominada de psíquica, comparada e sendo uma variação de qualquer outra dor física, que necessita de medicamentos para saná-la. Conquanto, apesar da predominância dos preceitos da psiquiatria,

deve-se atentar que a dor psíquica tem uma especificidade, ela remete mais à subjetividade do indivíduo do que ao corpo biológico propriamente dito (PERRUSI, 2015). Esse autor apresenta uma distinção analítica importante, afirmando que a dor é, no máximo, própria do corpo físico; enquanto o sofrimento pode ser considerado uma manifestação da subjetividade que envolve os aspectos culturais, as representações, a rede de sentidos e significados compartilhada pelo grupo social do indivíduo. A esse propósito, necessita-se de um olhar diferenciado, um olhar que não separa o sofrimento das dimensões físicas, psicológicas, mentais e espirituais, nem dos impactos do conjunto de forças sociais, econômicas, políticas, culturais, enfim, do reconhecimento da indissociabilidade das esferas da vida de cada indivíduo.

É sabido que, por muito tempo, pensou-se que a doença pertencesse ao reino da natureza ou fosse mera condição biológica e, assim, fazia parte do domínio das ciências biológicas. No entanto, a sociologia da saúde e a antropologia médica têm constatado que a aflição, a doença, o corpo são realidades que estão profundamente contidas em domínios culturais diversos, bem como nos contextos sociais individuais. Segundo Souza (1999, p. 89), “Qualquer que seja sua natureza, seu substrato biológico ou psicológico, a doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente”.

É fato que o campo da saúde mental foi marcado historicamente e fortemente pela hegemonia do modelo biomédico e pelo surgimento de práticas e aparatos institucionais de controle e exclusão, cuja construção está expressa na forma como a loucura foi transformada, enquanto expressão da experiência humana, em patologia, devendo ser tratada em ambientes fechados. Nesses ambientes, oportunamente, a psiquiatria assume um lugar que lhe garantirá a apropriação da loucura como seu objeto de conhecimento. Ou seja, desde que a loucura foi apropriada conceitualmente pelo discurso da psiquiatria, que a reduziu e a categorizou como doença, as práticas em saúde mental, mesmo sob a justificativa de função terapêutica, já apresentavam um caráter desumano e excludente, desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos.

No entanto, essa realidade começa a mudar mais precisamente após a Segunda Guerra Mundial, quando a sociedade passa a questionar e refletir sobre a situação de privação de liberdade e de uma infinidade de desrespeito aos direitos humanos a que eram submetidas as pessoas internadas em instituições psiquiátricas, desencadeando uma erosão do saber psiquiátrico. Assim, começaram a surgir as propostas de reformas psiquiátricas que questionam as formas tradicionais de assistência, evocando uma atenção psicossocial e o processo de desinstitucionalização.

No contexto brasileiro, a saúde mental inicia seu processo de reforma no final da década de 1970, sendo gestados diferentes e variados modos de pensar e gerir as políticas no sentido

de exercitar a democracia, mas também de aperfeiçoar as formas de controle social. Assim, analisar o desenvolvimento da reforma psiquiátrica no Brasil implica compreender e desvelar as perspectivas do cuidado a partir do confronto entre os dois modelos existentes, o asilar ou manicomial e o modelo de atenção psicossocial (AMARANTE, 1995).

Não há dúvidas que a reforma psiquiátrica, ainda em desenvolvimento no Brasil, apresenta avanços, bem como retrocessos, pois se tem uma avaliação pessimista diante do processo de contrarreforma conduzido pelo atual governo brasileiro. Por outro lado, concordamos com Yasui (2010), que a luta e as conquistas para e com a reforma revelam uma nova perspectiva social e política para a pessoa com problemas de saúde mental. Para este autor, o fato da reforma ter origem a partir do movimento social assume um lugar importante na interlocução entre os atores sociais do campo da saúde mental.

Dentre os atores sociais (gestores, técnicos, usuários e suas famílias) do campo da saúde mental, destacamos no nosso estudo os usuários e os familiares, sujeitos que consideramos centrais para o entendimento em torno da complexidade social da experiência do sofrimento humano, bem como para analisar os rumos da loucura em nossa sociedade, por serem estes quem a vivencia.

Portanto, o nosso estudo buscou responder às seguintes questões: Quem são as pessoas que acessam o CAPS? Como a narrativa do campo da saúde mental interfere na experiência do sofrimento, na imagem de si e nas compreensões sobre a doença/loucura/sofrimento dos indivíduos que acessam os CAPS? E, nesse sentido, como se dá na atualidade a busca pelo cuidado? Como estas modificações impactam na vida dos usuários e de seus familiares? Será que a Reforma Psiquiátrica da forma como foi pensada e implementada apresenta mudanças efetivas no campo da saúde mental?

Para responder a essas questões, buscamos conhecer o cotidiano dos usuários e seus aspectos culturais, sociais, econômicos e familiares, bem como entender suas percepções em torno do seu sofrimento e da busca por cuidados. Considerando essas questões e observando a convivência de dois paradigmas no campo da saúde mental, partimos de três hipóteses: 1) O problema de saúde mental se incorpora na vida do usuário de forma negativa, deteriorando sua autoimagem e reforçando os estigmas historicamente atribuídos à loucura. Nesse processo, o usuário tem sua vida, suas relações sociais, afetivas e de trabalho determinados por esses aspectos, levando-os, muitas vezes, a um autorreconhecimento da incapacidade para o trabalho, para vida social e para a ocupação dos espaços públicos, sendo constantemente tutelados pela família; 2) A narrativa da reforma participa, bem como a reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) colabora para a reconstrução de uma nova identidade para os usuários da

rede, quando eles passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos; e 3) Essa nova identidade e esse reconhecimento têm contribuído para uma narrativa de reversão da autoimagem negativa relativa ao problema de saúde mental, interferindo nas compreensões sobre a experiência do sofrimento humano, nos itinerários terapêuticos e imprime a urgência de uma nova racionalidade da loucura.

Desta feita, constituíram os cenários de nossa pesquisa os CAPS III de João Pessoa/PB, denominados CAPS Gutemberg Botelho e CAPS Caminhar. Na perspectiva de atender aos objetivos do nosso estudo, utilizamos diferentes metodologias de pesquisa, que consideramos como complementares por favorecerem uma maior compreensão do objeto de estudo, quais sejam: Pesquisa de campo com abordagem qualitativa, utilizando a metodologia de pesquisa da história oral, a partir da entrevista temática e da entrevista semiestruturada, realizada com 22 usuários e 12 familiares, cujos temas foram: dispositivos de cuidados acionados; experiência do sofrimento; concepções de “Adoecimento e Sofrimento”; relações familiares e sociais, preconceito e estigma (imagem social e imagem de si); dificuldades e positivities; e participação e produção do cuidado em saúde mental.

A Pesquisa documental subsidiou a contextualização dos cenários, permitindo apresentar um panorama geral dos usuários, bem como permitiu aproximação mais segura com os usuários e familiares que foram entrevistados, uma vez que iniciamos pela pesquisa nos prontuários, que demandava nossa presença assídua nos serviços e participação nas atividades e, assim, permitia uma aproximação com mais confiança.

A pesquisa documental foi realizada em 571 prontuários dos usuários dos CAPS Gutemberg Botelho e CAPS Caminhar. Além da observação sistemática, que ocorreu durante todo tempo da nossa presença nos serviços, algumas vezes, a coleta de dados também foi realizada na participação das atividades, na hora das consultas, dos atendimentos profissionais, das refeições, na sala consultando os prontuários e nos espaços de circulação dos usuários no serviço, que constituíram momentos importantes da observação atenta e mais ampla dos processos que estavam ocorrendo nos campos pesquisados, buscando registrar detalhadamente, de modo organizado e sistemático, no diário de campo. Instrumento este bastante utilizado, que permitiu registrar impressões, reações dos entrevistados, perceber ângulos e dimensões que consideramos importantes e que reforçaram as análises dos resultados da pesquisa.

A pesquisa atendeu aos pressupostos da Resolução 510 de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida

cotidiana. Nesse sentido, o nosso projeto de pesquisa foi cadastrado na plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética, do Centro de Ciências Médicas (CCM), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sendo aprovado no dia 26 de junho de 2019, sob o CAAE nº 14166719.6.0000.8069 (Anexo A), cujo encaminhamento da Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/Pb foi emitido no dia 05 de julho de 2019, sob processo nº 07.323/2019 (Anexo B). O que nos permitiu iniciar a pesquisa dia 08 de junho de 2019, que se estendeu até o dia 19 de março de 2020.

Atendendo aos termos legais e éticos, utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para os participantes da pesquisa de campo, contendo a natureza da pesquisa, os objetivos, a justificativa, a metodologia, os direitos, os possíveis riscos e benefícios, em duas vias que, após lidas e explicadas, foram assinadas pelos participantes que, ao preencherem aos critérios da pesquisa, foram convidados e aceitaram participar. Lembrando que foi e está assegurada a confidencialidade dos participantes nas declarações emitidas, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização nos termos da resolução 510 de 2016.

É importante ressaltar que o interesse, bem como a delimitação do nosso objeto de estudo, está ancorado na vivência da pesquisadora no campo da saúde mental, tanto na formação acadêmica, quanto no exercício profissional enquanto assistente social. No âmbito acadêmico, a motivação vem da formação profissional da pesquisadora, graduada em Serviço Social, especialista em Preceptoría no Sistema Único de Saúde (SUS) e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A atividade como pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) nos instiga a uma busca incessante por respostas a partir de resultados de pesquisas no campo da saúde mental. Motiva-nos, também, os resultados da experiência enquanto docente e supervisora acadêmica de discentes inseridos em campos de estágio supervisionado na saúde mental, tanto em hospitais psiquiátricos, quanto em serviços substitutivos.

Ademais, a estas motivações, soma-se a experiência resultante das discussões oriundas da docência em Serviço Social, da supervisão de estágios no campo da saúde mental, bem como da tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, atividades que nos levam cotidianamente a refletirmos sobre os espaços da saúde mental.

Na esfera profissional na política setorial, a motivação pessoal decorreu da atuação como assistente social quando da implantação, em 2005, do CAPS Caminhar em João Pessoa-PB, e da necessidade em adquirir conhecimentos que possibilitem reflexões e que gerem transformações.

Além disso, o desenvolvimento do presente estudo nos proporcionou conhecer e analisar outras realidades, cuja conquista refere-se à aprovação pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Plano de trabalho intitulado: REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E EM PORTUGAL: análises a partir dos itinerários terapêuticos. O referido plano foi financiado pelo CNPq, por meio da concessão e implantação de bolsa de doutorado sanduíche no exterior (SWE), no Centro de Ecologia Funcional (CEF), no Departamento de Ciências da Vida, da Faculdade de Ciências e Tecnologias, da Universidade de Coimbra (UC-Portugal), no período de agosto de 2021 a março de 2022. Com o desenvolvimento da pesquisa de campo, foi possível ampliar os conhecimentos e conhecer em *lócus* como vem se desenvolvendo a reforma psiquiátrica em Portugal, o que nos permitiu identificar as semelhanças e as diferenças no contexto do processo de reforma nos dois países. Nesse sentido, o período sanduíche fortaleceu a nossa compreensão em torno do sofrimento humano enquanto sofrimento psicossocial, constatado a partir das experiências dos sujeitos entrevistados.

Assim, são estas as disposições iniciais que fundamentaram o desenvolvimento da tese. Na tentativa de dar conta da complexidade inerente ao nosso estudo, organizamos a tese em quatro capítulos. O Capítulo 1 apresenta o contexto sócio-histórico da experiência da loucura, em que buscamos evidenciar essa construção, envolvendo o contexto mais geral acerca dos significados da loucura. Em seguida, discutimos a emergência dos movimentos de reformas psiquiátricas mundiais e, de modo específico, a construção da reforma psiquiátrica brasileira e seu processo de contrarreforma na contemporaneidade.

No Capítulo 2, procedemos à problematização do entendimento da loucura enquanto experiência do sofrimento humano. Assim, buscamos compreender e fazer uma relação da subjetividade, sofrimento psíquico e sofrimento social, ao passo que a reflexão nos permitiu vislumbrar a incidência do sofrimento psicossocial, o qual buscamos fundamentar para dar bases à compreensão e análise da experiência do sofrimento no campo da saúde mental. Além disso, apresentamos o Recovery como uma abordagem que propõe uma forma de cuidar mais humanizada e alinhada com a compreensão do sofrimento psicossocial.

O Capítulo 3 traz o percurso metodológico da pesquisa empírica e documental, com a descrição das técnicas e dos instrumentos utilizados. Como parte da apresentação dos cenários da pesquisa, contextualizamos os CAPS III (Gutemberg Botelho e Caminhar), utilizando os resultados da pesquisa documental, que permitiu traçar um panorama geral do perfil dos usuários dos CAPS, além de evidenciar elementos psicossociais de suas experiências.

No Capítulo 4, encontram-se os resultados da pesquisa empírica com as análises temáticas, que foram divididas por três eixos temáticos. O Eixo 1, tratando-se das narrativas que revelam o perfil dos entrevistados; o Eixo 2 compreendeu a apresentação das narrativas sobre a busca de cuidados em saúde mental, a partir dos dispositivos acionados pelos entrevistados; e, no Eixo 3, encontram-se as narrativas relacionadas às temáticas: experiência do sofrimento; concepções de “Doecimento e Sofrimento”; Narrativas da temática experiência cotidiana, com os indicadores das relações familiares e sociais, preconceito e estigma (imagem social e imagem de si), dificuldades e positivities; e as narrativas da participação da família e produção do cuidado em saúde mental.

Por fim, seguem as considerações finais, seguidas das referências, apêndice e anexos.

1 EXPERIÊNCIA DA LOUCURA: A CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA DE UMA EXCLUSÃO SOCIAL

A loucura, ao longo da história das diversas sociedades, foi dotada de significados e tratada de diferentes maneiras. O comportamento humano associado à loucura é um terreno complexo e em cada período histórico constata-se as múltiplas concepções e intervenções que foram construídas pela religião, filosofia e ciência, e que, até os dias atuais, são desafiadas a dar respostas que atendam a um conjunto de interesses econômicos, políticos, ideológicos etc.

Apesar das constatações históricas apontarem a loucura por um invólucro da exclusão, percebemos que, mesmo lentamente, ocorrem avanços no modo de perceber e significar uma abordagem emancipatória da loucura quando identificamos movimentos reformadores que buscam romper com a dualidade entre sãos e loucos, normais e anormais. Concordamos com Bisneto (2011, p. 174) quando sinaliza que: “[...] se na história ela passou a ser anormalidade, na história ela pode ser restituída à condição de fenômeno inerente às sociedades, e não apenas marginalidade, estigma”.

Assim, compreendemos que evidenciar o contexto sócio-histórico da experiência da loucura favoreceu, sobremaneira, a análise dos resultados dos dados da nossa pesquisa de campo, uma vez que os entrevistados experienciam os impactos advindos das relações que se estabelecem no campo da saúde mental. Nesse sentido, o objetivo do presente capítulo é realizar um levantamento histórico da experiência da loucura, a partir da pesquisa bibliográfica. A perspectiva é delinear os principais acontecimentos no campo da saúde mental que, inevitavelmente, se constitui como base teórica explicativa para vislumbrar concepções críticas de que as práticas assistenciais, nesse campo, se desenvolveram e se desenvolvem como resposta às exigências sociais, econômicas, políticas e culturais nos diferentes contextos societários. Tais contextos são indicativos de que a experiência da loucura e, conseqüentemente, a experiência da sua exclusão são uma produção social e histórica.

1.1 DA LOUCURA À SAÚDE MENTAL: NOTAS HISTORIOGRÁFICAS DA LOUCURA

Nas diversas sociedades, as percepções em torno da loucura vão desde o entendimento da loucura como um aspecto de manifestação de deuses até a possessão por demônios. Para Bisneto (2011, p. 173), tais percepções de relação social com a loucura variavam de acordo com a “[...] sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava em diferentes contextos [...] Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida [...]”.

[...] O modo como as pessoas reagem ao que estabelecem como anormalidade depende de seus valores e suas suposições sobre o comportamento humano. A falta de conhecimento sobre os determinantes do comportamento produz soluções inadequadas até porque o comportamento não é matéria de simples compreensão (BRITTO, 2004, p. 157).

Na perspectiva de compreensão desse desenvolvimento, iremos abordar a classificação do modelo histórico, realizada por Isaias Pessoti (1997) na sua obra “A Loucura e as épocas”. Este autor classifica em três modelos: **o modelo mítico-religioso; o modelo organicista e o modelo psicológico.**

Para efeito didático e para melhor entendimento, reunimos esses modelos no Quadro 1, a seguir, a partir das reflexões de Cherubini (2006) referenciando Pessoti e sua divisão histórica da loucura. Somado a esses modelos e na tentativa de traçar um estado da arte da história da loucura dos primórdios à contemporaneidade, acrescentamos outros dois modelos, ao qual denominamos de **modelo psiquiátrico e o modelo psicossocial.**

Quadro 1 – Modelos históricos de compreensão da loucura

TIPOS DE MODELOS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
Modelo mítico-religioso	Antiguidade Manifestação dos deuses	“Na Grécia Antiga podemos observar que a loucura era considerada privilégio. Era através do delírio que alguns indivíduos podiam ter acesso às verdade divinas. (SILVEIRA, 2003). O que o louco dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de modificar os acontecimentos e intervir no destino dos homens” (CIRILO, 2006, p. 16). Período em que o louco transitava livremente.
	Antiguidade Clássica e Idade Média Modelo Demonista	“Coleman (1950) relata que nos primeiros escritos dos chineses, egípcios, hebreus e gregos já havia a demonstração de que eles atribuíam aos comportamentos-problemas ações de demônios que tomavam posse do indivíduo. Eram comuns crenças em bruxaria, magia e feitiçaria. Essa posição deu origem a um grande espaço para as concepções místicas sobre a complexidade do comportamento humano e abertura para o enquadramento, nesta categoria, de um grande número de atividades de caráter ritual ou curativo pré-cristão” (BRITTO, 2004, p. 158). Assim, a loucura era entendida como: “São forças do Mal ou do Demônio, vindas diretamente dele ou por artes de bruxaria. Todo comportamento bizarro pode ser obra do demônio. As pessoas tidas como loucas equivalem a endemoniadas; são mutiladas, queimadas em fogueiras, exorcizadas. Sofrem toda a sorte de perseguições” (CHERUBINI, 2006, p. 27).

TIPOS DE MODELOS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
Modelo organicista	Antiguidade Clássica (Hipócrates, considerado o pai da medicina); Platão; Aristóteles; Galeno, etc.	“[...] Sustenta a causa ou etiologia da loucura como sendo física, orgânica. Sua evolução histórica mostra a busca por um centro orgânico responsável pela loucura, variando entre útero, corrente sanguínea, coração, como responsável pelo calor vital, até sua fixação no encéfalo ou cérebro. Tem grande número de adeptos e desenvolve-se, sobretudo, a partir do Positivismo, que defende sua natureza científica” (CHERUBINI, 2006, p. 8).
	Idade Moderna Retomada no Séc. XVII e XVIII	“[...] significando o predomínio do fim absoluto da explicação mitológica e teológica das doenças” (CIRILO, 2006, p. 17). “A partir do século XVII, prosperam reações ao modelo mítico-teológico, passando os médicos a buscar fundamentos anatomofisiológicos para a loucura. Se as respostas encontradas não são as mais adequadas, sobretudo por não disporem de critérios nosográficos unívocos, têm ao menos o mérito de afastar explicações sobrenaturais. Pelo enfoque médico da época, a essência da alienação passa a ser um distúrbio de alguma função ou estrutura orgânica, sobretudo do cérebro” (CHERUBINI, 2006, p. 14). “Durante o século XVII, a criação de grandes hospitais favorece tanto a internação, como uma reação à miséria, como sua duração mais prolongada. [...] Encontra os loucos nos leprosários e nas prisões, misturados a outras espécies de pessoas excluídas da sociedade. Contra esta situação há movimentos contrários, seja dos próprios criminosos, que não concordam em ficar presos junto com insanos, seja de teóricos, a exemplo de Howard (FOUCAULT, 1995:55) que, ao visitar as prisões, insurge-se contra a mistura de condenados, jovens que perturbam a família, vagabundos e insanos. Se há polêmica quanto à mistura de loucos e pessoas que raciocinam, não há polêmica sobre a relação entre louco e internamento. [...] O início do século XVIII, por sua vez, reflete a mera custódia dos loucos. Não recebem tratamento médico constante. Não há um tratamento específico para a doença mental. As visitas médicas que lhes são feitas servem apenas para minimizar o problema de febre das prisões. Além disto, os médicos não têm formação específica. São indicados pelo poder político: o Estado designa quem vai cuidar dos grandes hospitais” (CHERUBINI, 2006, p. 16).
	Inicia na Antiguidade Clássica , com os autores de tragédia grega	“Os autores trágicos, notadamente Ésquilo e Eurípedes, apresentam traços da credulidade na intervenção cósmica sobre o comportamento humano. Embora quisessem retratar em sua obra a vida humana, com suas aberrações, e não visassem à psicopatologia, aos olhos atuais pode-se sustentar que traçaram complexos quadros clínicos de insanidade. [...] Eurípedes, de formação filosófica mais racionalista, dado o convívio com os sofistas e com Sócrates, começa por afastar a compreensão mitológica da loucura. Para o trágico grego, a loucura é fruto de contingências naturais humanas, como paixão, ódio, vergonha, instinto, em conflito com a norma” (CHERUBINI, 2006, p. 20).

TIPOS DE MODELOS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
Modelo psicológico	Séc. XVIII Retomado por Philippe Pinel	O modelo psicológico é retomado por Philippe Pinel, no sentido de que o mesmo considera as paixões na etiologia da loucura. Por outro lado, Pinel “[...] não é um representante aguerrido do modelo psicológico, apenas demonstra-lhe simpatias e inclinações. Ao defender a origem da loucura em desequilíbrios das funções mentais, é predominantemente organicista. Sua prática terapêutica, marcada por um tom moralista, é que permite o seu enquadramento neste modelo” (CHERUBINI, 2006, p. 08). Vale ressaltar ainda que o modelo psicológico “Prossegue na atualidade com as teorias que sustentam terapias cognitivas ou psiquiatria analítica, sem medicamentos, aplicando os ensinamentos ou outras formas de terapias derivadas da Psicanálise” (SERRANO, 1992 apud CHERUBINI, 2006, p. 08).
Modelo psiquiátrico	Séc. XVIII Inicia-se com Philippe Pinel	“A Psiquiatria, como especialidade médica, pode dizer-se iniciada a partir da publicação da obra de Philippe Pinel, intitulada Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental. [...] Atribui-se a Pinel a autonomia da medicina do espírito e o mérito de aplicação de técnicas revolucionárias para a época, como soltar os grilhões e liberar os loucos das correntes. A liberdade a eles concedida, no entanto, dá-se dentro dos muros dos hospícios. A esse "gigantesco aprisionamento moral é que se está acostumado a chamar de a libertação dos alienados por Pinel e Tuke" (FOUCAULT, 1995 apud CHERUBINI, 2006, p. 20). “Para Pinel, lesões no intelecto e na vontade podem provocar a loucura. Deve-se observar os comportamentos, os gestos, o modo de falar dos pacientes. Isto porque as aberrações comportamentais refletem a ocorrência de lesão ou comprometimento das faculdades mentais. Observando-se os traços comuns, pode-se evoluir para a especificação da doença, constatando-lhe a natureza e elaborando sua classificação, passos fundamentais para o diagnóstico” CHERUBINI, 2006, p. 21). Ou seja, Pinel defende a loucura como alienação mental, sendo também da ordem moral e estabelece no espaço do hospital um tratamento de ordenamento, em que observa-se os sintomas para classificá-los. “A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. [...] Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar” (CASTEL, 1978, p. 83 apud AMARANTE, 1995, p. 25). Portanto, esse modelo inaugura o processo de institucionalização da loucura a partir da segregação nos grandes manicômios, onde a loucura é determinada como doença mental e o sujeito agente passivo do saber médico, destituído de toda sua dignidade humana. “O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e

TIPOS DE MODELOS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
		discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidade morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio” (AMARANTE, 1995, p. 46-47).
	Séc. XX e XXI Movimentos Reformistas da Psiquiatria ou “Psiquiatria reformada” - até a neurociência e a Etnopsiquiatria	“Os hospitais psiquiátricos, caracterizados pelas internações em tempo integral e de longa duração, chegam à década de 50 do século XX superlotados, com funcionários insuficientes para atender à demanda e como alvos de denúncias de maus-tratos. As críticas a esse modelo acabam por alavancar reformas no setor e nesse sentido dois grupos distintos ganham proeminência: a) os que defendiam a psiquiatria reformada, implicando a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas (a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional, na França) e outros que propunham estender a psiquiatria ao espaço público (psiquiatria comunitária); e b) os que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e aqueles que defendiam a Psiquiatria Democrática, como o italiano Franco Basaglia” (BATISTA, 2014, p. 397, grifos nossos). O modelo psiquiátrico se constitui como campo que abrange o modelo organicista e psicológico, haja vista o aprofundamento dos conhecimentos dessas áreas durante os séculos XIX e XX, como por exemplo o desenvolvimento da psicanálise a partir da sistematização de Freud e posteriormente o surgimento dos psicofármacos. Esses acontecimentos determinam a mudança radical da psiquiatria para hoje o que denomina-se de modelo biológico e medicamentoso de compreender e tratar os problemas de saúde mental. Soma-se ainda o surgimento de novos campos do saber como a neurociência que advoga pela determinação neuroquímica e até mesmo genética da doença mental. “As pesquisas em neurociências tinham como um de seus principais objetivos encontrar a determinação biológica dos mais variados fenômenos, entre os quais, os transtornos mentais. Com o desenvolvimento das pesquisas, as patologias mentais passam a ser entendidas e investigadas como transtornos neurológicos, e a herança genética e a fisiologia cerebral são tomadas como cerne das doenças. Segue-se a isso um período de intenso investimento em investigações sobre a genética dos transtornos mentais, que buscavam identificar o gene responsável por cada transtorno e sobre o funcionamento cerebral, buscando relacioná-lo a sinais e sintomas de doenças. [...] Desse modo, o predomínio de um modelo biológico de explicação dos transtornos mentais tenderia a influenciar significativamente as

TIPOS DE MODELOS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
		possibilidades terapêuticas ofertadas na atenção à saúde mental, privilegiando intervenções medicamentosas e objetivas, e esvaziando as demais possibilidades de cuidado” (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2016, p. 2). Portanto, “[...] As neurociências favoreceram o entendimento dos transtornos mentais sob a perspectiva biológica, com destaque ao desenvolvimento das taxonomias, consideradas como ferramentas fundamentais para identificar e classificar os transtornos psicopatológicos, os quais são utilizados no cotidiano das práticas clínicas e de pesquisa” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 9). O modelo psiquiátrico, “[...] apesar de não possuir mais o reconhecimento formal dentro do campo político, se espalha num conjunto de práticas, normas e condutas que, mesmo “disfarçadas” por um verniz democrático e humanitário, preserva sua objetividade quer seja pela exclusão do louco do convívio social e pela defesa dos recursos “científicos” da psiquiatria” (CARVALHO, 2015, p. 173). Por outro lado, “A Etnopsiquiatria, fundada por Geroges Devereux, surge enquanto possibilidade de refletir o encontro intercultural e seus desdobramentos quanto à compreensão do adoecimento psíquico e à coerência entre terapêuticas e etiologias deste adoecimento” (BORGES et al, 2019, p. 249). “O propósito da Etnopsiquiatria é o de estabelecer uma linguagem susceptível de ser compreendida por todos, valorizar o meio onde vive o enfermo e utilizar-se deste mesmo meio como fator de recuperação. No trabalho etnopsiquiátrico, a participação do enfermo e familiares no tratamento é ativa com o objetivo de entender a etiologia do problema e buscar soluções para o caso (NORONHA, 1986). A Etnopsiquiatria não pretende ser mais uma subdivisão de uma especialidade, mas chamar atenção para os componentes socioculturais em torno do doente mental, que no decorrer desses anos, foi subjugado por uma visão reducionista de seu problema sofrendo, por isso, sérias consequências” (COLLOMB, 1975 apud NORONHA, 2004, p. 7).
		Caracterizado pelo processo de Reformas Psiquiátricas ainda em desenvolvimento no mundo, que estão pautados na defesa de uma ruptura com a psiquiatria tradicional. Aqui retomamos o movimento denominado de antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática por entender que esses movimentos representam essa busca por ruptura, ou seja, essas experiências são marcos na defesa ao processo de desinstitucionalização, no esforço para que ocorra mudanças mais efetivas no âmbito histórico, político, social e cultural no campo da saúde mental. Vejamos o que coloca Amarante (1998, p. 27): “[...] a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados”. Esse modelo simboliza a luta por cidadania, pelo cuidado em saúde mental de base territorial e substitutivo às práticas que outrora velavam a miséria, a violência e o descaso com os sujeitos em

TIPOS DE MODELOS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
Modelo Psicossocial	Séc. XX e XXI	sofrimento. Como característica desse modelo no contexto brasileiro temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse modelo surge realmente na esteira da crítica à psiquiatria tradicional, cuja grande contribuição está em considerar os aspectos e os valores sociais e culturais no processo de reforma, pois não se pode afirmar que esse modelo abandona a visão biológica. Na verdade, ele também se reafirma pela psiquiatria, quando agrega um certo entendimento de doença mental, de transtorno mental, de patologização, de medicalização, etc. Portanto, não podemos afirmar que esse modelo é totalmente voltado aos preceitos culturais e sociais, pois há uma interação com o modelo psiquiátrico, que não se pode desconsiderar. No entanto, entendemos que o modelo psicossocial defende que o peso das questões sociais e culturais da experiência do sofrimento humano são mais determinantes do que as questões biológicas.

Fonte: Elaboração própria a partir de Cherubini (2006) e Amarante (1998).

Essas determinações históricas, indicadas no Quadro 1, revelam a complexidade dos significados e das intervenções que coexistem e determinam a loucura e o campo da saúde mental que, em especial na sociedade ocidental, tem essa história fortemente marcada por um contexto de marginalização e de estigmatização social (ALVES, 2008).

Michel Foucault (1926-1984) tornou-se um dos mais pesquisados entre os estudiosos da loucura, por abordar criticamente esta temática, descortinando a institucionalização da loucura, com ênfase na expansão das práticas de confinamento psiquiátrico hospitalar manicomial. O seu livro “História da Loucura: na Idade Clássica” (1972), é considerado um marco na compreensão da relação psiquiatria e loucura, evidenciando o contexto socioeconômico e o processo de exclusão social da loucura.

Nesse sentido, dentre as inúmeras contribuições de Foucault, buscaremos entender como se deu, historicamente, o processo de exclusão da loucura que, mesmo com os avanços, permanece até os dias atuais, entendendo que essa exclusão não se restringe à segregação e/ou ao internamento nas estruturas asilares e hospitalares manicomiais, que caracterizam a institucionalização da loucura, mas também a exclusão da vida social como um todo. Tal exclusão emudece, interdita, retira os domínios de verdades, o que subjuga o indivíduo a exclusão parcial e/ou total de ser humano cidadão.

Podemos começar sinalizando que Foucault compreende a loucura como uma construção social concreta, pois, para este autor, “A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da

sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam” (FOUCAULT, 2006 apud PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 1517). Portanto, pode-se dizer que as formas como a loucura é caracterizada dependeram e dependem da forma pela qual cada sociedade experiencia e vivencia essa relação.

Na sua História da loucura na idade clássica, Foucault sustenta que a doença mental tem de ser compreendida não como um facto natural mas como um construto social, suportado por um conjunto de práticas administrativas e médico-psiquiátricas. A história da loucura é, na sua base, não a história da doença e do seu tratamento mas a das questões de conhecimento e poder, liberdade e controlo. Digamos que Foucault se serviu da história da loucura para analisar o poder na nossa sociedade (ALVES, 2008, p. 23).

De acordo com Providello e Yasui (2013, p. 1519), “Foucault mostra a ideia de constituição histórica desse objeto, como ele se constituiu por meio de rupturas e continuidades históricas, como ele se construiu a partir dos regimes de saber a seu respeito”. Para isso, Foucault (2005) vai analisar as mudanças na percepção social da loucura ao longo do tempo, em especial apresenta o processo de exclusão social dessa experiência humana que se torna mais evidente a partir do período da Renascença até à Modernidade, com o advento da transformação da loucura em alienação mental e, posteriormente, como doença mental. Assim, estabelece-se um “novo lugar social” para aquele que sofre.

Para demarcar os pontos de mudanças nos períodos históricos, Foucault (2005, p. 63) revela que, na antiguidade, a experiência da loucura se constituiu como forma de uma certa ideia de liberdade, que permitia uma relação de pertencimento social, pois “[...] o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo” (FOUCAULT, 2005, p. 63).

Segundo Foucault, os loucos, na Idade Média, pertenciam de certa forma ao horizonte social, pois havia uma experiência trágica da loucura que os conectava ao mundo como aqueles que dizem a verdade de forma extravagante, uma experiência que dava a eles o lugar da revelação. Isso quer dizer que a loucura tinha uma linguagem aceita socialmente, mesmo com suas particularidades (PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 1517-1518).

Identifica-se, nesse período, uma experiência de acolhimento à loucura. Ela está atrelada, em especial, a questões religiosas, mas que, de certa forma, apresentava-se como “uma anormalidade normal”, com suas particularidades, pois é sabido que “[...] Existiram, durante toda a Idade Média e a Renascença, casas de detenção para os insanos, as quais não tinham qualquer objetivo de tratamento, só aceitando os loucos da própria cidade” (PASSOS; BEATO, 2003, p. 143).

Não há dúvidas que o processo de exclusão social da loucura fica mais evidente a partir da Renascença, quando a loucura como construção social humana é identificada como desrazão, no discurso entre razão e loucura. No período da Renascença, a loucura

[...] era tema recorrente de diversas expressões artísticas, como peças de teatro e romances. Os loucos “conhecidos” eram tolerados, mas os loucos “estranhos”, com comportamentos desviantes e bizarros, incluindo os bêbados e os devassos, eram confinados em navios numa espécie de exílio ritualístico (BATISTA, 2014, p. 393).

A figura da “Nau dos Loucos”² marcará esse período no Renascimento, momento em que se vislumbra a instauração de uma nova identidade cultural que marcará essa época. É importante ressaltar que “[...] a nau foi uma figura retórica, presente na comédia de costumes da época, nas farsas e zotismos, para ironizar certos personagens ou características das pessoas” (PASSOS; BEATO, 2003, p. 142-143).

De acordo com Foucault (2005), a Narrenschiff (Nau dos loucos ou dos insensatos) é “[...] uma composição literária, [...] cuja equipagem e heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, embarcam para uma grande viagem simbólica que lhes traz, senão a fortuna, pelo menos a figura de seus destinos ou suas verdades” (FOUCAULT, 2005, p. 09).

A grande curiosidade apontada por Foucault é que parece que, dentre todas as naus inventadas, a única que se concretizou como prática foi a Nau dos Loucos. As cidades, querendo se ver livres de seus loucos, embarcavam-nos, fazendo-os percorrer principalmente os rios do norte e leste europeus, e a cada cidade que aportavam, eram reembarcados. Foucault lê nesse gesto, que impinge ao louco uma condição de prisioneiro da passagem – isto é, de passageiro eterno, sem destino e de origem ignorada – uma metáfora do modo ambíguo e prenhe de significações como a loucura é percebida na Renascença (PASSOS; BEATO, 2003, p. 143).

É importante ressaltar que este fato não se encontra registrado historicamente, mas o registro simbólico aponta para o fato de que ocorreu esta expulsão em massa dos loucos para outros locais que não permitisse a sua volta (ALVES, 2008).

Aqui, identifica-se mais claramente o processo de exclusão, a partir de uma “limpeza social”, que descarta a loucura e a envolve em contexto desumano, haja vista a perspectiva de esta encontrar-se entregue à própria sorte. “Consequentemente, a nau dos loucos já assinalava a exclusão da loucura, confiada aos marinheiros para, com certeza, evitar que eles ficassem vagando, indefinidamente, entre os muros da cidade” (BRITTO, 2004, p. 159).

² “Bosh retrata em sua clássica obra “A Nau dos Loucos”, a paisagem imaginária da partida de heróis em busca de fortuna, seus destinos e sua verdade. Foucault (1972) cita a existência real das Narrenschiff, barcos que transportam insanos de uma cidade para outra. Estes barcos assombram a imaginação na Renascença, estando a ideia de exclusão aqui articulada à incerteza do lugar do louco. Como o autêntico prisioneiro da passagem, não sabe a terra aonde aportará e, no seu desembarque, não é sabido de onde vem” (SOARES, 2006, p. 17-18).

Por outro lado, é necessário ressaltar que até esse momento os loucos circulavam livremente, não se tinha uma sistematização organizada para exclusão nas e das cidades. Segundo Foucault (1987 apud ALVES, 2008, p. 26), “[...] é possível supor que são escorraçados apenas os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos”.

No entanto, será na Idade Clássica (séculos XVII e XVIII) que a experiência humana da loucura começa a sentir os maiores impactos da exclusão no contexto de prisão, pois é nesse momento que lhe é retirada a liberdade. Ou seja, a loucura é inserida no contexto de questões sociais e é aprisionada, não para se ter um cuidado, mas para separá-la do que é tido como harmonia social. Nesse período, “[...] a loucura é apreendida num contexto novo, o da lógica do mercantilismo burguês e do racionalismo cartesiano [...]” (ALVES, 2008, p. 29). Assim, a loucura se consolida enquanto desrazão, por ser a condição de impossibilidade do pensamento, traduzida como perda da razão, insensatez, animalidade etc. e, assim, tem-se a justificativa para identificar e agrupar a loucura a outros grupos sociais tidos como desviantes inaceitáveis, que precisam ser contidos ou reprimidos, pois os loucos escapavam da lógica mercantil e do capitalismo, não se submetendo ao seu funcionamento. Então, ele passa a ser excluído do convívio social e perde sua liberdade, mas, ao mesmo tempo, passa a ser "incluído" na engrenagem do sistema, ou seja, as instituições disciplinares, as punições, os castigos, o controle dos corpos e das mentalidades. O capitalismo se expande tendo como modelo essa estrutura disciplinadora.

Assim, entende-se que a razão é a referência, sendo esta a grande instituidora do processo de exclusão social da loucura. Ou seja, Foucault (2005) entende esse período como sendo aquele que estabelece uma separação entre a razão e a desrazão, com o que é ser normal e anormal, sadio e doente, cujo destino dos despossuídos da razão era a internação, a segregação em espaços fechados e geralmente afastados dos centros das cidades.

A tese foucaultiana sobreleva o aspecto de desapropriação da loucura face ao referencial da razão, donde o destino de sua negatividade histórica. Removido do lugar de personagem divino (possuído), ao qual lhe referencia no mundo medieval; destituído do estatuto permeado pelas transcendências imaginárias no Renascimento; submetido às regras morais e ao exercício de soberania da verdade norteada pela razão; posicionado ao lado da insensatez e da incapacidade, o louco enclausura-se (SOARES, 2006, p. 21).

Esse enclausuramento ocorre em meados do século XVII, caracterizado pela prática da Grande Internação, com a criação do hospital geral³, que irá abrigar os loucos e todos aqueles que também são considerados desviantes sociais ou aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social, como:

[...] os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração" (FOUCAULT, 1975, p. 54).

Nessa perspectiva, entende-se que a loucura inscreve-se como questão social, constituindo-se como desordem a ser contida a partir de internações em hospitais ou em casas de internamento. Segundo Foucault (2010 apud BATISTA, 2014, p. 394) esse é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”. É importante lembrar que até aquele momento, a internação da loucura ainda não era identificada como doença, mas era a posição da sociedade quando reconhecia e definia as condutas dos indivíduos e, assim, decidia quem devia ou não fazer parte dela (FOUCAULT, 1975).

Seguindo essa linha analítica, será no começo do século XVIII, com o processo de industrialização e com o desenvolvimento do capitalismo, que a loucura irá sofrer uma nova configuração da exclusão. Isso acontece, de acordo com Alves (2008, p. 31) quando “O desenvolvimento massivo das manufacturas impõe-se e propaga-se, levando a uma necessidade crescente de mão-de-obra que a recruta nos asilos”. É fato que, na sociedade capitalista, a dimensão do trabalho é um domínio social importante, tornando-se o primeiro elemento para determinar a loucura de um indivíduo, gerando, assim, seu processo de exclusão social, haja vista as dificuldades que ele apresentava para se adequar ao perfil do mundo do trabalho (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013).

Sob o viés marxiano, vale ressaltar que esse contexto é permeado por uma sociabilidade antagônica, caracterizada pela contradição entre capital e trabalho, em que a produção da

³ “Examinando o interior do Hospital Geral, Foucault (1961, 1978a) mostra que nele encontrava-se a forma de como se estabelecia o exercício do poder naquela época. Em seu funcionamento, o Hospital Geral era uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decidia, julgava e executava, tornando-se um estranho poder entre a política e a justiça nos limites da lei. A ordem era a repressão. E ali eram internados todos aqueles que apresentavam problemas para a sociedade” (BRITTO, 2004, p. 160).

riqueza é socializada, mas sua apropriação é privada e concentrada; nesse sentido, tem-se, por um lado, o crescimento da produção e acumulação de riqueza e, de outro, a produção e acumulação de pobreza. Com esta surgem as múltiplas manifestações de sofrimento, tendo em vista que piores condições objetivas de vida que, ao serem subjetivadas, muitas vezes, se expressam na forma do que se delimita como loucura. Tomando por base os escritos de Marx, em artigo publicado no New-York Daily Tribune, em 20 de agosto de 1858, vemos que este expressa como um determinante social da loucura o modo de produção capitalista.

Não há, talvez, fato mais bem estabelecido na sociedade britânica do que o correspondente crescimento da riqueza moderna e do pauperismo. Curiosamente, a mesma lei parece valer com respeito à loucura. O aumento da loucura na Grã Bretanha acompanhou o aumento das exportações e ultrapassou o aumento da população. Seu rápido progresso na Inglaterra e no País de Gales durante o período que se estende de 1852 a 1857, um período de prosperidade comercial sem precedentes, ficará evidente a partir da seguinte comparação tabular dos números anuais de indigentes [paupers] e loucos nos anos de 1852, 1854 e 1857 (MARX, 1858, n. p).

Por essa via, Marx refere que o sofrimento e, conseqüentemente, a loucura podem ser uma expressão da condição alienada do indivíduo, indicada por um processo de generalização, a partir dos marcos do modo de produção capitalista da alienação e do estranhamento, que atravessa a vida de todos, mesmo que de forma diferenciada, haja vista as condições concretas de existência das subjetividades.

Além disso, no referido artigo, Marx também realiza fortes críticas ao modelo asilar e às questões coercitivas de compreensão e de tratamento da loucura de sua época. Estas críticas também são visíveis em outro artigo, que também foi publicado no mesmo New-York-DailyTribune, intitulado “A prisão de Lady Bulwer-Lytton”, escrito em 23 de julho de 1858⁴. Segundo Costa (2021, p. 3), Marx “[...] aborda como a loucura e a lógica de tratamento asilar-manicomial foi utilizada como forma de silenciar e oprimir uma mulher”. Nesse artigo, bem como no texto “Sobre o Suicídio”, Marx nos permite compreender o quão é perversa a sociabilidade capitalista, que atravessa todas as classes sociais, não se limitando apenas à esfera produtiva com suas relações de exploração. Ou seja, Marx amplia suas análises em torno do entendimento da loucura como expressão concreta, de indivíduos concretos, em uma realidade concreta.

⁴ “Marx critica toda a trama sórdida do sequestro e aprisionamento de Rosina Bulwer-Lytton, que teve como justificativa (fachada) a sua dita loucura. Rosina, ou Lady Bulwer-Lytton, foi “diagnosticada” como louca por ter ido às tribunas da Câmara Municipal de Hertford denunciar a conduta espúria de seu ex-marido Edward Bulwer-Lytton, renomado escritor e político conservador da cidade” (COSTA, 2021, p. 3).

Portanto, observa-se que as inúmeras transformações societárias no mundo ocidental, vão delineando um lugar próprio para exclusão da loucura, uma vez que:

[...] no asilo, só irão ficar os loucos, porque representam a antítese dos valores defendidos pela burguesia. “A loucura não rompeu o círculo do internamento [...], dir-se-ia uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a loucura enfim encontrasse a sua morada e pudesse ficar em pé sozinha [...] Qual é a natureza dessa morada que é outra e no entanto é sempre a mesma?” (FOUCAULT, 1987 apud ALVES, 2008, p. 31).

No entanto, a caracterização da loucura como doença só foi inaugurada nos fins do século XVIII⁵, quando o seu internamento obedece a uma ordem patológica e esta passa a distinguir-se dos demais grupos com problemas sociais, isto é: “[...] a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica” (AMARANTE, 2003, p. 24).

No final do século XVIII, o internamento ganha o status de instituição curativa, uma vez que se propõe a conduzir a loucura à razão, ou seja, quando se passa a perceber a loucura como alienação. Assim, dar-se-á a ruptura definitiva com o modelo do Hospital Geral e o passo essencial para o surgimento do Asilo, fazendo surgir o advento de uma nova modalidade da medicina (BRITTO, 2004, p. 160).

Segundo Foucault (1978 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 74), surge uma nova experiência do fenômeno da loucura, considerando o isolamento em instituições e a perspectiva de um ideário de normatização social. No entanto, é muito importante notar que a institucionalização da loucura surge de necessidades sociais e não de um processo científico. Na verdade, “[...] o asilo seria o *a priori* da psiquiatria, e não o contrário”.

Portanto, será no contexto da modernidade (fins do século XVIII e XIX) que emerge a função médica no tratamento da loucura, entendida como alienação mental que, posteriormente, torna-se doença mental, sendo inserida no campo da medicina. O marco dessa nova forma de exclusão foi introduzida pelo médico francês Philippe Pinel quando assumiu o hospital Bicêtre em Paris.

Pinel implanta o que denominou de assistência ordenada, significando observar sistematicamente os comportamentos e agrupar os loucos de acordo com os sintomas apresentados, o que mais tarde significará rotulá-los a partir de um diagnóstico. É importante

⁵ “As ideias humanistas saídas da Revolução Francesa e todo o contexto subjacente em termos econômicos, ideológicos e sociais vieram a produzir – Pinel (1745-1826), na França, Tuke (1732-1822), na Inglaterra, Reil (1759-1813), na Alemanha, e outros – a reclamação de um estatuto particular para os loucos: o de doentes mentais” (ALVES, 2008, p. 32).

ressaltar que “Esse modelo pineliano, sustentado no tripé isolar/conhecer/tratar, onde o hospital representa o principal espaço do saber-poder médico, até hoje tem seus críticos e defensores” (BATISTA, 2014, p. 395). No entanto, “As reformas pinelianas fundaram uma nova tradição para a investigação e prática psiquiátricas, marcada pela articulação entre o saber e a técnica” (FACCHINETTI, 2007, p. 503).

De acordo com Britto (2004, p. 160) “Esse fato passou a ser considerado pela história como a Primeira Revolução Psiquiátrica”, haja vista o ineditismo em concebê-la como doença e as técnicas utilizadas, ou seja, instituindo uma tecnologia de saber sobre a loucura, bem como sobre o hospital, quando transforma este último em instituição psiquiátrica e o primeiro é apropriado pelo discurso médico psiquiátrico.

Assim, surge a psiquiatria e um novo *status* para loucura, que passa a ter um saber específico (médico) e um lugar de exclusão própria (hospitais psiquiátricos) para ser estudada, disciplinada e tratada, cujo horizonte é a cura da doença mental, a partir de um processo “terapêutico”. Esse processo, de acordo com Spohr e Schneider (2009, p. 116), será composto por procedimentos que “[...] vão desde o acorrentamento, passando pela aplicação de banhos quentes e frios, pelo tratamento moral, pela lobotomia, pelos choques insulínicos e elétricos, até a vasta e indiscriminada administração de psicofármacos, a partir dos anos 1950”.

É fato que estas técnicas ditas “terapêuticas” representam uma forte imposição à regularidade disciplinar dos corpos que formaram uma terapêutica moral que, mais tarde, foram questionadas. Tudo isso na tentativa de buscar as causas orgânicas para recobrar a razão do louco, mas que, na verdade, tratava-se de um processo de reeducação por meio de um intenso controle social e moral, o que reforça um saber que objetiva a normalidade, considerando o controle patológico (LIMA; CAPONI; MINELLA, 2010).

Nessa direção, Torre e Amarante (2001, p. 75) argumentam que:

Se a alienação é um distúrbio das paixões, o seu tratamento torna-se a reeducação moral, ou tratamento moral, como prefere Pinel. Somente após um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício, o alienado pode recobrar a razão e, assim, tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão. Para ser livre, entende-se, é necessário fazer escolhas, desejar e decidir, atributos impossíveis para um alienado. Mas, essa exclusão da cidadania não caracteriza uma violência ao direito do alienado, na medida em que seu internamento é de natureza terapêutica, e não significa perda de direitos. Nesse sentido, o direito maior do alienado é o de receber um tratamento. Para os reformadores de então, trata-se de um processo de inclusão ao direito a um tratamento.

A partir dessas indicações, pode-se afirmar que, para o louco, resta o direito a um tratamento para que este venha a ser ou se tornar um cidadão. Mas, na verdade, o que há é a

perspectiva de um dia voltar a viver, pois, durante o tratamento, este é tutelado pela instituição e despido de todos os seus domínios, tendo seus corpos capturados e sua voz emudecida. Fato que geralmente não se afasta quando este “retorna” à sociedade, pois os rótulos e o estigma social impregnado o aprisiona em uma teia difícil de libertar-se, uma vez que o retorno ao convívio social não garante o gozo de todos os direitos e deveres atribuídos aos demais cidadãos, tidos como “normais”. É importante notar que, nesse período, a loucura é apropriada pela medicina/psiquiatria, que a concebe como alienação mental, desenvolvendo novas estratégias que justificam a forma de lidar com o louco e com a loucura.

Vejamos algumas características que colocava o louco na condição de alienado mental e no horizonte social da exclusão: não era mais considerado da ordem do sobrenatural, bem como não se constituía enquanto questão social e sua relação com a filantropia; era sinônimo de erro; desordem da razão (desrazão); distúrbio das paixões humanas; incapaz de partilhar do pacto social; está fora de si; fora da realidade; incapaz do juízo; incapaz da verdade; perigoso; entre muitos outros adjetivos que os classificam como não sujeito de direito, mas importante objeto de manuseio e de controle social (TORRE; AMARANTE, 2001).

Para esses autores, estas características são justificadas por Pinel para defender o isolamento do louco em instituições fechadas. Para isso, Pinel considera que o isolamento atende a duas vias importantes. Uma que coloca “[...] o hospital como *lugar de exame*, em que isolar é o *a priori* do conhecer”. E a outra como um lugar “[...] terapêutico, pois a instituição passa a ser organizada de forma a afastar as influências maléficas, morbígenas, que causam e agravam a alienação” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75).

Na verdade, este isolamento transforma-se em internação que se constitui como um divisor na história da loucura. Momento em que esta é solitariamente silenciada nos asilos e o louco passa a ser objeto do saber, tornando-se doente mental.

O internamento transformou-se, portanto, num contexto que forçou o desenvolvimento da psiquiatria como uma arte e uma ciência. O asilo não foi erguido para a prática psiquiátrica ou para pôr em prática os avanços da medicina, mas foi antes a psiquiatria que foi uma prática desenvolvida para gerir os internados – essa experiência viria a possibilitar esse conhecimento que conduziria a psiquiatria a novas paragens (ALVES, 2008, p. 32-33).

Emerge assim, a psiquiatria como especialidade fundada nas ciências naturais, estabelecendo um novo *status* para a loucura, o de doença mental, a qual é categorizada e classificada como objeto, haja vista o estabelecimento da relação do médico com o doente. Segundo Gomes (2013, p. 36):

Ao buscar o *status* de ciência, a psiquiatria, enquanto primeira especialidade médica, estabeleceu relações sociais fundamentadas na dominação/subordinação entre os homens que geraram profunda desigualdade social e fortaleceram a hegemonia da racionalidade médico-científica. Para manter tal posição, a psiquiatria negou outras possibilidades de interpretação para um fenômeno que é essencialmente humano e, portanto complexo, mas que encontra outras significações em outras formas de conhecimento como na filosofia, na religião e na arte.

Ou seja, a psiquiatria, ao defender a loucura como doença mental, determina que esta não apresenta determinações no conjunto das relações sociais, mas sim nas determinações orgânicas, individuais e de base hereditária (SPOHR; SCHNEIDER, 2009). Soma-se a este novo *status*, o fato da loucura também se apresentar como desvio social que pela mesma via da internação tem seu contexto de vida subtraído e, assim, desconsidera-se a experiência do sofrimento e privilegia-se a lógica do tratamento (ALVES, 2008).

O louco não é um criminoso perigoso a manter acorrentado (e Pinel solta, literalmente, as correntes que os manietavam), mas é um desviante que necessita de ser educado, moralizado, ‘domesticado’ no sentido de integrado nos valores morais da nova sociedade produtivista (ALVES, 2008, p. 33-34).

Todas estas questões reafirmaram a psiquiatria como detentora do saber e do poder para controle absoluto da loucura e, conseqüentemente, da suposta ordem social. Para Amarante (2007 apud GOMES, 2013, p. 35) “[...] os hospitais tornaram-se lugares de verdade, de saber e de positividade onde a subjetividade não tinha valor algum”. Na verdade, “Tais implicações produziram um aniquilamento subjetivo, social e político do louco” (GOMES, 2013, p. 35).

O domínio da psiquiatria estremecerá somente no final do século XIX, quando esta “[...] vai admitir a existência de psicopatologias, depois das frustradas tentativas de estabelecer relações entre algumas doenças e alterações cerebrais” (GACH, 2008 apud SOUZA, 2012, p. 32). No entanto, é somente no século XX que a psiquiatria vai ser permeada pelo movimento psicanalítico que, mesmo divergente do pensamento organicista da psiquiatria, é absorvido por ele.

Com o desenvolvimento do movimento psicanalítico e das teorias psicodinâmicas é possível provocar uma ruptura na dominância das teorias organicistas, pondo a descoberto as suas fragilidades. A doença já não é apenas o resultado de malformações genéticas ou orgânicas mas é também um estado de perturbações afectivas ligado à história do sujeito (ALVES, 2008, p. 37).

Sigmund Freud é o grande precursor desse movimento por estabelecer as principais linhas para a psicanálise, quais sejam: “[...] o inconsciente, a repressão dos estados mentais com conseqüências neuróticas, a sexualidade infantil, o significado simbólico dos sonhos e os sintomas histéricos [...]” (FREUD apud ALVES, 2008, p. 37). “Os estudos de Freud mostraram

que a consciência humana é uma pequena parte da vida psíquica, levando-o à concepção psicodinâmica, que supõe a doença mental como uma patologia do psiquismo a ser tratada pela Psiquiatria Analítica” (GOMES, 2013, p. 36-37). Assim, constata-se a existência de correntes de pensamentos, bem como estratégias de cuidado que diferem na sua forma de compreender a loucura, bem como de defender as suas formas de enfrentamento.

De acordo com Shorter (2005 apud SOUZA, 2012), a psicanálise⁶ foi criada em Viena, no século XX e constituiu-se como a principal ferramenta da psiquiatria não-asilar, cuja forma de tratar era a partir da escuta, priorizando a experiência psicológica subjetiva.

Inicialmente considerava-se que a psicanálise se aplicava apenas aos pacientes neuróticos. Nos anos 1920 ela passou a se estender às neuroses de guerra (através de Sandor Ferenczi) à demência precoce (por Karl Abraham e Carl Gustav Jung) e à psicanálise infantil (com Anna Freud e Melanie Klein). Já na década de 50, Winnicott aplicará a psicanálise aos distúrbios antissociais e à delinquência juvenil, enquanto Lacan desenvolverá uma teoria abrangendo a clínica das psicoses e das perversões (Lyra, 2005). Assim, a psicoterapia e os modelos baseados na teoria de Freud foram as maiores referências para a psiquiatria neste período, dominando o tratamento das doenças mentais nas clínicas privadas e perdendo força somente ao final da década de 1970 (SHORTER, 2005 apud SOUZA, 2012, p. 33).

Por outro lado, mesmo com a inserção da psicanálise no trato da loucura, a perspectiva da psiquiatria seguiu renovando suas formas de intervenções, das quais pode-se citar as seguintes: a malarioterapia (prática que inoculava uma versão "benigna" da malária, “[...] usada em portadores de neurosífilis, doença considerada a principal causa de internação psiquiátrica do início do século XX até os anos 1940” (GASTAL, 1999 apud SOUZA, 2012, p. 33); a eletroconvulsoterapia (terapia do eletrochoque); a lobotomia (cirurgia no cérebro para cortar as ligações de um lobo cerebral); a indústria farmacêutica e/ou medicamentosa (revolução farmacológica, também chamada de revolução psicofarmacológica) (SOUZA, 2012). Esta última, com seus avanços, vai provocar uma secundarização da psicanálise de Freud em fins da década de 1970. Na verdade, segundo Shorter (2005 apud SOUZA, 2012, p. 34-35) inicia-se um novo entendimento na psiquiatria “[...] que entende a doença mental como algo que ocorre devido às alterações morfológicas do cérebro, permitindo que o tratamento seja dominado pela psicofarmacologia”

⁶ “A psicanálise ganhou destaque após a Primeira Guerra Mundial, ao fornecer melhores explicações a respeito dos problemas mentais em soldados que voltavam do combate. Seus sintomas, antes relacionados às perturbações orgânicas no cérebro ou à hereditariedade, passaram a ser explicados a partir das noções de estresse e de traumas ocasionados pelas batalhas. Além disso, o grande número de soldados com problemas psicológicos tornou praticamente inviável enviá-los todos para hospitais psiquiátricos” (SOUZA, 2012, p. 32).

Com a chegada de medicações mais eficazes, a disciplina psiquiátrica tornou-se cada vez mais orientada para a prescrição de produtos farmacêuticos em detrimento da psicoterapia, que passa aos poucos ao domínio da psicologia. A fabricação e a promoção de medicamentos tornaram-se grandes negócios para a psiquiatria, uma indústria que movimenta grandes investimentos e cujas vendas garantem um retorno lucrativo para os laboratórios (SOUZA, 2012, 35-36).

Ao realizar uma periodização da história da psiquiatria moderna, Souza (2012) considera esse momento como o terceiro período, cuja demarcação inicial se deu nos anos de 1970 e estende-se aos dias atuais. Este período “[...] é fortemente influenciado pela descoberta de psicofármacos e pelas novas descobertas nas áreas da biologia e da neurologia. As explicações biológicas reassumem o predomínio na psiquiatria” (SHORTER, 2005 apud SOUZA, 2012, p. 29). Ou seja, explica os problemas de saúde mental como “[...] resultantes de desordens ou microdesordens químicas, físicas e biológicas no cérebro” (SOUZA, 2012, p. 37).

Nesse sentido, tem-se uma renovação da persistência de causas biológicas e genéticas em torno da loucura e, assim, multiplicam-se as buscas por formas de como examinar, diagnosticar e consequentemente de tratar os problemas de saúde mental, por isso que:

Além dos psicofármacos (também chamados de neuropsicofármacos) [...] surgem também as técnicas não invasivas para obter imagens capazes de detectar alterações morfológicas no cérebro, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Mais recentemente a capacidade de identificar a sequência genética do DNA tem sido o grande trunfo do modelo biologicista em psiquiatria (GOCH, 2008 apud SOUZA, 2012, p. 36).

Nesse contexto, constata-se que esses acontecimentos caracterizam a psiquiatria na atualidade como um modelo biológico e medicamentoso de compreender e tratar o sofrimento humano. Soma-se, ainda, o surgimento de novos campos do saber, a exemplo da neurociência⁷, que advoga pela determinação neuroquímica e até mesmo genética dos problemas de saúde mental. É a partir dessa busca em provar que loucura é doença mental (caráter biológico), que o saber psiquiátrico segue desenvolvendo-se. No entanto, essa busca da psiquiatria em provar a determinação biológica, neuroquímica e até mesmo genética, ainda permanece sem comprovação científica, uma vez que o saber psiquiátrico conseguiu apenas revestir seus

⁷ “As pesquisas em neurociências tinham como um de seus principais objetivos encontrar a determinação biológica dos mais variados fenômenos, entre os quais, os transtornos mentais. Com o desenvolvimento das pesquisas, as patologias mentais passam a ser entendidas e investigadas como transtornos neurológicos, e a herança genética e a fisiologia cerebral são tomadas como cerne das doenças. Segue-se a isso um período de intenso investimento em investigações sobre a genética dos transtornos mentais, que buscavam identificar o gene responsável por cada transtorno e sobre o funcionamento cerebral, buscando correlacioná-lo a sinais e sintomas de doenças” (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2016, p. 2).

estudos com uma capa de cientificidade, pautada na medicina baseada em evidências, conseguindo criar um discurso sobre essa relação, que encontra apoio na indústria farmacêutica com fortes interesses econômicos e em uma narrativa que apresenta aceitação cultural, como nos revela Freitas-Silva e Ortega (2016, p. 2):

[...] o predomínio de um modelo biológico de explicação dos transtornos mentais tenderia a influenciar significativamente as possibilidades terapêuticas ofertadas na atenção à saúde mental, privilegiando intervenções medicamentosas e objetivas, e esvaziando as demais possibilidades de cuidado. O alcance da chamada remedicalização da psiquiatria e da ascensão do conhecimento neurocientífico não se limitou ao campo da saúde mental, mas foi difundido amplamente no imaginário cultural, tornando-se referência para explicar os mais variados fenômenos humanos, justificar condutas, fundamentar argumentos políticos e servir como suporte para narrativas pessoais.

Segundo Perruci (2010), o saber psiquiátrico busca validade em seu objeto profissional, que é a doença mental, contudo, muitas são as tensões que perpassam esse saber. Esse autor elenca algumas hipóteses acerca dessa discussão, vejamos uma delas:

A "doença mental" é um fenômeno *sui generis* na medicina. Ela jamais conseguiu ser enquadrada pelo paradigma biomédico da medicina. Sendo o objeto profissional da psiquiatria, sua instabilidade, enquanto representação médica de doença, condiciona diversas dificuldades no campo do saber psiquiátrico: falta de consenso etiológico, confronto de diversos paradigmas de doença, desvalorização do conhecimento psiquiátrico. A psiquiatria, por causa da sua incapacidade de enquadrar cientificamente a DM, possui uma fragilidade disciplinar no campo da formação profissional da medicina. Tais problemas estabelecem diversas tensões na identidade profissional dos profissionais que atuam no campo da saúde mental (PERRUCCI, 2010, p. 2).

Sob esta perspectiva, observa-se um grande esforço apreendido pelo saber psiquiátrico para provar as determinações biológicas e genéticas no campo da saúde mental. “No entanto, a leitura atenta das principais teses recentes em neurociências e psiquiatria mostra que a biologia vem se revelando muito menos determinista do que o suposto no campo científico” (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2016, p. 8). Ou seja, este saber, pautado em uma lógica biologicista, que transforma o sofrimento em patologia de cunho genético e cerebral, é sempre questionado e alvo de muitas críticas, uma vez que suprime os processos de subjetividade e sociabilidade, em um contexto sociocultural.

A concepção que o ser humano é comandado apenas pelo cérebro – proveniente de saberes neurocientíficos e da psiquiatria biológica – induz a pensar que é possível que o sujeito seja regido por um Manual – DSM – que o classifica em um diagnóstico e o destina à prescrição de um medicamento. Ressalta-se que esta perspectiva suprime a subjetividade da complexidade que é o ser humano, que se constitui conforme o contexto social em que está inserido e suas relações, vigorando assim um ser cerebralizado, regido pela tecnologia da medicação (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 16).

Todas essas determinações nos permitem afirmar que a experiência humana da loucura se constitui, ao longo dos tempos, por uma diversidade complexa de práticas científicas e sociais, bem como de valores culturais. Concordamos com Berger e Luckman (1999 apud ALVES, 2008, p. 15) quando revelam que: “[...] o contexto cultural proporciona às pessoas que nele vivem um conjunto de regras e princípios a utilizar na produção de sentidos, compreender o mundo e explicar um determinado fenômeno”.

Nessa perspectiva, constata-se que a loucura, designada pela psiquiatria como doença mental, é uma construção social, na medida em que esta passa a ser categorizada pela ciência, criando saberes e instrumentos para seu domínio, ou seja, quando se define as causas, se estabelece normas e regras para lidar com a loucura e com o louco. Por outro lado, não podemos perder de vista que o campo da loucura é heterogêneo por constituir-se de uma infinidade de pressupostos sociais, culturais, ideológicos, científicos, entre outros que desdobram-se em valores e conhecimentos, que mobilizam estratégias na produção de sentidos, que avançam para além dos pensados e exercidos pela hegemonia dos preceitos biológicos, sociais e culturais produzidos pela psiquiatria.

Ademais, o atual estágio de desenvolvimento capitalista, na particularidade brasileira em sua versão neoliberal, apresenta-se por uma intensificação da crise, cuja saída do capital se orienta para a precarização das condições de vida da classe trabalhadora, causando múltiplos sofrimentos. Para Safatle, Junior e Dunker (2021, p. 5), a política neoliberal não é apenas um modelo socioeconômico, mas por essa via é o grande gestor do sofrimento que “[...] se impôs a nós como resultado da natureza disciplinar de seu discurso, no qual categorias morais e psicológicas são constantemente utilizadas como pressupostos silenciosos da ação econômica”. Esses autores compreendem que o neoliberalismo tem natureza performativa e que, na contemporaneidade, vem determinando a produção do sofrimento, bem como redefine preceitos e modos de tratamentos.

[...] a força do neoliberalismo é performativa. Ela não atua meramente como coerção comportamental, ao modo de uma disciplina que regula ideais, identificações e visões de mundo. Ela molda nossos desejos, e, nesse sentido, a performatividade neoliberal tem igualmente efeitos ontológicos na determinação e produção do sofrimento. Ela recodifica identidades, valores e modos de vida por meio dos quais os sujeitos realmente modificam a si próprios, e não apenas o que eles representam de si próprios. Se admitimos que uma forma de vida tende a manter sua unidade extraindo produtividade de suas contradições, determinadas e indeterminadas, de acordo com estratégias provenientes do trabalho e do mercado, do desejo e da linguagem, poderemos localizar os efeitos estruturais da dimensão performativa da gestão neoliberal do sofrimento (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2021, p. 5).

No campo da saúde mental, uma das dimensões performativa da gestão neoliberal do sofrimento pode ser verificada considerando as atualizações constantes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)⁸, cujas categorizações comportamentais, ditos “desviantes” e psicológicas só aumentam, ao passo que evidencia, cada vez mais, o uso de psicofármacos e a clínica pelos modos de racionalização econômica, provocando retrocessos nas experiências de reformas psiquiátricas no campo da saúde mental (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2021).

1.2 DELINEANDO A NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CRÍTICA AO INSTITUÍDO

É sabido que o modelo psiquiátrico, desde os primórdios, é bastante exaltado por representar um marco na história da loucura, em especial por ter delimitado um espaço institucional próprio para o louco (manicômio), bem como proporcionar o desenvolvimento de um saber especializado (psiquiatria). Por outro lado, e por essa mesma via, também é bastante criticado e questionado, fundamentalmente, por apresentar um contexto de ineficiência, por esta não cumprir sua finalidade em promover a cura e, assim, reintegrar o louco à sociedade, bem como de comprovar a dimensão orgânica da loucura enquanto doença mental, além das violações de direitos, que vão desde as medidas coercitivas mais violentas, à total nulidade civil e parcial nulidade social, o que provocou uma narrativa de exclusão e estigmatização da pessoa com problemas de saúde mental. Estas e outras questões desencadearam o surgimento de movimentos e de reformas em todo mundo.

De acordo com Alves (2008), as primeiras alternativas ao modelo asilar foram os movimentos denominados *no-restraint* e *open-door*, que surgiram respectivamente na Inglaterra e no Reino Unido ainda no século XIX. Vejamos:

⁸ “Apesar das inúmeras controvérsias em relação à racionalidade diagnóstica que perpetua nos DSMs, ele está em sua quinta edição e é considerado como o modelo hegemônico, no que diz respeito aos transtornos mentais. [...] O DSM é considerado conveniente em alguns aspectos, sobretudo ao favorecer o campo da medicina, o âmbito dos planos de saúde e da indústria farmacêutica, entre outros espaços” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 9).

Quadro 2 – Primeiras alternativas ao modelo psiquiátrico clássico (Modelo de Pinel)

No-restraint
“[...] nascido em Inglaterra em 1830 por R. G. Hill e por Conolly, apresentou-se como um método liberal ou “sistema de coacção nula” que manifesta a preocupação em diminuir o sofrimento do alienado. Portanto, suprime a utilização de meios de coacção corporal – as camisas de força – que são substituídas pela vigilância e por um regime de trabalho destinado a estimular a mente e disciplinar o corpo. É o desenvolvimento da ‘terapia moral’ com ênfase na vida comunitária” (ALVES, 2008, p. 35).
Open-door ou “asilos de portas abertas”
“[...] altera significativamente não só a configuração mas sobretudo a estrutura e funcionamento do asilo: portas abertas sem chaves, demolição de muros, eliminação de grades exteriores, eliminação da coerção física. Abertura que se repercutiu nos doentes e, também, nas suas famílias: liberdade na saída de doentes, liberdade na entrada das famílias” (ALVES, 2008, p. 36).

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Alves (2008, p. 35-36).

No entanto, é a partir do século XX que a experiência da loucura vivencia um contexto de muitas transformações, dado os aspectos conjunturais ocorridos pós Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945)⁹, em especial a partir dos anos de 1950, com grandes progressos tecnológicos e científicos, a exemplo do desenvolvimento da psicofarmacologia (com os tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, entre outros). De acordo com Alves (2008, p. 40), isso significou “[...] um grande impulso à profissão psiquiátrica, proporcionando um método efectivo para controlar os sintomas sem recorrer a longas estadias no hospital, a cirurgias irreversíveis ou, ainda, à psicanálise”.

Por outro lado, emergiram propostas de reformas psiquiátricas em todo mundo e, consequentemente, instaura-se uma crise da hegemonia do modelo psiquiátrico tradicional. Os movimentos reformistas defendem e reivindicam direitos para as pessoas com problemas de saúde mental e vem se desenvolvendo até hoje. Esses movimentos foram legitimados, sobretudo, em decorrência da aprovação da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão (1948).

⁹ Vejamos, em resumo, “[...] a conjuntura histórica mais global no período pós-II Guerra: os grandes centros da Europa apresentavam um elevado custo de vida e sofriam os extermínios provocados pela fome, pelo frio, pelas privações; os internos dos hospitais psiquiátricos morriam aos montes pelas condições caóticas de alimentação e de cuidados; os Estados Unidos emergiam como grande potência mundial que lutava por uma nova partilha de poder; a saúde passou a ser um encargo e uma obrigação do Estado; surge o postulado de que todos os homens têm direito de gozar a boa saúde como um bem básico” (GOMES, 2013, p. 42).

1.2.1 Movimentos de reformas psiquiátricas pelo mundo: “Psiquiatria reformada” e “Ruptura psiquiátrica”

Segundo Gomes (2013, p. 38), “As diversas experiências mundiais nos mostram tentativas alternativas para reparar os equívocos cometidos pela psiquiatria em nome da ciência: as psiquiatrias reformadas”. Amarante (1995) utiliza o termo “psiquiatria reformada” emprestado de Franco Rotelli (1990) para explicar os movimentos reformistas, cuja finalidade pautava-se na (res) estruturação física, técnica e administrativa hospitalar manicomial. Por outro lado, acrescentam-se as experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, as quais buscavam efetivamente romper com o modelo psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Para melhor compreensão da experiência dos movimentos de reformas psiquiátricas mundiais, iremos utilizar a ordenação indicada por Amarante (1995, 2007). Enquanto Amarante (1995) divide esses movimentos em 3 grupos (1 - Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional; 2 - Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva ou Comunitária; 3 - Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática) e os classifica enquanto experiência de “psiquiatria reformada”, iremos dividir em dois blocos (os que participam da Psiquiatria Reformada e os inseridos, no que denominamos de Ruptura Psiquiátrica, por entender que as experiências do grupo 1 e 2, foram reformistas atendendo os preceitos psiquiátricos, e que os movimentos do grupo 3 buscam efetivamente romper com o modelo clássico psiquiátrico. Vejamos no Quadro 3, a seguir, a divisão estabelecida.

Quadro 3 – Movimentos das reformas psiquiátricas mundiais

PSIQUIATRIA REFORMADA	
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL
Reformas restritas ao âmbito asilar – melhoria da estrutura e do funcionamento das instituições psiquiátricas.	
PSIQUIATRIA DE SETOR	PSIQUIATRIA PREVENTIVA OU COMUNITÁRIA
Representando um nível de reformas que concilia atendimento no meio social e hospital psiquiátrico – enfoque na comunidade para o tratamento e defesa da expansão da psiquiatria para o espaço público sob a justificativa de diminuir as internações psiquiátricas, prevenir doenças e promover saúde mental. “Caracteriza-se pelas primeiras abordagens de desinstitucionalização em saúde mental”. No entanto, trata-se da desinstitucionalização como desospitalização.	

RUPTURA PSIQUIÁTRICA	
ANTIPSIQUIATRIA	PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA
Questiona os fundamentos da psiquiatria - coloca em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os dispositivos terapêuticos psiquiátricos - Enfoque na desinstitucionalização como desconstrução.	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Amarante (1995; 2003) e Gomes (2013).

A experiência da Comunidade Terapêutica tem sua origem no ano de 1946, mas só será delimitada no ano de 1959, na Inglaterra, tendo como principal articulador Maxwell Jones, que utiliza esse termo para “[...] caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restrita ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participantes e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (AMARANTE, 1995, p. 28).

Para justificar essas mudanças, essa experiência denuncia as condições de precariedade, abandono e miserabilidade existentes no interior dos hospitais psiquiátricos, além de chamar a atenção para a necessidade de “recuperar” os jovens que lotavam os hospitais psiquiátricos em decorrência dos danos físicos, psicológicos e sociais causados pela Segunda Guerra Mundial e a necessidade de reinserir esses indivíduos no mercado de trabalho (AMARANTE, 1995). Assim, podemos dizer que essa experiência tem uma relação direta com as questões socioeconômicas; como nos afirma Amarante (1995, p. 28): “A reforma dos espaços asilares atualizava-se, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho”.

No que se referem às críticas e aos resultados da experiência da comunidade terapêutica, Rotelli (1994 apud AMARANTE, 1995, p. 31) conclui que: “[...] foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão [...], ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico”. Isto é, constitui-se como uma reforma voltada para melhor funcionalidade da estrutura hospitalar. Daí a classificação desta experiência enquanto limitada ao espaço asilar, característica também da denominada Psicoterapia Institucional.

A experiência da Psicoterapia Institucional surgiu na França, com Tosquelles, mas recebeu tal denominação com Daumezon e Koechlin no ano de 1952. Essa reforma acreditava que o hospital era o lugar de tratamento e de cura da loucura, no entanto, havia a necessidade de reestruturação dos hospitais psiquiátricos no sentido de torná-los terapêuticos, uma vez que

constata-se a existência de práticas de coerção e de violência (AMARANTE, 1995). Nesse sentido, a finalidade dessa experiência era:

[...] obter a recuperação dos doentes através da modificação interna dos hospitais, criando uma rede de instituições menos rígidas que permitissem um melhor tratamento do doente, promovendo a sua integração em organizações de grupos, "ateliers", lugares de animação e introduzindo no seu seio os princípios da psicanálise (ALVES, 2008, p. 43).

Segundo Amarante (1995), as propostas dessa experiência se deram a partir de duas abordagens indicadas por Tosquelles, em que a primeira foi a denominada terapêutica ativa de Simon, que “[...] ao observar que os pacientes do hospital psiquiátrico melhoravam com o trabalho propôs que eles participassem das atividades para que eles pudessem assumir responsabilidades” (GOMES, 2013, p. 40). E a segunda, a psicanálise francesa, que foi introduzida nas instituições psiquiátricas como influência terapêutica. De acordo com Amarante (1995, p. 33), “Com a radicalização da influência psicanalítica a terapia volta-se prioritariamente para a instituição, já que, entende-se, é impossível tratar um indivíduo inserido numa estrutura doentia”.

Como crítica a essa experiência, temos: legitimidade absoluta da instituição psiquiátrica como lugar de tratamento e acolhimento à loucura; bases excessivamente centradas ao espaço asilar; não questiona a função social da psiquiatria, do hospital e dos profissionais (AMARANTE, 1995). Ainda na esteira da classificação das psiquiatrias reformadas, temos a Psiquiatria de Setor, emergindo no pós-guerra também na França, sendo incorporada oficialmente como política nos anos de 1960, tendo como principal idealizador o psiquiatra Lucien Bonnafé (AMARANTE, 1995).

Essa experiência entende que o cuidado com a loucura não deve ser restrito apenas ao espaço hospitalar e propõe uma setorização do atendimento, justificando, sobretudo, a necessidade de um cuidado na comunidade. Vejamos como ocorre o processo de setorização:

[...] os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que tem a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a ‘pós-cura’ das doenças mentais. Desta forma são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p. 35).

De modo geral, podemos afirmar que a experiência francesa de setor apresenta avanços quando entende a necessidade de um cuidado no meio social; no entanto, não apresenta

transformações significativas, pois mantém o hospital e toda base psiquiátrica no circuito do atendimento. Segundo Alves, (2008, p. 43) a Psiquiatria de Setor obedece a dois critérios fundamentais, quais sejam:

O primeiro seria o de prestar assistência precoce aos doentes mentais e apoiar os doentes crônicos não só a nível médico mas também social; o segundo seria o de evitar a desadaptação provocada pelo afastamento do doente em relação ao seu meio, promovendo para este fim a criação de estruturas a nível da comunidade e evitando a hospitalização.

No que se refere ao desfecho dessa experiência, temos a ineficiência nos resultados esperados que, de acordo com Amarante (1995), estão relacionados a três possíveis questões: 1) resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria; 2) resistência demonstrada pelos setores conservadores, temendo uma possível invasão e convivência dos loucos nas ruas; e 3) pelo alto custo para implantação dos serviços de prevenção e pós-internamento.

É importante ressaltar que essas três questões ainda são atuais, embora apresentem uma repaginação. A psiquiatria busca sua legitimidade ideológica por meio da "fusão" com outros campos disciplinares que surgem nessa esteira, reunindo a racionalidade científica e criando uma narrativa sobre a loucura e sobre a saúde mental. Assume, assim, uma posição hierárquica a partir de uma autoridade, em que só ela participa. Portanto, observa-se uma inflexão conservadora sobre a loucura, reafirmando sua posição de perigo e de estranhamento.

Outra experiência que data dos anos de 1960 foi a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, que surgiu nos Estados Unidos, elaborada por Gerald Caplan. Esta experiência constitui-se como marco importante no âmbito da loucura, por formular um novo conceito e objeto para a psiquiatria, o de saúde mental (AMARANTE, 1995).

A delimitação de um novo objeto instaurou uma “mutação radical no campo epistemológico da Medicina Mental”, pois, segundo Birman e Costa (1994), ela passou de instrumento de cientificidade sobre doença mental para pretensão definidor de saúde mental. Os autores afirmam que a psiquiatria experimentou um momento crítico, uma vez que o novo objeto operou um conflito entre a doença mental e a saúde mental e, conseqüentemente, entre a nova prática exigida e a anterior (GOMES, 2013, p. 41).

A saúde mental como novo objeto da psiquiatria é entendida por uma noção de normalidade, constatada a partir de uma triagem psiquiátrica que determinava quem estava apto ou necessitava de atendimento para convivência comunitária. Assim, emerge “o conceito de desvio, como um “comportamento desadaptado à norma socialmente estabelecida” que servia de parâmetro para classificar as pessoas como anormais [...]” (GOMES, 2013, p. 42).

Essa triagem deveria ser realizada previamente, ou seja, antes do adoecimento. Para isso, era necessário mapear os possíveis doentes ou candidatos a doentes mentais. Dessa forma, era preciso ir a lócus, nas casas, nas comunidades para conhecer o histórico e o contexto familiar, as fraquezas, os vícios etc. e identificar aqueles com potencial para o desvio, para o adoecer ou, nas palavras de Caplan, os “suspeitos”. Uma vez identificado, o indivíduo era encaminhado para investigação junto a um psiquiatra (AMARANTE, 1995).

A partir dessas considerações, a experiência preventivista tinha como objetivos principais “[...] a prevenção das doenças, o tratamento precoce na comunidade e consequentemente, a redução de gastos com internação psiquiátrica” (GOMES, 2013, p. 42). Como assistência institucional, foram criados os Centros de Saúde Mental para prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, bem como para buscar a reinserção social (AMARANTE, 2003a apud GOMES, 2013).

Segundo Gomes (2013), o entendimento do modelo de Caplan repousava no fato de considerar a doença mental como resultante de um processo de desajustamento social (modelo sociológico da “adaptação-desadaptação”)¹⁰ e “a Saúde Mental era considerada como a capacidade do indivíduo de integrar-se num grupo através de sua submissão às regras sociais [...]” (BIRMAN; COSTA, 1994 apud GOMES, 2013, p. 43), ou seja, o processo saúde-doença mental era justificado como uma sistemática de adaptação social. Portanto, “A prevenção da doença mental implicava a adaptação e o equilíbrio dos contextos de modo a impedir o surgimento de desvios que pudessem se apresentar como ameaças reais ou simbólicas aos grupos constituídos” (GOMES, 2013, p. 43). Daí a necessidade de ampliar as ações preventivas para a coletividade comunitária.

A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como a crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 37).

Portanto, sua finalidade primeira era produzir SAÚDE mental e com isso evitar tratar DOENÇA mental. Para tanto, a palavra de ordem dessa experiência é a PREVENÇÃO que, de

¹⁰ “[...] saindo do terreno específico da psiquiatria, para pensar e conceituar as doenças mentais, Caplan lança mão de teorias sociológicas que versam sobre as relações entre os sujeitos e a sociedade, nas quais existem momentos, ou sujeitos, ou, ainda, segmentos, mais ou menos adaptados, mais ou menos desadaptados às regras sociais, à convivência social. Aqui é utilizado o conceito de ‘desvio’, transportado da sociologia e da antropologia, entendido como um comportamento que foge, proposital ou forçosamente, à norma socialmente estabelecida” (AMARANTE, 1995, p. 38-39).

acordo com Lancetti (1989 apud Amarante, 1995) atende a três níveis ou ordens prioritárias, classificadas como primária, secundária e terciária, conforme podemos observar na Figura 1:

Figura 1 – Especificação dos três níveis de prioridade da psiquiatria preventiva ou comunitária



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Lancetti (1989 apud Amarante, 1995, p. 38).

Outros fatores importantes que caracterizam a experiência da Psiquiatria Preventiva são: elaboração do conceito de crise como o grande indicador de desequilíbrio ou de sua possibilidade; noção de desinstitucionalização no sentido de um conjunto de medidas de desospitalização; propostas de despsiquiatrização, com a introdução de equipes multidisciplinares e a adoção da intersectorialidade (GOMES, 2013).

Seguindo a ótica de Amarante (1995), a constituição dessa experiência não sai ileso a críticas, uma vez que amplia o campo de atuação da psiquiatria, retoma o modelo higienista, pautado nas práticas de ajustamento social e o denomina de saúde mental; o modelo asilar era retroalimentado pelo circuito preventivista, haja vista os serviços preventivos e a triagem, bem como outros mecanismos que definiam os contingentes de pessoas para tratamentos mentais; “[...] um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 1995, p. 41).

Segundo Borges (2012), o texto de Basaglia, intitulado “Carta de Nova York – o doente artificial”, traz uma dura crítica ao modelo de psiquiatria preventiva, revelando que este não se configura como uma experiência inovadora, uma vez que não rompe, de fato, com o paradigma psiquiátrico, criando uma parceria a partir das comunidades terapêuticas, que cumprem uma função de repressão, ou seja, cria um sistema de prevenção que trabalha na lógica de controle sobre as pessoas e as comunidades.

Quer se discutam os problemas de poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas (BASAGLIA, 2006, apud HEIDRICH, 2007, p. 47).

Tais questões fazem parte de uma série de questionamentos que Basaglia utiliza para analisar as experiências reformistas e construir suas bases, na busca de desmontar a estrutura manicomial e realizar em Trieste a construção do processo de desinstitucionalização.

Não resta dúvida que a experiência preventivista e o movimento das demais propostas de reformas contribuíram e influenciaram o desenvolvimento das experiências de “Ruptura Psiquiátrica” (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática) que, efetivamente, possuem cariz sócio-político-cultural contestatório, técnico-operativo contrário e verdadeiramente teórico-crítico ao modelo psiquiátrico clássico.

A Antipsiquiatria se desenvolveu, inicialmente, na Inglaterra, nos anos de 1950 e 1960, contrapondo-se radicalmente ao arsenal psiquiátrico hegemônico até então. Teve como principais precursores David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson (todos psiquiatras)¹¹, cujas bases teóricas de referências foram “a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo” (AMARANTE, 1995, p. 42).

É importante ressaltar que Marx já se apresentava como um ator na luta antimanicomial, haja vista suas críticas e oposições às questões de compreensões e tratamento da loucura em sua época. O seu texto “A prisão de Lady Bulwer-Lytton”, realiza uma crítica severa, demonstrando como a lógica manicomial-asilar permeia as estruturas de controle e são opressivas, bem como nos indica o próprio Marx (1858, n.p apud COSTA, 2021, p. 3, *grifos nossos*) “A circunstância mais importante é: Enquanto Sir Edward FALOU, Lady Bulwer manteve SILÊNCIO”. Segundo Costa (2021, p. 3), “Se não é possível afirmar um Marx antimanicomial, até porque seria um anacronismo, [...] temos em Marx germens e fundamentos para uma práxis antimanicomial radical e revolucionária no presente”. Para tanto, este autor nos chama a atenção para o fato de que, mesmo Marx não sendo uma referência teórica e analítica

¹¹ “Apesar da diversidade de argumentos de cada um destes autores, têm em comum o facto de questionarem o estatuto ontológico da doença mental e reclamarem que o conceito de doença mental, mais do que uma categoria médica, é moral e social. Estes teóricos reconhecem o papel dos processos construtivos sociais na definição do que é tido como doença mental e, talvez mais importante, acentuam a centralidade do poder nesses processos”. (ALVES, 2008, p. 44). “Todos recorreram à esquizofrenia como organizadora das suas teses” (ALVES, 2008, p. 44).

da loucura, sua teoria social revela como a experiência da produção da loucura e suas formas de tratamento se constituem na sociedade capitalista, e nesse sentido, temos em Marx bases que contribuem para o debate das reformas que buscam romper com o modelo manicomial.

Não compreender a loucura como questão e estado patológico é o ponto central e de partida da experiência da antipsiquiatria. Dito de forma inversa, “A antipsiquiatria considerava a loucura como um fato social e político, uma experiência positiva de libertação [...]” (AMARANTE, 2003a apud GOMES, 2013, p. 45). Para tanto, a antipsiquiatria questiona o conceito de doença mental, questiona as práticas terapêuticas, bem como questiona as estruturas de assistência psiquiátrica¹² (ALVES, 2008).

Nessa perspectiva, verifica-se que a experiência da antipsiquiatria reforça o entendimento de que a loucura é uma construção social. Nas palavras de Alves (2008, p. 47), tal experiência considera a loucura como:

[...] um fenômeno social produzido por uma sociedade onde a psiquiatria não é mais do que um instrumento que tem por função a manutenção e a defesa de uma certa "normalidade" adaptada à ordem estabelecida. Se é a sociedade que produz e define a doença mental e se esta é o resultado das condições degradantes de vida, da deterioração dos laços sociais, etc., então a sociedade é que está doente, não os indivíduos. [...] A doença mental é então considerada como uma doença social ligada à opressão e exploração das pessoas. É um mecanismo de defesa normal que foge a uma sociedade patológica.

Segundo Gomes (2013), a experiência da Antipsiquiatria foi pioneira em interrogar o saber-poder psiquiátrico, haja vista o fracasso de seus objetivos, em especial, o de tratar e curar os doentes mentais. Além disso, repudia o caráter objetivante e fragmentador em que a psiquiatria se apoia para categorizar e/ou rotular pessoas.

Dentre as inúmeras características dessa experiência, destacam-se as seguintes: valorizava o discurso da pessoa com transtorno mental; combatia a institucionalização e a violência do tratamento psiquiátrico asilar; denunciava a cronificação; buscava um diálogo entre razão e loucura (ou seja, enxerga a loucura entre os homens e não dentro deles); criticava a nosografia. Assim, não é exagero indicar que as suas propostas apresentavam um contexto de ruptura radical com a psiquiatria, vejamos: acompanhamento da pessoa com transtorno mental

¹² “Thomas Szasz, nos Estados Unidos da América, afirma que a doença mental não é uma doença no sentido em que a medicina a define, portanto, não se justifica a existência de hospitais psiquiátricos. Não se justificam psiquiatrias nem estruturas específicas para tratar algo que não existe” (SZASZ, 1979a apud ALVES, 2008, p. 46). “Laing contesta a prática psiquiátrica por ser repressiva e controladora, por compactuar com as famílias e legitimar a situação de “bode expiatório” das pessoas incômodas. Laing não considera (bem como Cooper, 1971) a esquizofrenia como uma doença, e recusa aos psiquiatrias o poder de diagnosticar e atribuir cientificamente o “estigma”” (ALVES, 2008, p. 47).

em instituições abertas, não asilares (as casas comunitárias são as novas estruturas terapêuticas); democratização das relações institucionais (sem uma hierarquização definida); método terapêutico sem tratamento químico ou físico; “valoriza a análise do ‘discurso ‘ através da metanóia’, da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada” (AMARANTE, 1995, p. 44).

No tocante às críticas, Amarante (1995, p. 44) revela que, apesar dessa experiência iniciar um processo de ruptura importante com a psiquiatria, ela acaba por “[...] elaborar outra referência teórica para a esquizofrenia, [...] conhecida como teoria da lógica das comunicações [...], uma explicação causal da esquizofrenia calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas”.

De modo geral, podemos dizer que a experiência da Antipsiquiatria inaugura uma nova e importante etapa democrática no contexto da loucura. Dentre as suas contribuições, destaca-se “[...] a de terem identificado a existência de processos sociais determinantes na avaliação diagnóstica e tratamento da doença mental” (ALVES, 2008, p. 47) que, por sua vez, evidencia a doença mental como uma invenção da sociedade, fabricada pelas relações de poder, saberes, bem como de práticas discursivas, permitindo que a psiquiatria siga sempre criando estratégias que despolitiza e nega os sistemas de valores sociais e culturais da loucura, esvaziando-a de todos os seus sentidos.

Em face de todos esses avanços e contribuições, foi gestada a mais importante e considerada revolucionária experiência de ruptura a nível mundial até hoje, a denominada Psiquiatria Democrática, constituindo-se um grande marco para a consolidação de direitos e de expectativa para a reversão dos pressupostos sociais, culturais, políticos e científicos-profissionais atribuídos à loucura e ao sofrimento humano. A Psiquiatria Democrática constitui-se como a experiência que coloca “[...] em xeque o saber psiquiátrico e propôs uma ruptura com o modelo manicomial e a desconstrução de seu aparato e da cultura que o legitimava” (GOMES, 2013, p. 45).

Essa experiência surgiu na Itália e influenciou reformas em vários países, inclusive no Brasil, tendo como precursor e grande sistematizador o psiquiatra Franco Basaglia. Ela tem seu marco inicial nos anos de 1960, quando Basaglia desenvolve um trabalho pautado na humanização no manicômio de Gorizia, haja vista as condições violentas, miseráveis e de muita exclusão, “[...] onde os médicos e os outros técnicos são agentes repressivos, administradores da violência, ao serviço das classes dominantes, com a função social de controlar os “desvios”” (ALVES, 2008, p. 45). Nas palavras de Basaglia (1979 apud JUNQUEIRA; CARNIEL, 2013, p. 15): “No momento em que entramos nesse hospital, dissemos um não, não à psiquiatria, mas,

sobretudo, à miséria”. Assim, inicia-se uma verdadeira luta para reverter o contexto pleno de injustiças e desumanidade. Para tanto, Basaglia

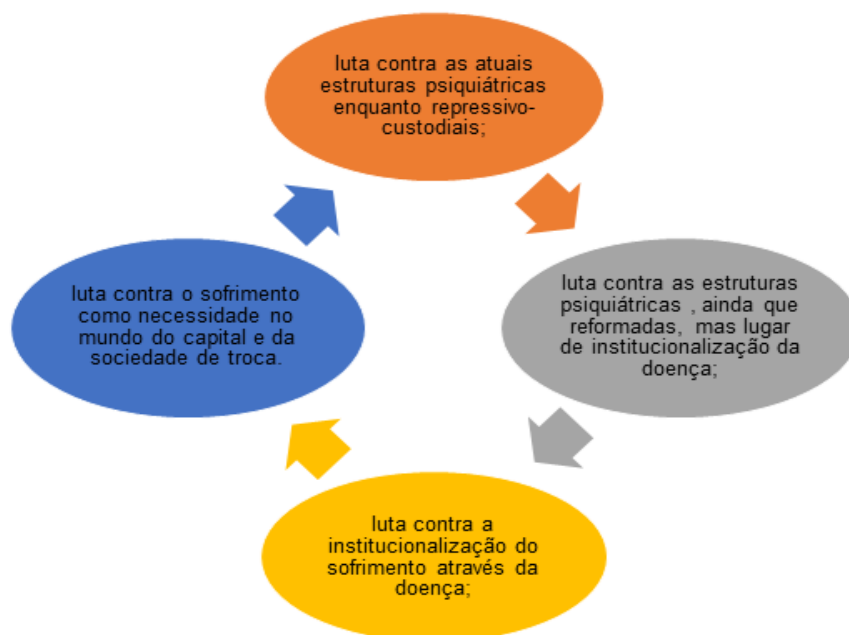
[...] introduziu mudanças radicais na qualidade de vida dos internos, aboliu os métodos de tratamento punitivos e coercitivos, abriu alguns espaços para a comunidade e aliado aos demais técnicos incorporou medidas que buscavam o resgate da dignidade, de direitos e de cidadania (GOMES, 2013, p. 45).

Dentre as contribuições de Basaglia, destaca-se a compreensão da necessidade de priorizar o cuidado à pessoa com sofrimento mental e não tratar a doença, ou seja, ele reconhece que a experiência da loucura apresenta centralidade no campo do poder-saber-médico da doença, deixando à margem as outras dimensões da vida subjetiva e social. Nas palavras de Basaglia (1979 apud AMARANTE, 1995, p. 46) “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença”.

Foi no caminho inverso (colocando a doença entre parênteses, sem negar sua existência, pois nega-se o peso dado à doença, e se preocupa com a pessoa em todas as suas dimensões) que Basaglia consegue constatar os desdobramentos do processo de institucionalização psiquiátrica. Segundo Amarante (1994 apud JUNQUEIRA; CARNIEL, 2013, p. 17) “A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao ‘duplo’ da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado”. Esse entendimento leva a experiência italiana a concluir que o “problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI, 1990 apud GOMES, 2013, p. 47).

Vislumbra-se, então, um horizonte de muitas lutas para transformar o contexto psiquiátrico, as quais foram sintetizadas por Rotelli a partir de quatro eixos fundamentais. A Figura 2, a seguir, detalha esses eixos:

Figura 2 – Eixos fundamentais que marcam a experiência da psiquiatria democrática



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Barros (1994 apud AMARANTE, 1995, p. 49).

A experiência desenvolvida em Gorizia impulsiona os trabalhos de Basaglia em Trieste, quando o psiquiatra e seus colaboradores defendem o fim dos hospitais psiquiátricos e criam os Centros de Saúde Comunitários. De acordo com Amarante (1995, p. 49):

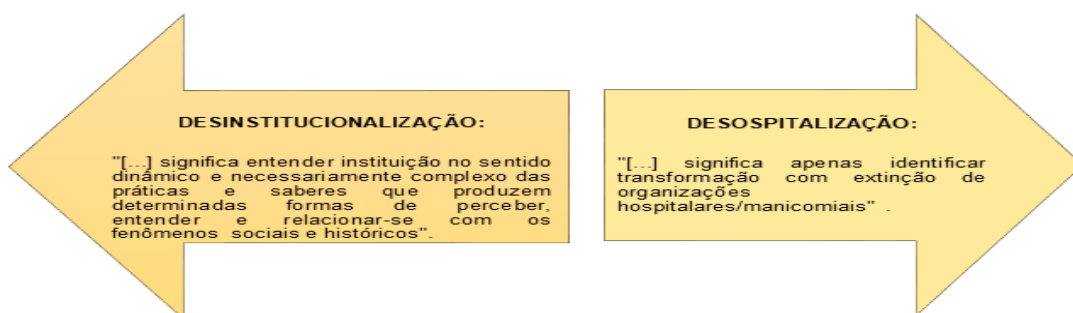
Basaglia chega à Trieste em outubro de 1971, onde dá início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguindo da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim, são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana.

Destaca-se, ainda, outras estratégias desenvolvidas, quais sejam: **grupos-apartamento**, que são residências na comunidade para os usuários, em que uns moram sozinhos e outros acompanhados por técnicos; **cooperativas de trabalho**, como modalidade para criar as possibilidades de reinserção no mundo do trabalho; **Serviço de Diagnose e Cura ou Serviço de Emergência Psiquiátrica**, que funciona como apoio aos serviços citados acima, funcionando 24 horas, como um pequeno número de leitos (AMARANTE, 1995).

Sob esse viés, é tranquilo afirmar que a Psiquiatria Democrática exerceu profundas transformações ao promover a substituição da internação psiquiátrica por cuidados na comunidade e no território que, sem dúvidas, favoreciam não apenas novas formas de sociabilidade, mas significavam a possibilidade de mudanças da vida cotidiana que revelava os sofrimentos.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o processo de desinstitucionalização da loucura, defendido por essa experiência, não apresenta semelhança com um processo de desospitalização, como o promovido outrora por outras experiências. Nas palavras de Amarante (1995, p. 49), “não se restringe e nem muito menos se confunde”. A Figura 3, a seguir expressa essa diferença.

Figura 3 – Desinstitucionalização X desospitalização



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Amarante (1995, p. 49).

Isso significa que os pressupostos defendidos pela experiência italiana, com sua defesa de desinstitucionalização, estão alicerçados para desconstruir os dispositivos psiquiátricos, que são caracterizados pela: estrutura fechada do manicômio; tutela; exclusão; periculosidade; relações de racionalidade/irracionalidade; discursos, saberes e práticas que estão fundamentados ou reduzem a loucura à doença, entre outros (AMARANTE, 1995).

A proposta de desinstitucionalização de Basaglia implica tanto o fechamento dos manicômios e a eliminação de coerções e tutelas quanto o questionamento do status de periculosidade do louco. Por conseguinte, o autor propõe um tratamento humanizado em serviços substitutivos que possibilitem o cuidado a partir de um espaço de interlocuções e produção de relações subjetivas (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013, p. 16).

Portanto, podemos dizer que os movimentos da Psiquiatria Democrática apresentam um processo de desinstitucionalização da loucura apoiado em sentidos múltiplos, como o epistemológico, o legislativo, o político, o assistencial e o cultural. Isso quer dizer que tal processo preza por um conjunto de relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades individuais e coletivas, cuja finalidade é a produção de um novo tempo com qualidade de vida, um novo lugar social para a diferença e para o sofrimento humano.

A reforma psiquiátrica propôs um processo de desinstitucionalização operado por novo tempo marcado pelo reconhecimento da subjetividade singular da pessoa em sofrimento “[...] como sujeito de direitos e a loucura como uma das diversidades da existência humana e o imperativo da construção de um novo lugar social para as pessoas que a experimentam” (TOMAZ, 2009 apud GOMES, 2013, p. 48).

Essas questões especificam a operação chamada desconstrução como sinônimo de desinstitucionalização, por apresentar mecanismos de desmontagem do aparato anterior, passando a estabelecer uma nova relação com as pessoas em sofrimento. Nessa perspectiva, Rotelli (1990) passa a entender a reforma enquanto um processo social complexo, uma vez “[...] que procura acionar os atores sociais diretamente envolvidos; que compreende que a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais” (ROTELLI, 1990 apud AMARANTE, 2011, p. 59).

O Quadro 4, a seguir, expressa, em linhas gerais, as mudanças defendidas pela experiência da Psiquiatria Democrática, confirmando o pensamento acima, de que a reforma constitui-se enquanto um processo social complexo.

Quadro 4 – Especificação paradigmática da psiquiatria democrática italiana

	PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA
OBJETO	Pessoa em sua experiência de sofrimento humano e sua relação subjetiva e social.
OBJETIVOS	▶ Romper com o modelo psiquiátrico manicomial, todo seu aparato e toda a cultura que o legitima. ▶ Implementar e operacionalizar o processo de desinstitucionalização no sentido múltiplo, ou de desconstrução/desmontagem.
PROPOSTAS	▶ Cuidado no território e na comunidade; ▶ Democratização das relações entre os atores institucionais e sociais; ▶ Novos cenários, novos conceitos e novos atores; ▶ Novos saberes, novas práticas, instrumentos e métodos; ▶ Produção de atitudes críticas no cotidiano institucional e social; ▶ Emancipação dos sujeitos sociais; ▶ Produção de novas subjetividades individuais e coletivas; ▶ Operacionalização de direitos.

Fonte: Elaboração Própria.

Todos esses fatos atestam que a experiência italiana desenvolveu impactos importantíssimos no campo da loucura e da democracia, mesmo não conseguindo uma superação do paradigma psiquiátrico. De acordo com Gomes (2013, p. 49):

O pensamento e a metodologia de Basaglia são mundialmente reconhecidos como a única experiência revolucionária que transformou a relação entre sociedade, loucura, louco e instituições e que demonstrou a possibilidade para a construção de um novo paradigma na saúde mental.

Não podemos deixar de enfatizar a Lei 180, de 1978, conhecida como Lei Basaglia¹³. Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, que conferiu legitimidade às iniciativas de constituição de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, constituindo-se como símbolo de efetivação da luta manicomial (GOULART, 2008). Segundo Amarante, em prefácio no livro “Portas Abertas: do manicômio ao território - entrevistas Triestinas”, de Rossana Sade (2014, p. 12), trata-se “[...] da primeira (e ainda única) lei nacional que prescrevia a extinção do modelo manicomial e sua substituição por um conjunto de práticas, princípios e dispositivos substitutivos [...]”. Ou seja, a experiência italiana conseguiu a superação, em nível institucional, do modelo manicomial e segue na luta por uma nova racionalidade para o campo da saúde mental. Vejamos o que descreve Sade (2014, p. 17), em suas análises com as entrevistas realizadas com protagonistas da experiência Triestina:

Conforme relataram Rotelli, Dell’Acqua, Mezzina e Prosdocimo nas entrevistas, uma das principais mudanças, em todos estes anos, ocorreu no setting: do manicômio ao ambulatório, ao centro de saúde mental, à comunidade. Agora, o espaço do cuidado é um espaço social, um espaço que está dentro da normalidade, em que a forma de atuação deve ser oposta à utilizada no manicômio: abrindo as portas, criando oportunidades de vida para as pessoas e reconstruindo vínculos com a malha social; reduzindo o poder dos técnicos, ou seja, dos profissionais; passando para uma relação de negociação em que o ator social deve ser protagonista, ter poder e palavra.

Dessa forma, consideramos que essa experiência não apenas consegue romper com o ideário hegemônico manicomial e psiquiátrico, mas segue provocando erosões identificadas

¹³ “Mais que uma normativa, a lei em questão é expressão exemplar de um processo de institucionalização de novos valores que envolveram a sociedade italiana de forma ampla e conseqüente. Ela expressa [...] como marco histórico do processo de reforma psiquiátrica italiano – ocasião em que Franco Basaglia assume a direção do manicômio de Gorizia (1961). Foram necessários os esforços de muitos para que a cultura profissional e a opinião pública italianas fossem abaladas e transformadas. O desafio da negação dos manicômios como *locus* de tratamento e acolhimento dos doentes mentais foi tecido através de vários mecanismos instituintes que emergiram de um contexto sociocultural caracterizado pelo desejo de mudança de uma Itália que se reerguia do pós-guerra. Os psiquiatras italianos que participaram desta batalha aliaram-se de múltiplas maneiras com partidos e movimentos sociais. Recorreram amplamente à imprensa escrita e televisiva, e aos mecanismos de divulgação de experiências e idéias através de periódicos pertinentes ao campo da saúde mental para construir o modelo alternativo que foi consagrado pela lei. Um encontro feliz entre sociedade e Estado. Da geração informal de opinião resultaram decisões legislativas e a possibilidade de oferta de direitos civis e sociais (GOULART, 2008, p. 3-4).

nos próprios arranjos e nas inovações dos movimentos e reformas em todo mundo, em especial na reforma psiquiátrica brasileira, que muito tem sua experiência referenciada na italiana.

1.2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: emaranhado no cuidado à Saúde Mental

Como já sinalizado anteriormente, a experiência brasileira recebeu influências de diferentes experiências de reformas, principalmente europeias, com destaque para a reforma psiquiátrica italiana. A perspectiva de reforma na saúde mental passou a se configurar, no Brasil, no final da década de 1970, período conjuntural marcado pela crise da ditadura militar no país e pela abertura do processo de redemocratização, pautado por lutas, mobilizações sociais e grande efervescência política nos mais variados campos.

No tocante à saúde, desenvolve-se intensamente o movimento pela reforma sanitária e, com este, o de luta pela reforma psiquiátrica. Reforma que se faz urgente dado o contexto excludente, de maus-tratos e de marginalização civil e social. Durante décadas, a loucura, no Brasil, trilhou caminhos segregadores, daí a necessidade de historicizar, de forma resumida, o processo de assistência e instauração dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

No Brasil, a realidade histórica da assistência à loucura não apresenta divergências significativas de outras realidades mundiais, pois as primeiras instituições de acolhimento foram as Santas Casas de Misericórdia, no século XVI, que acolhiam todos aqueles que representavam certo tipo de “desordem social”. Contudo, de acordo com Amarante (2008), o primeiro hospital destinado à loucura no Brasil se deu no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, criado pelo imperador Pedro II.

O certo é que o Hospício de Pedro II abriu caminho para o surgimento de muitas outras instituições similares no país. A partir de então, e por quase 150 anos, pode-se resumir a política nacional do setor como de mera implantação de hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2008, p. 736).

É nesse contexto que foram instituídas, também, as colônias agrícolas, locais destinados ao internamento de milhares de pessoas consideradas loucas. Para Amarante (2008, p. 737), “[...] o aparecimento das colônias foi o que faltava para que o modelo asilar dominasse definitivamente a assistência psiquiátrica no país até as décadas de 1940 e 1950”.

Ainda de acordo com esse autor, a década de 1960 é palco de um processo de privatização da saúde pela previdência social, que atinge sobremaneira o modelo psiquiátrico com o aumento de leitos em todo o país, sendo, em sua maioria, leitos privados. Esse modelo começa a ter suas bases questionadas no final da década de 1970, com o processo de

redemocratização e início do movimento pela reforma psiquiátrica¹⁴ que, de acordo com Amarante (1995, p. 87), compreende os anos entre 1978 e 1980, período em que a reforma brasileira terá como fundamento principal “[...] uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização” (AMARANTE, 1995, p. 87).

A construção da experiência brasileira de busca de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional contou com contribuições de vários atores sociais para avançar no seu desenvolvimento. Amarante, na obra “Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil” (1995/2003), demarca uma periodização com três momentos para descrever a trajetória da experiência brasileira de reforma, quais sejam: **a alternativa, a sanitarista e a de desinstitucionalização**. Para tanto, considerando as leituras de outras obras do próprio Amarante e outros autores que compõem nossa pesquisa bibliográfica, propomos acrescentar outra trajetória que denominamos de **atenção psicossocial**. No entanto, concordamos com o próprio Amarante (2003, p. 89) quando nos alerta de que: “Não se trata, aqui, da construção continuísta da história da psiquiatria, mas do relato do surgimento de algumas práticas (reunidas sob o conceito de trajetória) que se diferenciam do modelo psiquiátrico clássico”.

O primeiro momento, denominado de **trajetória alternativa**, é caracterizado pelo início das lutas contra a ditadura militar e pelas denúncias em relação à assistência psiquiátrica, cujo principal marco foi a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão responsável pela formulação de políticas públicas. Essa crise se deu em decorrência das denúncias de três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, revelando publicamente as irregularidades e os maus-tratos institucionais, fato que ocasionou greve geral, ocorrida em 1978, que provocou uma demissão em massa (AMARANTE, 2008).

¹⁴ “[...] o conceito de reforma psiquiátrica se apresenta como sendo política e conceitualmente problemático. [...] a própria expressão reforma indica um paradoxo - pois foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base. O termo, no entanto, prevaleceu e ainda permanece, em parte pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político. [...]” (AMARANTE, 1995, p. 87-88). Esta preocupação de Amarante decorre das reflexões alardeadas por Rotelli (1990, 1994), que “reserva a expressão reforma para os modelos psiquiátricos inglês, francês e americano. Em seu entender, estes modelos não passaram de simples tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica” (AMARANTE, 1995, p. 88). Por sua vez, Amarante (2003) apud Gomes (2013, p. 50) “evoca o conceito de revolução defendido por Tomas Kunh (1975) – superação paradigmática, e por Félix Guatarri (1996) – transformação radical do saber e da prática psiquiátrica, para conferir um novo significado ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro e superar a noção reducionista e equivocada que lhe foi atribuída. Portanto, na concepção do autor, é a perspectiva revolucionária da Reforma que verdadeiramente dá sentido às lutas sociais no campo da saúde mental e tem potencial para promover as transformações necessárias”. Segundo Amarante (2008), a reforma psiquiátrica brasileira deve ser pensada como um processo social complexo que deve perpassar pela efetiva articulação das 4 dimensões que constituem a realidade no campo da saúde mental por ele defendidas, quais sejam: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Tal acontecimento propiciou a criação, nesse mesmo ano, do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM)¹⁵, que “[...] denuncia a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população [...]” (AMARANTE, 2003, p. 52). Movimento fundamental para o avanço no campo da saúde mental.

O segundo momento, descrito por Amarante (2003), é a **trajetória sanitarista** que, por sua vez, é dividida pelo autor em duas etapas, denominadas **sanitarista I** e **sanitarista II**. A primeira se estabeleceu no início dos anos de 1980, com as seguintes características: “[...] o Estado comprava serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na melhoria da rede pública”; “[...] a doença mental era considerada um objeto bastante lucrativo e a hospitalização psiquiátrica um “mercado” promissor”; “[...] incorporação de parte considerável dos militantes do movimento sanitário e do movimento antimanicomial ao aparelho do Estado; “[...] processo de cogestão, uma articulação entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) no sentido de “frear as distorções acarretadas pelo modelo privatizante e curativista da Previdência Social” (AMARANTE, 1997 apud GOMES, 2013, p. 54); “[...] criação, em 1981 do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) que através do projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS) possibilitou a racionalização do sistema, a descentralização e articulação dos serviços públicos, a ampliação da rede de assistência e a reversão do modelo assistencial privatizante” (GOMES, 2013, p. 53-54).

Com relação a **sanitarista II**, ela é entendida como processo de continuidade, mas marcada, principalmente a partir dos anos de 1985, pelo fortalecimento e pela inserção de lideranças do MTSM nas instâncias da gestão, ocupando cargos de direção e chefias, bem como a promoção dos encontros de coordenadores e as conferências de saúde mental, que são fundamentais para os avanços das políticas no campo da saúde mental (AMARANTE, 2003). Destarte, segue os principais eventos desse período:

¹⁵ O MTSM tinha como objetivo a constituição de “[...] um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 2003, p. 52).

Quadro 5 – Principais eventos da trajetória sanitária

DATA	CIDADE	EVENTO
26 – 28 setembro de 1985	Vitória/ES	I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste
17 – 21 de março de 1986	Brasília	VIII Conferência Nacional de Saúde
4 – 5 de outubro de 1986	Rio de Janeiro	I Encontro Estadual de Saúde Mental
12 – 14 de março de 1987	Rio de Janeiro	I Conferência Estadual de Saúde Mental do rio de Janeiro
2 – 4 de abril de 1987	Barbacena/MG	II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste
25 – 28 de junho de 1987	Rio de Janeiro	I Conferência Nacional de Saúde Mental

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Amarante (2003).

Evidencia-se, portanto, um contexto político favorável que proporcionou discussões importantes e conquistas no campo da saúde mental.

Seguindo a narrativa de conquistas, tem-se a terceira trajetória, denominada de **desinstitucionalização**, iniciada com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, cujas discussões provocaram tomadas de decisões estratégicas no campo da saúde mental, apontando para a necessidade de um processo de desinstitucionalização. Nas palavras de Amarante (2003, p. 94):

[...] é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades.

Para caminhar nessa direção, o contexto conjuntural de democratização foi fundamental, particularmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a instituição da saúde como um dos tripés da seguridade social, sendo esta agora “Direito de todos e dever do Estado”.

Outro aspecto importante foram os inúmeros eventos (congressos e conferências em saúde mental), que contaram com participações impactantes, de importantes expoentes do movimento internacional de ruptura psiquiátrica, como o próprio Franco Basaglia, Michael Foucault, Robert Castel, Franco Rotelli, Thomas Szasz, Félix Guattari, Erving Goffman, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, entre outros. Além das muitas iniciativas dos diversos atores sociais coletivos para a construção de um novo projeto para o campo da saúde

mental no Brasil. Dentre estes atores, três merecem destaque pelo seu engajamento e contribuição para o desenvolvimento da reforma (Quadro 6).

Quadro 6 – Atores sociais coletivos da experiência de reforma psiquiátrica brasileira

MOVIMENTO DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL (MTSM)
“[...] ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao <i>status quo</i> psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental. [...] Em sua origem, o MTSM congrega técnicos de várias categorias profissionais, principalmente médicos recém-formados” (AMARANTE, 2003, p. 106-107). Vale ressaltar que nos anos de 1993, esse movimento oficialmente passa a denominar-se Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), por agregar novos atores sociais no movimento de luta, entendido como modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa, que coloca em questão os poderes e os privilégios, contrapondo-se ao modelo manicomial, portanto a expressão antimanicomial (LOBOSQUE, 2001 apud GOMES, 2008).
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP)
“É uma entidade, como as demais da categoria médica, preocupada com os aspectos do aprimoramento e intercâmbio científicos e com a concessão de título de especialista em psiquiatria”. [...] Seus quadros são compostos de profissionais que atuam na prática clínica particular, na universidade e na rede privada” (AMARANTE, 2003, p. 108). Essa associação apresentou destaque no âmbito das políticas de saúde mental, por assumir juntamente com o MTSM uma posição política no processo de redemocratização do país, bem como do movimento de renovação psiquiátrica (AMARANTE, 2003). No entanto, importante sinalizar, que “[...] a ABP defende sempre uma abordagem mais técnica do que política, isto é, procurando sempre apresentar alternativas e diretrizes orientadas por uma postura científica, e não por uma abordagem política das questões relativas à saúde mental” (AMARANTE, 2003, p. 109). Além disso, a ABP a partir dos anos 2000 demarca sua postura ao movimento de reforma, voltando a defender a hegemonia da psiquiatria no campo da saúde mental e mais recentemente tem endossado as políticas de retrocessos do governo Bolsonaro para o campo da saúde mental.
ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES (SOSINTRA); (Loucos pela Vida); (Franco Basaglia), entre outras
A criação das associações de usuários e de familiares são espaços muito importantes na luta pela reforma psiquiátrica. No Brasil, estas associações, em linhas gerais, foram criadas a partir da necessidade dos familiares e de seus familiares lidarem com a complexidade em torno do lidar com a loucura. Segundo Amarante (2003, p. 121) “[...] este novo protagonismo, o do próprio louco, ou usuário, delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisíveis no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM. Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido”.

Fonte: Elaboração Própria.

Com o desdobramento das iniciativas, em especial, desses atores envolvidos, a trajetória de desinstitucionalização é marcada pelos seguintes acontecimentos: II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como congresso de Bauru/SP, em 1987, evento importante na medida em que contou com a participação de várias associações de usuários e outros segmentos da sociedade, ampliando e fortalecendo a luta. Vale ressaltar que, ao final do evento, foi publicado um documento denominado “Carta de Bauru”¹⁶, cujos elementos apontados demonstram a determinação das condições sociais para o sofrimento psíquico e defende a ruptura epistemológica com a ideia de doença mental. Foi também nesse congresso que se assistiu a construção do lema “por uma sociedade sem manicômios” e também estabeleceram o dia 18 de maio como o dia da luta antimanicomial.

De acordo com Amarante e Nunes (2018, p. 2070) “O dia 18 de Maio serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico”; criação do primeiro serviço de atenção psicossocial em São Paulo em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) professor Luís da Rocha Cerqueira da Secretaria de Saúde do Estado, considerado o primeiro serviço que se constituiu fora do modelo manicomial, tornando-se referência para as políticas de saúde mental e um espaço estratégico para a formação de profissionais que atuavam no setor; primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos/SP, também em 1987; a criação da Associação Loucos pela Vida. No âmbito legislativo, tem-se a apresentação do Projeto de Lei de nº. 3.657, no ano de 1989, do deputado Paulo Delgado, “[...] que proponha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência, na mesma linha dos recursos psicossociais e culturais implantados em Santos” (AMARANTE, 2008, p. 752); II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), debates que reafirmam e renovam “[...] os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial” (AMARANTE, 2003, p. 84).

Para Amarante (2003), esses acontecimentos apontam para dimensões mais globais e complexas que envolvem o processo da reforma psiquiátrica brasileira, indo além das transformações apenas no campo da dimensão técnico-assistencial. O autor coloca que a

¹⁶ O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru/SP “[...] representou (e representa) o principal marco do direcionamento ético-político da luta antimanicomial no Brasil e contribuiu, não só no âmbito da luta pela saúde mental, como também pelos direitos humanos e pela transformação radical desta sociedade. Os elementos apontados na Carta de Bauru acerca dos diversos mecanismos de opressões presentes na sociedade capitalista, vinculam-se à luta pelos direitos de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e devem ser incorporadas às lutas mais gerais dos/as trabalhadores/as, o que não nos deixa nenhuma dúvida de qual é a direção política da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica que devemos construir” (PASSOS; MOREIRA, 2017, p. 341-342).

trajetória de desinstitucionalização tem sua demarcação final com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, constituindo-se como um momento extremamente rico para as políticas da saúde mental, ao passo que identificamos este evento enquanto início de outra (ou nova) trajetória até então vigente, que pode ser denominada trajetória de **Atenção Psicossocial ou paradigma Psicossocial**. Esse termo é adotado por Costa-Rosa (2000) para delimitar um modelo próprio, com base nas produções teóricas e na experiência de outros movimentos de reforma e ruptura, portanto, um novo cenário para o campo da saúde mental no Brasil¹⁷.

Essa trajetória desenvolve-se a partir dos anos de 1990, período marcado pela introdução de uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira, dentre elas a criação do SUS e seus dispositivos legais, expressos nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, suas Normas Operacionais Básicas - NOBs 01/91; 01/92; 01/93 e 01/96, para expressar em nível geral e mais específico. Na mesma década, importantes instrumentos normativos foram aprovados, tendo como referência os serviços pioneiros, a portaria 189/91 e a portaria 224/92 que regulamenta os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial (AMARANTE, 2008).

Nessa perspectiva, constata-se que a cidadania das pessoas com transtorno mental começa a ser delineada e construída processualmente, com uma reorientação da política de saúde mental, a partir dos anos de 1990. Nessa década, não houve avanços significativos do ponto de vista de mudança do modelo assistencial, uma vez que o país finaliza a década de 1990 com mais 100 mil leitos psiquiátricos e 90% dos recursos federais para essas instituições. Existiam pouco mais de 170 CAPS. Apesar das portarias, não houve dotação orçamentária (CARVALHO, 2015).

No entanto, foi nos anos 2000 que ocorreu a aprovação da **Lei. Nº. 10.216/01**, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, significando um grande avanço, constituindo-se em um marco relevante na história das políticas de saúde mental e, no campo dos direitos humanos, significou uma importante conquista para as pessoas em sofrimento mental. Contudo, não

¹⁷ Conforme Carvalho (2015, p. 177), o campo da saúde mental constitui-se enquanto um “Campo híbrido de referências teórico-práticas e ideopolíticas em torno da questão da loucura e da forma de ofertar o cuidado, que produz uma rede discursiva de múltiplos sentidos e significados que orientam as ações profissionais. **Principais características:** Compreende as múltiplas disciplinas que se constituem núcleos de objetivação de sentidos, determinando um modo de operar e um campo de atuação; Compreende as relações que se estabelecem entre as disciplinas, criando referências interdisciplinares mediadas pela interação entre os agentes profissionais; Compreende um campo do conhecimento por produzir saberes em torno das experiências práticas; Compreende as práticas de gestão considerando sua ressonância no âmbito das políticas públicas; Compreende a dimensão dos movimentos sociais” (CARVALHO, 2015, p. 177).

podemos deixar de pontuar o contexto histórico de sua aprovação, haja vista 12 anos de tramitação, com restrições relacionadas à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. O projeto da referida lei foi criado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), em 1989. Segundo Passos e Moreira (2017, p. 343) “[...] a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica não se deu sem disputas, uma vez que as forças conservadoras da psiquiatria tradicional também pleiteiam a direção e a hegemonia do campo da saúde mental”.

Em 2002, tem-se a promulgação da **portaria Nº 336/GM, regulamentando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, em suas diferentes modalidades, que são caracterizadas tendo como referência o porte populacional e a diversidade de problemáticas relacionada com o sofrimento mental, constituindo serviços distintos, como o CAPS I, II e III; CAPS infantil e CAPS álcool e outras drogas¹⁸.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2015, p. 9).

Amarante (2008) defende que os CAPS (principais serviços substitutivos da reforma) visem a uma articulação para um trabalho em rede, de articulação intersetorial com as diversas políticas públicas, de modo a criar no âmbito destas um espaço sem preconceitos com a loucura,

¹⁸ Os tipos de CAPS são: **CAPS I**, que oferece atendimento aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive decorrentes de uso abusivo de drogas e cobertura a municípios com população acima de 20.000; o **CAPS II** atende aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes e cobertura a municípios com população acima de 70.000 habitantes; o **CAPS III** oferece atendimento aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes durante 24 horas por dia, sete dias por semana e cobertura a municípios com população acima de 200.000 habitantes; o **CAPS Infantil (CAPS I)** volta-se a crianças e a adolescentes com transtornos mentais, inclusive decorrentes de uso abusivo de substâncias psicoativas e cobertura a municípios com população acima de 200.000 habitantes; os **CAPS álcool e outras drogas (CAPS ad e CAPS ad III)** atendem as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. A cobertura é de municípios com população acima de 70.000 para o ad e 200.000 para o ad III. Lembrando que municípios que apresentam um número alto de pessoas que fazem uso abusivo do álcool e de outras drogas podem requisitar a implementação do CAPS ad. (BRASIL, 2012). “Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS I e II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2002). Recentemente foi criado o **CAPS ad do tipo IV**, pela Portaria Nº 3.588, de 2017. Vejamos o inciso VII, do artigo 7º, a referida portaria “VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação” (BRASIL, 2017).

da produção de novos saberes e práticas, na perspectiva de garantia de atendimento de forma integral aos usuários.

Os CAPS são instituições: [...] a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004 apud FERREIRA *et al.*, 2016, p. 79).

Portanto, os CAPS institucionalmente são os atuais serviços que devem cumprir uma dupla jornada para atender os objetivos da reforma, uma que podemos considerar realizada no interior dos seus serviços e a outra em seu exterior.

Como estratégia de desinstitucionalização, em 2000, foi editada a **portaria Nº. 106**, que dispõe sobre os **serviços residenciais terapêuticos** para oferecer acolhidas aos usuários com histórico de longas internações e que tenham os vínculos familiares e sociais rompidos e, assim, terem a possibilidade de reinserção social mais dignamente. Em 2003, por meio da **Lei nº. 10.78/2003**, instituiu-se o **Programa De Volta para Casa**, que estabelece o pagamento de um auxílio-reabilitação para aqueles usuários com histórico de longa internação psiquiátrica, com o objetivo de subsidiar a sua assistência, permanência e reintegração ao meio familiar e social.

Outra iniciativa importante, foi a criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), pela Portaria Nº 251, em 2002, responsável pela avaliação dos hospitais psiquiátricos conveniados pelo SUS. Essa avaliação destaca a estrutura física, os processos e os recursos terapêuticos utilizados, bem como as adequações dos hospitais às normas técnicas gerais do SUS. Ou seja, o referido programa tem como objetivo avaliar, periodicamente, os hospitais psiquiátricos e, a partir dos resultados, pode promover o credenciamento do SUS, bem como o fechamento daqueles que não atendem às diretrizes do referido programa.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, significou mais um passo nos avanços da reforma, com propostas de trabalho em rede, com base na intersetorialidade. Ou seja, “[...] a referida conferência assume o termo “intersetorial” e promove uma grande mudança estratégica na condução da política de saúde mental” (CARVALHO, 2015, p. 217).

A partir desses avanços, foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a **portaria Nº. 3.088**, em 2011, a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, que reúne os serviços e as estratégias de desinstitucionalização acima detalhados, bem como amplia pontos de atenção à saúde das pessoas em sofrimento mental, buscando trabalhar na perspectiva de um cuidado integral e que

se dê em serviços abertos localizados na comunidade e centrada no território, valorizando as relações das redes de apoio social e familiar com a comunidade.

De acordo com a portaria, a RAPS é formada por sete componentes, cada um atinge um conjunto de ações e serviços que são denominados de pontos de atenção, que busca atender às diferentes demandas dos usuários e de seus familiares, nos mais diversos territórios. O Quadro 7, a seguir, expõe melhor como se dá essa formação:

Quadro 7 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Atenção Básica em Saúde	• Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (CAPS).
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em Hospital Geral; • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Brasil (2013).

É importante ressaltar que, na atualidade, outros serviços, a partir de documentos normativos, foram inseridos na RAPS (detalhados no próximo tópico, que trata da saúde mental em seu processo de contrarreforma), como os próprios hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, significando um processo contraditório aos preceitos defendidos pela reforma psiquiátrica brasileira.

A RAPS, na sua versão política e estratégica da reforma, busca possibilitar, a partir das suas diretrizes, que o usuário da saúde mental seja reconhecido enquanto um sujeito de direitos e, como tal, deve ter autonomia e participação no processo de cuidado. Além disso, contribui

com a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e com a mudança do antigo modelo assistencial baseado em internações.

Com os avanços legais, tem-se, por sua vez, uma perspectiva que reflete a transição, ainda em curso, do modelo assistencial em saúde mental. As mudanças têm alterado a forma como as comunidades lidam com seus “loucos” e alteram a busca por cuidado a partir da nova configuração da RAPS que, por um lado, preserva a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo manicomial e, por outro, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

Por isso, analisar o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira implica compreender e desvelar as perspectivas do cuidado, a partir do confronto entre dois modelos coexistentes: o do cuidado em saúde em hospitais psiquiátricos classificados como “reformados” e o dos serviços substitutivos (AMARANTE, 1995).

No entanto, compreende-se que o paradigma da atenção psicossocial, até então, é a via mais provável para a superação do modelo psiquiátrico tradicional, pois ao mesmo tempo em que se opõe e nega os pressupostos clássicos, convoca novos elementos que, de fato, provocam uma reversão no conjunto de todas as suas dimensões. Daí, a característica desse paradigma de estar “[...] em permanente construção e inovação, num movimento autocrítico fundamental para sua reprodução e afirmação enquanto possibilidade revolucionária para o campo da saúde mental” (GOMES, 2013, p. 51).

De acordo com Costa-Rosa (2000 apud GOMES, 2013, p. 49):

[...] o modelo da Atenção Psicossocial tem por objetivo a desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural, participação, autogestão, interdisciplinaridade, interlocução, livre trânsito do usuário e da população e territorialização com integralidade, por oposição às características do modo asilar.

Diante do exposto, não há dúvidas que a experiência de reforma brasileira pauta-se no novo paradigma da saúde mental, que é a atenção psicossocial. Para tanto, concordamos com Rotelli (1990) e Amarante (2011) que a reforma psiquiátrica no Brasil vem sendo construída, mesmo que lentamente, sob as bases da noção de processo social complexo, haja vista ultrapassar os limites “[...] de uma simples reorganização do modelo assistencial, fato que ocorreu em outras experiências europeias e na norte-americana de reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 2008, p. 755).

Assumir a noção de processo social complexo significa dizer que não existe o processo, ou um só processo de reforma psiquiátrica; mas processos, na medida em

que são ocorrências locais e históricas, com atores sociais e conjunturas específicas, singulares e diferenciadas. Por outro lado, a ideia de processo leva a pensar em movimento, com permanente renovação de atores, conceitos e princípios (AMARANTE, 2008, p. 755-756).

A partir desse entendimento, Amarante (2011) defende a interdependência e simultaneidade entre quatro dimensões que compõem a totalidade social, quais sejam: a epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. Em consonância com Amarante e com resultados de suas pesquisas, Carvalho (2015) propõe o acréscimo de outra dimensão que, também, processa a reforma psiquiátrica brasileira, a qual denominou de dimensão afetivo-emocional, por perceber, em suas análises, a construção de novas subjetividades a partir do agenciamento dos atores sociais pela vinculação/afetação com a narrativa da reforma. Vínculo e afetos na construção das relações entre os diferentes agentes que atuam no campo da saúde mental.

O Quadro 8, a seguir, detalha melhor as cinco dimensões que caracterizam a reforma psiquiátrica brasileira como um processo social complexo.

Quadro 8 – Dimensões da reforma psiquiátrica brasileira segundo Amarante (2003, 2007, 2008) e Carvalho (2015)

Dimensão técnico-assistencial	Dimensão jurídico-política	Dimensão epistemológica	Dimensão sociocultural	Dimensão afetivo-emocional
Refere-se aos modelos de atenção à saúde, às práticas profissionais e à organização dos serviços a partir dos princípios do cuidado.	Refere-se à construção de políticas públicas e à emergência de movimentos que se encontram na base do processo de pactuação para a reivindicação/construção dos direitos sociais.	Refere-se à repensar, desconstruir e reconstruir vários conceitos fundamentais do modelo científico. Reivindica a articulação de diferentes conhecimentos para a construção de um novo saber para o campo da saúde mental.	Refere-se aos processos sociais e culturais para desconstrução do preconceito e do estigma que fazem parte do imaginário social sobre a loucura.	Refere-se às novas subjetividades produzidas nos atores sociais (técnicos, usuários e suas famílias) em contato com a narrativa discursiva da reforma, que produzem mudanças intersubjetivas e afetam os processos de sociabilidade.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Amarante (2008, p. 756) e Carvalho (2015, p. 178-179).

O conjunto dessas dimensões apresenta os objetivos imprescindíveis da experiência da reforma brasileira para avançar na construção de uma realidade transformadora do contexto social, político, econômico e cultural relacionado à saúde mental. Segundo Amarante (2008, p. 758):

[...] é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. É o que se deseja para nossa realidade.

Vale ressaltar que, mesmo cambaleante, a reforma psiquiátrica no Brasil é considerada como uma das mais originais no mundo e isso se dá pelas conquistas com o SUS, que tem características democráticas, permitindo que os militantes da reforma participem da construção das políticas de saúde mental, além, é claro, da presença constante e incansável, porém acuada na contemporaneidade, dos movimentos sociais, particularmente do MNLA.

Por outro lado, sabe-se que a implementação, bem como a efetivação do modelo psicossocial não passará ilesa às dificuldades e aos desafios que são de toda ordem. Assim, ele sofre permanentemente ataques, caracterizando-se enquanto um contexto de contrarreformas que se faz presente e em contínuo avanço, cujo processo varia de acordo com as questões sócio-históricas, político-econômicas e ideológico-culturais.

1.2.2.1 Saúde Mental em contrarreforma: retrocesso no cuidado e perda de direitos

É importante registrar que, mesmo com os inegáveis avanços dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, ainda há muito caminho a trilhar para a concretização de uma conquista histórica que abrace as múltiplas dimensões da experiência do sofrimento humano e se erga um novo lugar social para a loucura.

De acordo com Nunes *et al.* (2019, p. 4490), “Os movimentos de RP evidenciam, em maior ou menor grau, um processo que atua em diferentes dimensões da realidade social e política de um país [...]”, e assim deparam-se, quase sempre, com um processo de contrarreforma psiquiátrica¹⁹.

¹⁹ “Em revisão sobre diversas RP em países da Europa e das Américas nas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, Torrenté identifica uma recorrência de elementos que se constituem enquanto sete nós críticos que confluem no processo de Contrarreforma Psiquiátrica: 1) a mera desospitalização; 2) a deriva burocrática; 3) a fragmentação da reforma; 4) a instrumentalização neoliberal; 5) a descontinuidade ideológica; 6) o pensamento único e a homogeneização das práticas; e 7) a volta da instituição total (inclusive fora dos muros)” (NUNES *et al.*, 2019, p. 4490).

Compreende-se a contrarreforma psiquiátrica como sendo os acontecimentos incongruentes que dificultam, imobilizam, redefinem e redirecionam o percurso da reforma; sendo assim, caracteriza-se como sendo as ocorrências que contradizem as “[...] forças sociais que idealizaram, conquistaram e implementaram a RP em questão” (NUNES *et al.*, 2019, p. 4490).

Pode-se definir a Contrarreforma, enfim, como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas RP nas quatro dimensões propostas por Amarante: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural (NUNES *et al.*, 2019, p. 4491).

No âmbito da saúde mental brasileira, tem-se uma avaliação preocupante diante do visível contexto de contrarreformas que vem se delineando na contemporaneidade, impactando diretamente na experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental, bem como nas cinco dimensões do processo de reforma, haja vista o entendimento que estas são simultâneas e interdependentes. Contudo, os efeitos processuais de contrarreforma tornam-se mais evidente nas mudanças empreendidas nas dimensões jurídico-políticas e técnico-assistenciais, que caracterizam um contexto de desmonte da rede de atenção psicossocial, diante da atual política governamental defendida e implementada.

Segundo Nunes *et al.* (2019), a reforma psiquiátrica no Brasil desde sempre contrariou interesses de grupos historicamente determinados, sobretudo pela correlação de forças com os interesses econômicos da denominada “indústria da loucura”, compreendida pelos lucros de hospitais psiquiátricos e farmacêuticos. Além disso, para esses autores, na atualidade, entra em cena as “[...] políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, rentista e globalizado e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia” (NUNES *et al.*, 2019, p. 4491).

Como vimos anteriormente, os anos 2000 se caracterizam como sendo palco das principais conquistas no campo da saúde mental. Com a promulgação da Lei nº. 10.216/2001, foram aprovados vários documentos e implementados serviços que versavam, mesmo com as limitações, em uma perspectiva de um cuidado psicossocial e de promoção da autonomia como mecanismos de proteção social.

Os primeiros 15 anos do século XXI foram de grande efervescência para o movimento reformista brasileiro – fruto de lutas históricas, mas também de uma conjuntura política favorável, traduzida em uma política de saúde mental bastante progressista e internacionalmente reconhecida (NUNES *et al.*, 2019, 4491).

Esse cenário de desenvolvimento propício à reforma psiquiátrica brasileira não tardou para apresentar as fissuras que se colocam como ameaças aos direitos humanos e retrocesso ao movimento da reforma. Algumas iniciativas sinalizam para um cenário de desafios, a exemplo da orientação da **Portaria nº 131/2012**, que institui a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS, cujo público-alvo são as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Essas comunidades representam um “[...] modelo assistencial fechado e de longa permanência, frequentemente de matiz religioso e baseado na exigência de abstinência total” (IPEA, 2017 apud LIMA, 2019, p. 3). Para Passos (2017 apud GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 121) essas comunidades “[...] não atende às exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental”.

Outra questão muito importante que vai tensionar fortemente o desmonte da reforma é o financiamento das políticas de saúde mental. É sabido que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza um investimento de 5% do orçamento com saúde mental. No entanto, de acordo com Guimarães e Rosa (2019), a média de gastos em saúde mental no Brasil é de 2,0 a 2,5%, orçamento que vem constantemente sendo reduzido.

No entanto, foi a partir dos anos de 2016 que se assiste a um desenfreado desmonte da política de saúde mental em seu processo de reforma psiquiátrica, quando assume a presidência Michel Temer em decorrência do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, governo ilegítimo e legitimador da política neoliberal.

O desmonte das conquistas da política de saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018; DELGADO, 2019), acelerado a partir do Governo de Michel Temer (2016-2018) e agravada no atual Governo Bolsonaro (2019 até o momento), é consequência das escolhas de políticas de governo associadas à racionalidade de contrarreforma neoliberal que favorece a recomposição das taxas de lucro do capital, erode os direitos dos trabalhadores, demoniza o Estado social e a política, além de atacar a igualdade e de exaltar a liberdade do mercado. Nesta racionalidade, ainda, encontramos a defesa do nacionalismo, de uma moralidade impositiva e sob a amálgama de uma religiosidade cristã e de um ataque à ciência (CAVALCANTE, 2020, p. 40).

No governo de Temer, tem-se a reafirmação das Comunidades Terapêuticas como serviços de saúde por meio da **Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016** e, assim, passam a receber recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Como a maioria das CTs não conta com equipe técnica, os equipamentos do SUS tendem a figurar como porta de entrada desses serviços, em um mix perverso público x privado, com divisões de trabalho danoso para os CAPS. Ademais, com o uso da verba pública, tende a haver a quebra dos princípios da administração pública (impressoalidade, publicidade, transparência, moralidade, universalidade), pois

geralmente, serviços terceirizados tendem a impor critérios seletivos [...] (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 121-122).

Essas mudanças na política de Saúde Mental foram consolidadas com a implantação da **Portaria GM/MS Nº 3.588/2017**, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, estabelecendo a inserção de velhos serviços com uma nova roupagem. Segundo Nunes *et al.* (2019, p. 4493), “[...] a portaria GM/MS 3.588/17, de modo assertivo, afirma um lugar para o HP na RAPS, contrariando todas decisões anteriormente tomadas no âmbito do planejamento e gestão da política brasileira de saúde mental”.

Além disso, essa Portaria reafirma a criação dos CAPS ad IV, como serviço integrante da RAPS. Serviço cujas características ferem os pressupostos da narrativa da reforma. Segundo Passarinho (2022, p. 68-69),

À primeira vista, ele é apresentado com terminologias típicas da atenção psicossocial, como um estabelecimento que deverá funcionar como um serviço aberto, com base na territorialidade, no vínculo terapêutico com um profissional de referência, na interdisciplinaridade, entre outros predicados que sempre foram considerados característicos da atenção psicossocial. Em contrapartida, alguns de seus contornos diferem flagrantemente dos traços típicos das outras modalidades desse dispositivo, a exemplo do enfoque na urgência e emergência, de sua localização em cenas abertas de uso e do fato de que poderá contar com até 30 leitos de enfermaria.

Assim, podemos dizer que a portaria GM/MS Nº 3.588/2017 preconiza um processo de retrocessos do qual, de acordo com Guimarães e Rosa (2019), merecem destaque quatro pontos, quais sejam: 1) ambulatorização do cuidado com equipes especializadas; 2) a remanicomialização da saúde mental, com o asseguração e enorme investimento financeiro no reajuste de recursos do Governo Federal, que aumenta o valor da diária dos manicômios em média 65%; 3) a utilização de até 20% da capacidade dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, condicionada a uma longa permanência para receber as verbas; e 4) a ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas etc. (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Ainda na perspectiva de fortalecimento a remanicomialização, em agosto de 2018, tem-se a **Portaria Nº 2.434**, que incentiva a internação, com “[...] um generoso reajuste de até 62% na tabela das internações em hospitais psiquiátrico, a fim de sanar as finanças dos hospitais psiquiátrico, paralelo ao congelamento do repasse mensal para os CAPS desde 2011” (NUNES *et al.*, 2019, p. 4494).

Outra enfática mudança veio com a **Lei 13.840 de 2019**, que dispõe sobre o “Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou

dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas”. De acordo com Nunes *et al.* (2019, p. 4493) essa lei “[...] muda radicalmente a matriz da política nacional sobre drogas, trazendo a abstinência como meta e a internação, até mesmo involuntária, como método”.

No que se referem aos investimentos, o quadro de contrarreforma é nítido, pois revela uma inversão ao priorizar maior financiamento para as comunidades terapêuticas ao invés dos CAPS ad, ou seja,

O dinheiro do orçamento público, que havia progressivamente migrado para a rede de atenção psicossocial comunitária, volta para a rede hospitalar e de comunidades terapêuticas igualmente enclausuradoras, sem a resolutividade dos problemas humanos ali confinados (PITTA; GULJOR, 2019, p. 11).

O que se apresentava enquanto um cenário péssimo se aprofunda diante das medidas conduzidas pelo Governo Bolsonaro que, em 04 de fevereiro de 2019, publicou a **Nota Técnica Nº. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**, a qual dispõe de “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, retomando práticas manicomiais justificadas como modernas e humanizadas e que devem compor a RAPS, a exemplo do hospital psiquiátrico. Vejamos esse trecho da referida nota:

A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD [...]. Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro (BRASIL, 2019, p. 3-4).

Esse documento foi denominado de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, por reunir cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que foram editados entre os anos de 2016 a 2019 (BRASIL, 2019f, apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Essa “nova política” se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019f apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.2).

Vejamos no Quadro 9, a seguir, os documentos normativos que passaram a orientar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) na atualidade. Documentos que representam o curso de uma contrarreforma que se expressa na dimensão jurídico-política, (re) orientando a dimensão técnico-assistencial, mas que desdobra-se nas demais, uma vez que estas encontram-se interligadas.

Quadro 9 – Documentos normativos com incidência sobre a Política Nacional de Saúde Mental, 2016 - 2019

NOME	DATA	TIPO DE NORMATIVA
Portaria Ministério da Saúde (MS) 1.482	25 de outubro de 2016	Portaria MS
Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	14 de dezembro de 2017	Resolução da CIT/MS
Portaria MS 3. 588	21 de dezembro de 2017	Portaria MS
Portaria Interministerial n. 2 – Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério do Trabalho (MT)	21 de dezembro de 2017	Portaria Interministerial
Resolução CIT 35	25 de janeiro de 2018	Resolução CIT
Resolução CIT 36	25 de janeiro de 2018	Resolução CIT
Resolução n.1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD)	9 de março de 2018	Resolução CONAD
Edital 1/18 – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD)/ Ministério da Justiça (MS, MT e MDS)	25 de abril de 2018	Edital SENAD
Portaria MS 544	7 de maio de 2018	Portaria MS
Portaria MS n. 2.434	15 de agosto de 2018	Portaria MS
Portaria MS n. 3.659	14 de novembro de 2018	Portaria MS
Portaria MS n. 3.718	22 de novembro de 2018	Portaria MS

NOME	DATA	TIPO DE NORMATIVA
Nota Técnica n. 11/2019-Coordenação Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/MS	4 de fevereiro de 2019	Nota Técnica
Decreto presidencial n. 9.761	14 de abril de 2019	Decreto presidencial
Decreto n. 9.926	19 julho de 2019	Decreto

Fonte: Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 4-5) e Sampaio e Bispo Júnior (2020, p. 11).

Não há dúvidas que essa “nova política” tem caráter antirreformista, constituindo-se como uma afronta às conquistas advindas com a reforma, ferindo os princípios da Lei nº. 10. 216/2001, haja vista maquiar a realidade e seguir sendo imposta. Nesse sentido, concordamos com Nunes *et al.* (2019, p. 4494) ao afirmar que:

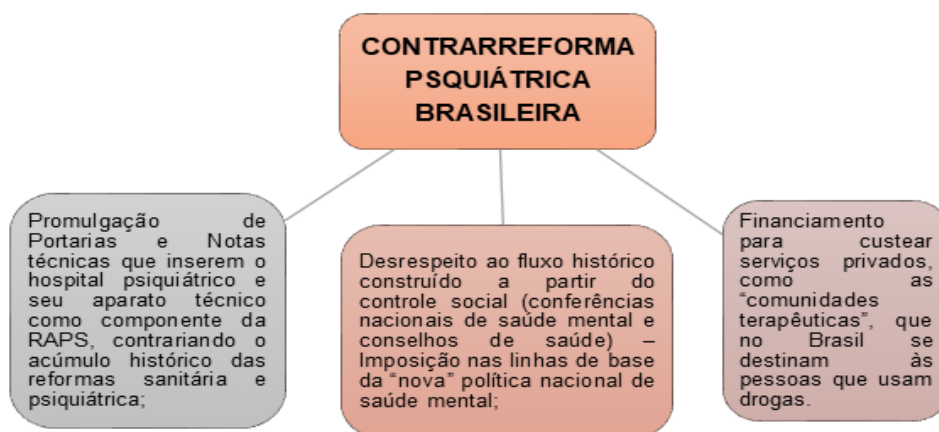
A análise das mudanças na política de saúde mental dos últimos três anos revela uma armadilha. Não há supressão do uso dos significantes relevantes da RPB, as palavras são as mesmas utilizadas nos marcos legais de outrora. Os novos documentos continuam se referindo a um “modelo de atenção psicossocial”, levando a crer que há uma “nova reforma psiquiátrica”. Isso exige, por parte dos analistas, o cuidado de seguir o aforisma de que “o diabo mora nos detalhes” para destrinchar o que está por trás dos nomes. A “nova reforma” é um resgate de peças do antiquário anterior à RPB.

Portanto, tendo como referência Nunes *et al.* (2019) e Guimarães e Rosa (2019), podemos pontuar elementos que caracterizam o contexto de contrarreforma no Brasil: inserção formal dos hospitais psiquiátricos no âmbito da RAPS, fortalecendo o modelo hospitalocêntrico e de centralidade na figura do médico-psiquiátrico; ampliação dos leitos psiquiátricos; presença das comunidades terapêuticas para usuários em uso abusivo de substâncias psicoativas; retorno mais intenso dos psicofármacos e de intervenções cirúrgicas remotas ou recentes; retorno da prática da eletroconvulsoterapia e a estimulação magnética transcraniana; as novas formas de financeirização, onde a maioria estabelece uma parceria entre público e privado. “Grupos empresariais e interesses privados tornam a disputar esse mercado com mais força e interesse”; “A multiplicação de ambulatórios especializados também poderá servir a uma ampliação na compra de psicofármacos, além da promoção de pesquisas focalizadas e reducionistas, muitas delas produtoras do risco de uma molecularização das soluções para problemas humanos altamente multifatoriais e complexos” (NUNES *et al.*, 2019, p. 4494), entre outras que

correspondem ao modelo histórico que foi hegemônico no país até a aprovação da Lei 10.216/2001 (GUIMARÃES; ROSA, 2019) (NUNES *et al.*, 2019).

A Figura 4, a seguir, apresenta, de forma sucinta, os elementos tratados que resumem o processo de contrarreforma psiquiátrica brasileira.

Figura 4 – Elementos da contrarreforma psiquiátrica brasileira



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Nunes *et al.* (2019, p. 4493-4494).

Nessa esteira, é possível afirmar que os últimos acontecimentos têm evidenciado pontos importantes de discordância dos preceitos da reforma psiquiátrica, e o que é pior, são autoritariamente executados, provocando uma brutal reversão da reforma que se apresentava como necessária, potente e com objetivos resolutivos. Segundo Almeida (2019, p. 5):

As mudanças propostas ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial. Igualmente, partem da crença, hoje totalmente ultrapassada, de que se pode construir uma política de saúde mental apenas com base em uma perspectiva estritamente clínica, ignorando todo o debate atual à volta da saúde mental do futuro.

Portanto, não há dúvidas que o cenário de contrarreforma que desponta é bastante desafiador e compromete o processo de reforma psiquiátrica em curso, sobretudo pelo desmonte do modelo psicossocial em todas as suas dimensões; isto é, apesar de se constatar com mais ênfase, as fraturas nos aspectos legais, políticos, econômicos e assistenciais, atingem sorrateiramente os aspectos sociais e culturais, haja vista reforçar o discurso bio-psiquiátrico-medicalizador, defendido pela psiquiatria biológica, influenciando novos e velhos adeptos que facilmente associam loucura à doença, à periculosidade e à cronicidade, o que faz aflorar ou mesmo resgatar o estigma e o preconceito. Daí a urgente necessidade de retomada dos rumos

da reforma psiquiátrica “[...] com sua postura ético-política pela proteção da vida e contra a violação dos direitos de pessoas com experiências de transtornos mentais [...]” (NUNES *et al.*, 2019, p. 4496).

Assim, também é oportuno registrar que o processo de contrarreforma brasileira não ocorre sem resistências, pois se verificam as reações dos movimentos sociais, das associações, dos conselhos profissionais e de saúde, das publicações na defesa dos direitos humanos e da saúde mental, enfim, de todos os atores sociais envolvidos e comprometidos com os princípios da reforma, com a aberturas dos muros e das mentes e com a expectativa de construção de acolhimento e de cuidado em sua diferença, cujo sofrimentos são expressões de existência humana.

2 PROPOSTA DE COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO HUMANO: UMA ALTERNATIVA CONCEITUAL

Neste capítulo, tratamos da temática sofrimento com a finalidade de evidenciar a multiplicidade de compreensões e, nesse sentido, delimitarmos nossas escolhas, posicionamentos e a elaboração de conceitos que são elementos-chave para guiarem nossas análises, em especial as da pesquisa de campo. Para tanto, apresentamos conceitos essenciais a partir da pesquisa bibliográfica, cuja abordagem possibilita o aprofundamento conceitual e teórico sobre a temática, quando busca “[...] realizar um movimento incansável de apreensão dos objetivos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocução crítica com o material bibliográfico [...]” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 37).

Para Lima e Mioto (2007), a principal técnica de apreensão da pesquisa bibliográfica é a leitura, que deve estar atenta para identificar as informações que são consistentes para o objeto de estudo. Daí a necessidade de realizar “[...] leituras sucessivas do material para obter as informações e/ou dados necessários em cada momento da pesquisa [...]” (SALVADOR, 1986 apud MIOTO; LIMA, 2007, p. 41).

Assim, a partir das indicações metodológicas apontadas por esses autores, em torno do processo de leitura, e dentre as inúmeras publicações que tratam diretamente e indiretamente da temática sofrimento, selecionamos obras e autores que foram as lentes que guiaram o processo de sistematização e abordagem analítica para delinear as categorias teóricas do nosso estudo e possibilitaram levantar as primeiras respostas para os problemas da pesquisa de campo.

Esta investigação teórica favoreceu o processo de construção de uma alternativa conceitual como proposta de compreensão da experiência do sofrimento humano, a qual denominamos de **sofrimento psicossocial**. Nesse sentido, o presente capítulo tem por objetivo organizar o debate sobre sofrimento em um conceito que será utilizado para a leitura dos dados empíricos como uma matriz conceitual.

2.1 SOFRIMENTO PSÍQUICO: EM BUSCA DE UM ENTENDIMENTO

O campo da saúde mental foi marcado historicamente pela hegemonia do modelo biomédico e pelo surgimento de práticas e aparatos institucionais manicomiais, realidade que começa a mudar a partir da reforma psiquiátrica, questionando as formas tradicionais de

assistência e evocando uma atenção psicossocial e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Mudanças importantes, sobretudo a partir da década de 1990, que não devem ser confundidas como um processo de desinstitucionalização restrito a mudanças institucionais, administrativas e/ou técnicas dos serviços de saúde mental, mas, em especial, como processo que contribui para construção da imagem e da autonomia das pessoas com problemas de saúde mental como sujeito político e social. Para Amarante (2009), a saúde mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Com a reforma psiquiátrica, a saúde mental é entendida como campo social, político e do conhecimento, sendo a psiquiatria mais uma área que faz parte da complexa rede de saberes que envolve a temática da saúde mental.

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 o movimento de reforma psiquiátrica consolidou as bases culturais do novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil. [...] Desta feita, temos dois substratos que vão proporcionar a diferenciação do campo da saúde mental do campo psiquiátrico: o substrato ideológico-cultural induzido pelo movimento de luta antimanicomial e incorporado na reforma psiquiátrica; e o substrato político-institucional quando da institucionalização da reforma e de seu substrato ideológico na legislação e na agenda política do Estado (CARVALHO, 2015, p. 171).

Nesse sentido, o campo da saúde mental no Brasil vivencia um contexto de mudanças com o processo de reforma psiquiátrica em curso; no entanto, não significa uma ruptura com os valores da biomedicina, mas, por outro lado, aponta para a necessidade de uma valorização da experiência narrada por indivíduos que experienciam o sofrimento, entendendo que tais experiências não se resumem à patologia definida, como outrora era compreendido pelo paradigma biomédico.

Na literatura envolvendo a temática da saúde mental, podemos encontrar uma multiplicidade de termos para nomear aqueles que sofrem ou apresentam um comprometimento psicológico e/ou mental em algum momento de sua trajetória de vida, como louco, portador de transtorno, de distúrbio, de doença, de sofrimento, de perturbação mental e comportamental, entre outros.

Corroborando com os preceitos da reforma psiquiátrica, defendemos que na relação com o sujeito deve ocorrer na superação do sofrimento psíquico enquanto enclausuramento de doença mental, na perspectiva de lidar com o sujeito e não com uma doença, que é a raiz do modelo psiquiátrico, institucionalizado e disciplinador, sustentada pela relação de poder-saber que a psiquiatria formou em torno da loucura.

[...] A institucionalização da loucura, pois, serve como artifício espacial que garante a existência de um território de exposição-expressão, e conta com um poder que se faz presente para melhor conhecer; e melhor conhecer, para melhor tratar. Deriva daí que a doença mental seja propriedade do hospital, e que tenha como seu guardião o médico. É interessante notar que essa relação de poder, cujo desnível médico-doente reproduz a divisão positivista entre o sujeito do conhecimento e o objeto a ser conhecido [...] (SANDER, 2010, p. 383).

A finalidade não é secundarizar a complexidade em torno do fenômeno da loucura e de seu processo saúde-doença, mas entender o sofrimento como doença aponta para a busca de um tratamento e de uma cura, mecanismos amplamente questionáveis quando se trata de saúde mental. “Novas tecnologias científicas, que se destinem à cura da doença mental, continuam apenas apresentando um problema que não pode ser resolvido” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 80).

[...] o dispositivo da clínica é o mecanismo que permite lançar visibilidade sobre o processo de saúde-doença, e que traz consigo táticas fundamentais como a internação, justificada pela crise e pela periculosidade do indivíduo em relação a si e aos outros, como o ato terapêutico que busca a cura, como sua objetivação na forma de corpo doente. Formas que precisam ser desmontadas (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 80).

Nesse sentido, enfatizamos a necessidade de duas questões fundamentais no campo da saúde mental: uma relacionada à busca de efetivo desmonte das bases do modelo psiquiátrico, que coloca o indivíduo na condição de sujeito-objeto. E a outra da transformação para sujeito-ator-político, que compreende, luta e conquista sua autonomia e, conseqüentemente, sua cidadania e de seu “grupo”, passando a protagonizar sua própria história.

Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 81).

Portanto, de acordo com Rotelli (1990 *apud* TORRE; AMARANTE, 2001, p. 79), “[...] no lugar do objeto doença mental, o objeto existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social”. Assim, temos uma contraposição de duas noções em torno do entendimento do sofrimento psíquico, uma defendida pela psiquiatria como doença e a outra entendida enquanto dimensão do sujeito-ator-político que sofre.

Dito isso, consideramos válida a utilização da terminologia pessoa em sofrimento psíquico, por compreendê-lo como um indivíduo, um cidadão que sofre e que necessita de cuidados em sua integralidade; além disso, o uso desses termos busca contrapor-se a visões padronizadas e historicamente estigmatizadas relacionadas às pessoas com problemas de saúde

mental, quais sejam: 1) superar a classificação de doença crônica e demais classificações da psiquiatria, da nosografia, da indicação obrigatória de diagnósticos e sintomatologias, bem como do uso contínuo de psicofármacos/psicotrópicos; 2) enfatizar as expressões do sofrimento como vivenciado subjetivamente, mas que tem relação intrínseca com o mundo social; 3) tentar resgatar, uma dimensão de “normalidade” do sofrimento, dada a complexidade da existência humana; 4) enfatizar a alteridade como aspecto constituinte de nossa subjetividade; 5) Superar os rótulos, que causam mais sofrimentos, entendendo que são formas diferenciadas de (re) agir e sentir o e no mundo.

Nessa perspectiva de busca de definições e compreensões que emanam do campo da saúde mental, observamos a necessidade de definir, dada a variedade semântica usada em diferentes áreas, o termo **sofrimento**. Etimologicamente, a palavra sofrimento vem do latim *sufferere*, que derivou do latim clássico *sufferre*, formado de *sub*, que significa "sob", ou "embaixo" e *ferre*, que é "levar" ou "conduzir", ou seja, significa estar sob o peso de algo (FERREIRA, 2014). Assim, podemos inferir que se refere à pessoa que sofre, que sente a “dor” ou “peso” sobre si. No entanto, devemos ressaltar que essa “dor” do sofrer revela uma especificidade relacionada à subjetividade do indivíduo, não tendo necessariamente uma conexão com uma “dor” física do corpo biológico (PERRUSI, 2015).

É sabido que o sofrimento tem se manifestado ao longo da história humana e das diferentes formações sociais e tem sido objeto de estudo de vários autores, à exemplo dos autores da sociologia clássica, como Marx, Durkheim e Max Weber que, mesmo não tratando a temática de forma direta, apontam elementos importantes para o debate.

2.1.1 Compreensão do sofrimento nos clássicos: Karl Marx, Émile Durkheim e Max Weber

O filósofo **Karl Marx** (1818-1883) é considerado um dos fundadores do pensamento sociológico, cujas análises recaem na realidade social, a partir da forma de organização da produção da vida material, ou seja, a forma como os homens se relacionam com a natureza e dela se apropriam. Os estudos de Marx, sem deixar de fazer um panorama amplo, dedicam-se a uma análise profunda do modo de produção capitalista, o qual se caracteriza por uma divisão social geral entre capitalistas e trabalhadores. Essa requer uma avançada divisão social do trabalho, uma vez que ocorre a separação do trabalhador dos meios de produção, há um estranhamento do trabalhador do produto do seu trabalho. Nesse perspectiva, o trabalhador

também fica alheio da estrutura produtiva e do caminhar do processo produtivo como um todo. A isso Marx chama de alienação.

Na obra *Manuscritos Econômicos e Filosóficos* (1844), podemos dizer que as análises de Marx apresentam o chão histórico para explicar as causas do sofrimento, tido como social em suas múltiplas expressões do sofrimento, haja vista a complexa relação conflituosa entre capital e trabalho. Dessa relação, se sobressaem as categorias da propriedade privada, do trabalho estranhado e da alienação, cujos desdobramentos incidem no âmbito da individualidade moderna de diferentes formas, inclusive provocando sofrimentos.

Em seu ensaio chamado “Sobre o Suicídio”, podemos visualizar mais diretamente apontamentos do sofrimento, sendo este um sintoma, um fenômeno da deficiência da sociedade capitalista. Ou seja, o filósofo alemão reconhece o suicídio como uma indicação extrema de mal-estar na sociedade e que este fenômeno independe de classe social. Vejamos nas palavras de Michael Löwy (2006), na introdução denominada de “Um Marx insólito” na obra “Sobre o Suicídio”:

[...] As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos somente resta ao indivíduo é ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio (MARX, 2006, p. 17).

Em Marx, podemos vislumbrar o sofrimento produzido a partir do caráter contraditório do funcionamento das sociedades capitalistas, pois é a partir do processo social de exploração estabelecido na relação conflituosa entre capital e trabalho, que evidencia uma “dor”, “peso” ou “sofrimento” no indivíduo, que tem que lutar em um sistema que não parece justo, por sua própria sobrevivência.

Além disso, podemos dizer que a finalidade de Marx com o ensaio “Sobre o Suicídio” era evidenciar “as contradições e os contrassensos da vida moderna, não apenas nas relações entre classes específicas, mas também em todos os círculos e configurações da hodierna convivência” (MARX, 2006, p. 21). Ou seja, nessa obra, Marx evidencia a imagem de uma sociedade que sofre, cujo sofrimento não pode se limitar a esfera produtiva, haja vista evidenciar que as causas do suicídio, além de serem explicadas considerando a vida econômica desigual, estão por outro lado, relacionadas à vida privada dos indivíduos, como, por exemplo, as questões apontadas pelo próprio Marx.

[...] As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo

frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para as pessoas do meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável (MARX, 2006, p. 24).

Nesse sentido, consideramos que Marx amplia sua crítica à sociedade capitalista, revelando que os aspectos opressores nela existentes ultrapassam os muros da exploração econômica e atingem o indivíduo em sua vida privada, causando sofrimentos. Vejamos o que Michael Löwy (2006), na referida obra, afirmou a esse respeito:

Em outros termos, para Marx/Peuchet, a crítica da sociedade burguesa não se pode limitar à questão da exploração econômica – por mais importante que seja. Ela deve assumir um caráter social e ético, incluindo todos os seus profundos e múltiplos processos opressivos. A natureza desumana da sociedade capitalista fere os indivíduos das mais diversas origens sociais (MARX, 2006, p. 17-18).

Portanto, a concepção marxista de compreensão da sociedade capitalista reforça o entendimento de que o sofrimento não escapa as teias de uma sociedade opressora e desumana. Diante desse quadro, tem-se a defesa de Marx da necessidade de superação do modo de produção capitalista, que só pode ser possível com uma transformação radical de sua estrutura econômica e social.

Émile Durkheim (1858-1917) parte da ideia de que o indivíduo é produto da sociedade e que o modo como o homem age está sempre condicionado por ela. Portanto, a sociedade é que explica o indivíduo, isto é, fortalece a justificativa de que a sociedade impõe-se formatando, determinando e controlando o comportamento dos indivíduos.

Durkheim pautou suas reflexões a partir das transformações societárias de sua época, período histórico, social e politicamente bastante conturbado, vivenciado pela sociedade francesa na construção da Terceira República. A preocupação centrava-se em como estabelecer certo grau de organização e de regulação da sociedade da época, levando em consideração, principalmente, as regras morais, não instituindo de forma excessiva a coerção.

Nesse sentido, seus estudos caracterizavam-se pela busca das condições de integração da ordem social, ou seja, nas suas formulações mais gerais, podemos inferir que Durkheim se posiciona em favor da manutenção da ordem social, haja vista apontar para os mecanismos que conservam a ordem, bem como para instituições específicas que buscam fortalecer a integração social. Para Durkheim, a crise das sociedades modernas era resultado da não substituição da antiga moral, que era fundamentalmente articulada à religião. Na verdade, seriam necessárias regras sociais adequadas à nova organização societal e, assim, a necessidade de instaurar outra e nova moral que pudesse constituir-se sob a perspectiva embasada na ciência. Daí em seu livro

“As Regras do Método Sociológico”, Durkheim (2012) busca estabelecer um objeto de estudo para a sociologia, bem como define regras para o agir do investigador ao fazer pesquisa.

Para tanto, ele parte da explicação dos fatos sociais que, para ele, é “[...] toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda que é geral na extensão de uma dada sociedade que tem sua existência própria, independentemente de suas manifestações individuais” (DURKHEIM, 2012, p. 40). De forma geral, fato social é qualquer norma imposta pela sociedade aos indivíduos. Para ele, os fatos sociais são relações sociais exteriores aos indivíduos que já existe quando do nascimento e que continuam quando da sua morte.

Devemos ressaltar, ainda, que, para Durkheim, os comportamentos individuais também recebem influências e orientações que estão no nível da subjetividade que, muitas vezes, são implícitas, exercidas pelo conjunto de normas de ação, pensamento e sentimento coletivo, criado na e pela sociedade que não existem apenas na consciência dos indivíduos, sendo, portanto, exteriores a estes. Ou seja, na vida em sociedade, os indivíduos convivem com normas que não foram diretamente criadas por eles, mas que devem ser seguidas socialmente, obrigando-os a se adaptar a esse conjunto de regras, e esse conjunto de regras acaba por interferir em sua subjetividade, determinando seus comportamentos.

Portanto, os fatos sociais são as regras e as normas coletivas da sociedade que se impõem aos indivíduos. Esses fatos sociais, que são gerais, apresentam algumas características como exterioridade, porque consistem em ideias, normas ou regras de conduta que não são criadas pelos indivíduos de forma isolada; quando o indivíduo nasce, a sociedade já está organizada, com suas leis, seus padrões, entre outros, cabendo a ele aprender.

Quando desempenho minha tarefa de irmão, de marido ou de cidadão, quando observo meus compromissos contratuais, ou cumpro os deveres que são definidos, fora de mim e de meus atos, dentro do direito e da moral. Então, mesmo que eles estejam de acordo com meus sentimentos e que sinta sua realidade internamente, essa não deixa de ser objetiva, pois não fui eu que os fiz, mas os recebi por meio da educação (DURKHEIM, 2012, p. 31).

Outra característica é a coercitividade, que está relacionada com o poder ou a força com a qual a sociedade se impõe aos indivíduos, obrigando-lhes a se comportarem de acordo com a norma social vigente. Quando alguém desobedece às normas, é punido de alguma maneira pelo resto do grupo.

Se eu tento violar as regras do direito, elas reagem contra mim de maneira a impedir meu ato enquanto há tempo, ou tentam anulá-lo e restabelecê-lo em sua forma normal se ele já tiver sido cumprido, e se for ainda reparável, ou então, obrigam-me à expiação se esta for a única forma de repará-lo (DURKHEIM, 2012, p. 32).

Nesse sentido, o que os indivíduos sentem, pensam ou o modo como agem, independente de suas vontades individuais, são comportamentos estabelecidos pela sociedade.

Com essa compreensão acerca da sociedade, Durkheim passa a propor certo método para a sociologia. E, para ele, “A primeira regra e a mais fundamental é *considerar os fatos sociais como coisas*” (DURKHEIM, 2012, p. 41). Portanto, o pesquisador/sociólogo deve estudar a sociedade de forma objetiva, sem deixar que sua subjetividade interfira na observação dos fatos sociais.

A principal reflexão de Durkheim é que os indivíduos que participam do mesmo tipo de sociedade e dos mesmos grupos sociais compartilham valores, crenças e normas coletivas que orientam as ações individuais que deverão contribuir para o processo de integração social; esta, por sua vez, é denominada por Durkheim de consciência coletiva ou comum, definida como “o conjunto das crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma mesma sociedade forma um sistema determinado que tem vida própria.” (DURKHEIM, 1999, p.50).

Na sua obra *Da Divisão do Trabalho* (1999), Durkheim coloca que, nas sociedades modernas, a divisão do trabalho passa a produzir formas mais intensas de individualismo, de consumismo, de privatismo, de desigualdades sociais etc., que permeiam a convivência social, provocando uma erosão no campo da consciência coletiva, na integração social e na manutenção da ordem. Esta erosão, para Durkheim, produz situações de anomia, que é caracterizada como ausência de normas, isto é, uma desorganização das regras sociais, pois tudo que não esteja funcionando dentro de um padrão estável, harmônico e controlável está sujeito à correção para se restabelecer a ordem social.

Nesta perspectiva, podemos inferir que a anomia é produzida pela fragilidade no convívio social e pela perda da capacidade da sociedade de regular o comportamento dos indivíduos. E, como no entendimento de Durkheim o indivíduo se faz em sociedade, podemos inferir que determinados valores e a regulação da vida social podem gerar muitos sofrimentos, sendo um deles a dificuldade de adaptação dos indivíduos a todas as mudanças sociais com suas formas de adaptabilidade, gerando, por exemplo, fenômenos sociais, como o suicídio, fenômeno estudado por Durkheim.

Durkheim (2000) afirmava que o suicídio não era uma causa exclusivamente individual, apresentando causas sociais que deveriam ser consideradas. Sob essa compreensão, Durkheim descreve quatro tipos de suicídio, os quais foram denominados de suicídio egoísta; suicídio altruísta; suicídio anômico e suicídio fatalista²⁰.

²⁰ Ver o livro: **O suicídio**: estudo de sociologia. Trad. Mônica Stahel. São Paulo. Martins Fontes, 2000. ISBN: 85-336-1105-6.

Sem dúvidas, o suicídio foi um fenômeno explorado pelo referido sociólogo enquanto fato social perpassado pelo sofrimento presente nas sociedades modernas, pois Durkheim realiza uma análise da linha tênue entre a integração social e as taxas de suicídio, revelando como um fenômeno aparentemente individual é determinado pela estrutura social. Tal análise reitera seu pensamento relacionado à interiorização das normas morais e sociais, que incidem sobre os indivíduos.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que determinados valores, que são gerados socialmente, provocam sofrimentos, haja vista a presença e uma noção muito forte do controle social na busca de se manter a coesão social, que, para Durkheim, tem como finalidade reafirmar e/ou fortalecer o equilíbrio da ordem social.

Por sua vez, **Max Weber** (1864-1920) não trata diretamente do sofrimento. Entretanto, também se dedicou a estudar pressupostos que, para nós, estão associados, de certa forma, ao sofrimento.

Weber tinha como principal objeto de seus estudos as ações sociais dos indivíduos. Segundo ele, elas eram motivadas pelas causas racionais, afetivas e tradicionais. Esse sociólogo compreende a sociedade com diferentes esferas (a econômica, a política, a religiosa, a jurídica), tendo cada uma delas uma lógica autônoma de funcionamento, cuja relação com as outras apresenta como resultado as ações individuais.

Weber se mostrava preocupado com os aspectos mais próximos do indivíduo, pois acreditava que não era apenas a estrutura das instituições ou a situação econômica do sujeito que motivaria suas ações. Para ele, as ideias, as crenças e os valores eram os principais catalisadores das mudanças sociais. Ele entendia que os indivíduos teriam liberdade para agir e para modificar a sua realidade. A ação social seria, então, qualquer ação que possuísse um sentido e uma finalidade determinada por seu autor.

O seu livro “Ética Protestante e o ‘Espírito’ do Capitalismo” (2004) é uma de suas mais importantes obras, que tem como finalidade o entendimento do surgimento do sistema capitalista na perspectiva de uma base religiosa e, assim, procura explicar o “espírito” do capitalismo. No entanto, com os desdobramentos da modernidade e da racionalidade, caracterizada pelo avanço do desenvolvimento científico e tecnológico, o capitalismo vai se desligando dessa base religiosa e encontra seus próprios rumos.

Todo esse processo vai corroborar para o que Weber denominou de desencantamento do mundo, sendo este termo atribuído para caracterizar a racionalização no âmbito da religiosidade, ou seja, “O desencantamento do mundo: a eliminação da *magia* como meio de salvação” (WEBER, 2004, p. 106).

Não é preciso conhecer muito da sociologia de Weber para daí deduzir, segundo as regras básicas de seu pensamento, que não há racionalização possível da conduta de vida (...) sem que se quebre não só o feitiço, mas o poder do feiticeiro sobre a mente das pessoas (PIERUCCI, 2003, p. 76).

Para Cardoso (2014), o termo utilizado por Weber de desencantamento do mundo apresenta um duplo sentido, referindo-se à religião, bem como à ciência. A saber:

[...] para tanto, são duas as forças que atuam neste processo de desencantamento do mundo. Uma delas é a própria religião que age num processo de “desmagificação” das vias de salvação; a outra é a ciência, uma força empírico-intelectual, que ao desencantar o mundo, o transforma num mero mecanismo causal. Assim, acontece o desencantamento do mundo todas as vezes em que os elementos mágicos do pensamento vão sendo desalojados do contexto religioso, e todas as vezes em que as ideias vão possuindo cada vez mais uma consistência sistemática e também naturalística, ou seja, científica (CARDOSO, 2014, p. 108-109).

Esse desencantamento do mundo direcionado à ciência pode ser encontrado, também na obra “Ensaaios de Sociologia” (1982), quando Weber coloca a seguinte reflexão:

Significa principalmente, portanto, que não há forças misteriosas incalculáveis, mas que podemos, em princípio, dominar todas as coisas pelo cálculo. Isto significa que o mundo foi desencantado. Já não precisamos recorrer aos meios mágicos para dominar ou implorar aos espíritos, como fazia o selvagem, para quem esses poderes misteriosos existiam. Os meios técnicos e os cálculos realizam o serviço (WEBER, 1982, p. 165).

Por outro lado, devemos ressaltar que Weber também realiza críticas à ciência, ele não defende que uma racionalidade científica seja libertadora e que possa melhorar, em patamares altos, os níveis da vida em sociedade, pelo contrário, ele entende que surgem outros valores que irão “sufocar” os indivíduos. A esse respeito, podemos inferir que a ideia sobre o desencantamento do mundo, indicada por Weber, pode significar a ruptura da centralidade religiosa e de certos valores nas sociedades capitalistas.

Weber também determinou, dentro da sociologia, alguns dos seus principais conceitos, como Poder, que seria a possibilidade de impor a própria vontade; a Dominação, que seria o exercício do poder estabelecido por subordinações; a Política, que seria a competição entre valores equivalentes; e o Estado, que seria a presença da luta permanente de indivíduos pelo poder, sem sentido predeterminado (WEBER, 2000).

De modo geral, as ideias de Weber nos inclinam ao entendimento de que o processo de perda de valores, de referências, da exploração do capitalismo, a disputa por poder e a competição podem ser alguns dos elementos que provocam sofrimentos nos indivíduos, haja vista a infinidade de questões que permeiam e atingem a vida coletiva e privada. Nesse sentido,

acreditamos que essas indicações em Weber apontam, em certa medida, pressupostos para entender o sofrimento na sociedade.

Portanto, foi nesse movimento sociológico que envolve a análise da sociedade e do indivíduo nos clássicos da Sociologia, que foi possível, mesmo que resumidamente, elencar indicativos que fornecem transversalmente elementos para o entendimento da temática sofrimento. Por outro lado, para lançar luzes sobre uma aproximação mais específica da dessa temática, na sociedade contemporânea, tem-se vários autores que contribuíram, sobremaneira, para ampliar a discussão.

2.1.2 Compreensão do sofrimento em autores contemporâneos

Iniciaremos por **Sigmund Freud**, considerado o fundador da Psicanálise, e cuja obra “O mal-estar na civilização” (1930) é determinante para traçar as fontes do sofrimento. Na referida obra, Freud destaca três fontes de dor e sofrimento humano, quais sejam: o corpo, as relações sociais e os fenômenos naturais, ou seja, “[...] em um nível corporal e social que se resumem no próprio corpo e suas limitações, o relacionamento com o outro e a força dos fenômenos naturais enquanto potencial de destruição” (SILVA *et al.*, 2017, p. 300).

Sabe-se que em Freud, a origem do sofrimento do homem civilizado se dá a partir do momento em que o mesmo entrega uma parcela da própria liberdade, impondo limites às suas pulsões, em troca de segurança. Assim, a concepção de sofrimento na teoria freudiana pode ser entendida como o antagonismo de duas forças que geram conflitos, em torno dos quais se desdobra toda a obra psicanalítica e, além disso, em torno dos quais se desdobra toda a vida do homem, visto que estes conflitos não findam, apenas mudam seu foco de tensão (SILVA *et al.*, 2017, p. 300).

A teoria freudiana, por sua vez, constitui-se de um conjunto de argumentos para descortinar o sofrimento no mundo da sociedade, tida como civilizada, que ao tempo que cria estratégias de proteção ao sofrimento, na mesma proporção produz e reforça esses sofrimentos (PRADO; GOMES, 2014).

Sob outro viés analítico, **Michel Foucault** aborda a temática em várias obras, com destaque para as seguintes: História da Loucura (1961); Nascimento da clínica (1963) e Microfísica do poder (1979). De modo geral, observa-se que Foucault irá direcionar suas análises para a realização de denúncias das diversas e perversas formas de como o sofrimento foi enfrentado e como recebe atenção tortuosa ao longo da história, sobretudo, demarcando os (não) espaços daqueles que são vítimas dessa sociedade.

No percurso histórico, o autor revela que as condições de nulidade se intensificam quando o sofrimento passa a ser tratado como adoecimento.

A transformação do sofrimento em adoecimento pode ser compreendida através do longo percurso do “poder disciplinar” que foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. A partir do século 18, procurou-se investigar de que maneira os gestos são feitos, qual o mais eficaz, rápido e mais ajustado, conforme descrição de Foucault (1979). [...] o início da ruptura que se estabeleceu no saber médico e que transformou o sujeito em paciente. Com o advento da medicina científica, novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais tornaram o paciente desvinculado do seu sofrimento (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 216).

Portanto, Foucault chama atenção para o fato de que, a partir do século XIX, com o surgimento dos hospitais psiquiátricos, o sofrimento adquire o *status* de doença, que requer um tratamento e, para isso, surge a necessidade da segregação, isolamento e perda de qualquer forma de cidadania humana. Assim, a internação em hospital marca a vida do indivíduo como o doente da família e de sua inadaptabilidade ao mercado de trabalho e de todas as formas de relações sociais. “Uma vez internado, não havia dúvidas de sua condição de doente, mesmo quando não se tinha ainda um diagnóstico. A partir da instituição do hospital, a residência deixaria de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava em sua forma possível” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 217).

Werlang e Mendes (2013) realizaram um estudo em torno da temática sofrimento e reuniram posicionamentos de vários autores contemporâneos. Vejamos:

Christophe Dejours, que tratou da temática em seu livro: *A loucura do Trabalho* (1992), o qual teve por objeto analisar o sofrimento no mundo do trabalho em suas diversas manifestações (desempregado, dificuldade de reinserir-se ao mercado de trabalho, trabalhos informais etc.). Ou seja, “[...] procurou examinar a questão envolvendo a saúde dos trabalhadores e o sofrimento a que estes se encontram expostos[...]” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 744).

Dejours concebia o sofrimento como a vivência subjetiva intermediária entre doença mental e o conforto (ou bem-estar) psíquico. Sob esse ângulo, o sofrimento implica, sobretudo, um estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental. Segundo esta concepção, o sofrimento, até então representado como essencialmente negativo, favorecedor da doença, passou a adquirir uma nova significação que abarcava elementos patogênicos e criativos (Dejours, 1994). O grande mérito de Dejours, ao considerar a significação e o sentido do sofrimento como dimensões essenciais no entendimento da relação saúde-trabalho, foi colocar-se à escuta do trabalhador para compreender o que lhe ocorria (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 219).

Pierre Bourdieu, importante sociólogo contemporâneo, trata mais especificamente da temática em seu livro: *A miséria do mundo* (1997), cujas contribuições revelam aspectos da

realidade capitalista social, tida como complexa, perversa e geradora da questão social. Sob esse prisma, os sofrimentos contemporâneos decorrem das estruturas sociais que são violentas e criadoras de todas as misérias em todas as suas expressões.

O autor faz também alusão à lei da conservação da violência, afirmando que toda violência se paga: a violência estrutural exercida pelos mercados financeiros, sob a forma de desemprego, depreciação, tem sua contrapartida, em maior ou menor prazo, sob a forma de suicídios, delinquência, crimes, drogas, de pequenas ou grandes violências cotidianas. Neste sentido, reforça o vínculo das estruturas econômicas e sociais com os comportamentos individuais, comportamentos cada vez mais carregados de desesperança e sofrimento (WERLANG; MENDES, 2013, p. 748).

Portanto, Bourdieu realiza suas reflexões e análises pela via do sofrimento enquanto dimensão social, haja vista a relação estabelecida entre a estrutura social que gera o mal-estar do indivíduo, causando assim, inúmeros sofrimentos.

Outro autor que também teceu importantes contribuições acerca do sofrimento foi **Robert Castel**, na sua obra: *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (1998). Para ele “[...] a questão do sofrimento compreende uma estreita relação com os vínculos sociais, a integração social ou, ainda, a partir dos processos de dissociação, de desfiliação, da “anomia” dos grupos sociais” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 749).

Nesse sentido, acreditamos que as contribuições dos clássicos e contemporâneos abrem o caminho para uma fundamentar, de forma geral, a temática sofrimento e, de modo mais específico, o sofrimento social e psíquico. Para tanto, podemos dizer que,

[...] genericamente, sofrimento é um estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade (manter-se intacto) de uma pessoa. Sofrimento exige consciência de si, envolve as emoções, tem efeitos nas relações pessoais da pessoa, e tem um impacto no corpo. Essa situação existencial de aflição grave verifica-se naquilo que a pessoa identifica com seu interior, usualmente associado a emoções, como ansiedade, e a sentimentos, como tristeza, frustração, impotência etc. O fato de tratar-se de vivência interior torna possível que não seja sempre detectável por um observador (CASSELL, 2004 apud OLIVEIRA, 2016, p. 228).

De modo geral, podemos dizer que o sofrimento pode ser caracterizado como sendo um estado da pessoa que sofre, cujo processo de sentir e vivenciar situações de isolamento, estresse, luto, tristeza, insônia, culpa, humilhação, ansiedade etc. é incorporado e se expressa de forma distinta. Esse sofrimento, na maioria das vezes, pode estar relacionado a acontecimentos externos ao indivíduo, que foram vivenciados na esfera social, podendo se apresentar de forma transitória ou permanente e ser superado ou não. Entende-se, ainda, que a intensidade do

sofrimento pode ser determinada pela percepção de risco à integridade do indivíduo, considerando as dimensões de sua vida.

Sendo assim, não buscamos compreender o sofrimento psíquico como forma de doença ou adoecimento mental, que tem diagnóstico e, em sua maioria, é classificado enquanto doença crônica, assim,

[...] compreendemos sobremaneira que o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente. Além disso, compreendemos as doenças mentais – nos casos em que possam receber tal denominação – muitas vezes caracterizam-se como doenças crônicas, ou seja, como algo com que o sujeito precisará conviver ao longo da vida, como é o caso de diabetes ou doenças degenerativas (BRASIL, 2013, p. 15).

A partir disso, não pretendemos abordar a temática por meio de uma contraposição, evocando um dualismo entre corpo e mente, mas buscando compreender e evidenciar o sofrimento das pessoas, em especial, aqueles que apresentam o sofrimento psíquico, pois concordamos com Cassell (2004 apud BRASIL, 2013, p. 14), quando afirma que: “Corpos não sofrem, pessoas sofrem”.

É sabido que, no Brasil, de acordo com a OMS (2003), no ano de 1988, um dos tipos do denominado transtorno depressivo, por exemplo, já estava no *ranking* das principais doenças crônicas. Vejamos estes indicativos nos dados a seguir:

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Segundo a OMS, atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015, p. 426).

Não há dúvidas que, na contemporaneidade, esses números crescem assombrosamente, bem como há o aumento de diagnósticos pautados em um agrupamento de sintomatologias e o uso de antidepressivos e outros medicamentos psicoativos. Criam-se concepções padronizadas de linguagem comum e de critérios para classificar o sofrimento, à exemplo do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) (2014), representando uma das maiores fontes de controle psicossocial e de manutenção de patologias na atualidade (CECCARELLI, 2010 apud PORTELA, 2019). O referido manual é uma das constatações de que:

[...] as pessoas estão sendo convencidas de que qualquer problema, qualquer contrariedade é insuportável, o que transformou o sofrimento psíquico em uma doença mental, para a qual existe um medicamento apropriado para a emoção que o sujeito não deveria sentir (CECCARELLI, 2010 apud PORTELA, 2019, p. 11).

Nessa perspectiva, revela-se a ideia de enquadramento do sofrimento psíquico às doenças mentais a serem conduzidas por meio do modelo biomédico, excluindo a vivência da pessoa.

Estas questões nos remetem a entender, delimitar e ampliar nossa compreensão de sofrimento psíquico que, neste estudo, prioriza e valoriza a narrativa dos indivíduos que sofrem, buscando demonstrar que a vida e suas nuances existem e o influenciam, mas que o sofrimento psíquico, não necessariamente é ou produz um “adoecimento mental” que, muitas vezes, é identificado como doença crônica, com indicação de tratamento e a rotulação permanente de incapacidade para vida.

Desta feita, concordamos com o pensamento de Sampaio (1993 apud SOUZA; PONTES; JORGE, 2018, p. 37), quando conceitua sofrimento psíquico como:

O conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, oriundo do antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e por definir o sentido da vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio, o eu experimentado como coisa alheia (SAMPAIO, 1993, apud SOUZA; PONTES; JORGE, 2018, p. 37).

Esse conjunto de mal-estares, de dificuldades e de desafios constantes sinalizam para a complexidade em torno de um cuidado e de uma atenção que dê conta de compreender o indivíduo que sofre de forma integral.

De acordo com Perrusi (2015), o sofrimento psíquico é um fato social por estar imbricado na sociedade por meio da cultura e, assim, tornou-se universal, pois além de ser corriqueiro, lhe é dada a mesma importância de uma dor somática, ocupando todas as esferas sociais, mobilizando um conjunto de atores sociais na perspectiva de amenizá-lo.

Nas palavras do autor, o sofrimento psíquico “Está em toda parte, em toda situação social, principalmente naquelas relacionadas à vulnerabilidade social (doença, pobreza, delinquência, desemprego, trabalho precário, etc.)” (PERRUSI, 2015, p. 2). Assim, ainda para este autor, apesar do sofrimento psíquico se caracterizar enquanto forma individualizada, ele é uma construção social.

O sofrimento psíquico é uma construção social, embora sua expressão seja individualizada. É individualizado, porque é socializado dessa forma. Por isso, é de ninguém e de todos – empiricamente infinito e sociologicamente limitado (OTERO, 2005 apud PERRUSI, 2015, p. 9).

Ainda nessa esteira, tem-se o pensamento de Brant e Minayo-Gomez (2003 apud SOUZA; PONTES; JORGE, 2018, p. 38), sinalizando que, de modo geral, podemos dizer que a vivência do sofrimento psíquico é subjetiva, no entanto acrescentam revelando “[...] que as manifestações e reações se agravam de acordo com o ambiente desfavorável, no qual o indivíduo encontra-se inserido [...]”, ou seja, assume uma significação individual, mas que mantém uma inter-relação com a esfera social. Sendo assim, para a obtenção de mais elementos que caracterizem o sofrimento psíquico, podemos dizer que este se constitui como um fenômeno com múltiplas expressões, que pode estar presente em qualquer fase da vida humana, momentaneamente ou não, tendo como eixo principal o entendimento do intrincado processo de subjetividade e de objetividade.

No esforço de entender esse intrincado processo, compreende-se que o sofrimento psíquico é composto por um duplo e indissociável complexo de relações que participam do processo social em sua totalidade. Trata-se de um processo unitário, no qual se desdobram dois movimentos ontologicamente reais e interligados, um que está no plano interno do indivíduo em si e o outro no plano externo-social. Para tanto, não pode existir sofrimento humano singular fora de uma totalidade social.

Estas indicações nos permitem o entendimento de que o sofrimento psíquico apresenta duas dimensões fundamentais. **A primeira como uma vivência subjetiva ou pessoal**, compreendida a partir de uma subjetividade individual, que também é coletiva, considerando que a subjetividade produz e é produto social. E a **segunda como um fato social e uma construção social** decorrente da inter-relação produzida pelos indivíduos, que podemos denominar de inter-relação societária, pois ocorre a partir de uma mediação inevitável, em que a objetividade (sociedade) opera sobre a subjetividade (indivíduos) e vice-versa. Desse processo resulta a multiplicidade e heterogeneidade dos modos de expressões do sofrimento psíquico que, ao longo da história da humanidade, é objeto de estudos e de enfrentamentos.

No tocante à compreensão de que o **sofrimento psíquico apresenta-se enquanto uma vivência que é subjetiva**, esta é justificada pelo fato daquele que experiencia o sofrer ser um sujeito individual (o sofrer é uma experiência pessoal) e, assim, não se tem uma manifestação padronizada para todos os indivíduos; isto é, um determinado fato pode causar sofrimento intenso para um e pode não ser para outro, mesmo estando inseridos no mesmo contexto social. Desse modo, “[...] É importante reconhecer que o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos de uma mesma família, cultura ou período histórico [...]” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2014, p. 214).

De fato, consideramos que os indivíduos têm a capacidade de imprimir sentido ao seu sofrimento, daí a característica de ser um fenômeno com múltiplas expressões. Segundo Oliveira (2016, p. 229) “Sendo o sofrimento experiência subjetiva, podemos viver em sofrimento situações que não causam qualquer tipo de aflição a outras pessoas: quem sofre o meu sofrimento sou eu só e mais ninguém [...]”. Assim, revela-se a subjetividade individual no processo do sofrimento psíquico, como bem nos afirmam Peixoto e Borges (2011, p. 37): “[...] é óbvio que este não apresenta similaridade na sua expressão, não sendo através desta que o alcançamos e que o podemos identificar. Mas também a habilidade para enfrentar o sofrimento é diferente e pessoal”.

No entanto, não podemos subtrair do indivíduo sua essência social, haja vista ser o indivíduo um produto histórico. Ou seja: “O ser humano só se individualiza pelo processo histórico” (MARX, 2011, p. 407). Aos modos de Marx²¹, podemos inferir que a subjetividade não deve ser pensada como instância autônoma, própria, independente e abstrata, bem como não pode ser posta naturalmente, dada imediatamente ao indivíduo.

2.1.3 A subjetividade enquanto elemento basilar para compreensão do sofrimento

Seguindo as reflexões de Marx, pode-se dizer que a subjetividade é produzida socialmente em um determinado contexto e tempo histórico, não significando que a subjetividade está reduzida aos reflexos do processo histórico da vida econômica, mas ela é um componente indissociável, inerente, sendo uma produção que se dá em conjunto e, assim, imprescindível nos processos de formação da vida humana.

Entendendo que a subjetividade é essencialmente produto do processo social, sendo também expressão do processo singular da condição humana, traduz-se que a experiência do sofrimento psíquico é individual, podendo também ser coletiva, haja vista que o sentido do sofrimento individual pode ser partilhado. Assim, estamos diante de paradigmas que representam a complexidade em compreender como se dá a produção da subjetividade e a experiência do sofrimento psíquico no campo da saúde mental.

²¹ É importante sinalizar que não há um trato analítico específico em Marx acerca da temática da subjetividade, mas concordamos com Chagas (2013, p. 17) quando coloca que: “Ao longo de sua obra, Marx desenvolve elementos constitutivos para se entender a subjetividade humana, como: 1. a subjetividade não como autônoma, abstrata; 2. a subjetividade não como dada naturalmente, imediatamente ao indivíduo; 3. a subjetividade como construída historicamente; e 4. a importância da presença da subjetividade na construção, na transformação, na apreensão e na interpretação cognitiva do real, da realidade. E, para compreender a subjetividade no âmbito da sociedade capitalista, Marx nos dá, entre outros, diversos conceitos, como: ilusão, trabalho, estranhamento, ‘base’ e ‘superestrutura’, ideologia, ocultação, inversão e fetichismo da mercadoria”.

De acordo com Foucault (2002), é por meio da análise da genealogia do indivíduo²² que a noção de subjetividade passa a ter outros entendimentos. Assim, nos deparamos com uma abordagem de subjetividade individual e subjetividade no sentido de coletividade, vejamos:

Se no conhecimento que busca a verdade dos paradigmas científicos, o sujeito e o objeto são previamente dados, a subjetividade é um dado a priori, **um princípio de individuação**, que independe das condições históricas. O conhecimento é capaz de revelar a essência das coisas. Assim, a **subjetividade é algo do indivíduo, de sua interioridade**, onde está uma faculdade racional. **Uma subjetividade a-histórica e apolítica a desvelar um mundo imutável**. A razão é o fio condutor que garante a ordem interior e uma continuidade entre o mundo e a consciência racional. Na análise genealógica, o conhecimento é tomado como invenção, no sentido de um olhar para o mundo que se faz no olhar, criação de um modo de existência, de uma possibilidade de vida. Não revela algo próprio da natureza, mas sim o que inventamos sobre ela. Por sua vez, a **subjetividade é produto das redes da história**; é, então, descentrada do indivíduo, sendo **sempre coletiva** e nunca individual. É produzida nos **registros coletivos da sociedade e da cultura**, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, **produzindo subjetividades e formas de vida**. A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Mas, se a subjetividade também não é natural, é produzida, assim como seu padrão ideal, a invenção de formas de vida nada mais é que a produção de subjetividade – a subjetividade passaria a ter uma dimensão estética, com efeitos políticos. **A subjetividade não estaria dada, não seria interior ao indivíduo, mas seria produzida pelos vetores mais diversos presentes na coletividade**”. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 76, grifos nossos).

Tais compreensões lançam luzes para defendermos a subjetividade enquanto um processo de interação entre a subjetividade individual e a subjetividade coletiva, uma vez que esta não pode ser reduzida aos processos sociais e, de modo igual, não pode estar voltada a uma existência meramente interior. Na verdade, partilhamos da ideia de que a subjetividade é resultado da interação entre mundo social e a condição individual, correspondendo à condição singular do ser humano.

Nesse sentido, quando defendemos o sofrimento psíquico como vivência ou experiência subjetiva, estamos compreendendo a noção de subjetividade como interação, ou seja, podemos considerar que o sofrimento psíquico é constituído a partir da interação da subjetividade individual (processo de individuação), que mantém uma interação contínua com a subjetividade coletiva (processo de construção social) que é constituída por mecanismos produzidos e desenvolvidos no campo social, ou seja,

²² “[...] genealogia que estuda a constituição do sujeito através da história, a qual nos levou à moderna concepção do eu”. (FOUCAULT, 1993, p. 03). Em outras palavras: “A análise genealógica busca entender as condições de possibilidade para a produção do sujeito, para a invenção de formas de vida nas redes da história”. (FOUCAULT, 1974a; 1979a apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 76).

[...] A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social (GUATTARI, 1986 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 76).

Sendo assim, é importante ressaltar que o campo social é constituído por forças que se contrapõem e que influenciam a produção da subjetividade. Assim, apesar da sobreposição dos dispositivos políticos de poder que definem comportamentos e regras que, geralmente, são aceitos e naturalizados, existem também movimentos opostos.

[...] há movimentos de resistência e ruptura que produzem *singularizações* (Guattari, 1992; Guattari & Rolnik, 1985) na subjetividade, modos de pensar e de viver que escapam aos grandes processos de captura das máquinas capitalistas de produção de subjetividade (Guattari, 1981) (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 77).

De fato, a subjetividade é condição singular humana, mas também é produzida, tendo em vista que somos indivíduos históricos ou ser social, e os efeitos dessa naturalização e/ou dessa produção vão ser interiorizados de acordo com cada indivíduo no seu processo de singularidade. Lembrando que o resultado dessa interiorização, representada pela singularidade individual, rebate no processo da produção da subjetividade coletiva, o que representa um ciclo que vive em constante movimento, que pode representar avanços ou retrocessos individuais e coletivos.

Entende-se que, no campo da saúde mental, a subjetividade coletiva da pessoa em sofrimento psíquico sempre esteve atrelada aquele tido como alienado, incapaz, irracional etc., imagem que começa seu processo de erosão a partir da reforma psiquiátrica, invocando a participação desse sujeito enquanto protagonista, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

Vejamos no Quadro 10, a seguir, uma abordagem geral de como vai sendo moldada e produzida a subjetividade coletiva, ao longo do processo histórico do indivíduo, que experiencia o sofrimento, a partir das concepções do campo da saúde mental.

Quadro 10 – Identificação da subjetividade coletiva no campo da saúde mental

Subjetividade Coletiva do Modelo manicomial	Subjetividade Coletiva do Modelo psicossocial
▶ O indivíduo é um doente - objeto doença mental; ▶ O indivíduo é objeto - condição de sujeito; ▶ É um corpo institucionalizado - marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico; ▶ Busca-se a cura ▶ Valoriza a especialização; a fragmentação; ▶ O isolamento é necessário; ▶ Relação de Tutela do indivíduo; ▶ Estabelecimento de relações de mera dependência pessoal; ▶ Captura de sua singularidade.	▶ Superação do conceito de doença - O indivíduo sofre - o objeto existência-sofrimento do sujeito; ▶ O indivíduo é um sujeito político e social - usuário do sistema de saúde; ▶ Sem interditar sua expressão e liberdade; ▶ A cura cede espaço à emancipação, com produção da autonomia e da cidadania ativa; ▶ Desconstrução da relação de tutela para relação de contrato; ▶ Sem regulá-lo nas normas institucionais e leis; ▶ Tomada de sentido para própria existência; ▶ Produção de sua própria singularidade.

Fonte: Elaborado e adaptado pela autora a partir de Torre e Amarante (2001).

As características, acima detalhadas, demonstram os indicativos do desenvolvimento de uma nova produção de subjetividade coletiva no campo da saúde mental, estabelecendo uma nova relação social com a loucura, em que o indivíduo não mais é tido como o incapaz, mas como protagonista que, mesmo apresentando dificuldades com seu sofrimento, é um indivíduo que produz sua própria história.

Essa subjetividade produzida coletivamente, por sua vez, pode favorecer a construção de novas subjetividades individuais, fazendo com que os sujeitos ressignifiquem o seu sofrimento em outras bases. Por outro lado, devemos lembrar que essa ainda não é uma compreensão hegemônica do lugar social da loucura e, conseqüentemente, da imagem da pessoa em sofrimento psíquico, mas que necessita urgentemente ser fundamentada, ampliada, orientada e disseminada, pois devemos “[...] abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 80).

Esse “modo diferente de relação com o mundo”, relacionado ao sofrimento psíquico, indica as adversidades decorrentes dos múltiplos quadros do referido sofrimento, o que não deve inviabilizar os indivíduos de elaborar planos, construir circuitos, trajetórias, relações afetivas, redes sociais, enfim, do enfrentamento do exercício vital de sua existência ou de exercerem plenamente e livremente sua cidadania. Ou seja, devemos contribuir ativamente com um movimento coletivo que ressignifique as expressões do sofrimento psíquico, na busca de

desenvolver ações estratégicas não de possível cura/reabilitação de um tratamento eficaz, característico de doença, mas de construção de novas possibilidades em saúde, de reprodução social dos sujeitos, respeitando, sobretudo, sua subjetividade individual e, assim, afirmando uma ética pela vida.

No que se refere à compreensão de que o **sofrimento psíquico se apresenta enquanto produto do processo social**, sendo uma construção e fato social que está em toda parte, ocupando todos os espaços, aferimos que aqui se estabelece uma relação com o sofrimento social; no entanto, não pode ser confundido com este, nem necessariamente pode advir deste.

2.1.4 Sofrimento Social e sua interface com o sofrimento psíquico

Os estudos em torno do sofrimento social surgiram em decorrência da necessidade de romper com um paradigma universalista que considerava o sofrimento como experiência inata e natural do indivíduo (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011).

Este paradigma universalista está ligado a uma espécie de “realismo ingênuo segundo o qual o amor, a chuva, o casamento, os cultos, as árvores, o sofrimento, a morte, a comida e mil outras formas de realidade têm o mesmo significado para todos os seres humanos” (BIBEAU 1995, apud PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011, p. 468).

Um estudo pioneiro que se contrapõe a esse paradigma foi o de Kleinman, Das e Lock (1997), revelando que “[...] o mal-estar não pode ser observado e explicado independentemente das dinâmicas sociais e dos interesses políticos e econômicos que o constroem, reconhecem e nomeiam” (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011, p. 468).

Corroborando com esta assertiva, Kleinman *et al.* (1997 apud VICTORA, 2011, p. 3) colocam que “o sofrimento social resulta do que o poder político, econômico e institucional produz nas pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder, elas próprias, influenciam as respostas aos problemas sociais”.

Assim, o sofrimento passa a ser considerado social quando a experiência de mal-estar do indivíduo se estabelece a partir das dificuldades vivenciadas nas estruturas sociais que impactam de forma negativa, prejudicial e diferenciada na vida de cada um, não necessariamente desdobrando-se em um sofrimento psíquico.

O sofrimento social, [...] deriva, portanto, daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais. O sofrimento social é o resultado, em outras palavras, da limitação da capacidade de ação dos sujeitos e é através da análise das biografias dos sujeitos que podemos compreender o impacto da violência

estrutural no âmbito da experiência cotidiana (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011, p. 469).

Werlang e Mendes (2013) realizaram um estudo em torno da historicidade do sofrimento social a partir de autores contemporâneos e revelaram as diversas dimensões e conceitos acerca deste tipo de sofrimento; no entanto, apesar das especificidades, as autoras concluem que “[...] o centro da discussão concentra-se na perspectiva de que está em curso uma deterioração das relações sociais, um processo de precarização das relações sociais da qual o sofrimento decorre” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 754).

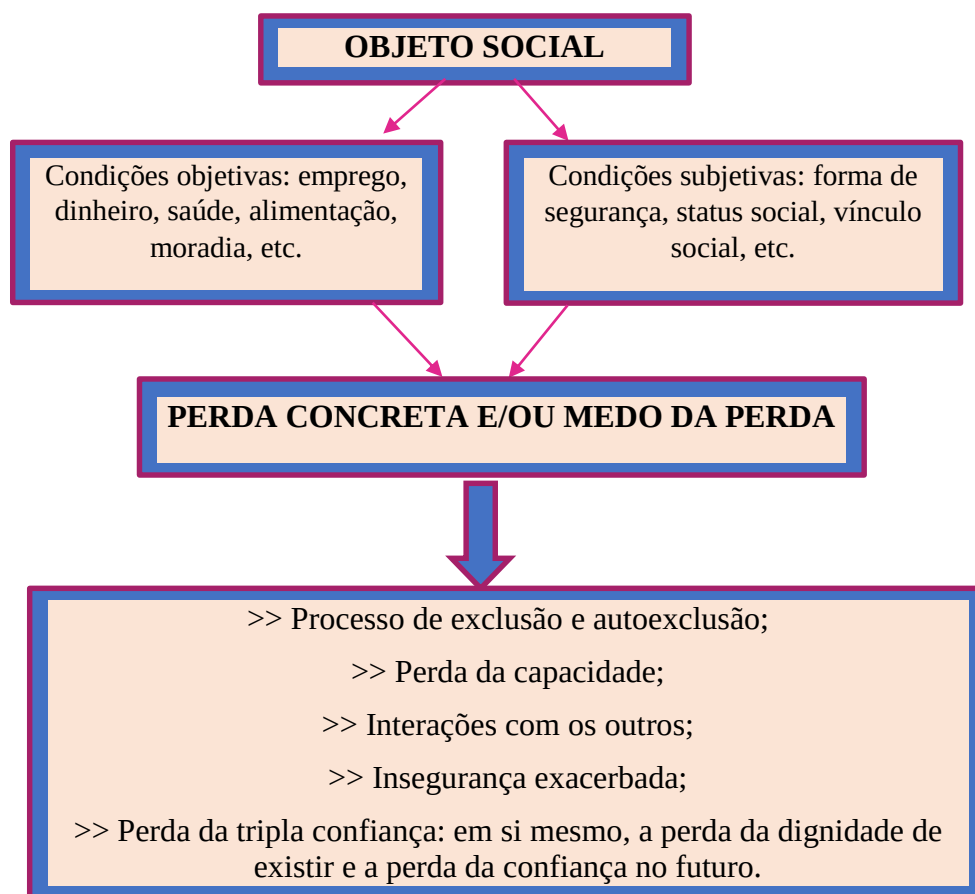
Para explicar esse processo de precarização, as autoras fazem referência ao trabalho de Furtos (2007), que pontua que uma sociedade considerada precária é caracterizada como aquela que promove e provoca a perda concreta dos objetos sociais, sendo ainda aquela “[...] marcada pela obsessão, pela angústia gerada pela possibilidade da perda dos objetos sociais tais como o emprego, o dinheiro, a moradia, o status social, a saúde [...]” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 758).

Um objeto social seria uma forma de segurança, é um status e é também um vínculo social. [...] ainda, um objeto social seria qualquer coisa idealizada dentro de uma dada sociedade em resposta a um sistema de valores: permite determinado status social, reconhecimento da existência e autoriza relações (WERLANG; MENDES, 2013, p. 755).

Nesse lastro analítico, ressalta-se que o processo de precarização possivelmente apresenta como desdobramento uma multiplicidade de sofrimentos, que são gerados e sentidos pelo e no campo social, haja vista que “[...] a manutenção ou a perda de alguns objetos não dependem apenas da pessoa, de si mesmo, ainda mais dentro de uma sociedade “pós-salarial” em cujo seio a precarização é crescente (WERLANG; MENDES, 2013, p. 755).

Vejamos, sinteticamente, como se constituem os objetos sociais e como o sofrimento pode ser apresentado com a perda concreta e/ou como o medo da perda podem atingir os indivíduos.

Figura 5 – Constituição dos objetos sociais



Fonte: Elaborado e adaptado pela autora a partir de Werlang e Mendes (2013).

Vale ressaltar que a intersecção entre o social e o psíquico é composta por questões que não são apreendidas facilmente, dadas as suas particularidades; no entanto, de acordo com Werlang e Mendes (2013, p. 755), “os processos psíquicos seriam dependentes do social, todavia, não seriam mecanicamente determinados”.

De acordo com as referidas autoras, a precariedade social se caracteriza enquanto uma questão referenciada ao *status* social precário, e, portanto, não pode ser confundida com questão social e nem com uma precariedade psicológica. Daí a necessidade de diferenciar precariedade “normal” de precariedade “exacerbada” aos moldes de Furtos (2007 apud WERLANG; MENDES, 2013, p. 758).

[...] precariedade considerada “normal”, que se encontra na vertente de uma vulnerabilidade ordinária, significando que as pessoas não podem viver sós, sem a companhia de outros para que seja possível dar conta da própria vida, de uma precariedade exacerbada, exasperada em que hoje a sociedade se encontra. [...] contexto de deformação e mesmo de insegurança que surgirá a possibilidade da perda dos objetos sociais, das coisas concretas como o emprego, o dinheiro, a aposentadoria, a habitação, a formação, os bens etc.

Nesse sentido, tem-se que o processo de precariedade, em especial a tida como “exacerbada”, irá provocar sofrimento. “Sofrer não seria, neste sentido, uma doença, nem o sofrimento psíquico uma doença mental, no entanto, seria preciso observar que esse mesmo sofrimento pode impedir o sujeito de viver, de querer viver, de se manter vivo” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 758).

A esse respeito, Werlang e Mendes (2013), fazendo referência ao estudo de Furtos (2007), apresentam três modalidades do sofrimento psíquico que se originaram do meio social. Quais sejam: sofrimento “normal”; sofrimento do “Não querer viver” e sofrimento do “querer desaparecer”.

A primeira delas seria a do sofrimento “normal”, articulado à existência do outro que pode também, de forma contraditória, estimular, ajudar a viver. Há a consciência da precariedade “original” e, neste sentido, a luta delinea-se à preservação, à conservação dos laços sociais e, ademais, à possibilidade de ser auxiliado no caso da perda ou do sofrimento, através dos mecanismos da própria estrutura do sujeito, como a capacidade da tristeza, da decepção, da desilusão, mas também do pensamento em um futuro melhor. Esta posição não repousa na ideia da responsabilização do sujeito, mas na retomada de sua história e de seus liames sociais. Trata-se de um **sofrimento não patológico**, uma vez que permite, ainda, agir, pensar, falar, amar e se sentir pertencendo ao conjunto social. **O segundo** tipo de sofrimento indica que se começa a evitar a vida, se começa a evitar o viver. Este sofrimento tem sido descrito por meio do sofrimento no trabalho e, também, através dos registros de precariedade social e das questões envolvendo a perda de diferentes objetos sociais. [...] Aqui haveria certa proximidade com a melancolia, uma melancolia social, todavia, **sem a morbidade psiquiátrica**. O liame com o social dá-se a partir de uma situação em que se está em perigo, se está em apuros, uma vez que a vida vai se tornando difícil de suportar em função do processo de sofrimento e desilusão que se encontra em andamento. Da mesma maneira, se encontram tensionadas as capacidades de pensar, agir, falar, amar e de ser e estar em um mundo de relações. As relações sociais, nesta dimensão, são duramente atacadas”. [...] Por fim, **o terceiro** tipo de sofrimento seria o mais implacável e estaria acompanhado, ademais, por **efeitos psicológicos debilitantes**. É um sofrimento que impede de sofrer o próprio sofrimento, que dá a ideia de “querer desaparecer”, sumir, no qual tudo está ruim e vai de mal a pior. Em quase todos os espaços sociais se está submetido a processos de exclusão, com ataque aos vínculos sociais. No entanto, nesta dimensão, há a síndrome da autoexclusão, uma síndrome gerada nos interstícios da precariedade social (WERLANG; MENDES, 2013, p. 759-760, grifos nossos).

Tais assertivas em torno do sofrimento social justificam, em parte, sua relação com o sofrimento psíquico, pois não podemos afirmar que todo sofrimento psíquico tem origem no sofrimento social, embora possa ser influenciado por este. Portanto, podemos sugerir que o sofrimento social pode ter um desdobramento em sofrimento psíquico. Desse modo, podemos correr o risco de afirmar que, apesar do sofrimento psíquico ser vivenciado de forma individualizada, ele mantém uma relação intrínseca com o meio social, haja vista a linha tênue e contínua entre o indivíduo e a sociedade. Questões societárias, como trabalho, doença,

desemprego, luto, violência, enfim, os diversos modos de existência e de sobrevivência, irão sempre incidir, de um modo ou de outro, na forma individualizada de sentir e de sofrer.

No que se refere a essa forma individualizada de sentir e de sofrer, substancialmente, é comum que os indivíduos que apresentam uma forma mais intensa do sofrimento psíquico ou social realizem uma associação do seu sofrimento com a existência de dor. Esta, em muitos casos, geralmente é sentida em alguma parte interna do corpo, como no coração, na cabeça, no estômago etc. (OLIVEIRA, 2016).

No entanto, é importante inferir que essa dor se diferencia da dor que tem uma localização anatômica específica no corpo, como uma dor orgânica, que surge a partir de uma doença, de uma patologia. Aqui, esta é definida por elementos puramente biológicos e fisiológicos. Remeter sofrimento a dor é uma forma de dar visibilidade, de apresentar uma imagem, uma espécie de símbolo para indicar que algo difícil de explicar está acontecendo. “[...] Deste modo, não há como calar o sofrimento sem transformá-lo em dor” (FERREIRA, 2014, p. 08).

Do ponto de vista conceitual, sofrimento e dor não se confundem, mas também não se distinguem com facilidade, da mesma forma que não se pode separar a frente e o verso de uma folha de papel. O que não nos autoriza afirmar a existência de uma relação de complementaridade entre eles. Na realidade, há um estreito e tênue limite entre os dois termos que estaria relacionado com um esgarçamento etimológico e semântico, como muito apropriadamente observa Marquez (1994). Fruto de uma visão dicotômica, a palavra sofrimento tem sido associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 215).

Nessa direção, constata-se uma profunda diferenciação que nos permite entender que sofrimento e dor não devem ser compreendidos como sinônimos, pertencentes e reduzidos à mesma dimensão corporal. Para Ricouer (1994 apud BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 216), “[...] o termo dor está destinado às manifestações que têm lugar em órgãos específicos do corpo [...], portanto, não implicaria a dimensão da alteridade, reflexividade e linguagem, como acontece no sofrimento”.

É sabido que, no campo da saúde mental, ocorre uma dominação da biomedicina representada pela medicalização na relação com o sofrimento psíquico, o que provoca a naturalização do mesmo. “O efeito paradoxal desse processo é a subsunção do sofrimento à dor. Ao se obter essa redução, consegue-se a sua naturalização” (PERRUSI, 2015, p. 12). Vejamos como este autor discorreu sobre o assunto:

Na subsunção do sofrimento à dor, não se escuta o doente, pois não se elabora sobre a dor – *ouvem-se* gritos, exclamações, gemidos, choro ou, simplesmente, o que existe

é apenas o silêncio do sofrer de uma pessoa. Pois é a pessoa que narra o sofrimento e não o corpo biológico. Ao perceber apenas a dor, o profissional procura sinais, sintomas de um corpo doente, e não o sofrimento, o significado existencial produzido pela pessoa. [...] A subsunção do sofrimento à dor acarreta a transformação do sofrimento psíquico em dor psíquica, vista como uma variante da dor física (PERRUSI, 2015, p. 14).

No campo da saúde mental, percebe-se que a psiquiatria transforma sofrimentos como ansiedade, medo, pânico etc., em uma dor, mesmo que esta seja denominada de psíquica, comparada e sendo uma variação de qualquer outra dor física que necessita de medicamentos para saná-la.

[...] o campo é perpassado pelos valores da psiquiatria clínica --, ocorre a naturalização ou a biologização do processo saúde-doença, trazendo como consequência uma série de práticas e crenças a respeito da dor e do sofrimento. [...] Inclusive, o uso de psicotrópicos não diminuiu na assistência psiquiátrica; ao contrário, aumentou (cf. Barros, 2008). Logo, a Reforma Psiquiátrica não tem, necessariamente, uma incompatibilidade com o uso de psicotrópico como tratamento preferencial do sofrimento psíquico (PERRUSI, 2015, p. 12).

Nesse sentido, entende-se que a “dor psíquica” foi uma forma “material” da psiquiatria capturar o sofrimento e transformá-lo em dor para ser tratada. No entanto, para a nossa perspectiva, o que a psiquiatria chama de dor psíquica tem uma especificidade, ela remete mais à subjetividade do indivíduo do que ao corpo biológico propriamente dito (PERRUSI, 2015). Esse autor apresenta uma distinção analítica importante, afirmando que dor é, no máximo, própria do corpo físico; enquanto o sofrimento está no aspecto subjetivo da pessoa, ou na “alma” do indivíduo. Nesse lastro analítico, Brasil (2013, p. 32) coloca que: “Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer”.

Sendo assim, em se tratando de sofrimento psíquico, não há dúvidas que, quando as pessoas procuram atendimento ou cuidado em saúde, não necessariamente têm uma dor física ou uma patologia. Às vezes, elas não se enquadram nas diversidades dos diagnósticos psiquiátricos, pois é inegável que estes, nem sempre, explicam e/ou dão conta dos sofrimentos e de suas múltiplas formas de expressá-los.

Na sociedade contemporânea, vivenciamos um contexto generalizado em que a população, mais do que nunca, apresenta diversas expressões do sofrimento psíquico, que vem sendo submetido a um conjunto de formas de intervenções. Tais intervenções são majoritariamente determinadas pelo modelo biomédico, como as medicamentosas, bem como outras formas de cuidado e autocuidado, nos laços afetivos e familiares, entre outros. Nesse

sentido, inferimos que nem todo indivíduo que experiencia um sofrimento vai necessitar ou procurar um cuidado especializado em saúde, pois temos que considerar que este pode demandar outros recursos e até mesmo encontrar suporte em atividades diversas, até mesmo na sua própria bagagem socioafetiva.

Ademais, todo esse contexto nos preocupa e nos inquieta na tentativa de compreender e buscar formas que amenizem os indicativos externos e internos relacionados ao sofrimento, ao passo que nos leva a seguinte questão: O que, de fato, está acontecendo com a humanidade?

Para início de conversa, presumimos que esta é uma questão difícil de responder devido às inúmeras e diversas transformações que ocorrem no mundo moderno. Para tanto, arriscamos apontar algumas análises pertinentes, que foram reunidas por Lemos e Freire (2011), vejamos: as reflexões de Benasayag (2005; 2009; 2010) de que vivemos “[...] imersos numa “cultura do risco”, em que o “futuro deixou de ser uma promessa e tornou-se uma ameaça” (LEMOS; FREIRE, p. 308). Conforme a análise dos autores:

A Modernidade criou uma crença exacerbada no progresso e, com ela, a promessa de um futuro melhor, de modo que todas as atividades humanas ordenaram-se para essa crença no futuro como promessa. No entanto, vivemos a maior crise social e histórica em nossa atualidade, que se caracteriza por uma relação específica entre os aspectos global e local. Enquanto as partes que constituem o todo (sociedade), em seu estado “normal”, são dotadas de autonomia, em estado de crise, essas partes perdem tal autonomia e passam a funcionar como dependentes dos fatores sociais, como se estivessem “coladas” a esses aspectos, sendo deles indissociáveis. O global passa a atribuir um novo sentido aos atos individuais, de forma que o que somos não depende de nós, mas de fatores externos a nós, ao mesmo tempo em que não compreendemos ou não aceitamos como essas forças externas atuam sobre nossas vidas. Essa constitui uma das causas do “novo sofrimento psíquico atual” (LEMOS; FREIRE, 2011, p. 308-309).

Outra abordagem elencada pelos referidos autores é o pensamento de Kristeva (2002), que refere-se à “perda da alma”, significando:

[...] a existência de um novo paciente/usuário/cliente que traz em sua queixa um sofrimento preso ao corpo (somatização) e o faz comprazendo-se nessa mesma queixa, a qual ele deseja insistentemente. Não lhe oferecendo alternativas, a não ser a neuroquímica (na qual se torna possível encontrar alívio para insônias, depressões, surtos psicóticos, etc.), a sociedade que formou esse homem moderno, ao mesmo tempo, subtraiu-lhe a alma, tornando sua expressão padronizada e seu discurso normatizado. [...] O mundo desse homem satisfeito com “pílulas e telas” está permeado de dificuldades relacionais e sexuais, “somatizações” de toda ordem e uma quase total impossibilidade de expressão do mal-estar, estando sua linguagem revestida por uma camada de artificialização, sentida como vazia e robotizada (LEMOS; FREIRE, 2011, p. 309).

Tal assertiva, encontra-se em correspondência com as reflexões de Birman (2003), quando coloca a “cultura do somático”, que está relacionada com o processo medicamentoso, ou seja:

Há um excesso de consumo de medicamentos atualmente, além de as manifestações do mal-estar serem expressas de uma forma especificamente diferente: pelo mal-estar corpóreo. Patologias como depressões, pânico e compulsões tomam a corporeidade como forma de expressão, além de se evidenciarem como impossibilidades de ação na subjetividade, ou seja, como impotência (LEMOS; FREIRE, 2011, p. 309).

Outra questão interessante é a colocada por Moreira (2009), revelando que vivemos em uma sociedade classificada como hedonista, pois prevalece o “culto ao prazer”. Assim, “Nessa ordem de pensamento, o sofrimento é algo a ser eliminado, de forma rápida, pois o homem contemporâneo não suporta sofrer, o que provoca a experiência de vazio” (LEMOS; FREIRE, 2011, p. 310).

Na abordagem realizada por Moreira e Sloan (2002 apud LEMOS; FREIRE, 2011), as consequências do individualismo capitalista tem uma estreita relação com as questões de autoestima que são cobradas pela própria sociedade, cujas características são “[...] narcísica, individualista e *despotencializadora*, que exige, em máximo grau, um homem autônomo, belo e bem-sucedido” (LEMOS; FREIRE, 2011, p. 310-311).

Nessa sociedade, ocorre uma ideologia que é dada pelo sustento a um amplo mercado estabelecido em torno do sofrimento psíquico. O individualismo de perfil narcisista desemboca num narcisismo novo, trançando uma configuração inédita do indivíduo em suas relações consigo e com o mundo; o individualismo puro, desprovido de valores sociais e morais (LEMOS; FREIRE, 2011, p. 311).

Por outro lado, Perrusi (2015) faz uma relação direta do sofrimento psíquico com o individualismo contemporâneo, apontando que este individualismo apresenta relações e conexões com o sofrimento psíquico, pois na medida em que este se coloca como fonte de autonomia, por essa mesma via, é indicado como uma causa de sofrimento (cf. EHRENBURG, 1998 apud PERRUSI, 2015).

Para melhor compreensão dessa relação estabelecida pelo individualismo, o referido autor elenca alguns pontos relevantes, que podem ser usados como exemplo. A Educação de massa, em que no processo de socialização escolar tem valorizado a competição, a concorrência e o empreendedorismo e, assim, a escola é uma fonte de reprodução do individualismo de massa; a pedagogia moderna, que valoriza a autonomia e a independência individual; a concorrência torna-se justa convertendo-se em critério de justiça; a fragmentação da existência vira o mote. Por exemplo, a existência da solidão a sós ou na companhia de muitos, isso não

importa, para o indivíduo, seu destino é sua responsabilidade, deve construir sozinho; o fracasso da responsabilidade é agora individual; o individualismo de massa mantém relações com diversas formas de utilitarismo.

No entanto, é importante dar atenção à interpretação de que o sofrimento psíquico, na sociedade moderna, está associado a aspectos negativos, como incapacidade e fracasso, que é o que Perrusi (2015) vai denominar de “handicapização” do sofrimento. É certo que o sofrimento psíquico, na contemporaneidade, representa, de forma geral, uma experiência negativa complexa, ainda associada, sobretudo, a uma condição de inadaptabilidade social, que necessariamente deve ser diagnosticada e tratada (PERRUSI, 2015).

Desta forma, podemos inferir que o sofrimento psíquico realiza uma intermediação entre os aspectos psíquicos e os sociais, haja vista que a socialização, na contemporaneidade, colabora para uma apreensão subjetiva e individualizada do mundo. Assim, para Perrusi (2015, p. 9), não é de se estranhar quando ocorre “[...] uma "psicologização" do sofrimento psíquico, mesmo que tenha uma distribuição social do mesmo – ao psicologizá-lo e ao "biologizá-lo", neutraliza-se seu aporte simbólico”. E, ao fazer isso, encobrem-se os processos sociais contemporâneos que têm agudizado a experiência do sofrimento.

Não nos causa espanto o fato de que, na atualidade, o sofrimento psíquico é caracterizado na perspectiva de um “novo *status* social”, aos modos de Ehrenberg (1998 apud PERRUSI, 2015), pois se entende que existem outras maneiras de sofrer e novos sofrimentos, como: novas formas de depressão; ansiedades; angústias; transtornos obsessivo-compulsivos; síndrome de Burnout; do pânico, entre outros e, logo, a existência também de novas psicopatologias, com evolução dos quadros patológicos, o que já é esperado na nossa sociedade como demandas para o campo da saúde mental (PERRUSI, 2015).

Aprofundando esse debate, Perrusi (2015) chama a atenção para a hipótese de que a sociedade contemporânea atravessa um processo de “[...] transição na qual as transformações sociais de longo alcance estão conectadas às mudanças na individualidade e na formação psíquica dos indivíduos” (PERRUSI, 2015, p. 142).

Por isso, nosso interesse em relacionar sofrimento psíquico e individualismo contemporâneo, forma pela qual se estrutura socialmente a individualidade no mundo ocidental. O individualismo contemporâneo sugere uma forma de individualidade, logo, um “tipo de psiquismo” – maneira de agir e maneira de sentir. Se houve reconfiguração da individualidade, ocorreu uma reestruturação psíquica e, se houve reestruturação psíquica, surgiram novas expressões do afeto e do sofrer. [...] Nessa lógica, estudar sociologicamente o sofrimento psíquico seria também analisar as mudanças históricas na economia psíquica dos indivíduos modernos (PERRUSI, 2015, p. 142).

A este propósito, esse autor identifica mudanças tanto no aspecto do sofrimento psíquico, quanto na sinalização para novas formas de configurações da individualidade, com centralidade nos processos inéditos de subjetivação (PERRUSI, 2015).

Portanto, necessita-se de um olhar diferenciado, um olhar que não separa o sofrimento psíquico das dimensões físicas, psicológicas, mentais e espirituais, nem dos impactos do conjunto de forças sociais, econômicas, políticas, culturais, enfim do reconhecimento da indissociabilidade das esferas da vida de cada indivíduo.

Essas considerações sintetizam a estreita relação do sofrimento social com o sofrimento psíquico, indicando sua vinculação subjetiva às várias dimensões da vida coletiva que, conseqüentemente, resulta do processo social. Ou seja, o sofrimento social indica claramente que o sofrimento psíquico também é produto do campo social (WERLANG; MENDES, 2013).

Portanto, todas as reflexões nos possibilitaram apontar que o sofrimento psíquico, em suas múltiplas expressões, se constitui a partir da relação intrínseca de intersecção e interdependência do indivíduo e sociedade e vice-versa, o que indica um processo de indissociabilidade, por isso consideramos pertinente denominar de **Sofrimento Psicossocial**.

Sob este viés, entendemos que o sofrimento no campo da saúde mental passa a ser compreendido como psicossocial com suas múltiplas expressões, quando se estabelecem as relações entre a experiência do sofrimento psíquico do indivíduo e a inevitável relação com os processos históricos, sociais e culturais, que reciprocamente originam, impactam e provocam uma diversidade de demandas, de respostas e de enfrentamentos individuais e coletivos.

Na tentativa de diferenciar e esclarecer nossa compreensão em torno do sofrimento defendido como psicossocial, segue o Quadro 11, que foi elaborado a partir das leituras e análises proporcionadas pela pesquisa bibliográfica, que teve como síntese um panorama conceitual em torno da temática sofrimento e busca evidenciar nossa perspectiva conceitual do sofrimento psicossocial, a qual compreendemos ser a mais fidedigna ao sofrimento no campo da saúde mental.

Quadro 11 – Abordagem conceitual das tipologias de sofrimentos

TIPOLOGIA DO SOFRIMENTO	APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS
Sofrimento enquanto adoecimento (Modelo biomédico/psiquiatria)	Sofrimento/adoecimento mental percebido como o mesmo que doença mental, legitimado por um sistema de práticas, como “[...] organização da rede médica, sistemas de profilaxia e detecção, forma de assistência, distribuição dos cuidados, critérios de cura, definição da incapacidade civil do doente e de sua irresponsabilidade penal”. (BRITO, 2004, p. 162). O sofrimento mental é designado na psiquiatria como adoecimento mental, pois envolve um intenso sofrimento psíquico na vida de uma pessoa. “A doença mental envolve um conjunto de elementos que a constitui, sejam de ordem neurológica, fisiológica, social, cultural, religiosa, filosófica ou econômica que traz ao seu portador um expressivo sofrimento psíquico. Esse tipo de manifestação repercute na história de vida pessoal, familiar e nas redes de relações interpessoais, transcendendo, assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica de crise [...]”. (DALMOLIN; VASCONCELLOS, 2008, p. 50). “Na sua grande maioria, as análises focam a presença atual de diagnósticos psiquiátricos que estabelecem bases biológicas para os sofrimentos psíquicos, aproximando os fenômenos mentais das doenças orgânicas, ou seja, vê-se um abandono crescente da descrição causal e de sentido dos sintomas apresentados pelo sujeito em benefício de uma noção em que os sintomas são reconhecidos como manifestações de desordens da bioquímica cerebral”. (AGUIAR, 2004; SILVA Jr., 2004; ROUDINESCO, 2000; BIRMAN, 1999 apud, GUARIDO, 2007, p. 153).
Sofrimento Social	“O sofrimento social não é apenas “um sofrimento”, mas um sofrimento que se instala/esconde nas zonas de precariedade, nas zonas sociais de fragilidade e cuja ação implica na perda ou possibilidade de perda dos objetos sociais: saúde, trabalho, desejos, sonhos, vínculos sociais, ou seja, o todo da vida composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite viver a cada dia, a vida psíquica, a vida interior composta pela subjetividade” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 766).
Sofrimento Psíquico	O conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, oriundo do antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e por definir o sentido da vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio, o eu experimentado como coisa alheia (SAMPAIO, 1993, apud SOUZA; PONTES; JORGE, 2018, p. 37).
Sofrimento Psicossocial	O sofrimento psicossocial refere-se as múltiplas expressões da experiência singular do sofrimento humano, na sua relação com a complexidade da vida em suas infinitas manifestações, gestadas e geridas na e pela relação intrínseca de intersecção e de interdependência do indivíduo e da sociedade, que formam a totalidade social.

Fonte: Elaboração da autora.

Acreditamos que o sofrimento psicossocial não assume um processo de unilateralidade, nem provoca um processo dicotômico entre o sofrimento psíquico e o sofrimento social, o que temos é uma relação indissociável estabelecida no plano interior (condição singular humana) e exterior (processos societários), que se faz construtor de um processo que produz e é produzido reciprocamente, isto é, um movimento dialético, de mútua produção.

Diante deste novo entendimento, podemos elencar as seguintes características ao sofrimento psicossocial:

- ▶ fenômeno com múltiplas expressões;
- ▶ pode se apresentar em qualquer fase da vida humana, momentaneamente ou não;
- ▶ os diversos modos de existência e de sobrevivência irão sempre incidir, de um modo ou de outro, na forma individualizada de sentir, sofrer e viver;
- ▶ não pode ser visto como decorrente unicamente do próprio sujeito, haja vista que tal fato provoca uma espécie de culpabilização, bem como parte-se de um princípio de individuação, independente das condições históricas e sociais;
- ▶ não pode ter sua atribuição decorrente unicamente do meio social, pois os indivíduos apresentam uma condição singular humana, isto é, têm suas significações singulares que são mediatizadas por um determinado contexto histórico e social. Daí todo indivíduo está sujeito a sofrer, mas nem todo indivíduo sofre pelos mesmos fatos ou motivos;
- ▶ se constitui a partir da intersecção entre o sofrimento psíquico e o sofrimento social, que dadas as suas particularidades, estabelece uma relação intrínseca de interdependência;
- ▶ composto por um duplo e indissociável complexo de relações subjetivas e coletivas que participam do processo social em sua totalidade.

Nesse sentido, o sofrimento psicossocial é uma dimensão do sujeito singular e do contexto social que, a partir das relações vivenciadas, constrói experiências capazes de produzir significados tanto para o próprio indivíduo quanto para a coletividade, que formam a totalidade da vida humana e social. Assim, acreditamos que não pode existir sofrimento humano singular fora de uma totalidade social.

2.2 (RE) PENSANDO O CAMPO DA SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL

Diante da complexidade em torno da temática, não há dúvidas da necessidade de analisar e compreender a experiência do sofrimento no campo da saúde mental e dada a análise teórica, até aqui empreendida, concebemos o sofrimento no campo da saúde mental como sofrimento psicossocial.

Na insuficiência de referenciais que tratem especificamente a temática “experiência do sofrimento”, iremos, de modo geral, estabelecer uma relação com as contribuições que tratam

da “experiência do adoecimento ou da experiência da enfermidade”, haja vista ser “[...] um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença” (ALVES, 1993, p. 263) que, na particularidade de nosso estudo, trata-se de um dado episódio de sofrimento psicossocial e, de modo específico, buscaremos elementos pautados nas narrativas dos nossos sujeitos entrevistados para desenhar um modelo interpretativo que subsidie uma melhor compreensão e ampliação das discussões acerca do sofrimento psicossocial.

Segundo Alves (1993, p. 264), para se analisar a experiência do adoecimento não teremos que escolher entre modelos propostos²³, pois a experiência é única e “[...] desvela aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivos)”.

Nessa esteira, Alves (1993) fornece apontamentos históricos importantes acerca da experiência do adoecimento, apresentando seus principais estudiosos, a saber: **Talcott Parsons** (1951), que define a doença como um desvio, devendo ser analisada como um princípio bilateral, conduzida por um conjunto de direitos e deveres. No entanto, apesar de Parsons lançar as bases teóricas de uma sociologia médica nascente na década de 1950, seu entendimento recebe críticas, haja vista que sua “[...] análise estava centrada no sistema social reproduzido no contexto institucional em que se dava o encontro entre médico e paciente, desconsiderando outros contextos relevantes para as interações sociais aí travadas” (CASTELLANOS, 2015, p. 37).

Mechanic (1968) contribui com a temática e denomina a experiência do adoecimento como comportamento do enfermo. Para esse autor, a experiência do adoecimento é um processo, caracterizado por três questões, quais sejam: “(1) a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados; (2) a ajuda é requisitada; e (3) o regime de vida é transformado” (ALVES, 1993, p. 264). Assim, a finalidade voltava-se para a interpretação de comportamentos específicos de grupos sociais, cujos modelos são o individualista e o coletivista.

²³ “Podemos agrupar as diversas teorias que procuram explicar este fenômeno em dois grandes modelos interpretativos ou perspectivas analíticas. Basicamente, estes modelos diferem entre si na ênfase dada à determinação social ou a estruturas cognitivas sobre a enfermidade. Por um lado, autores como Herzlich (1973), Taussig (1980), Frankenberg (1980), Comaroff (1982), Stacey (1986) e Unschuld (1986) exploram mais diretamente a premissa de que as forças e relações sociais configuram o conhecimento, as crenças e a escolha de tratamento da enfermidade. Por outro lado, embora sem negar explicita mente esses determinantes, Good (1977) e um grupo de antropólogos associados com a etnografia clínica (Kleinman et al., 1978) têm enfatizado as estruturas cognitivas subjacentes aos relatos individuais sobre a doença” (ALVES, 1993, p. 263).

O primeiro modelo tendeu a reduzir o comportamento humano perante a enfermidade a questões “psicológicas”. Exemplos deste modelo seriam os trabalhos de Rosenstock (1966), Mechanic & Volkart (1961) e Kosa & Robertson (1969). As análises de Zborowski (1952) e Zola (1973), por outro lado, enfatizam as diferenças nos valores e atitudes relacionados à doença como resultantes das diferenças entre as classes sociais, faixas etárias e etnias. Nesta abordagem coletivista, o papel dos fatores culturais torna-se a parte central da investigação (ALVES, 1993, p. 265).

Outro importante destaque da temática foi o estudioso **Eliot Freidson** (1988), que estabelece a diferença entre as questões biológicas da doença, sendo estas o resultado de fatores morfofisiológicos, cujo modelo é dominante na nossa sociedade, centrada, sobretudo, na figura do médico e as formas de respostas sociais, que são diversas e contidas nos significados sociais da experiência dos indivíduos (ALVES, 1993). E, assim, dão-se as bases para a “[...] formulação do conceito de ‘sistema leigo de referência’. [...] desenvolveu a ideia de um sistema pluralístico de valores para dar conta das diversas definições de ‘doença’” (ALVES, 1993, p. 265).

A versão do conceito de “sistema leigo de referência” entende que a doença é um desvio social e que necessita ser analisada “[...] pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais” (ALVES, 1993, p. 265).

Tal sistema está baseado em premissas que diferem do modelo biomédico e é resultante de estruturas sociais específicas de cada sociedade. Pela compreensão deste sistema, observa Freidson (1988), é que podemos entender o processo de escolha de tratamento, pois, ao ser socialmente definido como enfermo, o indivíduo desencadeia uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica. Freidson chama este processo *career of illness*, que traduziremos livremente como “itinerário terapêutico”. Por este itinerário os indivíduos podem ter experiências com as várias agências de tratamento, ficando, assim, legitimados a assumirem um papel de enfermos, pois cada uma delas tem um caráter de imputabilidade ao atribuir suas próprias noções terapêuticas. (ALVES, 1993, p. 265).

No entanto, esse pensamento também recebe críticas, uma vez que “O conceito de sistema leigo de referência não explica como surgem as expectativas sociais envolvidas com a enfermidade e por que elas diferem entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo social” (ALVES, 1993, p. 265).

Sob o mesmo prisma, têm-se os trabalhos socioantropológicos acerca da experiência do adoecimento, com destaque para o conceito de Modelo Explicativo da enfermidade, cujo principal teórico é **Kleinman** (1981).

Kleinman (1981), um dos mais influentes representantes deste grupo, define modelo explicativo da enfermidade como “as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico”. Assim, o modelo explicativo é um conjunto de proposições ou generalizações, explícitas ou tácitas, sobre a enfermidade. Ao explicarem a enfermidade, os modelos

explicativos “determinam o que é considerado como evidência clínica relevante e como esta evidência é organizada e interpretada para abordagens racionalizadas de tratamento específico” (KLEINMAN, 1981 apud ALVES, 1993, p. 266).

A partir desse entendimento, constata-se que os Modelos Explicativos também são alvos de críticas, o que não é surpresa, pois eles buscam explicar a experiência do adoecimento com base em “[...] conhecimentos e crenças médicas em termos de um conjunto singular de estruturas cognitivas subjacentes aos setores do sistema médico” (ALVES, 1993, p. 267).

Contrariando essa análise, Castellanos (2015, p. 44) estabelece outro entendimento para o conceito de modelo explicativo de Kleinman, vejamos:

O conceito de modelo explicativo (KLEINMAN, 1978) complementa as análises que abordam o adoecimento como experiência (a um só tempo individual e social), ao defender o pressuposto de que, diante de alterações corporais e/ou sofrimentos de diversas naturezas, elaboramos interpretações que acionam lógicas explicativas apoiadas em conhecimentos e experiências elaborados em diferentes contextos de cuidado ou setores assistenciais (CASTELLANOS, 2015, p. 44).

Sendo assim, devemos inferir que, apesar das críticas, esses modelos, mesmo com posturas unilaterais, contribuem para avançar no processo teórico-metodológico e interventivo da doença e do sofrimento, ao passo que buscam, cada vez mais, privilegiar as experiências das pessoas.

É nessa contextualidade que destacamos, ainda, os estudos da experiência a partir do adoecimento crônico (assim denominado pela biomedicina) ou de longa duração (denominação da sociologia e antropologia da saúde), que têm contemplado o eixo social e não apenas biológico e/ou clínico nas produções de seus estudos. Diante disso, revela-se a valorização de referenciais de experiência e, assim, privilegiam o ponto de vista dos indivíduos.

Vale ressaltar que a valorização desse debate é importante para evidenciar a experiência e a narrativa das pessoas em relação ao seu sofrimento e, por isso, busca-se extrair dessa discussão elementos para entender esse processo, pois acreditamos que, como a psiquiatria tomou o sofrimento como patológico, é comum a referência ao sofrimento nessas discussões como experiência do adoecimento, mesmo quando se relaciona aos problemas de saúde mental. De certa forma, fomos “ensinados” a entender todo o sofrimento como doença/dor e, assim, buscar tratá-los. Dessa forma, eis um grande desafio para avançar no modelo psicossocial.

Portanto, a experiência do sofrimento é uma categoria importante, uma vez que expõe “uma preocupação em problematizar e compreender como indivíduos vivem esse mundo, o que nos remete às ideias de consciência e subjetividade, mas também, e especialmente, de

intersubjetividade e ação social” (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999 apud NEVES, 2015, p. 113).

Acreditamos que o ponto de partida para a compreensão da enfermidade é que ela está necessariamente presa a uma experiência. É a experiência de sentir-se mal que, por um lado, origina, por si mesma, as representações da doença e, por outro lado, põe em movimento a nossa capacidade de transformar esta experiência em um conhecimento. É através das impressões sensíveis produzidas pelo mal-estar físico e/ou psíquico que os indivíduos se consideram doentes (ALVES, 1993, p. 268).

A partir dessa premissa, entende-se que a experiência do adoecimento e do sofrimento é algo singular, um processo subjetivo, bem como intersubjetivo, em que os indivíduos se orientam em um mundo de relações que pode ser vivenciado tanto no plano individual, quanto no coletivo. “Entende-se que a experiência do adoecimento e do sofrimento é singular, sem que se atrele a um ego transcendental, mas aos modos pelos quais os indivíduos se orientam em um mundo de relações com os demais, com as atividades e os planos coletivos” (CANESQUI, 2018, p. 01).

Ademais, para refletir sobre sofrimento psicossocial, como estamos propondo, e compreendê-lo, é preciso estar atento para as experiências daqueles que sofrem e essas experiências só têm e terão visibilidade a partir das narrativas dos indivíduos em uma perspectiva de desvelar como se desenvolveu o processo de sofrimento, como se dá a busca por cuidados e, em especial, como esse cuidado se desenvolve. Desse modo, tem-se uma produção de evidências a partir da interpretação da própria pessoa e/ou de sua família de quais significados o sofrimento tem em suas vidas.

Caminhar em busca de um resgate subjetivo do usuário significa retomar aquilo que normalmente é menos valorizado, buscando o como, as formas usadas para descrever e avaliar o próprio adoecimento, algo que se constrói na linguagem usada não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos próprios usuários, no entre das relações estabelecidas nos dispositivos. A rede de cuidados em saúde mental resulta da interação do sujeito com seu território e serviços ofertados. Ela também se constitui de diversos arranjos e modos como o sujeito se conecta, caminha na busca da produção de atenção às suas necessidades materiais e subjetivas (MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 225).

Nesse sentido, é de suma importância considerar e dar visibilidade à experiência do indivíduo, é imprescindível perceber seu lugar de fala e a forma como ele fala de si, com suas histórias de sofrimento e suas narrativas das questões que envolvem suas percepções, suas dificuldades, suas conquistas, enfim, todo o processo em torno de sua trajetória de vida.

Tecer considerações sobre a experiência do adoecimento e seu sofrimento amplia o olhar que ultrapassa os limites da objetivação do saber e da prática biomédicos que,

usualmente, ignoram o mundo da vida e a existência dos adoecidos, o seu cotidiano, as formas de agir, reagir, de lidar com o corpo, saúde doença e cuidado, inesgotáveis na subjetividade porque socialmente compartilhados [...] (CANESQUI, 2018, p. 01).

Assim, a narrativa é considerada por diversos autores como a forma mais adequada de acesso à experiência vivida, sendo por meio desta que os indivíduos lembram o que aconteceu e colocam a sua experiência em sequência, desencadeando os acontecimentos.

[...] a narrativa ocupa espaço privilegiado de encontro entre a vida íntima da pessoa e sua inscrição em uma história social e cultural, e se constitui como via de acesso aos significados através dos quais as pessoas constroem sua visão de mundo e as estratégias desenvolvidas diante dos problemas do viver (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008 apud MOREIRA; BOSI; SOARES, 2016, p. 228).

De modo geral, a narrativa privilegia aquilo que é experienciado por aqueles que contam suas histórias, isto é, “[...] ao que é ‘real’, ‘verdade’, para estes, sendo, pois, representações/interpretações particulares do mundo. Portanto, não devem ser julgadas como verdadeiras ou falsas” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008 apud MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 231).

Portanto, a história de vida, as respostas, as reflexões, as práticas e as ações dos indivíduos ou do meio social, em busca do cuidado em saúde mental, são elementos da própria experiência. Nessa perspectiva, compreende-se que as narrativas singulares de pessoas em sofrimento psicossocial podem até apresentar um nível maior de dificuldade, no entanto, elas são parte exclusiva de sua singularidade que expressa a subjetividade humana e a complexidade em torno da temática.

Apesar de a experiência em muito extrapolar ou escapar a qualquer esforço narrativo – na medida em que sempre haverá algo de inefável na experiência (pura) e que esta não se reduz à narrativa –, é a narrativa, paradoxalmente, que constitui a experiência ao fornecer diferentes contornos aos distintos modos de viver a experiência (Good, 1994). As narrativas, então, são mais do que um meio de comunicação da experiência, ou meramente a forma pela qual a experiência é representada, simbolizada e recontada, mas é uma dimensão inerente à própria experiência (LOPES *et al.*, 2012, p. 561-562).

Nessa contextualidade, temos que ter clareza e nunca esquecer que a experiência do sofrimento psicossocial é subjetiva e, nesse sentido, temos que considerar a forma como cada um vive no mundo e como o “mundo” impacta na sua experiência de vida.

Acreditamos que os indivíduos buscam o serviço de saúde mental quando o sofrimento torna-se insuportável e nem eles próprios, nem a família consegue mais controlar os eventos de sofrimentos. Nesse sentido, constata-se que se estabelece uma ruptura de como era e de como passa a ser a vida depois que o sofrimento se intensifica, vindo à tona a necessidade e a euforia

em controlá-lo, o que, na maioria das vezes, está atrelado a um diagnóstico a partir dos preceitos patológicos, cujo cuidado é essencialmente medicamentoso. No entanto, “Sabe-se que o modelo biomédico – ao privilegiar os aspectos orgânicos e a doença no corpo – favorece a dicotomia mente/corpo e reduz a complexidade e integralidade do sujeito em sua relação com o mundo” (LOPES et al, 2012, p. 562).

Daí a importância e a necessidade da horizontalidade e transversalidade de saberes no campo da saúde mental, haja vista a valorização da experiência do sofrimento humano. A dimensão experiencial é um aspecto importante, pois opera nos modos subjetivos de existência, o que pode provocar uma ruptura no processo da tecnificação dos saberes, bem como das práticas profissionais que, geralmente, estão focados no processo normativo de adaptação e (re)normalização dos indivíduos e, assim, não ousam compreender o indivíduo com sofrimento psicossocial como um sujeito histórico e concreto, individual e coletivo. Ou seja, entendemos que as alternativas de tratamento no modelo biomédico são individualizantes, no sentido negativo do termo, pois estão relacionadas ao processo medicamentoso e ao internamento, que, a nosso ver, reforça o modelo tradicional de assistência, impactando nos pressupostos dos direitos humanos.

Na direção da compreensão do sofrimento psicossocial, acreditamos que uma nova racionalidade se ergue e um outro cuidado é possível, podendo começar pelas iniciativas que utilizam estratégias de despatologização²⁴ e desmedicalização social²⁵, com abordagens que reconhecem o indivíduo em sua integralidade, ou “Uma vida por inteiro”, aos moldes da abordagem **Whole life**, que está alicerçada por um conjunto de valores fundamentais que abrangem importantes âmbitos da vida de uma pessoa com problemas de saúde mental para um cuidado integral. “A abordagem de uma vida por inteiro é baseada em compreender os marcos significativos na vida de uma pessoa e a importância de toda sua história de vida [...]” (CENTRO EDUCACIONAL NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS, 2020)²⁶.

Na contemporaneidade têm-se observado algumas abordagens e ferramentas de cuidado em saúde mental que objetivam a construção e a efetivação dos direitos humanos, das quais podemos citar a **Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**, estratégia que surgiu nos serviço

²⁴ Contraposição a **Patologização**, considerada como fenômeno social de enquadramento de comportamentos e sintomas em categorias médico-psiquiátricas.

²⁵ Contraposição a **Medicalização social**, fenômeno sociocultural complexo que vai transformando as experiências humanas, com seus sofrimentos e dores, em necessidades médicas passíveis de serem medicadas. Lembrando que, medicalizar a vida significa transformar um problema coletivo em um problema pessoal.

²⁶ Curso realizado em 2020, promovido pelo Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT) em parceria com a International Mental Health Collaborating Network (IMHCN) – instituição sediada na Inglaterra, denominado “Whole Life – Uma Vida por Inteiro, ministrado pelo Prof. Paul Baker.

de saúde mental comunitários no Canadá, sendo considerada como um processo de aprendizado, cujo objetivo é possibilitar que as pessoas tenham autonomia para negociar ativamente os medicamentos que lhes façam bem, assim como acessar outras formas de tratamento; **Open Dialogue (Diálogo Aberto)**, uma ferramenta que foi desenvolvida por Jaakko Seikkula e sua equipe, no início da década de 1980, na Finlândia, para o enfrentamento da crise psicótica. A filosofia do Diálogo Aberto é o desenvolvimento de relações entre as pessoas que estão enfrentando problemas, a família e a rede social envolvida e a oferta de apoio à pessoa em casa, em vez de instituições; o **Peer Support (Suporte por Pares)** surgiu no Canadá e nos EUA e vem sendo amplamente aplicado como recurso desde 1960 e, nos últimos anos, ele é aplicado também no Reino Unido. A abordagem entre pares é utilizada entre as pessoas que já tiveram alguma experiência de sofrimento psíquico e organiza-se a partir da empatia e do compartilhamento das experiências. Conhecer a história do outro e suas dificuldades e superação possibilita ao sujeito ter uma variada visão sobre diferentes formas de lidar com uma mesma situação. Isso, muitas vezes, ajuda o outro a sentir-se aceito e compreendido, a partir de uma construção conjunta entre os participantes; o **Path (Planejamento centrado na pessoa - Caminho)** baseia-se na capacidade das pessoas de imaginar diferentes futuros e pensar para trás a partir de uma possibilidade futura e contar histórias frutíferas sobre como essa possibilidade pode vir a existir; os **Movimentos de Ouvidores de Vozes (HVM)** tiveram início na Holanda, no final dos anos 1980, e hoje há muitos grupos espalhados por todo o mundo. Um de seus importantes princípios é que a saúde é considerada como um processo fundamentalmente social, cultural e político. Parte do entendimento que ouvir vozes é uma parte normal da experiência humana e, portanto, respeita a diversidade de ideias quanto às origens da audição de vozes, seja de origem biológica, psicológica ou espiritual; e o **Recovery (Restabelecimento)** é um movimento de origem anglo-saxônica, muito influenciado pelas correntes de desinstitucionalização. Caracterizando-se como uma abordagem teórico-metodológica, política e técnico-operativa que objetiva favorecer a aproximação com a experiência de quem vive o sofrimento psicossocial. Portanto, tem como base a potencialidade funcional em considerar as narrativas como uma dimensão da experiência humana do sofrimento, que está intrinsecamente atrelada as outras dimensões da vida.

Destacamos a abordagem Recovery²⁷, a qual acreditamos apresentar uma dimensão teórica e prática que contribui, sobremaneira, para compreender e avançar nas discussões e

²⁷ “A tradução da palavra Recovery para o português permanece em questão, não existindo um consenso na literatura, que ora o apresenta como restabelecimento, ora como retomada ou recuperação”. (SILVEIRA et al, 2017, p. 22). Desta forma, decidimos manter a palavra na sua versão original, pois o termo traduzido como

ações voltadas ao sofrimento psicossocial. Ou seja, Recovery é uma abordagem que fundamenta a nossa defesa de um sofrimento psicossocial, pois entendemos que a experiência humana do sofrimento revela o crescimento e o fortalecimento das pessoas com problemas de saúde mental e, assim, apresenta sua funcionalidade na busca para se desenhar uma nova racionalidade no campo da saúde mental.

As mudanças são imprescindíveis e o fortalecimento de posturas, como a da OMS, são necessárias, revelando que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas se constitui enquanto estado completo de bem-estar físico, mental e social. Assim, temos o reconhecimento de que o problema de saúde mental não pode ser sintetizado enquanto um problema psiquiátrico, pois envolve uma multiplicidade de questões que estão na base da vida humana. Entendemos, ainda, que esse reconhecimento também reforça a nossa ideia de sofrimento psicossocial, principalmente na relação da subjetividade e os determinantes sociais, pois a subjetividade do sofrimento está na forma como a pessoa responde a estes determinantes que, em um movimento dialético, a mesma subjetividade, também, é afetada pelos aspectos sociais.

Sob esse prisma, entendemos que o Recovery é uma abordagem dos problemas de saúde mental que reconhece esse movimento, uma vez que desconstrói os processos patologizantes e estigmatizantes que estão atrelados à compreensão desse sofrimento enquanto “doença mental”. Nesse sentido, sua abordagem de cuidado está relacionada à ideia de um sofrimento psicossocial, haja vista a forma como o indivíduo sofre permeado pelos aspectos sociais que participam desse sofrimento, que é multideterminado, por assim dizer, e que justificam a emergência de abordagens mais integrais, que dão atenção à experiência dos sujeitos, às formas como eles vivenciam os sofrimentos por meio de suas narrativas, a sua subjetividade, sua condição de vida, as práticas profissionais, a organização da rede, a prestação dos serviços, entre outros. De modo geral, podemos afirmar que o Recovery é uma abordagem que inverte a lógica psiquiátrica e propõe uma forma de cuidar mais humanizada e alinhada com a compreensão do sofrimento psicossocial.

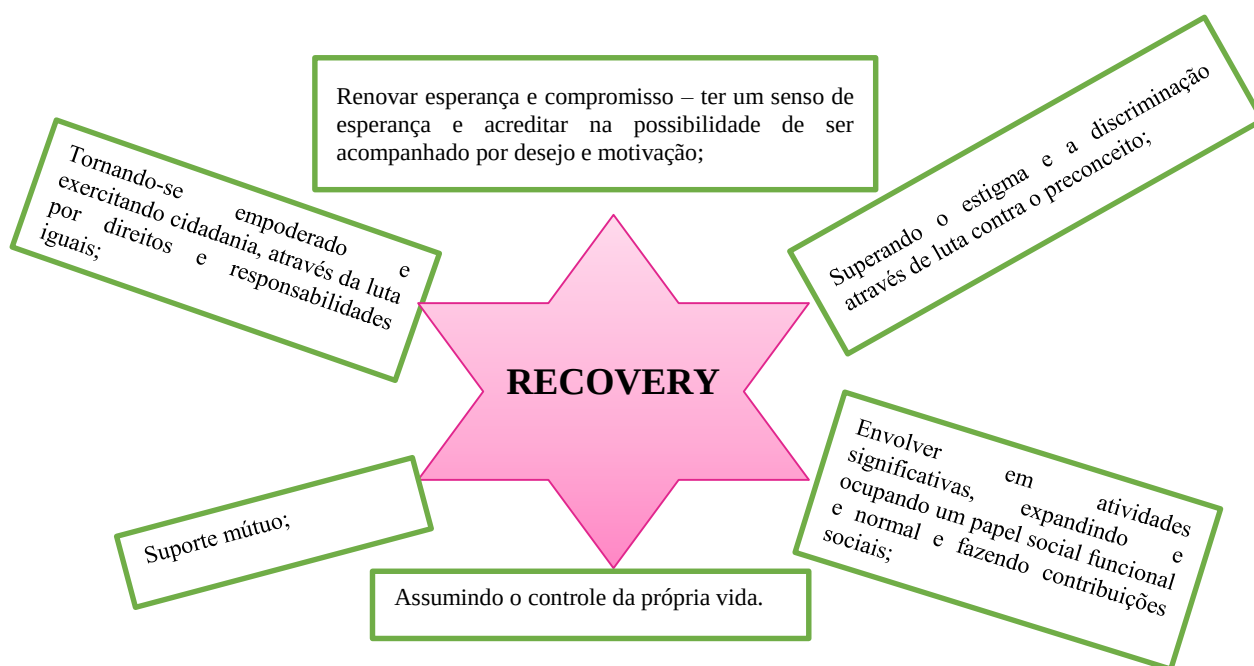
recuperação pode denotar o sentido de recuperar um estado anterior, que neste caso, pode ser atribuído a uma cura, na leitura atribuída pelo modelo psiquiátrico tradicional. Além disso, iremos enfatizar o termo com a primeira letra do nome maiúscula, na intenção de identificá-la como abordagem fundamental no cuidado em saúde mental.

2.2.1 Processo de Recovery: abordagem que fortalece o entendimento de sofrimento psicossocial

O termo Recovery emergiu na década de 1970, quando também se expandiu, por vários países, a crítica ao modelo tradicional de cuidado em saúde mental, com o desenvolvimento, nas décadas seguintes, das estratégias de desinstitucionalização e da emergência dos conceitos de atenção e reabilitação psicossocial (DAHL, 2012). De acordo com Lopes (2011 apud ANASTÁCIO; FURTADO, 2012, p. 75), “A noção de recovery surgiu na década de 1980, nos EUA, em meio a um movimento de usuários dos serviços de saúde mental, que propuseram um modelo mais otimista de empoderamento pessoal e político do psicótico [...]”.

O termo Recovery na saúde mental é polissêmico, haja vista os diferentes entendimentos e direcionamentos atribuídos ao termo, que vão variar de acordo com as perspectivas assumidas pelos estudiosos e pesquisadores, usuários, familiares, rede de apoio, equipe profissional, sistemas e serviços da saúde mental. No entanto, Davidson *et al.* (2005 apud COSTA, 2017) revelam pontos comuns e importantes nos vários conceitos abordados pela literatura sobre Recovery. Vejamos na figura a seguir.

Figura 6 – Elementos contidos nos conceitos de Recovery

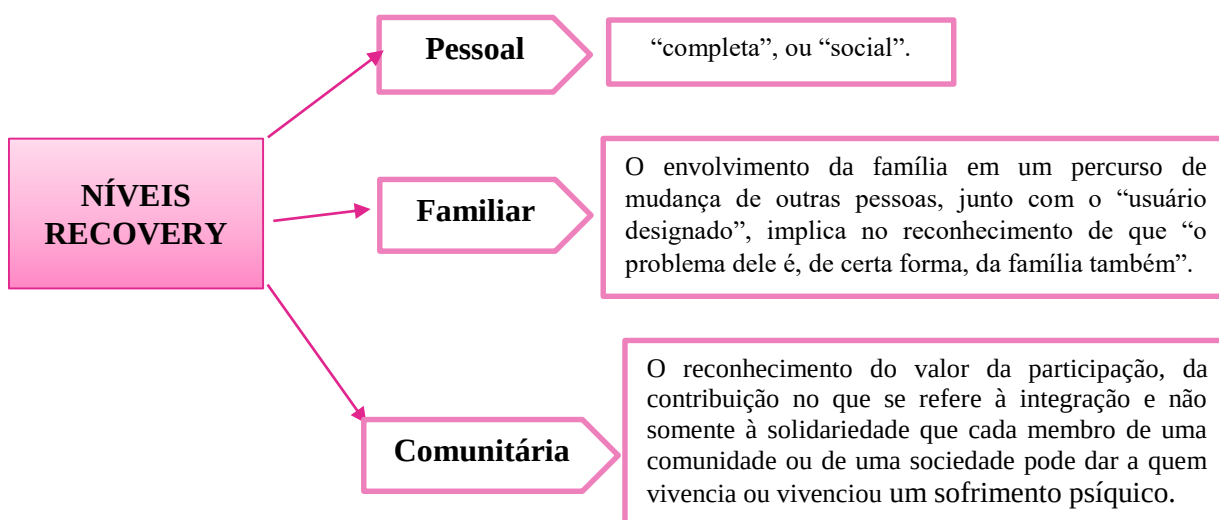


Fonte: Elaborado e adaptado pela autora a partir de Davidson *et al.* (2005 apud COSTA, 2017, p. 03-04).

Tais elementos revelam, sobretudo, que o Recovery é um processo único e subjetivo, que acontece no fluxo da experiência humana, próprio daqueles com uma dimensão experiencial do sofrimento, significando tomada de posicionamento, de atitude em relação à vida, ao mundo e ao modo como lidar com o sofrimento, além dos desdobramentos favoráveis quando adota-se estratégias pautadas em Recovery na produção do cuidado. Lembrando que: “[...] a recovery não pode ser vista como um percurso somente individual, pois isso subentenderia novamente uma ética de resgate do indivíduo de uma condição, a doença, ainda considerada uma culpa [...]” (MEZZINA, 2014, p. 191), mas deve-se considerar, também, o percurso com o envolvimento e mudanças no contexto familiar, bem como no contexto social.

Nesse sentido, Mezzina (2014) defende 3 níveis de Recovery, conforme a Figura 7, a seguir:

Figura 7 – Especificação dos três níveis da abordagem Recovery



Fonte: Elaborado e adaptado pela autora a partir de Mezzina (2014, p. 190 – 191).

Para tanto, é válido ressaltar que o termo Recovery não pode ser confundido com uma perspectiva que busca uma “cura da doença”, no sentido da noção de restabelecimento e “normalidade” que se tinha antes do adoecimento. Na verdade, a abordagem Recovery defende uma perspectiva da possibilidade de viver a vida, no contexto de um sofrimento que pode ser transitório ou não. Ou seja, essa abordagem aposta no processo de recuperação ou de restabelecimento baseado na experiência humana do indivíduo que sofre e os novos sentidos para a sua vida, apesar do problema de saúde mental. Portanto, não busca um tratamento que

objetive uma “cura total” relacionada à doença, mas um caminho que permita uma “cura” das suas limitações para a própria vida e para a experiência de sofrimento (LOPES *et al.*, 2012).

O termo “recovery” refere-se a uma abordagem específica em saúde mental, que enfatiza o processo de “empoderamento” das pessoas com transtornos mentais por meio de práticas que as apoiam a reconstruir e desenvolver suas conexões pessoais, sociais, ambientais e espirituais, além de enfrentar o estigma, tirando o foco na simples remissão de sintomas e enfatizando a pessoa, suas necessidades específicas e seu direito à “participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015, p. 1).

Dito isso, de modo geral, podemos conceituar Recovery na saúde mental como uma abordagem que tem em sua centralidade a defesa dos direitos humanos. Em uma perspectiva mais específica, como um processo que objetiva o (re)estabelecimento de uma vida plena, pautada na autonomia e no fortalecimento do sujeito, reconhecendo os sofrimentos como legítimos, haja vista englobar a subjetividade, a história, as vivências e experiências dos indivíduos. E, de modo mais enfático, Recovery convoca e provoca o destrave dos muros e das mentes para o entendimento de que a pessoa com sofrimento psicossocial é, e pode ser, um membro da sociedade sendo ele mesmo. Até porque “[...] Não faz sentido insistir que primeiro é preciso que uma pessoa pare de manifestar sintomas para depois retomar a sua vida” (DAVIDSON *et al.*, 2005 apud COSTA, 2017, p. 05).

Nessa perspectiva, o Recovery aponta para um novo horizonte da pessoa com sofrimento psicossocial experimentar viver a vida. É a indicação de um modo subjetivo de entender as potencialidades, de enfrentar as dificuldades com mais confiança, com participação social, com autonomia e com autocontrole, livrando-se das amarras de uma existência pautada na dependência e carimbada por um diagnóstico estigmatizante de incapacidade permanente.

Recovery é um processo lento e complexo, que quando bem sucedido não muda o fato de que a experiência do sofrimento mental ocorreu. O que muda é o significado que esta experiência tem na vida da pessoa, pois o adoecimento psíquico deixa de ser o foco e ela consegue mover-se para outras atividades, ter outros interesses (ANTHONY, 1993 apud ANASTÁCIO; FURTADO, 2012, p. 76).

Ademais, devemos entender que o Recovery é caracterizado por uma relação de via dupla, que se articulam e se complementam. A primeira está relacionada ao entendimento de que o Recovery caracteriza-se como uma experiência subjetiva, que pode favorecer a ruptura de uma condição de vulnerabilidade social e de incapacidade para vida, que está atrelada à pessoa com sofrimento psicossocial, oportunizando aos indivíduos a possibilidade de se (re)colocarem na cena da vida pessoal e coletiva. É relevante ressaltar que apesar das experiências serem únicas, pois são subjetivas e pessoais, elas podem facilmente apresentar

dimensões comuns, haja vista as influências das relações e interações entre os indivíduos e o seu contexto histórico e social.

O recovery envolve uma dimensão social e ocorre através da participação social e das relações com os outros [...]. Também o acesso aos recursos sociais como a habitação, o rendimento, o emprego, a educação são fundamental nos processos de recovery” (ONKEN et al., 2002 apud DUARTE, 2007, p. 128).

A segunda via está no campo dos fatores externos que influenciam diretamente o sucesso da primeira via. Dentre esses fatores, tem-se a forma como são conduzidas as decisões e ações da atenção psicossocial direcionada para as pessoas com sofrimentos psicossociais, haja vista a necessidade de um cuidado pautado em práticas efetivas de emancipação, de desinstitucionalização e de efetivação dos direitos humanos. A defesa dos direitos humanos está na base do processo das reformas psiquiátricas, que são apoiadas pela ONU²⁸ e pela OMS, que promoveram intensos debates e produziram documentos e acordos entre os países membros para a mudança do modelo tradicional para o psicossocial.

Portanto, não há dúvidas que, ao considerar a subjetividade do indivíduo, a sua experiência, narrativa, ter acesso a um cuidado integral, ter convívio comunitário e familiar e livre de qualquer tipo de violência e discriminação, o processo de Recovery está alinhado com os direitos humanos, conforme orienta a ONU e a OMS.

Com relação ao Recovery na saúde mental, vejamos o que defende a OMS.

Para a OMS, em seu plano de ação 2013 – 2020, recovery, na perspectiva da pessoa com um transtorno mental, significa: “ganhar e reter esperança, compreender suas habilidades e desabilidades, engajar em uma vida ativa, autonomia pessoal, identidade social, significado e propósito na vida e um senso positivo de self. Recovery não é sinônimo de cura. Recovery refere a condições internas experimentadas pela pessoa que se descreve como estando em recovery – esperança, reestabelecimento, empoderamento e conexão – e condições externas que facilitam recovery – implementação de direitos humanos, uma cultura positiva de reestabelecimento e serviços orientados em recovery (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013 apud COSTA, 2017, p. 3).

Portanto, para que o Recovery se desenvolva, tem-se que recorrer a mudanças tanto de ordem subjetiva (internas), quanto objetiva (externas), isto é, deve existir um interesse contínuo e efetivo de todos os atores sociais envolvidos.

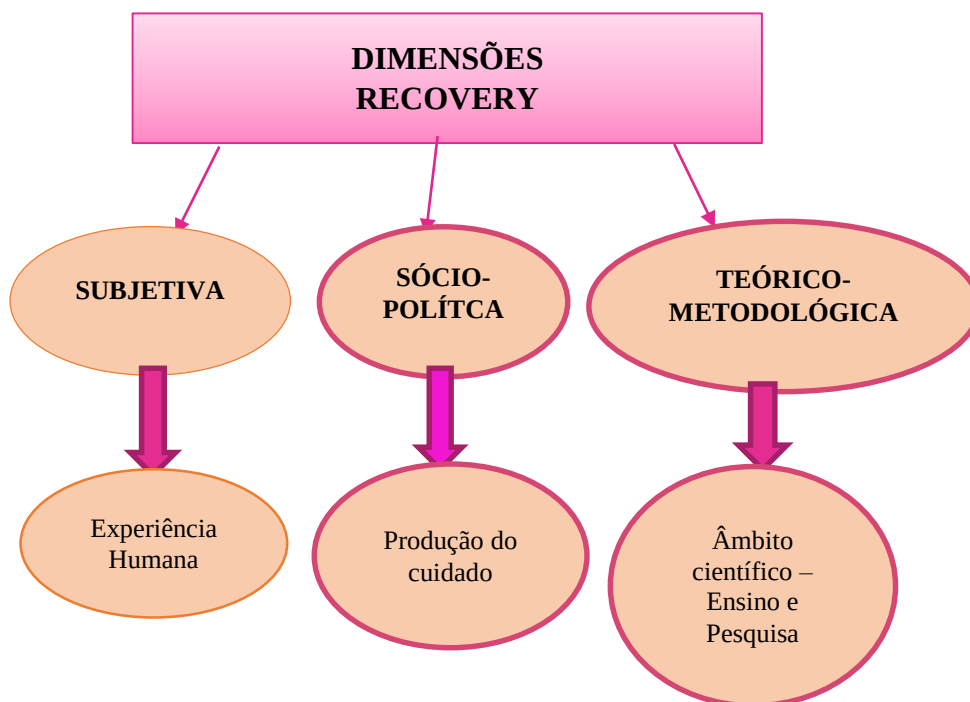
²⁸ “Em um novo informe publicado em 2019, o Alto Comissariado para os Direitos Humanos da ONU, reforça a necessidade de adotar um modelo de saúde mental baseado nos direitos humanos. Sustenta ainda que a saúde mental não está definida como uma ausência de problemas mentais, mas sim por todo um entorno social, político, econômico, cultural e físico que permita as pessoas se desenvolverem plenamente” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019 apud CARVALHO; PICORNELL-LUCAS, 2020, p. 32).

De acordo com Duarte (2007), foi considerando a funcionalidade do Recovery que, na década de 1990, Anthony (1993) o propôs como uma nova estratégia para atender à necessidade de mudança de ordem objetiva, envolvendo os sistemas e serviços de saúde mental.

[...] Esta nova visão convoca os serviços para uma mudança em termos dos seus valores, objectivos e práticas no sentido de maximizarem as oportunidades de recovery, de participação e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental. O recovery tem vindo também a alcançar um lugar central nas políticas de saúde mental (DUARTE, 2007, p. 127).

Nesse contexto, tem-se a dimensão da produção do cuidado da abordagem Recovery, que envolve o apoio da família, da comunidade, das práticas profissionais, bem como orienta as políticas públicas de saúde mental. Para Dahl (2012, p. 70), “[...] a noção de recovery se tornou uma categoria organizadora de um campo de práticas e saberes e experiências, sejam elas leigas ou medicocientíficas”. Ainda para essa autora, a noção de Recovery também compreende o âmbito científico, uma vez que o Recovery se converte em uma abordagem teórico-metodológica ou modelo de conhecimento que pode apontar para uma intervenção condizente com as reais necessidades identificadas a partir da experiência de quem vive o sofrimento psicossocial. Portanto, conforme vimos, o Recovery engloba três dimensões, as quais estão resumidas na Figura 8, a seguir.

Figura 8 – Especificação das três dimensões da abordagem Recovery



Fonte: Elaboração Própria.

Desta feita, observa-se que, nos últimos anos, essa abordagem vem sendo adotada da seguinte forma: como um **processo individual**, quando o próprio indivíduo decide ressignificar sua vivência e jornada com o Recovery; como **modelo e guia para os serviços e profissionais de saúde mental**, que devem estabelecer uma construção dialética entre profissionais e usuários; e como **orientação para as políticas de saúde mental**, que devem atender aos pressupostos dos direitos humanos.

Diante disso, surge o seguinte questionamento: como implementar o Recovery no âmbito pessoal e como construir políticas e gerir sistemas e serviços tendo como paradigma essa abordagem?

Certamente, não se tem uma receita pronta, nem um passo a passo de como trabalhar o Recovery, até porque este se constitui como um processo dinâmico e não linear. No entanto, iremos apresentar alguns pontos (que estão classificados como: ponto de vista pessoal; ponto de vista institucional; e ponto de vista da política de saúde mental), que podem contribuir para a reflexão e construção de caminhos.

Começaremos indicando os 10 componentes fundamentais do Recovery, que foram estabelecidos pelos EUA durante a conferência nacional em saúde mental e Recovery, que ocorreu no ano de 2004. Tais componentes podem subsidiar a implementação de estratégias de trabalhar Recovery. Apesar de apresentarem características para o âmbito pessoal, também compreendem o âmbito institucional e da política de saúde mental. Vejamos a seguir no quadro:

Quadro 12 – Componentes fundamentais do Recovery

Nº	COMPONENTES	DESCRIÇÃO
01	Auto direção – autodeterminada;	O usuário exerce, controla e lidera a escolha sobre e determina seu próprio caminho de Recovery ao otimizar autonomia, independência e controle sobre os recursos para atingir uma vida autodeterminada;
02	Individualizado e centrado na pessoa – contexto cultural;	Existem múltiplos caminhos para o Recovery baseado na força única e resiliência do indivíduo assim como nas suas necessidades, preferências, experiências (inclusive trauma passado) e na plenitude de todas as representações do contexto cultural;
03	Empoderamento	Os usuários têm a autoridade de escolha dentro de uma gama de opções e de participar de todas as decisões – incluindo a alocação de recursos – que vão afetar as suas vidas, (e são capacitados e recebem suporte para fazer estas escolhas);
04	Holístico	Recovery engloba a vida toda do indivíduo, incluindo mente, corpo, espírito e comunidade, e todos os aspectos da vida, incluindo moradia, emprego, educação, serviços de saúde mental e de cuidado de saúde, serviços complementares e naturalísticos, tratamento para dependência,

Nº	COMPONENTES	DESCRIÇÃO
		espiritualidade, criatividade, redes sociais, participação comunitária e suportes familiares determinados pela pessoa;
05	Não-linear	Recovery não é um processo passo a passo, mas baseado em crescimento contínuo, contratempos ocasionais, e aprendizado por experiência;
06	Baseado em empoderamento	Recovery focaliza em valorizar e construir em cima das múltiplas capacidades, resiliências, talentos, habilidades de enfrentamento e valor inerente ao indivíduo;
07	Suporte de pares	Suporte mútuo, incluindo o compartilhamento de conhecimento baseado em experiência e habilidades e aprendizado social, que exerce um papel inestimável no Recovery;
08	Respeito	Comunidade, sistemas, aceitação social e apreciação dos usuários, incluindo proteção aos seus direitos e eliminando estigma e discriminação, são cruciais para alcançar Recovery;
09	Responsabilidade	Usuários têm a responsabilidade pelo seu próprio autocuidado e pela jornada do Recovery;
10	Esperança	Recovery provê uma mensagem essencial que motiva para um futuro melhor, onde pessoas podem e conseguem superar as barreiras e obstáculos que lhes confrontam.

Fonte: Elaborado e adaptado pela autora a partir de Costa (2017, p. 04-05).

Do **ponto de vista pessoal**, o Recovery implica uma mudança de perspectiva sobre a doença mental. Geralmente, os problemas de saúde mental são entendidos como altamente incapacitantes e que provocam um intenso sofrimento. Esse sofrimento é considerado algo terrível e difícil de ser superado. Apesar dos contornos dramáticos que os problemas de saúde mental podem provocar na vida das pessoas, esse sofrimento deve ser encarado como inerente à experiência humana, que é mediada pela sociedade, estando todos nós suscetíveis a ele. Contudo, quando encarado como uma dimensão de nossa existência, cessam os desejos de combatê-los e os esforços passam para a construção de alternativas de vida, apesar das dificuldades advindas da experiência do adoecimento. Essa concepção, promovida pelo Recovery, tira o foco da “doença” e dos sintomas para a construção de projetos, de sonhos e do que se pode realizar. Na particularidade dos usuários dos serviços de saúde mental, constatam-se muitas outras demandas e necessidades que extrapolam os seus problemas de saúde mental, pois muitas vezes eles têm demandas de alimentação, moradia, trabalho, renda, lazer, de serem acolhidos, de se relacionarem, de participarem de eventos culturais e religiosos e de serem tratados com respeito e com dignidade e, principalmente, de serem amados. Estas demandas

são as mesmas para qualquer pessoa. O Recovery propõe abordar esses aspectos e criar possibilidades de satisfazer essas demandas.

Pesquisas adicionais nos últimos 30 anos apontaram que fatores sociais, culturais e econômicos desempenham um grande papel na incidência e recovery de transtornos mentais. Quando o sistema de saúde mental e a sociedade acreditam que as pessoas podem recover até das formas mais graves de transtorno mental, os resultados são mais positivos (AHERN; FISHER, 1999, p. 10).

Para tanto, tem-se que estar atento às necessidades de cada sujeito e valorizar as suas experiências, pois o entendimento, o compartilhamento, o envolvimento e as trocas das vivências entre todos os atores sociais da saúde mental irão influenciar favoravelmente para a superação dos desafios e dificuldades que são individuais ao tempo que são coletivas.

Do **ponto de vista institucional**, tem-se o documento do Ministério da Saúde (2015)²⁹, que traz em seus anexos um guia sobre os Princípios da prática da saúde mental orientada para Recovery³⁰. Esses princípios visam: “[...] garantir que os serviços de saúde mental estão sendo prestados de uma maneira que apoie a *recovery* de usuários da saúde mental” (BRASIL, 2015, p. 41).

Quadro 13 – Princípios da prática da saúde mental orientada para Recovery

PRINCÍPIOS	DESCRIÇÃO
1- Singularidade do indivíduo	>> Reconhece que Recovery não diz respeito necessariamente à cura, mas a ter oportunidades para escolhas e para levar uma vida significativa, satisfatória, com objetivos, e ser um membro valorizado da comunidade; >> Aceita que os resultados de Recovery são pessoais e únicos para cada indivíduo e que vão além de um enfoque exclusivo sobre a saúde, dando ênfase na inclusão social e qualidade de vida; >> Confere poder aos indivíduos para que reconheçam que estão no centro do cuidado que recebem.
	>> Apoia e confere poder aos indivíduos para que façam suas próprias escolhas sobre como desejam levar suas vidas e reconhece que as escolhas precisam ser significativas e exploradas com criatividade;

²⁹ “O kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS fornece aos países informações e ferramentas práticas para avaliar e melhorar os padrões de qualidade e os direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. O kit de ferramentas tem como base a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência. São fornecidas orientações práticas sobre: • direitos humanos e padrões de qualidade que devem ser respeitados, protegidos e cumpridos em serviços ambulatoriais e de internação de saúde mental e de assistência social; • preparação e condução de uma avaliação abrangente de serviços; • elaboração de relatórios sobre os resultados e recomendações apropriadas com base na avaliação. [...] O kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS é um recurso essencial, não só para pôr um fim à negligência e abusos passados, mas também para assegurar serviços de alta qualidade no futuro” (BRASIL, 2015, p. 01).

³⁰ “Estes Princípios de Recovery foram adaptados a partir dos Princípios de Recovery da Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust no Reino Unido” (BRASIL, 2015, p. 01).

PRINCÍPIOS	DESCRIÇÃO
2- Escolhas reais	>> Apoia os indivíduos para que construam suas próprias forças e que assumam tanta responsabilidade por suas vidas quanto possam em qualquer momento; >> Assegura a existência de um equilíbrio entre dever de cuidados e apoio para que os indivíduos assumam riscos positivos e aproveitem ao máximo as novas oportunidades.
3- Atitudes e direitos	>> Envolve ouvir, aprender e atuar mediante comunicações vindas do indivíduo e de seus cuidadores sobre o que é importante para cada indivíduo; >> Promove e protege os direitos legais, de cidadania e humanos do indivíduo; >> Apoia os indivíduos para que mantenham e desenvolvam atividades sociais, recreativas, ocupacionais e vocacionais que sejam significativas para o indivíduo; >> Incute esperança no futuro e na capacidade do indivíduo para levar uma vida significativa.
4- Dignidade e respeito	>> Consiste em ser cortês, ser respeitoso e honesto em todas as interações; >> Envolve sensibilidade e respeito por cada indivíduo, especialmente por seus valores, crenças e cultura; >> Enfrenta a discriminação e o estigma sempre que estes existirem dentro de nossos próprios serviços ou na comunidade em geral.
5- Parceria e comunicação	>> Reconhece que cada indivíduo é um especialista em sua própria vida e que Recovery envolve trabalhar em parceria com indivíduos e seus cuidadores para fornecer apoio de uma maneira que lhes faça sentido; >> Valoriza a importância de compartilhar informações importantes e a necessidade de comunicar claramente para possibilitar envolvimento eficaz; >> Envolve trabalhar de maneira positiva e realista com indivíduos e seus cuidadores para ajudá-los a concretizar suas esperanças, metas e aspirações.
6- Avaliação do processo de Recovery	>> Assegura e possibilita a avaliação contínua das práticas baseadas em Recovery em diversos níveis; >> Indivíduos e seus cuidadores podem acompanhar seu próprio progresso; >> Os serviços demonstram que fazem uso das experiências individuais de cuidado para orientar atividades de melhoria da qualidade; >> O sistema de saúde mental relata resultados importantes que indicam Recovery, incluindo (entre outros) moradia, emprego, educação, relações sociais e familiares, bem como medidas de saúde e de bem-estar.

Fonte: Elaborado e adaptado pela autora a partir de Brasil (2015, p. 41 – 43).

A busca por implementar esses princípios ajuda a trabalhar em uma lógica de compreensão do todo e não somente do que está sendo apresentado em um momento específico.

Um instrumento já utilizado no âmbito da RAPS e que pode ser aprimorado, considerando o Recovery é a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este instrumento consiste em um plano elaborado a partir das demandas dos usuários, a partir de compartilhamentos e trocas entre todos os atores sociais envolvidos; contudo, observa-se, na

realidade dos serviços, que este geralmente fica restrito às atividades do próprio serviço ou centrado na remissão dos sintomas e, muitas vezes, os usuários não são ouvidos na hora de sua elaboração. Diante esse quadro, o PTS acaba se tornando um plano de atividades dos profissionais (HORI; NASCIMENTO, 2014). Desta feita, devemos ressaltar que o PTS pode e deve ser utilizado como ferramenta para a construção do processo de Recovery dos usuários, desde que seja operacionalizado adequadamente. Como bem mencionou Paul Baker durante o curso Whole life (2020): “*nada sobre as pessoas, sem envolver as pessoas*”.

Sabemos que a elaboração de instrumentos e de ferramentas deve ser compatível com a realidade e com os objetivos de cada serviço e de cada indivíduo, no sentido de acompanhar, monitorar, avaliar e planejar o andamento e o desempenho dos indivíduos durante o processo Recovery.

Assim, acreditamos que a abordagem Recovery contribui para avançar na construção de uma nova perspectiva que possa, mesmo que minimamente, reduzir o estigma associado aos problemas de saúde mental, promovendo a inclusão social e a construção de uma vida digna.

Do ponto de vista da política de saúde mental, tem-se um aparato legal e documentos que defendem o Recovery. Os documentos gerais, particularmente instrumentos internacionais, são as convenções produzidas pela ONU e pela OMS. No âmbito do contexto nacional, têm-se aqueles que elencam mudanças significativas para os direitos das pessoas com problemas de saúde mental. Além de outros documentos que subsidiam o processo de Recovery, conforme Quadro 14.

Quadro 14 – Documentos importantes para Recovery

Documentos Gerais
Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948)
Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966)
Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966)
Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1984)
Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990)
Convenção sobre a Proteção de Pessoas com transtornos mentais e melhoria da Assistência à saúde mental (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1991)
Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).
Plano de Ação sobre Saúde Mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013 – 2020 – Prorrogado para 2030)
Informe para os Direitos Humanos, sobre a relação entre Saúde Mental e Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017)

Informe Direitos Humanos sobre a Direitos de toda pessoa disfrute do mais alto nível de saúde física e mental (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019)
Documentos Nacionais
Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988)
Lei. 8.080/90. Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990)
Lei 8.742/93. Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993)
Lei nº 10.216/01. Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001)
Decreto nº 6.949/09. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. (BRASIL, 2009)
Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011)
Documentos Recovery
Manual “Personal Assistance in Community Existence” (PACE) - Uma guia para Recovery (1999)
Kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS (WHO QualityRights) - kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Fonte: Elaboração própria.

Diante desse aparato de avanços legais, constata-se que a perspectiva dos direitos humanos em interface com a saúde mental tem colocado as pessoas com problemas de saúde mental na condição de seres humanos e cidadãos. Ademais, não há dúvidas que as convenções internacionais e o movimento pela reforma psiquiátrica introduzem uma luta e a defesa por direitos, pela ampliação e consolidação das políticas e estratégias em saúde mental que, além de reconhecer esses direitos, também visam um tratamento digno com a finalidade de promover o desenvolvimento desse coletivo. E o processo de Recovery, como vimos, participa enquanto uma abordagem prática das estratégias da política de saúde mental reformista que, em muitos países, tem se destacado, não correspondendo ao caso brasileiro.

No que se refere aos documentos Recovery, o Manual “Personal Assistance in Community Existence” ou PACE (1999), cuja tradução é: “Assistência Pessoal para Existência Comunitária”, foi elaborado por Laurie Ahern e Daniel Fisher (1999) para contribuir com todos aqueles afetados e/ou envolvidos por problemas de saúde mental e que buscam o processo Recovery, ou seja, estes autores desenvolveram uma nova forma de auxiliar as pessoas em seus processos de Recovery. De acordo com eles:

O PACE é baseado no princípio subjacente de que as pessoas se recuperam do que é conhecido como doença mental por meio de formas voluntárias de assistência determinadas pelos próprios indivíduos. A pedra angular dessa assistência é o desenvolvimento de relações de confiança, que por sua vez permitem que as pessoas resgatem seus sonhos e que (re)conquistem um papel social valorizado. A conscientização é fundamental na implementação do programa PACE. Não se pode sobrepor novos serviços a uma velha filosofia/sistema de crenças e esperar resultados diferentes. O modelo PACE incorpora os valores/attitudes de autodeterminação, ausência de coerção e a crença abrangente de que o sofrimento emocional grave é uma perturbação temporária na vida de uma pessoa da qual ela pode recover (AHERN; FISHER, 1999, p. 04).

O PACE apresenta os princípios do Recovery e fornece um modelo de Capacitação de Recovery que pode ser efetivado em todos os ambientes. Segundo Ahern e Fisher (1999), esse manual é baseado no Modelo Recovery de Empoderamento, que é caracterizado por um ciclo de autoconstrução, em que a vida tem significado e “Sua identidade muda de ‘paciente com transtorno mental’ para ‘pessoa inteira’” (AHERN; FISHER, 1999, p. 13), contrapondo-se profundamente ao sistema de saúde mental tradicional.

Já o Kit de ferramentas “Direito é Qualidade”, embora seja um documento da OMS, o Ministério da Saúde (2015) o indica como um conjunto de ferramentas para avaliar e melhorar a assistência nos serviços de saúde mental, sabemos que ele subsidia o processo de Recovery.

Os documentos do referido Kit de ferramentas destaca cinco temas que estão pautados nos direitos expressos pela Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (CDPD), quais sejam: tema 1: O direito a um padrão de vida adequado (Artigo 28); tema 2: O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25); tema 3: O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14); tema 4: Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigos 15 e 16; e tema 5: O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade - Artigo 19). (BRASIL, 2015).

Por todas essas questões colocadas, não há dúvidas de que o Recovery reafirma o sofrimento psicossocial e se constitui como uma abordagem alternativa ao modelo biomédico. Ele atende aos preceitos da reforma psiquiátrica, principalmente por colocar no centro das discussões a perspectiva do indivíduo em sua integralidade e complexidade, de sua relação com o mundo, reconhecendo suas histórias de vida e suas experiências, pois tem como finalidade um cuidado cujo fundamento se assenta nos anseios da própria pessoa que vivencia o sofrimento e, assim, oferece a oportunidade de somar forças no processo do Recovery para uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, entendemos que o Recovery potencializa os processos formativos de cuidados a partir do que foi produzido por aqueles que experienciam o sofrimento, isto é, a produção advinda da experiência do ator-sofredor. Isso porque consideramos ser esta a forma mais fidedigna, indicada e reveladora do processo de ressignificação dos modos de (vi) ver o sofrimento psicossocial que, muitas vezes, são erroneamente compreendidos e cuidados.

No entanto, apesar do Recovery estar presente no cuidado em saúde mental de vários países³¹ e estar na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS, no Brasil, apesar de constar nos documentos do MS desde 2015, o Recovery ainda é uma abordagem pouco explorada, tanto em termos de estudos, quanto em questões práticas. Na verdade, podemos afirmar que é uma abordagem minimamente reconhecida e menos ainda efetivada, dado o contexto de intensificação dos retrocessos estrategicamente desenvolvidos nos últimos anos no campo da saúde, de forma geral, e da saúde mental especificamente.

É fato que se todos esses pontos até aqui destacados, relacionados ao Recovery, constituíssem a efetividade da política de saúde mental brasileira, estaríamos diante de um processo real de ruptura com o modelo classificatório da psiquiatria, uma vez que a referida abordagem aponta para a desconstrução das narrativas e posturas patologizantes, psicologizantes, cronificantes, incapacitantes, entre outras, que tipicamente fazem parte do sistema de saúde mental tradicional. Com efeito, a engrenagem atual da contrarreforma do Estado brasileiro, molda destrutivamente a política de saúde mental pautada na reforma psiquiátrica, haja vista o alinhamento e fortalecimento ao modelo manicomial e isso impede o desenvolvimento de novas formas de cuidado, a exemplo do Recovery.

Portanto, estamos diante de um conjunto de retrocessos e ataques aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, que afeta diretamente a experiência do sofrimento humano. Isso nos permite reafirmar a urgência de insistir nas lutas que promovam e ampliem o processo de multiplicação e efetivação dos Direitos Humanos no campo da saúde mental, em especial pelo fato de estarmos diante de um contexto conjuntural completamente adverso no Brasil, com características reais e marcantes de desmontes e retrocessos.

³¹ “Vários outros países como Inglaterra, Escócia, Suécia, Dinamarca, Noruega, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Itália, entre outros, têm adotado políticas e estratégias orientadas pelo *recovery*” (COSTA, 2017, p. 03). É sabido que “No final da década de 90, vários estados americanos introduziram o *recovery* no léxico das políticas públicas e nas práticas dos sistemas de saúde mental” (BEALE; LAMBRIC, 1995; JACOBSON; CURTIS, 2000 apud DUARTE, 2007, p. 127).

3 NAS TRAMAS DO PERCURSO METODOLÓGICO: PESQUISA DOCUMENTAL E DE CAMPO

Neste capítulo, apresentamos o percurso metodológico da pesquisa documental e de campo, bem como contextualizamos os campos de pesquisa (CAPS III Caminhar e Gutemberg Botelho). Além disso, apresentamos os resultados da pesquisa documental, realizada nos prontuários dos usuários que frequentam os referidos serviços.

3.1 ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Na construção histórica da política de saúde mental brasileira, temos observado a incorporação de diferentes elementos na construção de ações e dos sentidos atribuídos ao cuidado em saúde, ao sofrimento, aos serviços e à própria forma como a sociedade tem lidado com essas questões. Esses elementos são ingredientes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) em curso na qual, mesmo diante do processo de contrarreforma, têm-se constatado mudanças, bem como verifica-se que ela tem alterado a própria significação das pessoas com problemas de saúde mental que buscam o cuidado na rede de saúde mental, repercutindo na construção de novas identidades, subjetividades e na alteração do seu itinerário terapêutico (LIMA, 2019; CARVALHO, 2015; PITTA, 2011).

Nesse sentido, nossa proposta investigativa teve como objetivo geral compreender a experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental que utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III em João Pessoa/PB, verificando em que medida as mudanças socioculturais sobre as formas de entender a loucura modificam a experiência do sofrimento humano e as formas de assistência na saúde mental. Como objetivos específicos, destacamos: traçar o perfil dos usuários dos CAPS; conhecer a partir dos itinerários terapêuticos as estratégias utilizadas e os dispositivos de cuidado acionados pelos usuários da saúde mental na busca pela atenção à saúde; compreender a experiência do sofrimento a partir dos acontecimentos da história de vida dos participantes, enquanto marco desencadeador da primeira crise; analisar como a narrativa da saúde mental interfere na experiência do sofrimento e nas compreensões dos significados da loucura; compreender como o problema de saúde mental se incorpora no cotidiano da vida dos usuários e os impactos sobre a pessoa e a imagem de si; compreender como a família vivencia e participa da produção do cuidado em saúde mental.

Na perspectiva de atender aos objetivos, utilizamos diferentes metodologias de pesquisa, que consideramos como complementares por favorecer uma maior compreensão do objeto de estudo, quais sejam: **Pesquisa de campo** com abordagem qualitativa, utilizando a metodologia de pesquisa da história oral³² a partir da entrevista temática e da entrevista semiestruturada, que foi realizada com 22 usuários e 12 familiares; e a **Pesquisa documental** para subsidiar a contextualização dos cenários, permitindo apresentar um panorama geral dos usuários, bem como a aproximação mais segura dos usuários e familiares que foram entrevistados, haja vista nossa presença assídua nos serviços. Sendo assim, foi realizada pesquisa em 571 prontuários dos usuários dos CAPS Gutemberg Botelho e CAPS Caminhar. Realizou-se também a **observação sistemática**, que ocorreu durante todo tempo da nossa presença nos serviços, algumas vezes na participação das atividades, na hora das consultas, dos atendimentos profissionais, das refeições, na sala consultando os prontuários ou até mesmo nos corredores, momentos importantes da observação atenta e mais ampla dos processos que ocorrem no campo pesquisado, buscando registrar detalhadamente, de modo organizado e sistemático, o que foi observado. O **diário de campo** foi um instrumento bastante utilizado, que permitiu registrar impressões, reações dos entrevistados, perceber ângulos e dimensões que consideramos importantes e que reforçaram as análises dos resultados da pesquisa.

O quadro a seguir apresenta um panorama geral dos aspectos da pesquisa.

³² “Já houve muitas classificações para a expressão *história oral*. Alguns já a classificaram como método, técnica e teoria. No entanto, há um consenso no meio acadêmico em classificar a mesma como uma metodologia de pesquisa” (SILVEIRA, 2007, p. 38). Este autor ainda acrescenta o pensamento de Alberti (2005), revelando que, “a História Oral é uma metodologia de pesquisa e de constituição de fontes para o estudo da história contemporânea surgida em meados do século XX, após a invenção do gravador à fita. Ela consiste na realização de entrevistas gravadas com indivíduos que participaram de, ou testemunharam acontecimentos e conjunturas do passado e do presente” (ALBERTI, 2005 apud SILVEIRA, 2007, p. 38).

Quadro 15 – Informações gerais da pesquisa nos CAPS III, no município de João Pessoa /PB

SERVIÇOS	PERÍODO DA PESQUISA	Nº. DE USUÁRIOS ATIVOS	PESQUISA DOCUMENTAL 2018-2019	USUÁRIOS ENTREVISTADOS	FAMILIARES ENTREVISTADOS
CAPS CAMINHAR	08/07/2019 à 31/10/2019	625	270	13	09
CAPS GUTENBERG BOTELHO	04/11/2019 à 19/03/2020	774	301	09	03
TOTAL		1.399	571	22	12

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.

A pesquisa atendeu aos pressupostos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº. 510 de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Nesse sentido, o projeto de pesquisa foi cadastrado na plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética do CCM da UFPB, sendo aprovado no dia 26 de junho de 2019, sob o CAAE nº 14166719.6.0000.8069, cujo encaminhamento da GES da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/Pb foi emitido no dia 05 de julho de 2019, sob processo nº 07.323/2019, o que nos permitiu iniciar a pesquisa dia 08 de junho de 2019.

Atendendo aos termos legais e éticos, utilizamos o TCLE para os participantes da pesquisa de campo, contendo a natureza da pesquisa, os objetivos, a justificativa, a metodologia, os direitos, os possíveis riscos e benefícios, em duas vias que, após lidas e explicadas, foram assinadas pelos participantes que, ao atenderem aos critérios da pesquisa, foram convidados e aceitaram participar. É importante ressaltar que os participantes demonstraram grande interesse em contribuir e ter suas histórias registradas. Isso facilitou o desenvolvimento da pesquisa, em especial por se tratar da metodologia da história oral que requer, geralmente, um tempo relativamente longo para a realização de cada entrevista. É relevante lembrar que está assegurada a confidencialidade dos participantes nas declarações emitidas, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização nos termos da Resolução 510 de 2016 do CNS.

Iniciamos a pesquisa pelo CAPS Caminhar e estrategicamente pela **pesquisa documental**, que nos permitia uma maior presença no cotidiano do serviço. Ao longo do tempo, foi possível compreender a dinâmica de trabalho da equipe do CAPS, a participação nas atividades desenvolvidas e, o mais importante, conhecer e criar vínculo com os usuários e os familiares que pudessem participar da pesquisa de campo, tendo em vista que a relação de confiança é um bom termômetro para gerar um rico material para ser interpretado e analisado (SILVEIRA, 2007).

Nos dois serviços, a pesquisa documental foi realizada na sala da equipe multiprofissional, local em que os prontuários são armazenados, nos quais diariamente a equipe realiza seus registros (também denominado de evolução multiprofissional), atualizando, assim, as informações de cada usuário.

A pesquisa documental se deu a partir das informações registradas nos prontuários. E na impossibilidade, naquele momento, em abarcar toda a totalidade dos usuários ativos nos serviços, elegemos aqueles prontuários de usuários que foram admitidos em cada serviço durante os anos de 2018 e 2019, tendo como critério a proximidade com o acompanhamento no serviço.

Nesse sentido, a referida pesquisa caracterizou-se como uma proposta metodológica de abordagem quantiquantitativa, com o objetivo de apresentar um panorama geral e ampliado do perfil e, de modo resumido, resgatar parte das trajetórias formais prevaletentes dos usuários dos CAPS III (Caminhar e Gutemberg Botelho); buscou-se identificar a experiência do sofrimento e a busca pelo cuidado em saúde, tendo em vista que os prontuários dispõem de um espaço para relato da história de vida e dos motivos que os levaram à busca pelo serviço.

Segundo Selz (2015, p. 203), “Ao longo de uma mesma pesquisa, a análise quantitativa preenche corretamente várias funções: ela permite confirmar ou informar determinadas hipóteses, apurar outras, definir os contornos do objeto de estudo, abordar novas perspectivas [...]”. Além disso, podemos dizer que as pesquisas documentais “[...] se definem em função das informações, indicações, esclarecimentos, escritos ou registrado, que levam a elucidações de determinadas questões e funcionam também como provas” (MELLO; SOUZA, 1980 apud QUEIROZ, 2008, p. 125).

Assim, o delineamento deste estudo com a abordagem quantiquantitativa, revelada pela pesquisa documental, permitiu o aprofundamento de aspectos relevantes à contextualização dos serviços pesquisados, apresentando um panorama do perfil de seus usuários, bem como favoreceu, sobremaneira, refletir sobre aspectos importantes da experiência de vida dos

usuários em busca de cuidado em saúde mental no município de João Pessoa/Pb, cujos resultados estão expressos no item 3.3 deste capítulo.

Por outro lado, o **estudo de campo** assumiu um viés bastante particular ao analisar as interpretações e entendimentos dos usuários e familiares sobre suas trajetórias, vivências e experiências no âmbito da sua vida privada e da busca por cuidados no campo da saúde mental. Dessa forma, a pesquisa de campo caracteriza-se pela natureza qualitativa, pois concordamos com Minayo (2005 apud CARVALHO, 2015, p. 226) quando pontua “[...] que a pesquisa qualitativa na Sociologia trabalha com os significados, motivações, valores e crenças dos atores sociais e que não podem ser reduzidas às questões meramente quantitativas”. Além disso, compreendemos que a pesquisa **qualitativa** é “[...] composta pelos aspectos sensíveis de uma coisa ou de um fenômeno naquilo que a percepção pode captar, constitui assim o que é fundamental em qualquer estudo ou pesquisa, pois é o ponto de partida para qualquer um deles” (QUEIROZ, 2008, p. 19). Ainda para Queiroz (2008), todo conhecimento está articulado ao fator qualidade, haja vista que esta abordagem faz uma coisa se distinguir de todas as demais, tendo características próprias.

Do ponto de vista qualitativo, consideramos que os sujeitos interpretam modelos e situações, concebem estratégias e mobilizam recursos frente as suas interpretações; portanto, devemos compreender as interpretações dos entrevistados como uma síntese da articulação de vários elementos: objetivos, subjetivos, culturais, simbólicos etc. Cada um desses elementos é importante na construção dos significados atribuídos a sua trajetória de vida, da experiência do sofrimento, da política, do serviço ou do programa.

Com base nesses pressupostos, utilizamos como metodologia a História Oral para a pesquisa de campo, uma vez que consideramos esta apropriada ao nosso objetivo geral de estudo que foi compreender a experiência do sofrimento dos usuários dos CAPS Caminhar e Gutemberg Botelho e, assim, obter, a partir de suas narrativas, uma dimensão mais ampla e aprofundada de suas trajetórias. De acordo com Alberti (2008, p. 170-171):

Um acontecimento vivido pelo entrevistado não pode ser transmitido a outrem sem que seja narrado. Isso significa que ele se constitui (no sentido de tornar-se algo) no momento mesmo da entrevista. Ao contar suas experiências, o entrevistado transforma o que foi vivenciado em linguagem, selecionando e organizando os acontecimentos de acordo com determinado sentido.

Para Queiroz (2008, p. 35), a história oral é uma metodologia usada com muito sucesso pelos cientistas sociais. Esta evidencia “[...] a vivacidade dos sons, a opulência dos detalhes, a quase totalidade dos ângulos que apresenta todo fato social”.

A história oral pode captar a experiência efetiva dos narradores, mas também recolhe destas tradições e mitos, narrativas de ficção, crenças existentes no grupo, assim como relatos que contadores de histórias, poetas, cantadores inventam num momento dado. Na verdade tudo quanto se narra oralmente é história, seja a história de alguém, seja a história de um grupo, seja história real, seja ela mítica (QUEIROZ, 2008, p. 42).

De acordo com Alberti (2008), a história oral também pressupõe uma relação intrínseca com a metodologia biográfica, pois a entrevista tem como eixo a biografia do entrevistado, uma vez que captura a sua vivência e a sua experiência. Nos termos da autora (2008, p. 169, grifos da autora), “A entrevista de História oral **deve ser compreendida também como documento de cunho biográfico**, do mesmo gênero de memórias, autobiografias, diários e outros documentos pessoais”. No entanto, essa autora ressalta que o pesquisador deve interpretar e analisar a fonte oral buscando elementos que atenderão a seu objeto de estudo.

Tal pressuposto foi levantado pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1986), que chamou atenção para a “ilusão biográfica”, em referência à tendência de construções lineares de nossas trajetórias. No entanto, concordamos com Queiroz (2008, p. 82) quando pontua que o uso da metodologia da história oral para estudos sociológicos “[...] tem o mesmo caráter do fato sociológico em relação ao indivíduo: é-lhe ao mesmo tempo exterior e interior, enquanto em relação ao fato psicológico é apenas interior”.

Segundo Alberti (2008, p. 165) “Uma das principais riquezas da História oral está em permitir o estudo das formas como pessoas ou grupos efetuaram e elaboraram experiências, incluindo situações de aprendizado e decisões estratégicas”.

Na metodologia da história oral, pode-se escolher entre dois tipos de entrevistas a serem realizados, quais sejam: as entrevistas temáticas ou depoimentos e a história de vida. Optamos em utilizar as **entrevistas temáticas** por versarem “[...] prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido” (ALBERTI, 2008, p. 175).

Em geral, a escolha de entrevistas temáticas é adequada para o caso de temas que têm estatuto relativamente definido na trajetória de vida dos depoentes, como um período determinado cronologicamente, uma função desempenhada ou o envolvimento e a experiência em acontecimentos ou conjunturas específicos (ALBERTI, 2008, p. 175).

Para Queiroz (2008, p. 45), “Ao colher um depoimento, o colóquio é dirigido diretamente pelo pesquisador [...]”, ou seja, o pesquisador é quem conduz todo o processo, no sentido de direcionar, quando o pesquisado se afasta do tema proposto ou mesmo de encerrar quando considerar satisfeito. “Da ‘vida’ de seu informante só lhe interessam os acontecimentos que venham se inserir diretamente no trabalho, e a escolha é unicamente efetuada com este critério” (QUEIROZ, 2008, p. 45).

Para conduzir as entrevistas temáticas, utilizamos a entrevista **do tipo semiestruturada** que oferece as condições propícias ao pesquisador para alcançar o resultado mais aproximado e seguro da realidade investigada, a partir das narrativas, permitindo que sejam feitas as conexões devidas para atingir o conhecimento da totalidade do fenômeno. Por sua vez, a entrevista nos põe em contato com a realidade mediatizada pela visão de mundo dos participantes, nos fornecendo suas observações, análises e interpretações sobre o fenômeno estudado (ALVES, 2008). Todas as entrevistas foram gravadas, tendo previamente sido autorizado pelo entrevistado e atendendo a todos os preceitos éticos.

Nas entrevistas dos usuários, **as temáticas** foram previamente definidas, buscando conhecer suas vivências de sofrimento que motivam a busca pelo cuidado e, posteriormente, recebe um diagnóstico e, assim, compreender os impactos e suas compreensões sobre: a experiência nos dispositivos de cuidados acessados; a experiência do sofrimento; as concepções de adoecimento e sofrimento; a experiência cotidiana envolvendo os indicadores das relações familiares e sociais, o preconceito e estigma (imagem social e imagem de si), as dificuldades e positivities. Para os familiares/cuidadores, as temáticas estão relacionadas à dinâmica familiar; a relação com usuário; e a relação com os serviços da saúde mental em busca do cuidado, ou seja, as temáticas priorizaram a relação da participação da família e a produção do cuidado em saúde mental.

No que se refere aos critérios para participar da pesquisa, elegemos aqueles que estivessem efetivamente sendo acompanhados pelo serviço há, no mínimo, um ano, período que consideramos importante para que o usuário se sinta acolhido no serviço, participando das atividades, tendo estabelecido uma relação mais estreita com a equipe interdisciplinar e também aqueles que não estivessem vivenciando um momento de crise (para isso, recorreremos à equipe). Crise aqui é entendida como “[...] um ato de suspensão da identidade, uma ruptura dos sentimentos de si, da continuidade e mesmidade que constituem a subjetividade” (BURIN; KAES, 1977 apud HITA, 1998, p.181). Nessa direção, acrescenta-se que a situação de crise é um momento que transborda sofrimentos e vulnerabilidades na constituição da subjetividade do indivíduo.

Com relação aos familiares, elencamos como critério de inclusão aqueles que, geralmente, são denominados de familiar/cuidador, e acompanham frequentemente o usuário no serviço na busca pelo cuidado em saúde mental e que já estão realizando este acompanhamento há, no mínimo, um ano, ou seja, aqueles que participavam de alguma atividade ofertada à família pelos CAPS Caminhar e Gutemberg Botelho (a exemplo do grupo de família). Assim, foram realizadas entrevistas com os familiares que realmente mantêm um

certo engajamento com o serviço e maior comprometimento com o seu familiar. O que, infelizmente, foi constatado tratar-se de uma minoria. Vale ressaltar que, no CAPS Gutemberg Botelho, iríamos ampliar o número de entrevistados dos familiares, contudo, fomos impedidos pelo contexto pandêmico da Covid-19 e pela crise sanitária iniciada no nosso país.

Posto isto, segue uma breve contextualização dos cenários da pesquisa, com a finalidade de perceber como vem sendo desenvolvida a relação entre produção do cuidado e o território no qual se inscrevem os serviços no município de João Pessoa/Pb. Em seguida, são apresentados os resultados da pesquisa documental realizada nos prontuários, permitindo apresentar um panorama geral do perfil dos usuários que frequentam os CAPS III do município de João Pessoa/PB, bem como aspectos relacionados às suas experiências de vida e seus itinerários terapêuticos.

3.2 LÓCUS DA PESQUISA DE CAMPO: CAPS CAMINHAR E CAPS GUTEMBERG BOTELHO

Como já mencionado, a RAPS integra sete componentes da atenção em saúde e estabelece diretrizes de atendimento em saúde mental para cada um deles, quais sejam: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Dentre os componentes que compõem a RAPS, nos dedicamos ao nível de Atenção Psicossocial Estratégica, do qual elegemos a totalidade dos CAPS do tipo III³³, denominados CAPS Caminhar e CAPS Gutemberg Botelho do município de João Pessoa/Pb, que oferecem atendimento aos adultos com problemas de saúde mental graves, severos e persistentes, durante 24 horas por dia, todos os dias da semana.

3.2.1 Contextualizando o CAPS Caminhar

O CAPS denominado Caminhar foi implementado no ano de 2005, era localizado no bairro do Valentina de Figueiredo. Atualmente, ele tem sede própria na Rua Paulino Santos

³³ “De acordo com a Prefeitura Municipal de João Pessoa, atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial é composta pelo CAPS I – Cirandar; CAPS AD – David Capistrano; CAPS III Caminhar; CAPS III Gutemberg Botelho, além de uma Unidade de Acolhimento Infantil, um Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), duas Residências Terapêuticas e leitos em hospitais gerais que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e funcionam de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental” (SOUZA, 2019, p. 20).

Coelho S/N, no bairro Jardim Cidade Universitária, telefone (83) 3218-7008. Pode-se dizer que o CAPS Caminhar tem uma boa localização, estando em uma rua principal, com residências e acesso a transporte público. Em seu entorno, encontra-se uma variedade de equipamentos sociais, como o Shopping Mangabeira, a Aldeia SOS, o Centro Educacional do Adolescente (CEA), o Centro de Zoonoses, o Instituto Nacional de Serviço Social (INSS), várias escolas, a Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP), etc.

O CAPS Caminhar tem como área de abrangência territorial os bairros Valentina, Mangabeira, Geisel, Funcionários, João Paulo II, José Américo, Grotão, Cristo, Rangel, Água Fria e Bancários. Sendo assim, o serviço é referência para os distritos sanitários II e III, distribuição de como se organiza a saúde, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB.

De acordo com a amostra da nossa pesquisa em 270 prontuários, os três bairros com maior número de usuários acompanhados pelo CAPS Caminhar são: Todo o conjunto de mangabeira com 91 (34%) dos usuários; seguido por Valentina de Figueiredo com 45 (17%); depois Ernesto Geisel com um total de 42 (16%) dos usuários.

A dinâmica do trabalho interno obedece também a uma divisão por bairros e também por Unidade Saúde da Família (USF). Os usuários são divididos entre três miniequipes de trabalho que são compostas por um grupo de profissionais que assumem a responsabilidade direta por um grupo de usuários que são distribuídos de acordo com seu bairro de residência, conforme Quadro 16, a seguir:

Quadro 16 – Distribuição das miniequipes do CAPS Caminhar

MINIEQUIPE 1	
BAIRROS	UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA
VALENTINA	Cuiá; Paratibe II; Parque do Sol; Rosa de Fátima Integrada (Mussumagro I e II, Paratibe I).
MANGABEIRA	Mangabeira Integrada (Feirinha e Pedro Lins); Nova União Integrada (União, Procind I e Panorâmica); Procind II; Nova Esperança Integrada (Nova Esperança e Tijolão).
GEISEL	Estação Saúde Integrada (Geisel I, II, IV); Geisel III - ação saúde.
FUNCIONÁRIOS	Funcionários Integrada (Funcionários II 2ª etapa, Funcionários III e IV); Maria de Nazaré.
JOÃO PAULO II	Integrando Vidas (Nova República, Funcionários II 1ª etapa, Citex, João Paulo II).
JOSÉ AMÉRICO	Colibris I; Colibris II; José Américo I; José Américo Integrada (José Américo II e III, Laranjeiras).
MINIEQUIPE 2	

VALENTINA	Colinas do Sul II (PACS Colinas, Irmã Dulce); Mudança de Vida Integrada (mudança de vida I, II, III, IV); Caminho do Sol Integrada (Frei Damião, Valentina IV, Santa Bárbara); Rosa de Fátima Integrada (Sonho Meu); Valentina Integrada (Valentina I, II e III).
MANGABEIRA	Cristo Rei; Mangabeira Integrada (Coqueiral); Mangabeira VI 1ª etapa; Nova União Integrada (Mangabeira IV por dentro); Quatro Estações Integrada (Mangabeira 2ª etapa, Mangabeira VII A, VII B, VII C).
GROTÃO	Grotão Integrada (Grotão I, II, III, Presidente Médici).
MINIEQUIPE 2	
RANGEL	Qualidade de Vida Integrada (Rangel III, IV, V e VI); Rangel I; Rangel II.
CRISTO	Rangel VII.
MINIEQUIPE 3	
VALENTINA	Doce Mãe de Deus; Ipiranga Integrada (Boa Esperança, Girassol, Monte das Oliveiras, PACS Cidade Maravilhosa).
MANGABEIRA	Cidade Verde Integrada (Cidade Verde IV, Cidade Verde V, Cidade Verde VI, Projeto Mariz); Mangabeira Integrada (Balcão); Nova Esperança Integrada (Ambulantes, Colégio invadido); Verdes Mares Integradas (Cidade Verde I, II, III e Aspon).
CRISTO	Espaço Saúde Integrada (Cristo Conjunto, Vale Verde, Novo Horizonte); Riacho Doce; Unindo Vidas Integrada (Bela Vista I, II, Bom Samaritano); Vila Saúde Integrada Jardim Itabaiana I, II, Pedra Branca I, II).
ÁGUA FRIA	Água Fria.
BANCÁRIOS	Bancários Aldeia SOS; Eucalipto; Timbó I; Timbó II.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de documento do CAPS Caminhar (2019).

Portanto, trata-se de uma divisão que apresenta uma quantificação territorializada para um grupo de profissionais. Em pesquisa realizada por Carvalho (2015), os profissionais revelaram que a divisão por miniequipes ajuda a dar suporte a determinados serviços da rede. “Além deste motivo, [...] A equipe está muito preocupada em dar conta, numericamente, dos indicadores do serviço como número de consultas, internamentos etc.” (CARVALHO, 2015, p. 325). Aquele autor já indicava que esse formato de organização do trabalho era um mero arranjo burocrático para atender às exigências da secretaria de saúde em relação aos indicadores de produtividade.

Apesar de contar com uma equipe multiprofissional comprometida com a reforma, verifica-se muitas dificuldades para corresponder aos preceitos pautados na lógica psicossocial,

haja vista a escassez de recursos e os desafios em torno da precarização do mundo do trabalho. Durante a pesquisa, observamos e registramos no diário de campo uma incompatibilidade entre a demanda e a estrutura física e técnica adequada. Também registramos alguns depoimentos informais dos profissionais quanto à significativa redução da equipe e às frágeis relações trabalhistas estabelecidas, fatores que impactam diretamente a operacionalização do cuidado em saúde mental.

O fato da ausência de concurso público para os CAPS prejudica, em parte, o bom desenvolvimento dos trabalhos. Observa-se nos CAPS, além da redução da equipe, um processo de rotatividade de profissionais que, geralmente, ocorre a cada quatro anos, período de possível mudança da gestão municipal.

3.2.2 Contextualizando o CAPS Gutemberg Botelho

O CAPS III Gutemberg Botelho está localizado na rua Minas Gerais, nº 409, no bairro dos Estados, correspondendo a uma boa localização, acessível e visibilidade com letreiro. A sede passou por reformas e, no seu interior, é possível visualizar algumas pinturas e gravuras realizadas pelos usuários. Ele abrange os bairros que são referência para os distritos sanitários I e IV e V da Secretaria Municipal de Saúde. Este CAPS também é referência para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de Mandacaru e Tambiá.

De acordo com o relatório anual de gestão (2013), o referido CAPS foi fundado no ano de 2001, funcionando como CAPS do tipo II, estando sob o gerenciamento do Governo do Estado da Paraíba, e ficava localizado nas dependências do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Sua municipalização ocorreu no ano de 2004 e só em 2007 passou a funcionar como CAPS III (JOÃO PESSOA, 2013).

Assim como o CAPS Caminhar, o CAPS Gutemberg Botelho também organiza seus trabalhos com a divisão dos usuários em três miniequipes, cujos usuários são divididos de acordo com o bairro que residem dentro da área de abrangência territorial. De acordo com os dados da pesquisa, cuja amostra foi 301 prontuários, os três bairros com mais usuários em cuidado são: Mandacaru, contabilizando 30 (10%) usuários; Cruz das Armas, com 25 (8%); e o Bairro das Indústrias contando com 20 (7%) dos usuários.

Ele mantém seu funcionamento com uma equipe profissional mínima, considerando a grande demanda. A equipe é composta da seguinte forma: diretoria (direção geral); equipe técnica (assistente social, psicólogo, educador físico, farmacêutico, enfermeiro, psiquiatra,

nutricionista, técnico de enfermagem, arte educador); administrativo; copa, limpeza e cozinha; vigilantes (apoio) (JOÃO PESSOA, 2013).

Quanto ao processo de trabalho relacionado à organização e funcionamento do CAPS Gutemberg Botelho, segue o Quadro 17, destacando as ações de assistência em saúde mental realizadas, as que no momento não estavam sendo realizadas e as que são realizadas pontualmente.

Quadro 17 – Descrição do funcionamento e da organização da assistência em saúde no CAPS Gutemberg Botelho

ASSISTÊNCIA REALIZADA
Oficinas Terapêuticas
Assembleia de Usuários, Familiares e Técnicos
Grupos de Familiares
Classificação de usuários conforme regime de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo)
Projeto Terapêutico Singular (PTS) por usuário
Terapeuta de Referência por mini equipe
Atendimento Familiar Individual, seja para acompanhamento clínico, responsabilização ou co-participação no tratamento
Acolhimento
Escuta Terapêutica
Atendimento à Demanda Espontânea
Reuniões com a ESF/atenção básica para acompanhamento e avaliação de casos no território (matriciamento)
Encaminhamentos, referências ou contra-referência com demais dispositivos na rede (CRAS, CREAS, hospitais, ambulatório, pronto-socorro, etc)
Possui alguma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) para seus profissionais
Festividades em datas comemorativas (páscoa, carnaval, festas juninas, dia das mães/pais, natal/ano novo, etc)
Reunião semanal com seus profissionais
Desenvolve atividades de lazer com os usuários
ASSISTÊNCIA NÃO REALIZADAS
Atividade de Geração de Emprego e Renda
Atividades comunitárias, seja em igrejas, escolas, associações, entre outras, objetivando reinserção social dos usuários
Terapeuta de Referência por usuário
Possui alguma iniciativa própria de avaliação e monitoramento do atendimento em saúde prestado
Supervisão Técnica
ASSISTÊNCIA REALIZADA PONTUALMENTE
Visita Domiciliar (quando tem transporte disponível)

Fonte: Elaboração própria, a partir de questionário (check-list) respondido por um membro da equipe técnica do CAPS Gutemberg Botelho, no dia 20 de janeiro de 2020.

A realidade do processo de precarização, em especial de ordem estrutural e das condições de trabalho, também é sentida no CAPS Gutemberg Botelho, dificultando o desenvolvimento dos trabalhos, sobretudo pela grande quantidade de pessoas que procura cotidianamente o CAPS. E isso também se desdobra no funcionamento e na organização da assistência, que fica restrita aos cuidados e atividades desenvolvidas dentro dos serviços,

envolvendo praticamente o usuário e sua família. Portanto, essa é uma lógica de cuidados que compromete a dinâmica com o território e com a autonomia dos usuários. Dar respostas satisfatórias a essa demanda é um desafio constante para a equipe multiprofissional, que busca desenvolver um cuidado moldado por saberes e práticas construídos sob os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira.

3.3 PESQUISA DOCUMENTAL EM FOCO: PANORAMA GERAL DO PERFIL E DA EXPERIÊNCIA DE VIDA DOS USUÁRIOS DOS CAPS PESQUISADOS

Tratamos aqui dos resultados da pesquisa documental, que foi realizada nos prontuários dos serviços que, de forma geral, são cuidadosamente preenchidos no momento da triagem e atualizados cotidianamente pela equipe multiprofissional. Isso permitiu traçar o perfil e também apontar alguns aspectos da experiência do sofrimento e itinerários dos usuários. Os prontuários de ambos os serviços são compostos por um questionário estruturado (trata-se de questionário impresso), que apresentam semelhanças em sua estrutura, com mínimas particularidades, assim como também foram constatadas semelhanças nos resultados da pesquisa documental.

De acordo com os dados, constatamos que o **CAPS Caminhar**, no momento da pesquisa, contava com uma demanda de seiscentos e vinte e cinco (625) usuários cadastrados e ativos, que estavam sendo acompanhados pelo serviço. Desse total, realizamos a pesquisa documental em 270 prontuários, correspondendo ao recorte desse universo que compôs a nossa amostra, conforme os critérios de seleção anteriormente mencionados. Assim, dos 270 prontuários, 113 foram do ano de 2018 e 157 do ano de 2019.

No que se refere ao **CAPS Gutemberg Botelho**, no momento da nossa pesquisa constatamos uma demanda cadastrada e sendo acompanhada pelo serviço de setecentos e setenta e quatro (774) usuários. Deste total, 301 prontuários corresponderam a nossa amostra, haja vista aqueles que foram admitidos nos anos de 2018 e 2019. O ano de 2018 contabilizou 92 prontuários e o ano de 2019 209.

Para uma melhor exposição, organizamos e sistematizamos os dados compreendendo que existe uma compatibilidade entre os parâmetros e as variáveis que consideramos importantes indicadores para dimensionar o contexto do sofrimento psicossocial. Desta feita, agrupamos os parâmetros e as variáveis sociodemográficas e psicossociais, a partir do entendimento da existência de uma relação de complementariedade. Portanto, as tabelas e os quadros se configuraram da seguinte forma: parâmetros e variáveis sociodemográficas relacionadas ao âmbito pessoal; ao mundo do trabalho e renda. E os psicossociais relacionadas

a família e cuidados; cuidados no serviço; tentativa de suicídio; experiência do sofrimento; e o histórico de itinerário terapêutico.

Optamos por expor os dados de cada serviço de forma agrupada, permitindo uma melhor visualização e análise dos resultados.

Tabela 1 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis sociodemográficas de âmbito pessoal

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTENBERG-BOTELHO = 301	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
SEXO	Feminino	173	64	182	60,5
	Masculino	97	36	119	39,5
FAIXA ETÁRIA	18-25	25	9,3	30	10,0
	26-35	57	21,1	53	17,0
	36-45	82	30,4	98	33,0
	46-55	70	25,9	72	24,0
	56-60	22	8,1	27	9,0
	61-70	13	4,8	21	7,0
	71-80	1	0,4		
ESTADO CIVIL	Solteiro (a)	119	44	184	61,0
	Casado (a)	73	27	63	21,0
	União estável	20	7,4	13	4,3
	Divorciado (a)	18	6,7	17	5,6
	Separado (a)	17	6,3	9	3,0
	Conviventes	10	3,7	-	-
	Viuvo (a)	12	4,5	12	4,0
	Desquitado	-	-	1	0,3
	Sem informação	1	0,4	2	0,7
COR	Parda	128	47	104	34,5
	Branca	99	37	71	23,5
	Negra	41	15,2	36	12,0
	Morena	-	-	5	2,0
	Sem informação	2	0,8	85	28,0
RELIGIÃO	Evangélica/Protestante	108	40	98	32,5
	Católica	59	22,5	96	32,0
	Sem religião	37	13,8	6	2,0
	Espírita	1	0,4	4	1,3
	Testemunha de Jeová	1	0,4	5	1,7
	Mormon	-	-	2	0,7
	Sem denominação	-	-	2	0,7
	Wicca	-	-	1	0,3
	Espiritualidade quântica	-	-	1	0,3
	Cristão	1	0,4	-	-
	Candomblé	1	0,4	-	-
	Sem informação	59	22,5	86	28,5
ESCOLARIDADE	Analfabeto	30	11	23	8
	Alfabetizado	23	8,5	2	0,7
	Fund. Incompleto	49	18	126	41
	Fund. Completo	39	14,4	13	4,3
	Médio Incompleto	33	12,2	30	10
	Médio Completo	65	24	73	24
	Superior Incompleto	7	3	12	4
	Superior Completo	19	7	14	5
	Pós-graduação	1	0,4	-	-
	Sem informação	4	1,5	8	3

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

É possível constatar a partir dos dados, que o perfil dos usuários dos CAPS constitui-se da seguinte forma: maior ocorrência das mulheres, que somados os serviços corresponde a 62% da amostra total; a faixa etária é de um público economicamente na idade produtiva, entre 35 e 45 anos, o que revela uma multiplicidade de aspectos de ordem subjetiva e objetiva, mas que pode indicar a ocorrência de cobranças tanto individuais quanto coletivas, que tem como

desdobramentos o ápice do sofrimento e a inevitável busca por cuidados em serviços de saúde mental; a maioria se declarou como solteiro (a) e se identificou como pardo. Essa identidade coletiva como pardos revela questões importantes e complexas quando analisamos o contexto sócio-histórico brasileiro e a luta por igualdade social e racial.

Em um dos raros escritos nacionais (não indexado) sobre o tema, Silva (2005) afirma “sem medo de errar” (p. 129) que a grande maioria da população negra vive em incessante sofrimento mental devido, por um lado, às condições de vida precárias atuais e, por outro, à impossibilidade de antecipar melhor futuro. Ela aponta diversos sintomas físicos e psíquicos advindos da permanente condição “de tensão emocional, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento” (p.130), vivida cotidianamente pela pessoa alvo do racismo (GOUVEIA DAMASCENO; ZANELLO, 2018, p. 452).

Não há dúvidas que o racismo, o preconceito, a discriminação e a estigmatização são, muitas vezes, fatores desencadeantes e contínuos de sofrimento desse segmento populacional. Segundo Alleluia (2021), o Brasil é um país onde a maior parte de sua população é negra. No entanto, “[...] Quando confrontamos os indicadores sociais – saúde, renda, educação, moradia, emprego, justiça ou qualquer outro que queiramos, a população negra está sempre em desvantagem quando comparada à população branca [...]” (ALLELUIA, 2021, p. 4). Portanto, concordamos com análises que apontam o racismo como um grande desencadeador de sofrimento psicossocial, haja vista as relações de sociabilidade discriminatórias e desiguais, o que pode ser corroborado pelos dados da pesquisa quando fica evidente a maioria de negros e pardos nos serviços pesquisados.

Outra questão relevante é a presença feminina no cotidiano dos serviços. Estudos realizados em CAPS em outras regiões do Brasil também têm apresentado esse perfil, como o de Silveira *et al.* (2009); Palmeiro *et al.* (2009) Pelisoli e Moreira (2007); Andrade *et al.* (2006); Bellettini e Gomes (2013).

No entanto, essa presença se inverte quando se trata do perfil dos usuários dos CAPS ad. Como constatado pelo Relatório do Monitoramento dos serviços da RAPS da Paraíba em 2018.2 (2020, p. 16) “[...] nos CAPS AD/AD III, do total de 4102 pessoas atendidas, 83,47% (3424) são do sexo masculino [...]”. De acordo com Andrade *et al.* (2006), as mulheres apresentam maior frequência de sofrimentos e buscam os serviços de saúde mental, enquanto os homens apresentam maiores índices de transtorno associado ao uso de substâncias psicoativas.

Vale ressaltar que, o questionário dos prontuários do CAPS Gutemberg Botelho contempla o item de orientação sexual, na perspectiva de ampliação do entendimento que

considera apenas o sexo biológico, contudo, pouco foi registrado, pois dos 301 prontuários pesquisados, 182 não tinham essa informação; 114 se declararam heterossexual; 4 homossexual; e 1 bissexual.

No que se refere à religiosidade, a maioria é da religião evangélica/protestante. Não há dúvidas que a religião é, quase sempre, requerida por quem sofre e/ou adoece e essa busca, muitas vezes, está atrelada a uma perspectiva de alívio ao sofrimento vivenciado. Acrescentam-se a isso as contribuições de MurakamiI e Campos (2012, p. 362) quando afirmam que: “Como a religião é elemento constitutivo da subjetividade e doadora de significado ao sofrimento, ela deve ser considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais”.

O nível de escolaridade foi o parâmetro que apresentou diferenças nos dados dos CAPS. No CAPS Caminhar, a maioria dos usuários concluiu o ensino médio, correspondendo a 24%. Por outro lado, nos chamou atenção os 19,5% dos analfabetos e de apenas alfabetizados, bem como no ponto extremo os 10,4% que correspondem ao ensino superior. Já no CAPS Gutemberg Botelho, a maioria, com 41%, está no nível do fundamental incompleto.

De modo geral, infere-se que a demanda dos CAPS apresenta baixos níveis educacionais, apesar da diversidade de níveis de escolaridade identificada nos prontuários. Sabemos que a educação é a grande potencializadora das mudanças da realidade individual e coletiva. Contudo, o que se constata, no panorama brasileiro, é um conjunto ineficiente de políticas que atinge toda a população. E, de modo mais específico, podemos também inferir que o sofrimento psicossocial prejudica o pleno desenvolvimento das atividades privadas, educacionais, laborais etc.

Por sua vez, pode-se sugerir que a condição educacional está atrelada ao mundo do trabalho e da renda, fatores que influenciam a saúde mental de um indivíduo, ou seja, a ausência ou o baixo nível educacional apresentam fatores de risco para o sofrimento, quando tem como desdobramentos: baixo poder aquisitivo, desemprego, privações, vulnerabilidades etc. E, por outro lado, a escolaridade pode significar a possibilidade de melhor mobilidade social e boas condições materiais, que são, muitas vezes, as maiores aspirações humanas forjadas nas subjetividades no contexto do modo de reprodução capitalista.

Tabela 2 – Descrição de amostra conforme parâmetros e variáveis sociodemográficas relacionadas ao mundo do trabalho e renda

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTENBERG BOTELHO = 301	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
MUNDO DO TRABALHO	SIM	51	18,8	108	36
	Trabalho Formal	30	11	61	20,4
	Trabalho Informal	19	7	34	11,3
	Autônomo	2	0,8	12	4
	Aprendiz			1	0,3
	NÃO	37	13,7	88	29
	Não trabalha	27	10	71	23,3
	Desempregado	10	3,7	9	3
	Estudante			8	2,7
	Sem informação	182	67,5	105	35
BENEFÍCIO	SIM	129	47,7	104	36,3
	BENEFÍCIOS PERMANENTES	37	13,8	44	14,7
	Aposentadoria	24	9	39	13
	Pensões	13	4,8	5	1,7
	BENEFÍCIOS EVENTUAIS	92	33,9	60	21,6
	Bolsa Família	44	16	32	11,5
	BPC*	35	13	18	6,8
	Auxílio doença	12	4,5	9	3
	Auxílio reclusão	1	0,4		
	Seguro Desemprego			1	0,3
	NÃO	123	45,3	197	63,7
	Sem informação	18	7		
RENDAFAMILIAR	Sem renda	16	6	11	3,6
	Menos de 1 SM**	50	18,5	56	18,6
	1 SM	72	26,7	114	37,8
	1-2 SM	75	27,7	14	4,7
	2-3 SM	27	10	13	4,3
	4-5 SM	6	2,2	5	1,7
	6 + SM	4	1,5	1	0,3
	Sem informação	20	7,4	87	29

* Benefício de Prestação Continuada.

** Salário Mínimo.

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

Nos prontuários dos CAPS, o parâmetro relacionado ao mundo do trabalho, apresentou uma ausência de informações, como foi constatado por 67,5% dos prontuários do CAPS Caminhar e 35% do CAPS Gutemberg Botelho. Essa ausência relaciona-se e complementa-se com os dados dos parâmetros benefício e renda.

Considerando os dados dos CAPS em uma relação de comparação, podemos afirmar que o CAPS Gutemberg Botelho apresenta um quadro um pouco mais favorável do que o CAPS Caminhar no que se refere ao mundo do trabalho, benefícios e renda, o qual acreditamos estar relacionado à abrangência territorial do referido serviço, cujos bairros compreendem um público do município de João Pessoa com maior poder aquisitivo.

No entanto, os resultados nos permitem afirmar que ambos os CAPS pesquisados apresentam uma demanda de baixo *status* socioeconômico, uma vez que identificamos que a maioria (somamos as variáveis sem renda; menos de um salário mínimo e um salário mínimo) dos usuários sobrevive com uma renda de até um salário mínimo, sendo esta incapaz de atender às necessidades urgentes de sobrevivência familiar em um país cujos níveis de desigualdades são alarmantes³⁴. Assim, constata-se que os usuários estão à margem das garantias formais do mercado de trabalho e dos direitos, o que torna-se ainda mais preocupante pelo fato de que a maioria encontra-se na faixa etária economicamente ativa, como mostrou os dados da Tabela 1.

Essa constatação é solidificada quando identificamos os benefícios e entre eles os eventuais aparecem com maior intensidade, sendo o Bolsa Família o mais destacado, seguido do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esses benefícios estão inscritos no âmbito da política de assistência social, compostos por um conjunto abrangente de regras de condicionalidade e de valores diferenciados.

O Programa Bolsa Família (PBF)³⁵ constitui-se como programa de transferência de renda às famílias brasileiras consideradas pobres. O referido programa foi instituído pela Lei nº 10.836/2004.

A inserção no programa ocorre por meio de inscrição no Cadastro Único para todos os programas sociais do Governo Federal, aberto a famílias com renda de até três salários mínimos e renda per capita de até meio salário mínimo. Mas apenas famílias com renda per capita mensal de até R\$140,00 são incluídas no PBF, conforme o Decreto nº 5.749 do MDS (Brasil, 2012b), segundo o qual famílias pobres são definidas como aquelas que possuem renda entre R\$70,01 e R\$140,00 e extremamente pobres, até R\$70,00 per capita mensal. Os valores dos benefícios do PBF variam entre R\$32,00 e R\$306,00, segundo a composição familiar (DIAS; PASSOS, 2014, 160).

³⁴ “Do ponto de vista conceitual, é fundamental não perder de vista que a pobreza é expressão direta das relações vigentes na sociedade, relações extremamente desiguais, em que convivem acumulação e miséria. A pobreza brasileira é produto dessas relações que, em nossa sociedade, a produzem e reproduzem, quer no plano socioeconômico, quer nos planos político e cultural, constituindo múltiplos mecanismos que “fixam”, os pobres em seu lugar na sociedade” (YAZBEK, 2010, p. 153).

³⁵ Necessário enfatizar que o Programa Bolsa Família (PBF) foi extinto no ano de 2021, pelo governo Bolsonaro, que cria o Programa Auxílio Brasil. A Medida Provisória Nº. 1.061/2021, institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. Vejamos seu Art. 1º: “Fica instituído o Programa Auxílio Brasil, no âmbito do Ministério da Cidadania, executado por meio da integração e da articulação de políticas, de programas e de ações voltadas: I - ao fortalecimento das ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; II - à transferência direta e indireta de renda; III - ao desenvolvimento da primeira infância; IV - ao incentivo ao esforço individual; e V - à inclusão produtiva rural e urbana, com vistas à emancipação cidadã” (BRASIL, 2021, p. 1). Portanto, o atual governo interrompe um dos maiores programas de combate à fome no Brasil, que completaria 18 anos de existência. E apesar do Programa Auxílio Brasil também constitui-se enquanto um programa de transferência de renda, apresenta particularidades questionáveis.

É relevante lembrar que, para permanecer no programa, a família tem que atender às exigências e às condicionalidades que são monitoradas e estão relacionadas às áreas da saúde e educação (DIAS; PASSOS, 2014). Portanto, existem medidas de controle para fraudes e inconsistências cadastrais.

Exigências, condicionalidades e controle também são critérios para que a pessoa com problemas de saúde mental seja beneficiária do BPC.

O Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas) é um benefício operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo custeado com recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Consiste na transferência mensal e temporária de renda, sem contrapartidas, no valor de um salário-mínimo, destinado às pessoas com deficiência e também aos/às idosos/as com 65 anos de idade ou mais, ambos/as com renda per capita familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo (BRASIL, 1993, 2007b apud MACÊDO; OLIVEIRA, 2015, p. 33).

Dessa forma, compreende-se que o BPC não é uma aposentadoria, muitas vezes confundido com ela por ser operacionalizado pela previdência social com valor de um salário mínimo. Trata-se de um benefício que periodicamente é revisto.

A pessoa com problema de saúde mental acessa esse benefício quando é considerada portadora de uma deficiência tida como mental, ou seja, de acordo com Rodrigues *et al.* (2010, 1622) “[...] constam as alterações das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social (síndrome e quadros de origem neurológica e/ou psiquiátrica)”.

Junto ao critério de incapacidade para o trabalho, constata-se que no formulário do BPC denominado Requerimento de Amparo Assistencial – Lei 8.742/93, dentre a documentação que deve acompanhar o requerimento, está o pedido de termo de curatela/tutela. O que se verifica é que, contrariando os objetivos de cidadania, pessoas com transtorno mental são induzidas a abrir mão de seu direito civil sem saber o que isto representa, através de curatelas e tutelas, para, paradoxalmente, ter acesso a um direito social (RODRIGUES *et al.*, 2010, p. 1622).

No cotidiano dos CAPS pesquisados, foi possível registrar, no diário de campo, os relatos dos usuários e de familiares que buscam o BPC, bem como foi possível identificar, nos prontuários, o BPC como sendo a única fonte de renda assegurada mensalmente para garantir o sustento de toda a família.

Diante do exposto, concordamos com Yasbek (2010, p. 153) que:

[...] novos fios estão tecendo novas sociabilidades que precisam ser desvendadas, mas, permanecem atuais os profundos e vastos sofrimentos gerados por uma ordem societária assentada na exploração de poucos sobre muitos [...] Não podemos esquecer que as condições materiais da existência e as formas concretas que elas assumem nas vivências da sociabilidade, levam muitas vezes ao caminho da desesperança [...].

Portanto, torna-se evidente que os determinantes do mundo do trabalho, benefícios e renda são importantes termômetros indicadores de sofrimentos, compreendidos como psicossociais, haja vista a inter-relação dos diversos elementos do social e o processo singular, vivenciado por cada indivíduo.

Tabela 3 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis psicossociais relacionadas à família e aos cuidados

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTEMBERG-BOTELHO = 301	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
FAMILIARES COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL	Sim	202	74,8	208	69
	Não	39	14,5	41	14
	Sem informação	29	10,7	52	17
ANTECEDENTES FAMILIARES COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL	Pais	72	26,7	66	22
	Avós	32	11,8	30	10
	Bisavós	1	0,4	—	—
	Não tem	165	61,1	205	68
FAMILIAR/CUIDADOR	Mãe	48	18	52	17,0
	Pai	16	6	14	4,7
	Irmã	34	13	45	15
	Irmão	13	4,8	15	5
	Filha	23	8,5	20	7
	Filho	20	7	15	5
	Esposa	27	10	17	6
	Esposo	27	10	25	8
	Amiga	11	4	13	4,3
	Amigo	—	—	1	0,3
	Vizinha	3	1	4	1,3
	Vizinho	2	0,8	—	—
	Nora	—	—	4	1,3
	Genro	1	0,4	2	0,7
	Sobrinha	4	1,5	14	4,7
	Sobrinho	—	—	4	1,3
	Prima	9	3,3	6	2
	Primo	1	0,4	5	1,7
	Tia	4	1,5	13	4,3
	Tio	1	0,4	3	1
	Sogra	3	1	—	—
	Neta	1	0,4	1	0,3
	Cunhado	2	0,8	3	1
	Ex-cunhada	—	—	1	0,3
	Padastro	—	—	1	0,3
	Companheira	—	—	2	0,7
	Companheiro	—	—	1	0,3
	Avó	1	0,4	1	0,3
	Conselho Tutelar	1	0,4	—	—
	Cuidadora	—	—	2	0,7
	Assistente Social	—	—	3	1
	Coordenador	—	—	1	0,3
	Enfermeira	—	—	1	0,3
	Educadora	—	—	1	0,3
	Casa Acolhida	—	—	1	0,3
	Não tem	1	0,4	1	0,3
	Sem informação	17	6	9	3
AUTORIZAÇÃO FAMILIAR	Sim	80	30	—	—
	Não	170	63	—	—
	Sem informação	20	7	—	—

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

A maioria dos usuários revelou que tem, em seu núcleo familiar, alguém com problema de saúde mental. No entanto, quando observadas as variáveis de antecedentes familiares, constata-se uma inversão, o que, em parte, corrobora com os estudos que não reconhecem o

transtorno mental/sofrimento enquanto fator biológico e/ou genético, postura defendida por teses da neurociência e da psiquiatria biológica, discutidas no Capítulo 1.

Os resultados seguintes estão relacionados à família como cuidadora ou aquele que assumiu a responsabilidade do cuidado do usuário em sofrimento. Aqui, é importante ressaltar que a perspectiva da reforma psiquiátrica no seu processo de desinstitucionalização coloca a família como partícipe essencial na atenção psicossocial de seu familiar.

Assim, no que se refere ao familiar cuidador, identificamos e consideramos necessário registrar na Tabela 3 todos os que foram sinalizados como principal responsável pelo usuário nos CAPS, pois constatamos, mesmo que em pequena quantidade, a existência de responsáveis que não se inserem nos vários graus do núcleo familiar, como: amigos (as), vizinhos (as), ex-cunhada, cunhados e profissionais da rede de saúde (assistente social, enfermeira, educadora, etc.).

Por outro lado, a maioria dos dados revela serem as mães as mais presentes, além de evidenciar que são as mulheres, indiscutivelmente, majoritárias na responsabilidade direta do cuidado e, particularmente, na saúde mental; muitas vezes, essa responsabilidade exerce a função de exclusividade.

[...] Nesse cenário, a mulher tem por função garantir o provimento às necessidades básicas do membro em sofrimento psíquico, como alimentação, higiene pessoal, consultas médicas e administração de medicação e, ainda, a coordenação de suas atividades diárias (FERREIRA; AHNERTH; BATISTA, 2019, p. 38).

Esses autores realizaram estudos que também identificaram a mulher enquanto protagonista do cuidado na saúde mental, são eles: “[...] (Dourado *et al.*, 2018; Cardoso, Galera & Vieira, 2012; Pegoraro & Caldana, 2008; Sant’Ana *et al.*, 2011; Rosa, 2011; Santos, Eulálio & Barros 2015; Carmo & Batista, 2017; Silva, Dimenstein & Leite, 2013)” (FERREIRA; AHNERTH, 2019, p. 38).

A Tabela 3 contém, ainda, um dado interessante, que estava contemplado apenas no questionário dos prontuários do CAPS Caminhar. Tratava-se da variável autorização da família para voltar para casa sozinho (a), correspondendo ao cuidado da equipe na rotina cotidiana, embora sabemos que a dinâmica de trabalho nos CAPS facilita conhecer cada usuário, assim como os usuários conhecem todos da equipe.

No entanto, esse dado nos convida a pensar a autonomia (esta entendida como um conceito da livre liberdade de cada um fazer suas próprias escolhas) dos usuários, ao passo que nos surpreendeu que a maioria dos usuários do CAPS Caminhar não tem essa mobilidade,

conforme os 63% que não foram autorizados pelo familiar responsável a voltar para suas casas sozinho(a).

Tal dado é preocupante e nos remete a questionar as dificuldades da abordagem psicossocial, uma vez que esta defende e promove a cidadania dos indivíduos como sujeito social e histórico.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira tece as propostas de mudanças estruturais, sociais e jurídicas para mudar a conduta excludente. A Reforma traça os princípios e as diretrizes para assistência em saúde mental em consonância com a aquisição e promoção da autonomia do sujeito (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017, p. 2).

Ou seja, um movimento que busca promover atenção e cuidado pautado na autonomia dos usuários enquanto sujeitos ativos de suas próprias histórias de vida.

Tabela 4 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis psicossociais no serviço

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTENBERG BOTELHO = 301	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
PTS*	Sim	158	58,5	104	35
	Não	112	41,5	197	65
ATIVIDADES TERAPÊUTICAS	Oficinas +				
	acompanhamento da equipe	184	68	187	62
	Acompanhamento da equipe	86	32	105	35
	Sem informação	–	–	9	3

* Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

Os dados da Tabela 4 comportam variáveis psicossociais que estão relacionadas ao cuidado nos CAPS referindo-se ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) e às atividades terapêuticas que são realizadas nos CAPS.

O PTS é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes da Portaria 147/94, e busca direcionar o cuidado em saúde do usuário durante sua permanência nos serviços. Este deve ser planejado pela equipe multiprofissional em conjunto com o usuário e o familiar, com a finalidade de atendimento integral em saúde. De acordo com Carvalho (2015, p. 156):

[...] O PTS prevê a descrição das atividades terapêuticas indicadas para cada indivíduo. Essas atividades levam em consideração uma análise personalizada de cada caso, e permite a integração com outras componentes da rede de saúde, do campo da saúde mental e da comunidade.

O PTS é um instrumento que pode ser readaptado à qualquer momento para atender às necessidades que surgem durante os cuidados nos CAPS. “[...] Logo, no PTS tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral na perspectiva da clínica pautada pelo território do usuário SUS” (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017, p. 2).

Particularmente nessa variável, tivemos dificuldades para tabular e organizar os dados, pelo fato de que os prontuários de ambos os serviços destinavam um espaço que correspondia ao PTS, mas, na sua maioria, estavam sem nenhuma anotação ou com informações insuficientes. Nesse sentido, os dados foram sistematizados da seguinte forma: os resultados negativos (41,5% CAPS Caminhar e 65% Gutemberg Botelho) correspondem aqueles prontuários que não apresentavam nenhuma informação no espaço para o PTS, enquanto que os resultados afirmativos de ambos os CAPS (58,5% do CAPS Caminhar e 35% do Gutemberg Botelho) corresponderam aqueles prontuários que, mesmo minimamente, possuíam informações.

Vale ressaltar que a equipe multiprofissional realiza diariamente anotações nos prontuários dos usuários, o que é denominado de evolução multiprofissional. Nesse espaço, acreditamos que o PTS, de certa forma, é contemplado, porém, não há clareza de como acontece e se abarcam as dimensões sociais, subjetivas e culturais dos usuários.

Foi a partir do espaço destinado à evolução multiprofissional que criamos a variável atividades terapêuticas (compreende as oficinas, os grupos, os eventos, as reuniões, os passeios etc.) e, a partir dos achados, constatamos que a maioria dos usuários tem o acompanhamento da equipe multiprofissional e também participam das oficinas e das atividades terapêuticas em geral, correspondendo a 68% do CAPS Caminhar e 62% do Gutemberg Botelho. Por outro lado, identificamos aqueles que apenas são acompanhados pela equipe, sobretudo pelo psiquiatra, ou não tiveram registrado nos seus prontuários a participação em atividades terapêuticas.

É preciso ressaltar que esses serviços funcionam enfrentando dificuldades diversas e, dentre elas, o processo de precarização no campo da saúde mental, que atinge o desenvolvimento das atividades terapêuticas. Porém, observa-se um grande esforço da equipe multiprofissional em desenvolver atividades técnicas e terapêuticas condizentes com os preceitos da reforma, como constatado por pesquisa realizada por Carvalho (2015) com profissionais da RAPS do município de João Pessoa/PB.

[...] os profissionais reconhecem que as atividades desenvolvidas no âmbito do serviço reforçam os princípios da reforma, principalmente no trabalho que é feito com os usuários no sentido de estimular a participação social e da inclusão dos mesmos numa vida produtiva (CARVALHO, 2015, p, 314).

Sabemos, ainda, que a demanda nos CAPS é complexa e que há usuários que apresentam limitações, sobretudo quanto ao acompanhamento medicamentoso. Além disso, não podemos desconsiderar as individualidades e respeitar o tempo e as escolhas de cada um. Observa-se que muitos dos usuários não participam das atividades por não se identificarem com nenhuma disponível no momento; outros têm dificuldades de concentração ou simplesmente estão presentes para manter vínculo com o serviço, tendo como finalidade ter acesso garantido ao psiquiatra e à medicação.

Tabela 5 – Descrição da amostra conforme parâmetro e variáveis psicossociais por tentativa de suicídio

PARÂMETRO	VARIÁVEIS	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTENBERG BOTELHO = 301	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
TENTATIVAS DE SUICÍDIO	SIM	112	41,5	52	17
	NÃO	133	49,3	228	76
	Sem Informação	25	9,2	21	7

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

Outro resultado que nos chamou a atenção foi o relacionado à variável tentativas de suicídio. Sendo este um fenômeno definido como:

[...] ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo; iniciado e executado por uma pessoa que tem clara noção ou forte expectativa de que o desfecho seja fatal e resulte em sua própria morte (BERTOLOTE, 2012 apud CESCON; CAPOZZOLO; LIMA, 2018, p. 186).

Ou de acordo com Durkheim (2000, p. 14, grifos do autor) “*Chama-se suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado*”.

Podemos concordar ou discordar dessas definições, pois é por essa e por outras questões que o tema suicídio é complexo e bastante estudado, abrangendo uma multiplicidade de teorias que desenvolve-se desde o senso comum até as mais variadas investigações e análises científicas.

Para entender sua radicalidade, seus estudiosos, histórica e esquematicamente, alinharam-se a posições que o consideram desde o ato mais individual do ser humano até os que o compreendem como uma decorrência da pressão social – o que esvazia a individualidade como causa –, passando por aqueles que, de diferentes e pouco articuladas maneiras, pretendem articular em suas explicações as dimensões individuais e sociais (RIBEIRO; MOREIRA, 2018, p. 2822).

Assim, com base em Ribeiro e Moreira (2018), têm-se três abordagens, quais sejam: a) **abordagem individual**, que se destaca nos estudos e na defesa das diversas escolas da psiquiatria e da psicologia, sendo também, muitas vezes, utilizada pelos estudos epidemiológicos, isto é, uma abordagem voltada aos aspectos biológicos, fisiológicos e genéticos; b) a **abordagem social** envolve perspectivas históricas, sociológicas, econômicas e filosóficas; como exemplo, podemos citar Émile Durkheim e Karl Marx, clássicos da sociologia que contribuíram para o entendimento do suicídio, respectivamente, como fato social provocado pela pressão ordenadora que a coesão social exerce sobre os indivíduos e como resultado do processo desumano do modo de produção capitalista e a sua reprodução social; nesse sentido, Marx realiza uma forte crítica social à sociedade moderna, enfatizando as mazelas de toda ordem que provocam suicídios; c) a abordagem que tem como base “[...] o conceito ampliado de saúde expresso em Alma-Ata e a incorporação dos determinantes sociais situam o campo da saúde pública – cuja origem tem pilares na medicina, nas ciências sociais e na epidemiologia – [...]” (RIBEIRO; MOREIRA, 2018, p. 2822), portanto, aquelas posturas que compreendem o suicídio como um fenômeno individual e social. A esta abordagem podemos denominar de **psicossocial** se entendermos que estes estudos comportam um entendimento de que o suicídio é fenômeno subjetivo, de ato individual que se constitui a partir da interdependência do indivíduo e da sociedade que formam a totalidade social.

Posto isto, os nossos resultados tratam das tentativas de suicídio que, de acordo com Durkheim (2000, p. 14), é “[...] o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte”. Vejamos o relato registrado no prontuário no espaço denominado histórico da doença: “Aos 18 anos tocou fogo na casa e ficou deitado no chão esperando o fogo chegar nele. O pai viu, o salvou do fogo. As crises foram recorrentes, sem tratamento; com várias tentativas de suicídios” (Prontuário nº. 19).

Para organizar os dados quantitativamente, elencamos como critério de afirmação o conteúdo das narrativas que enfatizavam a ação prática e direta do usuário ter atentado contra sua própria vida, ou seja, um ato suicida que poderia causar ou causou uma lesão não fatal em si mesmo. E, como critério de exclusão, elencamos aqueles que responderam negativamente, bem como aqueles que apresentaram uma ideação ou pensamento suicida.

Nesse sentido, constata-se que a maior frequência de usuários com tentativas de suicídio encontra-se no CAPS Caminhar, com 41,5% dos usuários, enquanto que no CAPS Gutemberg Botelho o número afirmativo foi de 17%.

Esse número elevado no CAPS Caminhar está relacionado ao fato deste serviço ser a referência no âmbito da realização de notificações dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Parte da equipe profissional participou de capacitação para atender às diretrizes nacionais de prevenção do suicídio.

Como estratégia e prevenção, foi lançado, no ano de 2006, pelo Ministério da Saúde, o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental. E, em 2017, o referido ministério lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, cuja finalidade é ampliar e fortalecer ações para diminuir as mortes por suicídio.

Em nível local, foi publicada em 2019 a Nota Técnica Conjunta 01/2019, pelo Ministério Público da Paraíba, caracterizando-se como “[...] um documento para nortear as ações de prevenção, assistência e posvenção em situações que envolvam suicídio e tentativa” (PARAÍBA, 2020, p. 38).

Feitas essas considerações, retoma-se os resultados da nossa pesquisa na qual, de fato, os números de tentativas são elevados. Além disso, se considerarmos as indicações de ideação suicida, observadas nos prontuários (mas não quantificamos) e nas falas dos usuários, esses números chegam quase à totalidade da demanda dos CAPS pesquisados. Cenário preocupante, sobretudo por envolver alto índice de fatalidade. Vejamos as indicações de Botega, Mauro e Cais (2004 apud BOTEGA *et al.*, 2006, p. 214) revelando que de: “[...] 15 a 25% das pessoas que tentam o suicídio, tentarão novamente se matar no ano seguinte, e 10% das pessoas que tentam o suicídio, conseguem efetivamente matar-se nos próximos dez anos”.

Diante disso, surgem as indagações acerca das causas que provocam as ideações suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio. De acordo com a OMS (2002 apud Lovisi *et al.*, 2009, p. 587):

Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional.

Esse conjunto de fatores em torno das causas relacionadas ao suicídio, do nosso ponto de análise, está associado direta ou indiretamente ao sofrimento, o qual se diversifica e se intensifica de acordo com as subjetividades.

É nesse âmbito que pensamos que qualquer tentativa de explicação em torno do que provoca o suicídio nos parece frágil e insuficiente, mas nos provoca vislumbrar a urgente necessidade de esforços para implementações e intervenções que, de fato, influenciem e amenizem os sofrimentos e, assim, ocorra a tentativa de preservar a vida.

Tabela 6 – Panorama psicossocial do sofrimento dos usuários dos CAPS III

MOTIVOS DESENCADEADORES DO SOFRIMENTO ENQUANTO PRIMEIRA CRISE	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTENBERG BOTELHO = 301	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Luto	32	12	36	12
Depressão pós parto	17	6,3	21	7
Fim de relacionamento	14	5	20	6,6
Violência doméstica	14	5	9	3
Problemas de saúde	13	4,8	10	3,3
Drogas	8	3	8	2,7
Traição	8	3	6	2
Relacionado aos Estudos	8	3	3	1
Pressão no trabalho	8	3	3	1
Separação dos Pais	—	—	8	2,7
Demissão e Desemprego	7	2,7	7	2,2
Abuso sexual na infância	7	2,7	9	3
Abuso sexual	5	2	9	3
Dificuldade financeira	4	1,5	5	1,7
Pais alcoólatra	4	1,5	3	1
Excesso de religiosidade	4	1,5	1	0,3
Violência – assalto	3	1	8	2,7
Presenciou violência	3	1	6	2
Preconceito pela homossexualidade	3	1	2	0,7
Filho sequestrado	—	—	3	1
Deu o filho para adoção	2	1	—	—
Ameaça de morte	—	—	1	0,3
Bullying	1	0,4	5	1,7
Baixa autoestima	1	0,4	—	—
Abandono	1	0,4	3	1
Sonho interrompido	—	—	1	0,3
Reconhecimento de vítima no IML	—	—	1	0,3
TOTAL	167	62	188	62,5
APENAS DESCREVE COMO FOI A PRIMEIRA CRISE	52	19	65	21,5
RELATA UM HISTÓRICO GERAL	48	18	48	16
Sem informação	3	1		
TOTAL GERAL	270	100	301	100

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

Os dados dessa tabela foram organizados de acordo com as narrativas descritas nos prontuários e realizadas pelo técnico responsável no momento do primeiro acolhimento do usuário nos CAPS. No CAPS Caminhar, esta narrativa está dividida em dois momentos, que são denominados “História da doença e História pessoal”. No CAPS Gutemberg Botelho, esse espaço denomina-se “Histórico de vida”.

Trata-se de um espaço nos prontuários reservado para descrever a experiência de vida do usuário (relatada por este, pelo familiar ou responsável, ou mesmo por ambos), no momento de seu primeiro acolhimento que, geralmente, se dá no processo de triagem e de admissão. Portanto, é um espaço que, apesar de limitado e objetivo, revela aspectos significativos da vida do usuário.

Dessa forma, identificamos três variáveis para sistematização dos resultados. A **primeira** relaciona-se aos motivos que foram elencados como desencadeadores do sofrimento enquanto primeira crise, ou seja, utilizamos como critério valorizar a narrativa, independente da nossa interpretação. Tal assertiva decorreu em virtude das narrativas apresentarem, quase sempre, um conjunto de motivos que atravessam o sofrimento, mas que, para o usuário e o seu familiar, o problema de saúde mental teve início a partir de um elemento desencadeador. Vejamos, como exemplo, a descrição do prontuário de nº 20 para melhor entendimento de como os resultados foram tabulados:

A primeira crise foi em 2015 depois da cirurgia na mão; piorou depois do nascimento da filha mais nova e o corte do salário. Isso a levou à agressividade, tristeza e tentativas de suicídios. É técnica de enfermagem e diz saber várias formas para se matar, como tomar e injetar remédio direto na veia. Usuária com histórico de várias tentativas de suicídios. Infância sofrida; dificuldade na UFPB para se formar; com 17 anos foi abusada sexualmente e a primeira tentativa de suicídio; tem 2 filhos.

Esse relato está quantificado na variável “Problemas de saúde”, por indicar claramente que iniciou depois da cirurgia na mão, no entanto, poderia ser somado à “Depressão pós-parto”, como também à “Demissão e desemprego”, bem como ao “Abuso sexual”.

A **segunda** está relacionada aos resultados em que as narrativas não expressavam que problemática havia desencadeado a primeira crise, ou seja, não informam o motivo da primeira crise, descrevendo detalhes da situação e dos sintomas apresentados. O prontuário nº 213 expressa essa variável:

Primeira crise a 4 anos atrás com depressão, choro, inquietação, insônia, alucinações auditivas, ideação suicida, violência contra si e contra objetos. Aos 08 anos era amarrada pela mãe em casa; começou a estudar aos 11 anos, porque a mãe não permitia, pois tinha que cuidar dos irmãos menores; catava e comia lixo na

adolescência; casou aos 15 anos, teve 04 filhos; casou 02 vezes; trabalhou como cozinheira.

E a **terceira** variável constitui aqueles que identificamos tratar de um histórico mais geral da vida do usuário, pois apresenta um histórico pontual de sua vida, conforme descrição do prontuário nº 121: “Usuário mora com a mãe e com a irmã; já teve mais de 10 internações; primeiro surto com 18 anos. Começou a ingerir bebida alcoólica aos 14 anos; quando faz uso se nega a tomar a medicação. Quebrou a TV e foi para o PASM”.

Os dados dos dois CAPS revelam que a maioria (correspondendo a mais de 60%) dos usuários apresentou um elemento desencadeador de agravamento do sofrimento, que se desdobra como uma crise, com necessidade limite para se procurar um serviço de saúde. Nesse momento, o sofrimento psicossocial é capturado pela psiquiatria enquanto transtorno mental, com valorização dos sintomas, busca de um diagnóstico e medicalização.

O sofrimento humano, na sua dimensão psicossocial, evidencia os processos de construção de subjetividades que são atravessados pela produção e reprodução da vida. Nesse sentido, acreditamos que os resultados reforçam a presença do sofrimento psicossocial, indicando que os diversos modos de existência e de sobrevivência irão sempre incidir, de um modo ou de outro, na forma individualizada de sentir, de sofrer e de viver e que, apesar de suas significações serem singulares, elas são mediatizadas por um determinado contexto histórico e social. Isto pressupõe que todo indivíduo está sujeito a sofrer, mas nem todo indivíduo sofre pelos mesmos fatos ou motivos. Além disso, vale ressaltar que nem todo sofrimento produz sintoma ou pode ser interpretado como sintoma, assim como nem todo sintoma implica em sofrimento para o indivíduo. As distintas formas de sofrer e de interpretação desse fenômeno perpassam um conjunto de categorizações e arranjos que refletem a organização social, o momento histórico e todo o embate dessas forças no campo da saúde mental, implicando na subjetivação e identidades dos indivíduos que sofrem.

No que tange aos motivos como elemento desencadeador do sofrimento, nos surpreendeu as maiores frequências se apresentarem para ambos os CAPS. No CAPS Caminhar, destacam-se: 1) luto (12%); 2) depressão pós-parto (6,3%); 3) fim de relacionamento (5%); 4) violência doméstica (5%); 5) problemas de saúde (4,8%). No Gutemberg Botelho temos: 1) luto (12%); 2) depressão pós-parto (7%); 3) fim de relacionamento (6,6%); 4) problemas de saúde (3,3%); e 5) violência doméstica (3%).

A variável luto, com destaque em ambos os CAPS, foi quantificada quando as narrativas descritas referiam-se à perda por morte de um ente querido. Portanto, trata-se da vivência

posterior à experiência da perda por morte, que causou um sofrimento identificado como desencadeador da primeira crise. Merece destaque a descrição do prontuário nº 107:

Há 21 anos quando a mãe morreu teve a primeira crise, passando a dormir debaixo da cama para não ter contato com ninguém e foi internada; após separação do marido outra crise; tomou medicamento para morrer; ficou um tempo na UTI; também tentou matar o ex-marido colocando veneno de rato na comida dele.

Segundo Franco (2010 apud PEREIRA; PIRES, 2018, p. 205), “[...] o luto pode ser entendido por diversos olhares, como os da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia, sociologia, antropologia, etologia [...]”, que expressa suas particularidades em torno da temática. No entanto, de modo geral, podemos dizer que esses olhares apresentam um ponto em comum, uma vez que não analisam o fenômeno do luto considerando apenas os aspectos subjetivos, ou seja, as análises envolvem direta ou indiretamente aspectos sociais e culturais presentes na sociedade.

Desta forma, ao inclinarmos nossa atenção para o âmbito emocional que envolve o sujeito enlutado, é preciso ter em mente que a própria emoção se constrói a partir da intersubjetividade, da teia de relações sociais e culturais que transitam no indivíduo de maneira singular, num encadeamento temporal e espacial determinado. As relações sociais que envolvem o luto [...] parte “do princípio de que as experiências emocionais singulares, sentidas e vividas por um ator social específico, são produtos relacionais entre os indivíduos e a cultura e sociedade” (KOURY, 2004 apud FREIRE, [200-?], p. 12).

Nessa perspectiva, compreende-se que o luto envolve a experiência individual, social e coletiva, pois envolve um sofrimento pela perda do outro que, conseqüentemente, reflete nas relações sociais. De acordo com Elias (2001, p. 76): “A morte não é terrível. [...] Terrível pode ser [...] a perda sofrida pelos vivos quando morre uma pessoa amada. Não há cura conhecida. Somos parte uns dos outros”.

E, nesse aspecto de ser parte um dos outros, é significativo mencionar a variável “Fim de relacionamento” porque mantém uma relação intrínseca com o luto, uma vez que esta envolve perda, mudança, sofrimento etc. Segundo Kovács (2008 apud PEREIRA; PIRES, 2018, p. 201):

[...] a perda é um dos processos mais desorganizadores da vida humana, não somente de pessoas, mas qualquer processo que envolve mudança de vida, denominada como pequenas mortes, pelo fato de implicar no desaparecimento de uma condição antiga e conhecida, e a obrigatória passagem para uma condição nova e desconhecida.

Assim, considerando a contextualização do enlutar-se, podemos considerar o conjunto de motivadores do sofrimento enquanto primeira crise, expostos na Tabela 6, como “pequenas mortes” ou “presença da morte em vida” que, resguardando as múltiplas particularidades motivacionais, apresentam sofrimento psicossocial.

Tabela 7 – Descrição da amostra conforme parâmetros e variáveis acerca do histórico da busca por cuidados

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	CAPS CAMINHAR = 270		CAPS GUTENBERG BOTELHO = 301	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
ITINERÁRIO PARA ADMISSÃO	Espontânea	102	37,6	127	42
	PASM	67	24,6	81	27
	USF	50	18,5	29	9,7
	Hosp. Psiquiátricos	21	7,8	9	3
	CAPS	17	6,3	12	4
	CAIS	5	2	2	0,7
	Conselho Tutelar	2	0,8	—	—
	Maricômio Judiciário	1	0,4	—	—
	Casa Acolhida	—	—	4	1,3
	Hosp. Geral/Policlínica	—	—	4	1,3
	TRJ	—	—	3	1
	CRAS	—	—	3	1
	FUNAD	—	—	2	0,7
	Defensoria	—	—	2	0,7
	Centro de Cidadania	—	—	2	0,7
	UPA	—	—	1	0,3
	Reavivare	—	—	1	0,3
	Assembleia	—	—	1	0,3
	Sem informação	5	2	18	6
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	SIM	131	49	121	40
	1	44	17	78	25,6
	2 à 3	32	12	8	2,7
	Algumas (4 à 8)	35	13	2	0,7
	Várias (+ 8)	20	7	33	11
	NÃO	119	44	156	52
	Sem informação	20	7	24	8
READMITIDOS NO CAPS	SIM	58	22	79	27
	Feminino	44	17	53	18
	Masculino	14	5	26	9
	NÃO	212	78	222	73

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

Os dados da Tabela 7 foram organizados a partir do histórico do itinerário terapêutico presentes nos prontuários dos usuários dos CAPS pesquisados. Estes constituem-se como ferramenta potencial para compreensão do processo de cuidado em saúde.

Itinerários terapêuticos³⁶, de forma geral, são caracterizados enquanto “[...] uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória” (ALVES, 1999 apud CABRAL, 2010, p. 65).

Numa perspectiva mais ampliada, Hernáez (2006) afirma que os itinerários terapêuticos são os processos adotados pelos indivíduos e grupos humanos, sendo constituídos por todos os movimentos dos usuários na busca da preservação ou recuperação da saúde e, para isso, podem mobilizar diferentes meios de cuidado, como os cuidados caseiros e práticas religiosas, bem como a rede de saúde.

[...] Por exemplo, o usuário pode visitar a Igreja antes ou depois de uma consulta com o médico ou o enfermeiro; utilizar fitoterapia que lhe tenha sido indicada por um curandeiro junto com os fármacos; recorrer à assistência nos ritos próprios de sua cultura; se autocuidar seguindo instruções dadas por um vizinho ou parente e experimentar a homeopatia (HERNÁEZ, 2006, p. 3-4).

Seguindo a lógica de uma perspectiva ampliada de entendimento acerca de itinerários terapêuticos, têm-se, ainda, as contribuições de Cabral *et al.* (2011) quando conceituam, baseados em vários autores, os itinerários terapêuticos como um conjunto de diferentes ou múltiplos movimentos que são acionados pelos indivíduos e seus familiares para preservar ou recuperar a saúde.

Diante dessas breves contribuições, nosso entendimento é o de considerar itinerários terapêuticos a partir das concepções de sentido ampliado, em que a busca pelo cuidado ultrapassa o âmbito das redes de saúde e valoriza as diversas experiências vivenciadas. No entanto, os resultados da nossa pesquisa apresentam limitações quanto ao processo ampliado, pois as narrativas descritas nos prontuários revelam, sobretudo, o itinerário terapêutico como movimento do usuário na rede de saúde, salvo poucos encaminhamentos que foram realizados por outros serviços.

Apesar dessa limitação, consideramos importante compreender como os usuários acessam a RAPS, a partir da sua experiência de sofrimento, pois a busca pelo serviço de saúde é reflexo do agravamento do sofrimento e das situações de crise, que toma uma dimensão insustentável, levando o indivíduo e/ou o familiar a buscar o cuidado em um serviço da rede de saúde mental.

³⁶ Muitos são os estudos e concepções acerca de itinerários terapêuticos, dos quais podemos citar: Alves, Rabelo e Souza (1999); Hernáez (2006); Cabral (2010); Cabral *et al.* (2011); Pinho e Pereira (2012); Alves (1993; 2015); Moreira, Bosi, Soares (2016).

De acordo com os resultados da nossa pesquisa, os usuários acessam os CAPS, na sua maior frequência, de forma espontânea, correspondendo a 37,6% do CAPS Caminhar e 42% do Gutemberg Botelho. Resultado que pode significar uma ampliação das informações e/ou divulgações dos CAPS enquanto serviços substitutivos, que funcionam de “portas abertas”, ou pode significar o quanto a rede ainda é frágil e pouco comprometida em encaminhar os usuários para os CAPS, o que nos leva a questionar: para onde os serviços estão encaminhando o indivíduo quando identificam que ele necessita de cuidados em saúde mental?

O PASM aparece como a segunda maior frequência também de ambos os CAPS, sendo este Pronto Atendimento no acolhimento, geralmente, nas situações de crise. Nesse sentido, exerce um papel importante na RAPS, bem como nos itinerários terapêuticos dos usuários, por constituir-se enquanto um ordenador de fluxo da rede de saúde mental do município.

Observa-se, ainda, uma demanda que foi encaminhada pelo hospital psiquiátrico, revelando a forte influência cultural de um lugar simbólico de referência na saúde mental e que, por isso, ainda é muito solicitado. Além disso, é importante lembrar que, contrariando os preceitos da reforma, o hospital psiquiátrico faz parte da RAPS e, assim, permanece um impasse na reversão do modelo de cuidado na saúde mental.

O hospital psiquiátrico faz parte da experiência e do itinerário terapêutico de muitos usuários, conforme dados da pesquisa, indicando que a maioria deles foram internados (49% do CAPS Caminhar e 40% do CAPS Gutemberg Botelho) e o que é ainda mais penoso, muitos vivenciaram várias internações psiquiátricas.

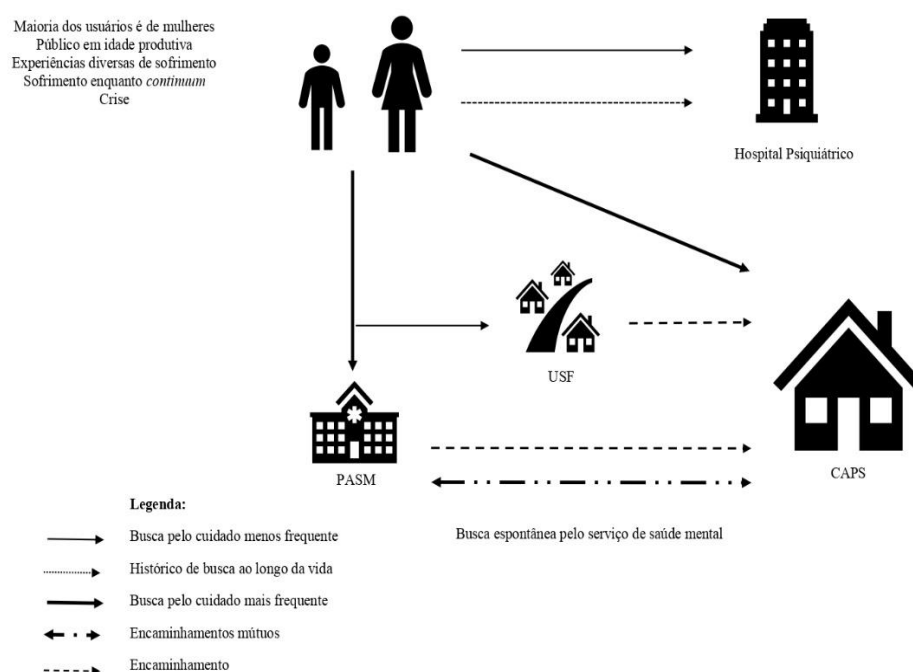
No que se referem às readmissões nos CAPS, constatamos um contexto que envolve rupturas e retornos em uma correlação, pois identificamos que mais de 20% dos usuários de ambos os CAPS foram readmitidos. De acordo com nossas observações e anotações no diário de campo, as rupturas com os serviços dos CAPS acontecem por duas vias, uma relacionada à **alta da equipe multiprofissional**, quando se entende que o usuário não precisa dos cuidados em saúde prioritariamente nos CAPS, podendo, por exemplo, ser acompanhado pela ESF; e a outra a **alta administrativa**, quando o usuário abandona o serviço. E como estes tem dificuldade estrutural na busca ativa, ocorre o desligamento do usuário enquanto demanda ativa. Quanto aos retornos, estes estão relacionados as rupturas em suas duas vias; na primeira, quando o usuário não tem suas demandas atendidas, quase sempre pelo processo de precarização da RAPS, sobretudo pela falta de medicamentos e de profissionais; na segunda, quando o usuário tem seu sofrimento agravado, sendo encaminhado ou espontaneamente procura o CAPS.

Esse processo de rupturas e retornos faz parte do itinerário terapêutico da maioria dos usuários que se encontram nos CAPS. Contudo, o que nos preocupa é identificar itinerários que,

mesmo depois de acolhido pelos CAPS, alguns ainda buscam o hospital psiquiátrico. Por outro lado, entendemos as fragilidades e as limitações da rede, bem como as vulnerabilidades desse grupo social e seus familiares que, possivelmente, não reconhecem o papel dos serviços de saúde mental pautados na reforma.

Em síntese, apresentamos a Figura 9, que comporta um panorama geral do itinerário terapêutico dos usuários dos CAPS pesquisados, construído a partir dos resultados contidos nos prontuários, cujas análises confirmam, em sua maioria, que os itinerários circulam entre os serviços da RAPS e uma minoria por outros serviços. Contudo, a busca pelos CAPS tem como destaque a demanda espontânea.

Figura 9 – Itinerário terapêutico geral dos usuários a partir da análise dos dados extraídos dos prontuários



Fonte: Elaboração Própria.

O cenário dos itinerários terapêuticos indica que o CAPS vem assumindo o papel central na produção do cuidado em saúde mental, sendo um dispositivo acessado predominantemente por demanda espontânea. O PASM, por sua vez, participa dos itinerários como referência à

crise e como ordenador de fluxo da rede, que carece de investimentos rumo a uma efetiva atenção psicossocial dada a falta de diversidade dos equipamentos de cuidado. O hospital psiquiátrico permanece na rede, sendo acessado ocasionalmente e de forma espontânea, precisamente nos momentos de “crise”. E, por ser uma instituição histórica, está presente no itinerário de muitos usuários, cujas experiências estão marcadas pelas internações psiquiátricas. A atenção básica apresentou uma frequência mínima nos itinerários, dada a sua delimitação como porta de entrada para a saúde no território, fato que pode indicar desatenção no processo de cuidado neste ponto de atenção da RAPS.

Nesse sentido, queremos ressaltar que, apesar de experimentar avanços a partir das novas experiências impulsionadas pela reforma psiquiátrica, os serviços psicossociais enfrentam inúmeras dificuldades e isso impede o fortalecimento da rede. O CAPS, enquanto principal serviço estruturante da RAPS, não é capaz de garantir sozinho um cuidado de qualidade, tampouco de efetivar um dos princípios fundamentais da reforma, que é o processo de desinstitucionalização. Dito de outra forma, os serviços de base psicossocial têm dificuldades no suporte necessário e ser referência espontânea para aqueles que sofrem, contribuindo para que os hospitais psiquiátricos tenham seu lugar e sua permanência como serviço de saúde mental. Essas dificuldades são reflexos de um contexto impregnado por uma narrativa de difícil desconstrução, mas não impossível, fazendo-se a construção de práticas sociais que acreditem em uma sociedade mais justa e igualitária, que respeite as diferenças, em especial, as diferenças das experiências singulares humanas.

4 A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL: OS SIGNIFICADOS E OS SENTIDOS DAS NARRATIVAS

Neste capítulo, apresentamos os dados empíricos da nossa pesquisa de campo que buscou, a partir da experiência do sofrimento, compreender a realidade complexa vivenciada pelas pessoas com problemas de saúde mental, verificando em que medida as mudanças socioculturais sobre as formas de entender a loucura modificam a experiência do sofrimento humano e as formas de assistência na saúde mental. Daí, o título do capítulo, que nos convida a refletir sobre os seres humanos enquanto produtores de significados, os quais surgem de nossas experiências em sua relação com os contextos sociais e culturais. É nessa relação que buscamos dar sentido à complexidade da vida e isso molda como somos afetados e como respondemos a ela.

Neste momento, cabe retomarmos os objetivos do estudo que se concretizam na análise produzida com suporte da nossa fundamentação teórica, sobretudo, considerando a nossa proposta do sofrimento psicossocial. Esse capítulo teve por finalidade atender aos objetivos do nosso estudo, relacionados à pesquisa de campo. Assim, apresentamos os dados que identificam os usuários entrevistados; buscamos conhecer seus itinerários terapêuticos a partir de seus dispositivos de cuidados, acionados na busca pela atenção à saúde; buscamos compreender a experiência do sofrimento a partir dos acontecimentos da história de vida dos participantes, enquanto marco desencadeador da primeira crise; analisamos como a narrativa da saúde mental interfere na experiência do sofrimento e nas compreensões dos significados da loucura; buscamos compreender como o problema de saúde mental se incorpora no cotidiano da vida dos usuários e os impactos sobre a pessoa e a imagem de si; e, por fim, buscamos compreender como a família vivencia e participa da produção do cuidado em saúde mental.

A nossa pesquisa, de natureza qualitativa, contou com uma amostra de vinte e dois (22) usuários (treze (13) do CAPS Caminhar e nove (9) do CAPS Gutemberg Botelho e doze (12) familiares, sendo nove (9) do CAPS Caminhar e três (3) do CAPS Gutemberg Botelho. As entrevistas foram realizadas individualmente nas dependências dos CAPS, gravadas e cada uma teve uma duração média de três horas. Algumas precisaram de um retorno, em vista da necessidade que o usuário apresentou para narrar sua experiência de vida. Tempo que já prevíamos por se tratar da metodologia da história oral.

É importante ressaltar que fomos bem acolhidos pelos trabalhadores de ambos os serviços, facilitando toda nossa estadia, sobretudo, no momento da pesquisa com os usuários e familiares, pela necessidade de um espaço reservado para as entrevistas e colaboração ativa no

levantamento da amostra, que se deu de forma aleatória com o consentimento em participar. Os entrevistados mostraram-se extremamente interessados em contribuir e de poderem compartilhar suas experiências.

De modo geral, as entrevistas foram marcantes e congregam um material biográfico importante para o campo da saúde mental. Algumas foram marcadas por momentos de grandes tensões, já previstas por tratar-se da narrativa dos sofrimentos, haja vista o processo de reviver histórias de perdas, de desencontros, de desamores, de desesperanças, enfim, momentos de extremas dificuldades em suas vidas. Tensões essas que foram contornadas pela pesquisadora, não atrapalhando o desenvolvimento das entrevistas, mas que reforçam os fortes impactos do sofrimento psicossocial.

Sempre que percebíamos que o entrevistado estava imerso em muito sofrimento externalizado pelo choro, pela voz trêmula, raiva e angústia, interrompíamos a entrevista por um instante e nos posicionávamos em um movimento de acolhimento, além de contar com o suporte da equipe dos CAPS, atendendo também aos preceitos éticos da Resolução 510. E, ao perguntar se os usuários preferiam encerrar a entrevista, eles foram unânimes em responder que gostariam de continuar, pois suas narrativas evidenciam um apelo no sentido da necessidade em ser escutado, talvez pelo fato de serem quase sempre silenciados, e ter alguém que se encontra em uma posição externa à rotina institucional se traduz em uma oportunidade para compartilhar suas histórias ou, até mesmo, aliviar suas angústias.

As narrativas geradas nas entrevistas foram transcritas na íntegra, abolindo-se apenas pausas e repetições, adequando as frases para favorecer o entendimento delas. Nesse sentido, consideramos todas as falas e buscamos registrar, ao final de cada entrevista, todas as nossas impressões das reações e das narrativas dos participantes, como a expressão oral original, registrando os gestos, os olhares, o tom da voz, enfim, as reações dos pesquisados, bem como da pesquisadora.

De modo geral, a interpretação das narrativas seguiu as seguintes etapas: transformação das narrativas em textos; leitura simples; levantamento do perfil, dos dispositivos de cuidados e organização das temáticas.

A análise do material está pautada em uma concepção de saúde mental que parte da historicidade, das contradições e da totalidade. Nesse sentido, resgatamos a nossa proposta do sofrimento psicossocial como alternativa conceitual que considera os problemas de saúde mental como múltiplas expressões da experiência singular do sofrimento humano na sua relação indissociável com a sociedade.

Os participantes foram identificados por números de acordo com a ordem da realização das entrevistas e são identificados pela palavra “Entrevistado e/ou Entrevistada”, seguido do número crescente, correspondente à ordem das entrevistas, assim, tem-se: Entrevistada 1; Entrevistada 2 e assim sucessivamente até o número 22.

A sistematização e a organização dos dados obedeceram a uma apresentação com tabela e quadros, cujos resultados estão expostos em forma de textos, contendo, geralmente, a indicação da temática e as narrativas dos entrevistados, em atendimento à finalidade de valorizar a narrativa individual dos entrevistados, considerando nossa abordagem metodológica pautada na história oral. Portanto, temos os dados de identificação, os elementos que delimitaram seus itinerários terapêuticos a partir dos dispositivos acionados e as questões temáticas demarcadas pela experiência do sofrimento.

Assim, para melhor exposição e análise dos dados, o presente capítulo foi estruturado em três eixos. No Eixo 1, apresentamos a análise do perfil dos usuários entrevistados; no Eixo 2, temos as narrativas sobre a busca de cuidados em saúde mental; e o Eixo 3 corresponde às análises das temáticas, incluindo, ainda, os resultados das entrevistas com os familiares.

4.1 EIXO 1: NARRATIVAS DO PERFIL DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Este eixo trata-se da apresentação do perfil dos entrevistados da nossa pesquisa qualitativa, os quais são identificados a partir da narrativa individual, que expõe as variáveis sociodemográficas de cada entrevistado, cujos resultados não apresentam caráter generalizante.

Considerando nossa abordagem metodológica pautada na história oral, valorizando a narrativa, apresentamos nossos entrevistados fazendo uso de suas próprias descrições e representações e, nessa direção, algumas narrativas do perfil já começam a revelar indícios da transversalidade do sofrimento psicossocial. Acreditamos que os entrevistados, ao longo de suas experiências de vida, passaram e/ou foram expostos a questões traumáticas ou de sofrimento intenso, que pode configurar-se como sofrimento psicossocial.

A Tabela 8, a seguir, apresenta os 22 entrevistados, e o que delimita o gênero é a indicação com palavra Entrevistado ou Entrevistada, que antecede o número crescente da ordem das entrevistas. Sistematizamos os dados do perfil, considerando as seguintes variáveis: gênero; idade; estado civil; cor da pele; filhos; nível de escolaridade; mundo do trabalho; benefício social; renda familiar; número de residentes e a condição de moradia.

Tabela 8 – Apresentação dos entrevistados

Entrevistada 1	Tem 43 anos, solteira, negra, evangélica, mãe de um filho de 22 anos, que mora com ela e é o familiar responsável pela mesma no CAPS; concluiu a 8ª. série do ensino fundamental; começou a trabalhar aos 6 anos de idade em casas de famílias; beneficiária do BPC; a renda familiar é de 2 salários mínimos para 2 pessoas, com casa própria.
Entrevistada 2	Tem 32 anos, união estável há 14 anos, branca, evangélica não praticante; foi criada pela avó; mãe de 2 filhos meninos (13 e 3 anos); concluiu o ensino fundamental; emprego formal em escola em serviços gerais há 1 ano e 6 meses; renda familiar de 2 salários mínimos para 4 pessoas, com casa própria.
Entrevistada 3	Tem 61 anos, solteira, branca, católica, criada pela tia, mãe de 2 filhos (a menina de 42 anos legítima e o menino de 36 adotado); curso de fisioterapia incompleto; trabalhou como vendedora ambulante de cosméticos; pensionista pelo pai; reside com a filha em casa própria, com renda familiar de 2 salários mínimos.
Entrevistado 4	Tem 36 anos, solteiro (teve poucas namoradas na infância), de cor parda, sem religião; concluiu o ensino médio; não trabalha; beneficiário do BPC, com renda familiar de 1 salário mínimo; reside em casa própria da irmã que faz salgado para complementar a renda.
Entrevistada 5	Tem 27 anos, solteira (nunca namorou), branca, evangélica; concluiu o ensino médio e cursos de assistente administrativo e de informática, mas nunca trabalhou na área; já trabalhou em serviços domésticos e em frigorífico; está desempregada há 4 anos e não recebe nenhum benefício social; a renda familiar de 1 salário mínimo; reside em casa alugada com a mãe, duas irmãs e um sobrinho.
Entrevistado 6	Tem 27 anos, solteiro, de cor parda, católico; concluiu o ensino médio; nunca trabalhou; beneficiário do BPC; renda familiar de 1 salário mínimo; reside em casa própria com a mãe, que também é usuária do CAPS e um cachorro.
Entrevistada 7	Tem 22 anos, solteira (estar namorando há 1 ano e 8 meses), de cor parda, católica; concluiu o ensino médio; nunca trabalhou; estão sem renda familiar, sem benefícios, sendo ajudados por vizinhos; reside com a mãe e um irmão, em casa cedida pela tia.
Entrevistada 8	Tem 51 anos, divorciada, de cor parda, evangélica; estudou até a 7ª série do ensino fundamental; mãe de 3 filhos; desempregada, trabalhou em serviços domésticos e em loja de móveis usados; renda familiar de 1 salário mínimo (BPC do filho); reside em casa própria com 1 filho que também é acompanhado pelo CAPS.
Entrevistado 9	Tem 45 anos, separado, de cor parda, católico; estudou até a 3ª série do ensino fundamental; pai de 2 filhos; desempregado, sem benefício social; trabalhou informalmente em depósito de construção; não soube informar a renda familiar; reside em casa própria com 12 pessoas (pais, irmãos, filhos e sobrinhos).
Entrevistada 10	Tem 53 anos, solteira, de cor branca, católica; ensino médio completo; mãe de 1 filho de 21 anos que está detido; aposentada, trabalhava em empresa privada; renda familiar de 1 salário mínimo; reside sozinha em casa própria.
Entrevistada 11	Tem 60 anos, divorciada, de cor branca, evangélica; graduada em pedagogia e especialista em Educação de Jovens e adultos; mãe de 2 filhos (já casados); aposentada, trabalhou como pedagoga 30 anos, foi coordenadora de casa de acolhida e diretora de 2 grandes escolas; renda familiar em torno de 2 salários mínimos; reside com a filha e o genro. Tem casa própria.
Entrevistada 12	Tem 32 anos, divorciada, de cor branca, católica; graduação em enfermagem e estava cursando história; mãe de 3 filhos (13, 8 e 6 anos) que moram com os avós; tem emprego formal, mas está afastada por motivos de saúde e não está sendo remunerada, portanto, sem renda e vivendo de ajuda de familiares e amigos; reside sozinha em casa alugada pelo pai.
Entrevistado 13	Tem 51 anos, casado, de cor parda, evangélico; ensino médio completo; pai de 2 filhas (já casadas); aposentado, trabalhava como vigilante em um banco; renda familiar 2 salários e meio; reside com a esposa em casa própria.

Entrevistado 14	Tem 37 anos, casado, e cor parda, espírita Kardecista; ensino médio completo; tem 2 enteadas (desde os 10 anos de idade, assumiu como filhas); beneficiário do BPC; trabalhava como motoboy de uma empresa; renda familiar de 1 salário mínimo; reside com a esposa em casa própria.
Entrevistado 15	Tem 38 anos, solteiro (tem uma noiva), de cor branca, sem religião; ensino médio completo; trabalho informal em uma oficina mecânica; renda familiar em torno de 1 e ½ salário mínimo; reside com os pais e uma irmã, em casa própria.
Entrevistado 16	Tem 59 anos, divorciado, negro, sem religião; analfabeto; desempregado; não recebe benefício social; pai de uma filha de 25 anos; não soube informar a renda familiar; reside com a mãe, 4 irmãs e 1 irmão, em casa própria.
Entrevistada 17	Tem 34 anos, solteira, de cor parda, católica; graduada em Educação Artística, especialista em artes, educação e sociedade; trabalho formal em uma escola municipal, professora concursada; renda familiar de 6 salários mínimos; reside com os pais e uma irmã em casa própria.
Entrevistado 18	Tem 60 anos, casado, de cor branca, católico; estou até a 4ª do ensino fundamental; pai de 2 filhos (casados); desempregado, sem benefício social; último trabalho como cobrador em empresa de ônibus; sem renda familiar (vivendo da ajuda de familiares); reside com a esposa, em casa cedida.
Entrevistada 19	Tem 57 anos, separada, de cor branca, católica; graduada em Ciências Contábeis; mãe de 3 filhos; desempregada, trabalhou na Caixa Econômica; não soube informar a renda familiar; reside com 2 filhos em casa própria.
Entrevistada 20	Tem 44 anos, casada legalmente, mas separada de corpos, de cor branca, católica; ensino médio completo; mãe de 2 filhos (26 e 18 anos); desempregada (não consegui trabalhar), trabalhou como autônoma, beneficiária do Programa Bolsa Família, com renda familiar de R\$179,00 (vivendo da ajuda do irmão e da filha); reside sozinha com 3 cachorros em casa alugada.
Entrevistado 21	Tem 33 anos, solteiro (tem uma namorada), de cor parda, católico; cursando Automação Industrial no Instituto Federal da Paraíba (IFPB); beneficiário do BPC; trabalhou com Telemarketing; renda familiar 1 e ½ salário mínimo; reside com a mãe em área rural do município, em casa própria.
Entrevistado 22	Tem 55 anos, casado, de cor branca, religião “Deus”; ensino médio incompleto; pai de 4 filhos (27, 25, 18 e 9 anos de idade); Aposentado; trabalhou como radialista, locutor e exerceu cargo de vereador; renda familiar em torno de 3 salários mínimos; reside com a esposa e 2 filhos, em casa alugada.

Fonte: Elaborada a partir dos dados da pesquisa.

Como já sinalizado, o perfil dos 22 entrevistados não tem a pretensão de constituir-se em caráter generalizante para os CAPS III que acolhem usuários adultos com problemas de saúde mental. Esse perfil generalizante foi apresentado no Capítulo 3, em seu tópico 3.3, que corresponde aos dados da pesquisa documental nos prontuários, que subsidiou a contextualização dos campos de estudo, cujo panorama geral do perfil é quantitativamente expressivo.

Por outro lado, podemos dizer que as narrativas do perfil dos 22 entrevistados apresentam um conjunto de características que fortalecem nosso estudo, haja vista a heterogeneidade do grupo participante, pois, apesar da amostra ter sido aleatória, os perfis já sinalizam para uma densidade de conteúdo. Essa densidade, certamente, contribuirá para ampliar os conhecimentos e, conseqüentemente, descortinar algumas das amarras do campo da saúde mental.

A primeira variável está relacionada ao gênero, correspondendo a 12 usuárias e 10 usuários entrevistados, ou seja, tem-se, de certa forma, um equilíbrio na nossa amostra em relação à presença de gênero. Isso é interessante para a análise das experiências de grupos com identidades culturais diferenciadas, pois acreditamos que o campo da saúde mental é permeado e envolve múltiplas dimensões que incidem diretamente e diferentemente em todas as classes sociais e nas relações de gênero. Desse modo, é imprescindível considerar a indissociabilidade das questões históricas, a construção sociocultural das relações de gêneros e os acontecimentos vivenciados pelos indivíduos. Com isso, queremos buscar desconstruir concepções reducionistas e biologizantes, que enfatizam a existência de diferenças no funcionamento mental entre os gêneros, em especial, aqueles paradigmas que consideram as mulheres biologicamente mais susceptíveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental.

O fato da constatação em ter mais mulheres que homens que são acompanhadas nos CAPS III, conforme os dados do perfil da nossa pesquisa documental, cujo percentual foi de 62% e de outras pesquisas já citadas no Capítulo 3, não deve ser justificado por questões biologizantes. É preciso considerar o processo de socialização determinado nas sociedades, incidindo na construção das questões socioculturais de gênero, às quais determinam a forma como vivenciamos os sofrimentos e como buscamos o cuidado em saúde mental.

Outro elemento importante é que a presença majoritária do gênero feminino nos CAPS III se inverte nos CAPS ad, como constatado em estudos nesses serviços acerca do perfil sociodemográfico, revelando a intrínseca relação sociocultural entre gênero e saúde mental. Assim, podemos inferir que o gênero feminino apresenta cuidados em saúde mental recorrendo aos CAPS III adulto, enquanto o gênero masculino busca os CAPS ad que, por sua vez, estão associados ao álcool e outras drogas. Portanto, resguardadas as particularidades subjetivas, tem-se verificado que o processo de externalização do sofrimento, bem como a forma de busca por cuidados entre os gêneros são diferentes. Isso ocorre porque essas formas estão atreladas a determinadas concepções de saúde e doença, e, na procura por cuidados, homens e mulheres acessam de modo diferente os serviços de saúde e os sentidos produzidos nessa busca, também, nos parecem distintos em virtude da construção dos papéis de gênero na sociedade.

Segundo Rabasquinho e Pereira (2007, p. 439), mulheres e homens são culturalmente determinados pelo processo de socialização, que provoca problemas de saúde mental diferenciados entre os gêneros, indicando que até a forma de expressar o sofrimento é também uma construção social.

[...] parece que mulheres são mais socializadas no sentido de internalizar o *distress* do que os homens, o que contribui para desordens associadas à depressão, ansiedade e

ideação suicida. Por seu turno, os homens são encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização esta que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio [...].

Ainda para estes autores, o uso de substâncias psicoativas e os comportamentos antissociais são elementos socialmente mais aceitáveis para os homens expressarem seus sofrimentos, evitando a expressão relacionada a problemas de saúde mental, que vem recheada de interpretação relacionada ao fracasso, muito temida para o gênero masculino. Já as mulheres convivem com uma pressão causada pelos múltiplos papéis sociais e por violações de gênero e são, simultaneamente, expostas a vulnerabilidades sociais, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. Daí, os maiores números de mulheres em CAPS III adulto de transtorno mental, números que se invertem quando se trata das demandas dos CAPS ad. Tais questões nos possibilitam afirmar que a relação de gênero e saúde mental é complexa e mediada por variados fatores que irão incidir na forma como sofremos e como buscamos ajuda, residindo aí o componente subjetivo.

Outra variável que também fortalece nosso estudo é das idades dos entrevistados, as quais apresentaram um misto de faixas etárias, correspondendo às experiências de indivíduos nos grupos dos 20, 30, 40, 50 e 60 anos, isto é, experiências de um grupo jovem, de adultos e também de idosos. Este misto de faixas etárias nos permite afirmar que o sofrimento está presente nas diferentes fases da vida, impactando e até mesmo paralisando o que se denomina de percurso “normal” da vida, cujos prejuízos podem ser sentidos no desenvolvimento dos estudos, do trabalho, das relações familiares e sociais, entre outros.

Tal apontamento nos remete à perspectiva de uma dupla hipótese, uma que possivelmente está associada a um *continuum* de sofrimento para aqueles mais jovens e a outra relacionada aos mais idosos, cuja trajetória de vida é marcada por um longo período de sofrimento. Isso pode indicar que os mais jovens estão vivenciando seus sofrimentos (e foram acolhidos pela rede ou capturados pelo circuito psiquiátrico) e que ainda podem apresentar um longo caminho a ser trilhado para a construção do cuidado e da autonomia. Por outro lado, os mais velhos expressam esse *continuum* a partir de uma longa trajetória de busca por cuidados para seu problema de saúde mental. Assim, esse *continuum* parece ser uma marca desse processo, em que possivelmente os mais jovens permanecerão, por muito tempo, vinculados aos serviços da rede e, em certa medida, regidos pelo discurso psiquiátrico até que as questões estruturais e simbólicas sejam aplacadas.

Tais hipóteses podem ser mais bem avaliadas, respectivamente, nas falas dos nossos entrevistados; “Minha família percebeu que eu não estava bem e me levaram para o CAPS

infantil “Cirandar”. Na época eu tinha 16 anos, por isso fui para o CAPS i. Quando fiz 18 anos me encaminharam para o CAPS Caminhar” (Entrevistado 6). O referido entrevistado tem 27 anos, não estuda, não trabalha e é beneficiário do BPC. A outra narrativa é do Entrevistado 18, que tem 60 anos. Vejamos:

Estou no CAPS já faz 12 anos, mas sempre tive problemas de cabeça. Só não tomava remédio. Só estudei até a 4ª série, não tinha condições de estudar porque minha cabeça era ruim. Minha infância foi muito sofrida também. Eu comecei a trabalhar com 10 anos, eu cuidava do gado, cortava capim, cheguei a fazer telha e tijolo. Com 13 anos fui trabalhar na padaria [...]. Na adolescência comecei com essas coisas de depressão, depois a vontade de cometer suicídio. Mas só tentei depois que a doença me atacou de vez. Quando a depressão ataca me dá uma tremura também, treme as pernas, fica um pouco dura, eu acho que é os nervos (Entrevistado 18).

No entanto, apesar dessa dupla hipótese se configurar como as mais aceitáveis, aqui, queremos colocá-las em suspenso (ou negá-las), afirmando a urgente necessidade de romper com a questão da cura tão cara à saúde mental, o que levou ao encarceramento das pessoas em “instituições de cura”, mas que na prática significou a mortificação do sujeito.

Basaglia (1997 apud SADE, 2014) afirma que o sentido de cura depende do sentido de normalidade. Para ele, a cura pode estar revestida em produção de vida, na ação de encontrar equilíbrio nas interações com o social, levando à autonomia do sujeito.

Esses preceitos implicam mudanças no ponto de vista pessoal, institucional e na política de saúde mental. Esta, por sua vez, contém as dimensões da produção do cuidado da abordagem Recovery, a qual envolve o apoio da família, da comunidade, das práticas profissionais, bem como orienta as políticas públicas de saúde mental para a construção da autonomia dos sujeitos e da resignificação dessa ideia de cura. As concepções promovidas pelo Recovery tiram o foco da “doença”, do “sofrimento” e dos sintomas para a construção de projetos, de sonhos e do que se pode realizar.

Nesse sentido, os esforços passam para a construção de alternativas de vida que, apesar das dificuldades advindas da experiência do sofrimento, tem-se que focar na busca de melhor qualidade de vida e compreender os CAPS como espaço de acompanhamento e de socialização, rompendo com a busca da cura que, na maioria das vezes, é a meta para se viver.

No que tange ao estado civil, a maioria se declarou como solteiros (as), resultado que não difere dos dados gerais das demandas dos CAPS III, o que pode sinalizar para a dificuldade em estabelecer vínculos e relacionamentos duradouros. Muitos são tutelados ou ficam aos cuidados da família e isso pode refletir negativamente nas relações afetivas. Contudo, também há aqueles que são solteiros por opção. Vejamos a narrativa do Entrevistado 4: “Eu nunca vivi

com ninguém. Eu já tive namorada na infância. Aqui no CAPS tem meninas que ficam a fim de mim, mas por enquanto é só amizade. Eu não sinto falta de namorar não. Sou tranquilo”.

No quesito religião, a maioria se declarou católicos, correspondendo a onze (11) dos entrevistados. Resultado que se diferencia dos dados da nossa pesquisa documental, cujo maior número foi de evangélicos. No entanto, o que nos chamou atenção foram aqueles que se declararam sem religião, correspondendo a quatro (4) entrevistados. Estes, por sua vez, expressam uma crença cristã. Conforme narrativa do Entrevistado 22: “Não tenho religião. Minha igreja é o temor do Senhor, Ele é o princípio de toda sabedoria. Faz 25 anos que sou o pastor da minha casa. E na minha casa fazemos oração e agradecemos a Deus todos os dias”.

Historicamente pode-se dizer que a interface entre saúde mental e religião é antiga, e esta participou ativamente dos processos iniciais de assistência, bem como influenciou nos processos de exclusão das pessoas com problemas de saúde mental, a exemplo das concepções da Igreja Católica que expressaram a loucura como dádiva, como possessão, e mais tarde como desvio moral. O entendimento de que as concepções religiosas contribuem com o processo de estigmatização da pessoa com problemas de saúde mental reside na defesa da existência de experiências que são típicas do sofrimento e da existência de modelos de interpretações que definem a experiência do indivíduo. A religião contribuiu para reforçar alguns aspectos desses modelos. Como exemplo, temos a experiência de ouvir vozes, que é abordada de forma diferente pelas doutrinas religiosas (catolicismo, pentecostalismo, espiritismo, candomblé, etc.) e pela psiquiatria tradicional, que estabeleceu esta como um sintoma para caracterizar diferentes doenças mentais (especialmente a esquizofrenia), tendo a medicalização a sua principal opção para buscar eliminar as vozes. “Assim, o fenômeno de ouvir vozes passou a ser considerado sinônimo de doença e loucura” (COUTO; KANTORSKI, 2018, p. 418).

Segundo Muñoz *et al.* (2011 apud BARROS; SERPA JR., 2017, p. 883), tem-se que romper com essas concepções e fortalecer estratégias que contribuam para avançar no cuidado e eliminar os estigmas. Acerca da experiência de ouvir vozes, estes autores sinalizam que:

A experiência de ouvir vozes pode ser dolorosa, perturbadora ou até mesmo desesperadora para quem vivencia, podendo levar ao isolamento e tornar a vivência do processo muito solitária. Estabelecer estratégias de apoio e acolhimento a pessoas que sofrem com a audição de vozes é contribuir com a ruptura de paradigmas que envolvem a questão da loucura, e cooperar para a transformação do olhar da sociedade em relação ao fenômeno do ouvir vozes (MUÑOZ *et al.*, 2011 apud BARROS; SERPA JR., 2017, 883).

No entanto, na contemporaneidade, experiências e pesquisas mostram que o fato de ouvir vozes não está relacionado a um sintoma de “doença mental”. Segundo Couto e Kantorski

(2018, p. 418), “[...] apesar do fato de que a maioria das pessoas que possuem esquizofrenia ouvem vozes, a maioria dos ouvintes não possui o transtorno [...]”. O marco dessa desvinculação data o ano de 1987 e o surgimento do Movimento de Ouvintes de Vozes³⁷, tendo início no Reino Unido, mas já seguido por outros países.

Dito isso, retomamos as reflexões acerca da relação entre saúde mental e religião, que também indica participação positiva na experiência de pessoas com problemas de saúde mental. Para Murakami e Campos (2012, p. 362), “Existe consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é um importante fator de significação e ordenação da vida, sendo fundamental em momentos de maior impacto na vida das pessoas”.

Algumas narrativas dos nossos entrevistados reforçam a importância da religião em suas vidas, vejamos:

Eu sou católico e vou a igreja com frequência. Eu acredito muito em Deus e é graças a Ele que eu não cometi suicídio. Eu converso com Jesus e esqueço porque isso não vem de Deus (Entrevistado 18).
Já faz quase 30 anos que sou evangélico. Eu participo junto com minha esposa. Ela é pastora e eu era pastor antes de acontecer isso comigo. [...] Só tem dois lugares que eu vou, a igreja e aqui no CAPS (Entrevistado 13).

É bastante significativo constatar que muitos dos usuários frequentam apenas a igreja e o CAPS, espaços onde a “loucura” pode ser reinterpretada e acolhida.

Murakami e Campos (2012) realizaram um estudo de revisão integrativa de literatura no qual identificaram seis categorias que revelam os impactos da religião na vida das pessoas com problemas de saúde mental, quais sejam: a religião como dimensão que contribui para uma melhor qualidade de vida; religião como rede de apoio social; religião como atribuidora de sentido ao sofrimento; relação entre intensidade do envolvimento religioso e prevalência de transtornos mentais; religião como causadora de danos à saúde mental; e integração da religiosidade no cuidado com o paciente. Estes autores concluíram que a religião é um aspecto determinante da vida humana e impacta positivamente na melhora da saúde mental, promovendo melhor qualidade de vida.

³⁷ “Segundo Woods (2013), essa descoberta ocorreu em 1987, quando Patsy Hague conseguiu convencer seu psiquiatra, Marius Romme, a ajudá-la a dar sentido para suas vozes, estabelecendo conexões entre elas e sua história de vida. Nesse mesmo ano eles apareceram juntos na televisão holandesa para falar sobre essa nova abordagem acerca da audição de vozes e para obter respostas do público em geral. Nesse dia, 450 pessoas ligaram para o programa dizendo ouvir vozes. Esse evento deu origem ao I Congresso de Ouvintes de Vozes, ocorrido na Holanda naquele mesmo ano. Felizmente, esse congresso deu início ao Movimento de Ouvintes de Vozes, que teve início no Reino Unido e já se espalhou para a Europa, Austrália, América e além (Woods, 2013)” (COUTO; KANTORSKI, 2018, p. 418).

Já na questão relacionada à variável “cor da pele”, observamos que 50% se declararam como brancas e 50% como negras (para nossa análise, estamos considerando pardos e pretos). Esse resultado também não se constitui como generalizante, além de que se têm as constatações que as maiores demandas dos CAPS são pessoas de cor de pele pardas e pretas. Os dados da nossa pesquisa documental também relevam essa constatação.

Outros estudos, como de Frantz Fanon (2008), Damasceno e Zanello (2018), Passos (2018), Mansanera e Silva (2000), Ignácio e Mattos (2019) também realizam análises importantes para esse debate, afirmando como a população negra é exposta a um caleidoscópio de sofrimentos, que se estende desde que “mundo é mundo”.

Para contemplar o contexto mais recente, Mansanera e Silva (2000, p. 133-134) revela que o movimento higienista se faz presente nas primeiras décadas do século XX e a psiquiatria no Brasil vai determinar os tipos de doenças mentais e sua relação com as etnias. “[...] Entre os muitos “desajustados sociais” estavam o negro, os mestiços e os imigrantes, candidatos naturais ao crime e ao hospício”.

Sobretudo os negros, eram tidos como candidatos naturais a uma vaga no hospício, posto que, segundo o discurso psiquiátrico, portadores de traços degenerativos próprios à sua condição racial. Como atesta o prontuário médico de uma negra interna no Juquery, em São Paulo, “os estigmas de degeneração física que apresenta são comuns de sua raça: lábios grossos, nariz esborrachado, seios enormes, pés chatos (REIS, 1994 apud MANSANERA; SILVA, 2000, p. 134).

Passos (2018, p. 17), com base na literatura brasileira, afirma a estreita relação de racismo e saúde mental, que não deixa dúvidas “[...] que o manicômio é marcado pela predominância da cor negra”. Nesse sentido, observa-se que o caráter preventivo da saúde mental estava expresso pelo higienismo e pela adoção da Eugenia, fortalecendo a relação entre racismo e saúde mental.

Segundo Smolen e Araújo (2017, p. 4022), “Poucos estudos examinam a associação entre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil, ou até mesmo incluem raça como uma unidade de análise”. O que se configura como um dado preocupante, pois acreditamos que existe uma forte relação entre racismo e sofrimento psicossocial. Os estudos dessas autoras reforçam o nosso entendimento. Vejamos:

Um marco teórico corrente para explicar o caminho que liga raça/cor da pele à prevalência dos transtornos mentais é que a exposição ao estresse é o mecanismo causal. Segundo Williams et al., raça pode influenciar a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, i.e. o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo (SMOLEN; ARAÚJO, 2017, p. 4022).

Em conformidade com esse pensamento, Damasceno e Zanello (2018), tendo como referência Silva (2005), sinalizam que a maioria da população negra vive em constante sofrimento, que consideramos psicossocial, justificado por duas razões, uma determinada pelas condições materiais precárias, vivenciadas pela maioria da população negra e a outra relacionada aos diversos sintomas físicos, psíquicos e emocionais, desencadeados pela permanente condição de tensões vivenciadas cotidianamente pela pessoa que é alvo do racismo. Segundo Passos (2020, p. 76) “Quando pensamos na população negra, identificamos um sofrimento imposto pelas relações racistas e que reafirma um processo de desumanização, impedindo de reconhecer o sofrimento inerente à existência humana”. Retomando os dados da nossa pesquisa documental, na Tabela 6, no Capítulo 3, que trata dos motivadores que desencadearam a primeira crise, temos uma usuária do CAPS Caminhar que revela o sofrimento psicossocial como reflexo direto do racismo, uma vez que seu sofrimento está associado a não aceitação de sua cor da pele. Segundo descrição em seu prontuário, a usuária quer ser branca e todos os seus "delírios" estão relacionados a essa questão.

Já a primeira razão apontada pelas autoras nos revela que a cor da pele pode interferir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais que uma pessoa recebe na sua vida. Assim, considerando nossos dados, podemos afirmar que essa variável relaciona-se diretamente às variáveis: nível de escolaridade, mundo do trabalho e, conseqüentemente, com a renda familiar, definindo suas condições de vida.

De acordo com nossos resultados, a variável “nível de escolaridade” apresenta disparidade no que se refere à educação superior, ou seja, das vinte e duas entrevistadas, quatro concluíram um curso de graduação e, destas, três se declararam da cor branca. Portanto, acreditamos que este dado configura-se como um indicador de desigualdade de oportunidades que, no âmbito da educação superior, se torna visível quando se trata das ações e de discursos discordantes em torno da política de cotas nas universidades brasileiras. A referida política se caracteriza enquanto uma política afirmativa na educação superior, que tem por finalidade garantir o acesso da população negra à universidade; no entanto, sabemos que muitas são as dificuldades enfrentadas pela população negra.

As políticas afirmativas são, pois, medidas voltadas para a correção das desigualdades e a garantia de direitos, ou seja, visa garantir a grupos excluídos meios e oportunidade de participação em todos os setores da sociedade. [...] É pertinente ressaltar que as ações afirmativas não se restringem à reserva de vagas por meio do sistema de cotas raciais ou sociais nas universidades, conforme o entendimento mais comum na sociedade. Elas são políticas públicas ou privadas, compulsórias ou não, que têm por objetivo último erradicar da sociedade as práticas discriminatórias dirigidas a determinados grupos sociais, historicamente excluídos e cujo reconhecimento e

prestígio social sejam baixos ou mesmo inexistentes. [...] A adoção de políticas afirmativas voltadas para a população negra fundamenta-se nos diversos dados de pesquisas e estudos sobre as desigualdades abissais entre negros e brancos que permaneceram na sociedade brasileira desde o período pós-escravidão [...] (MARQUES, 2018, p. 4-5).

Portanto, há a urgente necessidade de fortalecer as políticas públicas, em especial as voltadas ao campo da saúde mental.

No tocante ao mundo do trabalho, constatamos que oito entrevistados estão desempregados e temos quatro que sinalizaram não ter renda familiar, estando sobrevivendo com ajuda dos familiares e amigos. Como pode ser verificado no perfil da Entrevistada 5, que se encontra em idade produtiva, com 27 anos e, apesar de ter concluído o ensino médio e ter cursos de assistente administrativo e de informática, está desempregada há 4 anos. Ela não recebe nenhum tipo de benefício social e a renda familiar é de 1 salário mínimo para atender uma família com cinco membros, cuja situação de moradia é casa alugada. Outra situação é a do Entrevistado 9, que tem 45 anos, também está desempregado, estudou até a 3ª série do ensino fundamental e não soube mensurar a renda familiar, informando que mora com 12 pessoas e aqueles que já alcançaram a maioridade vivem tentando sobreviver fazendo “bicos”.

A situação empregatícia e, conseqüentemente, a renda, cujos dados da nossa pesquisa comprovam que a maioria tem um baixo poder aquisitivo (quatro não tem renda e oito com renda até um salário mínimo e meio), são fatores que muitas vezes provocam e em outras agravam os sofrimentos. E sabemos que são inúmeras as dificuldades para se inserir no mercado de trabalho, o que se complexifica quando a pessoa apresenta problemas de saúde mental.

Ademais, foi possível constatar, durante as entrevistas, que trabalho é uma variável marcante na vida dos entrevistados, por duas razões: uma, pelo fato de eles assumirem sua incapacidade para o trabalho, justificada pelo problema de saúde mental (suas crises e a medicação que os deixam sonolentos). A Entrevistada 7 assim destacou:

Eu não consigo trabalhar, porque eu não tenho vontade de fazer nada. Acordo sempre cedo, porque eu tenho que tomar o remédio que já me dá sono. Depois tomo o café da manhã, feito por minha mãe e volto para cama e passo o dia todo. Não consigo fazer nada, nem ajudar nas tarefas de casa, eu não ajudo em nada.

A outra razão remete-se ao estigma da loucura. As narrativas a seguir enfatizam diretamente os impactos da relação entre trabalho e saúde mental, vejamos:

Desde que eu me aposentei que eu tento trabalhar e nunca passou um dia sequer, que eu não fosse procurar emprego. Até para mostrar a mim mesmo que eu não sou bipolar, porque eu não aceito esse rótulo. Eu não me conformo (choro). Veja só: eu arranjei um emprego em uma agência de corretora de veículos às margens da BR. E eu comecei a observar que as pessoas quando iam comprar carros paravam na primeira

(porque tem várias agências). Aí eu comprei coca-cola (na agência tinha um frigobar) e coxinhas, colocava em uma bandeja e comecei a oferecer na pista da BR as pessoas dentro dos carros. Aproveitava e me apresentava, dava as boas-vindas a cidade de Timbaúba e convidava para eles visitarem nossa agência. Não tinha como eles não irem. No carnaval eu vendi 3 carros e uma casa, e essa estratégia me ajudou muito. Eu comecei a ganhar dinheiro, mas o dono da agência descobriu que eu era bipolar e eu tinha que estar no CAPS duas vezes na semana. E foi por isso que fui mandado embora. Veja: Eu nunca disse que era bipolar. Eu nunca disse que era doido. Eu nunca disse que era incapaz. Eu nunca pedi para ser aposentado por invalidez, nunca forjei nada. Sempre fui como eu sou. Só que nesses 8 anos, esse rótulo (bipolar) me acabou e eu não consigo mais emprego, mas eu não desisti. O dono na época me questionou por que eu não tinha falado que era bipolar. Eu falei para ele: Ninguém vai chegar em um trabalho dizendo que é bipolar, porque as portas vão se fechar sem nem se quer ter tido a chance de mostrar que eu posso. Por exemplo, para um deficiente tem vaga, um cego tem vaga, um surdo tem vaga, mas um bipolar não tem vez não (Entrevistado 22).

A narrativa da Entrevistada 1 também revela o estigma: “Depois das internações, eu voltei a trabalhar nas casas como doméstica, mas me mandavam embora quando descobriam que eu tinha sido internada em hospitais psiquiátricos”. Estas narrativas envolvem uma gama de aspectos que claramente apresentam o desejo de trabalhar e a importância que o trabalho determina para afirmação de autonomia e de liberdade, mas que tal desejo é sucumbido pelo estigma, no qual o diagnóstico encerra em uma sentença que se sobrepõe ao indivíduo, provocando graves impactos para a saúde, impedindo-o de viver dignamente.

Tais questões revelam a necessidade de ampliar os processos de atenção para a pessoa em sua integralidade e não dar visibilidade ao que foi determinado como doença, cuja assistência expressa a não confiabilidade e incapacidade determinada pelo acesso ao hospital psiquiátrico.

É o que acontece com o BPC, uma vez que este reforça o sofrimento como doença. Na nossa pesquisa, constatamos que cinco dos entrevistados sobrevivem com este benefício. Como já destacado no Capítulo 3, o BPC, no campo da saúde mental, encontra-se atrelado a “comprovação da incapacidade mental” para o trabalho, bem como do nível de pobreza da família. E, para ter acesso a esse direito, nega-se outro direito, que é o de exercer sua cidadania, haja vista os processos de curatela e de tutela. Além disso, o BPC é revisto a cada dois anos, ou seja, o beneficiário não pode apresentar melhora no seu quadro mental incapacitante, com risco de desligamento e, conseqüentemente, de agravamento de suas vulnerabilidades sociais, colaborando com a manutenção do sofrimento psicossocial. Como diz Sawaia (2001, p. 8) “A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão”.

Vale ressaltar que o trabalho, por representar centralidade, está atrelado ao senso de identidade, *status* e às relações sociais. Assim, ter acesso a este mundo, que lhe confere

autonomia, é essencial para gerar renda e qualidade de vida. Portanto, não há dúvidas que a centralidade do trabalho na sociabilidade capitalista confere processualidade de desigualdades que marcam as experiências de vida dos indivíduos, sendo esta uma característica marcante do sofrimento psicossocial.

Além disso, é possível constatar, nas narrativas, desdobramentos relacionados ao trabalho que, na nossa leitura, podem provocar incidência no desenvolvimento do sofrimento psicossocial. Por exemplo, a Entrevistada 1 teve a infância marcada pelo trabalho infantil. Vejamos a narrativa da referida entrevistada que, de certa forma, percebe que sua vida foi marcada por sofrimentos.

Minha infância não foi boa. Foi muito ruim, porque eu comecei a trabalhar com seis anos de idade, na casa do povo. Minha mãe não tinha condições de criar a gente e aí apareceu essa mulher que meu pai trabalhou para ela. E meus pais deram eu e meu irmão para ela criar. Mas, na verdade era assim: a gente trabalhava, estudava e voltava para casa. Minha vida foi assim: casa e trabalho, porque eu só estudei até os 15 anos. Depois foi só trabalhando na casa dessa mulher e depois em outras casas.

A narrativa revela uma prática que era comum, em especial em cidades do interior dos estados, na qual crianças são exploradas por estarem em um contexto de pobreza. Para Cal (2017, p. 32):

O trabalho infantil doméstico (TID), apesar de enfrentado por diversas organizações sociais nacionais e internacionais há mais de 17 anos (Cal, 2016; Vivarta, 2003; OIT, 2006), ainda é aceito por boa parte da sociedade brasileira como um caminho natural para crianças e adolescentes pobres.

Essa realidade ainda expõe a criança a situações de violência, bem como de um quadro de abandono. Pautada na perspectiva da exposição à violência e ao abandono, destacamos a narrativa da Entrevistada 2:

Até hoje eu não entendo porque minha mãe me deu para minha avó criar. Isso me revolta demais. E eu não consigo perdoá-la, nem meu avô. Porque ele abusou de mim. Começou quando eu tinha 8 anos até meus 17 anos. Eu não aceito isso e isso me perturba (Muito choro). [...] Eu não tenho convivência mais com ele. [...] Da minha família ninguém sabe. Até hoje é um segredo meu. Quem sabe é meu companheiro, porque quando eu fui morar com ele, minha avó tinha falecido, eu tinha 17 anos. Eu nunca contei para ninguém, porque ele (avô) me ameaçava a todo instante com uma faca. Se eu falasse ele matava eu e matava minha avó (chora compulsivamente). [...] Isso atrapalhou meus estudos, atrapalha meu trabalho. É uma marca da minha infância que não apagará, porque ela prejudica toda minha vida. O relacionamento com meu marido é todo prejudicado e é por isso que eu tento suicídio.

A narrativa revela elementos claros da incidência do sofrimento psicossocial, influenciando fortemente as demais dimensões da vida.

Sendo assim, vamos concluir este eixo ressaltando que os perfis narrados nos possibilitaram conhecer/visualizar as histórias de cada um dos entrevistados, permitindo uma maior compreensão quando da análise das temáticas que exprimem, resguardadas as singularidades, experiências que dão visibilidade ao sofrimento psicossocial. Tais experiências revelam o quanto se faz urgente o processo de desnaturalização atrelado às condições de vida precárias vivenciadas pela maioria das pessoas com problemas de saúde mental, que procuram os CAPS e, também, os entendimentos e práticas biologizantes, reducionistas e discriminatórias, geradoras e mantenedoras de processos cíclicos de sofrimentos e de exclusão.

4.2 EIXO 2: NARRATIVAS SOBRE A BUSCA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Este eixo trata da apresentação das narrativas sobre a busca de cuidados em saúde mental, acionadas pelos 22 usuários entrevistados. No entanto, para manter-se fiel a nossa proposta metodológica e para fundamentar a contextualização do sentido da busca pelo cuidado, expomos as narrativas do motivo desencadeador do sofrimento enquanto primeira crise. Isso porque este é considerado pelos entrevistados um divisor em suas vidas, que é definida por dois momentos, uma vida antes e a outra depois do acontecimento que desencadeou o problema de saúde mental, sendo este o responsável pela busca do cuidado em um serviço de saúde mental. Além disso, constatamos que esse motivo desencadeador fortalece a nossa defesa do sofrimento psicossocial e, por isso, consideramos imprescindível apresentar as 22 narrativas como forma de evidenciá-lo.

É importante ressaltar que os resultados possibilitaram identificar a busca pelo cuidado a partir dos seguintes dispositivos: hospitais psiquiátricos públicos e privados; Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) e os CAPS III. Vale ressaltar que as narrativas das experiências da busca de cuidados dos 22 entrevistados contemplam informações acerca do funcionamento dos dispositivos de saúde mental, pois temos múltiplas experiências, em que 12 usuários foram internados em hospitais psiquiátricos, entre estes, 3 em hospitais privados. Outros 10 já acessaram o Pronto Atendimento e 12 estiveram no CAPS, na sua atenção 24 horas. Destacamos, ainda, que têm itinerários com experiências em vários dispositivos, ou seja, entrevistados que já foram internados em hospital psiquiátrico, já acessaram o PASM e também já estiveram na atenção 24 horas do CAPS, como as Entrevistadas 10, 17, 19 e o Entrevistado 22.

Os resultados nos permitem analisar e compreender a busca pelo cuidado a partir dos dois paradigmas presentes no campo da saúde mental; um relacionado às **experiências em**

hospitais psiquiátricos e, portanto, pautado no modelo tradicional, o qual não podemos dizer que é de cuidados, pois as narrativas são verdadeiras denúncias de todos os tipos de violação de direitos e de dignidade humana; e o outro a partir da **experiência nos serviços de atenção psicossocial**, fruto das conquistas com a Reforma Psiquiátrica, mas que caminha a passos lentos e com muitas dificuldades, diante do cenário brasileiro de contrarreformas.

Posto isso, para melhor entendimento, as narrativas foram organizadas em quadros e divididas por blocos, contendo algumas das experiências transcritas na íntegra e indicadas por aspas. Assim, o Eixo 2 encontra-se organizado da seguinte forma: 1) Narrativa dos 22 entrevistados revelando o motivo desencadeador do sofrimento enquanto primeira crise, provocando a busca por um serviço de saúde mental; 2) Identificação do itinerário nos dispositivos da rede, relacionado aos entrevistados que acessaram hospitais psiquiátricos públicos e privados; 3) Identificação do itinerário nos dispositivos da rede, relacionado aos entrevistados que acessaram o PASM; 4) Identificação do itinerário nos dispositivos da rede, relacionado aos entrevistados que estão sendo acompanhados pelos CAPS; e 5) Identificação do itinerário nos dispositivos da rede, relacionado aos entrevistados que acessaram os CAPS em sua atenção 24 horas.

Quadro 18 – Narrativas do motivo desencadeador do sofrimento e da busca por cuidado nos dispositivos da rede

Entrevistada 1
“Eu comecei a ter crise, com 21 anos. Hoje eu tenho 43. Era assim: com 15 dias já entrava em crise uma vez, aí com 15 dias já entrava de novo. Aí parava. Minha primeira crise foi quando descobri a traição do meu marido, que é o pai do meu menino. Eu gostava muito dele. Fui ficando triste, depressiva, entrei em crise e nunca mais tive saúde”.
Entrevistada 2
“Só lembro que nesse momento eu estava separada de meu marido, já tinha os meninos, e nessa mesma semana tinha perdido meu emprego; minha sogra foi no conselho tutelar e tomou a guarda dos meus filhos e assim fiquei sem eles e depois disso resolvi tirar minha vida. Aí, tomei todos os comprimidos de uma vez. Surtei. O SAMU me levou para o Trauminha (hospital geral), fizeram lavagem e depois me trouxeram para o CAPS Caminhar, onde fiquei 8 dias de tratamento”.
Entrevistada 3
“Minha doença começou depois que eu tive minha filha. Fiquei com muita depressão e quando eu entrei em crise, eu não queria ir para o hospital de pessoas doidas, mas eu estava surtada; eu estava muito agressiva. Me levaram para o Juliano e nessa época não tinha CAPS. Depois fui para o hospital dia e lá era um pouco diferente do Juliano”.
Entrevistado 4
“Tive a minha 1 crise com 26 anos, começou em 2006. Comecei a pensar nas dificuldades da minha vida, com muita pobreza e sem nenhuma perspectiva de futuro. De repente eu parei de dormir e isso estava me prejudicando muito. Foi quando fui para clínica e comecei o remédio e depois piorei, porque comecei a ouvir vozes. Foi aí, que percebi que não estava bem, que tinha algo diferente”.
Entrevistada 5
“Meu sofrimento começou quando eu adoeci com dores no corpo. E os médicos não descobriam o que era a minha doença. Aí eu comecei a ficar angustiada. Eu sentia dores em todas as minhas articulações do corpo. A medicação ajuda, mas a dor continua e tudo isso me abalou muito emocionalmente. Outra

coisa que também me abalou muito, é que eu sou evangélica, e fui procurar a mulher do dirigente da igreja e eu tive que contar umas coisas que aconteceram na minha vida. E ela me jugou e não entendeu direito e mandou eu procurar um psiquiatra porque eu não estava dormindo direito. [...] Assim eu comecei a piorar, não dormia, fazia chá para dormir, depois comecei a sentir um queimou na minha cabeça e passei 3 dias sem dormir e assim começou minha crise. Pedi ajuda e fui para o PASM e passei 3 dias”.
Entrevistado 6
“Não sei porque começou. Desde criança que sou assim. Minha família (minha mãe e meu avó) que perceberam que eu não estava bem. Me levaram para o Juliano e depois para CAPS infantil “Cirandar”. Na verdade eu tinha 16 anos, por isso fui para o CAPS i. Quando fiz 18 anos, me encaminharam para o CAPS Caminhar”.
Entrevistada 7
“Eu fiquei doente depois de um assalto. Eu estava com 18 anos, no finalzinho do ensino médio. E um dia quando estava indo para casa da escola sozinha fui abordada por um homem de bicicleta, que parou e puxou minha bolsa, pegou meu celular [...] Depois de um mês do assalto, comecei a me isolar e minha mãe foi percebendo que eu não estava bem e aquilo fez voltar tudo que tinha acontecido comigo na infância (violência sexual). Foi aí que estourou tudo e entrei em crise. Foi minha primeira crise, quando fui para o PASM porque tinha tentado suicídio (tomei água sanitária, mas também já tomei comprimidos; já me cortei). Minha mãe me levou para o PASM, do PASM vim para cá (CAPS) e, desde então, fiquei sendo acompanhada aqui”.
Entrevistada 8
“Só quando tive uma crise grande e minha irmã me levou para o IPP. Eu ouvia vozes, criava histórias e situações que não existiam, falava sozinha. Já tinha tido outras crises, mas nunca tinha ido para o IPP. [...] Eu comecei a adoecer devido aos relacionamentos de trabalho. Era muita responsabilidade, eu vendia móveis; eu tinha muito cliente e eu sozinha tinha que carregar os móveis; fazer entregas a domicílios. Eu comprava e revendia móveis usados”.
Entrevistado 9
“Lembro que foi porque o meu irmão teve crise primeiro do que eu. A polícia foi lá em casa pegar ele para internar e foram muito agressivos. Pedi a meu pai que fosse junto. Ele pediu ao policial e foi junto no carro. Depois disso, fiquei impressionado e entrei em crise. E também acho que a bebida e a droga contribuiu para isso. Aconteceram muitas coisas. Fui detido umas 5 vezes, mas nunca fui preso não”.
Entrevistada 10
“Notaram que eu não estava bem e me levaram para o hospital. Eu achava que não estava bem, mas não lembro nada não. Só sei que fiquei tomando a medicação e melhorei mais. Eu comecei a ter força. [...] Na verdade eu era “boazinha”, normal. Foi muito rápido, eu chorava muito, ficava gritando e eu não queria vir para médico. O pessoal falava que ia me levar para o médico e eu me agarrava na cama e não queria sair de dentro do quarto. Teve uma vez, que fiquei uma semana trancada no quarto, sem querer comer, só tomando água, aí eu desmaiei, fiquei fraca. E depois que a minha mãe faleceu piorei”.
Entrevistada 11
“Na verdade eu tive um AVC e depois disso fiquei depressiva [...]. Meus filhos achando que eu estava louca, confusa e me levaram para a Clínica particular no Jacaré. Mas eu não gostei”.
Entrevistada 12
“Tive a primeira crise em 2011, porque eu tive depressão pós-parto. Só que a minha depressão era assim: ninguém podia pegar minha filha. Eu estava com medo o tempo todo, na época eu era casada e coloquei meu marido para fora de casa porque eu não queria que ele pegasse na nossa filha e nessa época eu tentei suicídio, porque na minha cabeça iam sequestrar minha filha e eu não estava aguentando. Me levaram para o hospital e depois me encaminharam para o CAPS em Campina Grande. [...] Não lembro de muita coisa”.
Entrevistado 13
“Na verdade, o pessoal do Banco que eu trabalhava, que chamou a moça da empresa terceirizada que eu trabalhava. [...] Eu não lembro como foi a crise, mas lembro porque foi. Eu trabalhei muito de tempo de segurança. Comecei há 21 anos atrás. [...] a gente sofria muita pressão. Teve um dia (em uma sexta-feira) que um senhor passou a tarde inteirinha me desacatando com palavras e incitando as outras pessoas a fazer o mesmo, mas até suportei porque já faziam 20 anos que eu trabalhava como segurança e sofria muito com isso já estava acostumado, mas quando foi na segunda-feira que estava trabalhando, que peguei a arma, me deu a crise (muito choro, um choro de sofrimento, com muitas lágrimas e muitas expressões de dor) e aí, foi quando joguei a arma no chão para não machucar ninguém. Nesse momento o gerente do Banco ligou para empresa e a moça da empresa veio e me levou para o PASM”.
Entrevistado 14

“Ocorreu há 5 anos, eu já estava casado, estava trabalhando bem e tinha trocado de moto, com muito sacrificio [...] Eu trabalhava arrecadando as doações. Eu era do setor de telemarketing, onde as meninas ligavam e eu trabalhava na rua pegando as doações para o Hospital Padre Zé e tinha que bater metas. Eu tinha uma vida normal, no trânsito e eu gostava desse trabalho. Até que no dia 11 de fevereiro, fui receber uma doação em Santa Rita e quando cheguei na casa da senhora, dois homens armados chegaram colocando um punhal aqui (mostrando o pescoço), me chutando e gritando comigo, e eu fiquei com medo dele me matar. Eles levaram minha moto e eu fiquei em pânico. Acionei o hospital imediatamente, a polícia veio, prestei depoimento e nada. Percebi que o pessoal do hospital ficou duvidando de mim. Ou seja, sem moto, sem apoio e isso ficou na minha cabeça e fica na minha mente até hoje. Na hora tentei me controlar, mas depois não consegui, fiquei com um trauma. Aquele momento foi traumático para mim e eu adoeci”.
Entrevistado 15
“Na verdade, eu tenho isso desde criança. Eu tenho dupla personalidade, e eu sempre digo que eu sou duas pessoas em uma. Ou seja, eu sou uma pessoa agora. Quando eu estou irritado, eu sou totalmente diferente, outra pessoa. [...] Na verdade, tem também a história do suicídio. Cortei meus pulsos, mas não cheguei a ir para o hospital e nem cheguei a cortar a mão, porque fiquei pensando que ia dar trabalho e eu não queria dar trabalho a ninguém não”.
Entrevistado 16
“Quando eu adoeci vim de Souza para cá (João Pessoa) e passei uma temporada na Casa São Pedro. Mas eu não lembro como começou e porque foi. Ou talvez eu não queira lembrar”.
Entrevistada 17
“Tudo indica que meu primeiro surto, teve como gatilho a ingestão de um medicamento (corticoide/betametazona – dizem que esse remédio não dar certo para quem é bipolar, nem para quem tem transtorno não pode tomar certos medicamentos, só que eu nem sabia que era bipolar) que tomei para tratar de uma alergia, e me deu uma reação alérgica”. Os outros surtos foi por causa de questões da minha convivência”.
Entrevistado 18
“Tudo começou quando eu descobri minhas doenças das vias biliares, do fígado. O médico me falou que a minha doença do fígado era de nascença. Aí, eu fiquei angustiado, desesperado, não parava de pensar. Isso mexeu muito comigo, porque não tinha cura e eu fiquei muito, muito apertado. Eu não dormia, só pensando nisso. Fui perdendo a vontade de viver e começou as crises. Até hoje tenho vontade de me suicidar”.
Entrevistada 19
“Eu não lembro de muita coisa. Só lembro que eu gostava muito de estudar, mas quando eu terminei a universidade, eu pretendia passar em um concurso, mas acabei adoecendo, ainda tentei dois concursos, fico até pensando se foi porque eu estudei demais, porque eu adoeci mesmo na época que morria de estudar e ainda cuidar das crianças”.
Entrevistada 20
“Quando eu comecei a adoecer foi justamente depois que trabalhei muito vendendo salgados e ganhei dinheiro. Resolvi ficar linda e fiz muitas plásticas, porque eu era gorda. Depois disso, tudo começou, meu marido [...] começou a inventar coisas a meu respeito; começou a me dar homens; começou a inventar histórias; fez tanta coisa. E ficou dizendo a todo mundo que eu estava colocando chifre (traição) nele. Ele (marido) foi me enlouquecendo aos poucos. Mas eu consegui me separar. [...] aí teve uma festinha lá em casa e meu ex-marido foi e nesse dia ele pediu para dormir na minha casa e nesse dia ele me estuprou (muito choro). Depois desse dia fiquei com isso na cabeça o tempo todo e ficava calada pelos cantos, tentando reviver. Isso só foi agravando e resolvi procurar um psicólogo e um tratamento. Depois disso minha vida foi acabando e fui encaminhada para aqui (CAPS)”.
Entrevistado 21
“Foi depois que escutei no rádio uma reportagem sobre um sequestro. [...] e o local onde tinha acontecido o sequestro era o lugar que eu passava com bastante frequência, perto da minha casa. [...] simplesmente deu um branco na minha mente e comecei a ficar nervoso, muito nervoso, aí começou assim. Eu descrevo assim: tipo como se fosse a energia, indo e voltando, indo e voltando a consciência, e bastante nervoso, trêmulo. [...] Eu sabia que tinha algo estranho comigo e de quando foi lá pela madrugada eu levantei, fui ao banheiro, quando acendi a luz do quarto já vi coisas que estavam fugindo da realidade. [...] Não lembro de nada, fiquei inconsciente. Minha mãe me levou para o PASM”.
Entrevistado 22
“Houve uma época da minha vida que eu me envolvi com 3 mulheres [...] Isso queimou meu juízo e eu adoeci por causa disso. Resolvi dar um tiro na cabeça, porque eu só andava armado. Mas sai andando e cheguei em frente a uma igreja, e escutei um hino na igreja evangélica de Juripiranga, [...] fui ser crente e acabou todos os meus problemas, porque ninguém queria mais casar comigo, a outra falou que o filho

não era meu, uma tranquilidade. Depois decidi que ia ser um andarilho e passei um mês andando o dia todinho no sol, as vezes dormia dentro dos canaviais e minha família foi lá e me levou já direto para esse hospital”.

Fonte: Elaborado a partir do material da pesquisa.

A maioria das narrativas evidencia com clareza a ocorrência de um motivo desencadeador do problema de saúde mental. Motivos os quais são as experiências singulares da vida humana, que também foram revelados nos dados da pesquisa documental, que se encontra no Capítulo 3, como: fim de relacionamento, depressão pós-parto; problemas de saúde; relacionado ao trabalho, a violência, entre outros que fazem parte das infinitas manifestações da vida em sua complexidade. Evidenciar esses motivos é importante porque significa o extrapolar do sofrimento que reverbera no que a psiquiatria denomina de crise, exigindo cuidados imediatos. No entanto, compreendemos que a crise é apenas a ponta do *iceberg* de uma vida atravessada por sofrimentos que subjetivamente recebem um significado. O Eixo 3, no ponto 4.3.1, apresenta com mais detalhes a experiência de vida dos entrevistados e a ocorrência do sofrimento psicossocial, compreensível às experiências difíceis de suas vidas.

As narrativas, com o motivo desencadeador da primeira crise, tornam-se fontes ilustrativas e reais, que demonstram como o sofrimento chega a um ponto limite, o qual deve ser conduzido de forma que se possa amenizá-lo e não exacerbá-lo. É fato que se encontra internalizado no imaginário popular, que a crise em saúde mental é a definição e a constatação da presença da loucura. E, com ela, toda a carga negativa historicamente construída, que ainda está longe de ser superada, conforme nos indicam Willrich *et al.* (2011, p. 48-49) “[...] a crise, nos dias de hoje, sustenta o sentido de medo e perigo que acompanha a loucura desde seus primórdios, além de ser o momento em que a sociedade reconhece a loucura”.

Além desse perfil de periculosidade, se estabelece uma espécie de sentença de que: uma vez louco/doente mental, para sempre louco/doente mental; ou seja, quando o sofrimento intenso ou profundo torna-se crise, a pessoa parece adentrar em um campo sem retorno, o da impossibilidade, o de um destino comprometido, o de uma doença crônica que não “mata”, mas que também não tem “cura”. E isso é, no mínimo, cruel.

Essa “sentença” é tão forte que qualquer atitude que esteja fora do que a sociedade entende por normal é tipificado como anormalidade e patologia. O circuito psiquiátrico também serve para punir os indesejáveis e quem faz barulho, sendo esta mais uma forma (moderna) de eliminação do outro, sobretudo, se esse “indesejável” já está sentenciado. A narrativa do Entrevistado 22 revela esse aspecto:

Quando eu fui vereador, eu desenvolvi uma maneira peculiar de protesto para conseguir atender o povo da minha cidade, que era me acorrentar, porque eu tentava de outras formas e não conseguia. Me acorrentei duas vezes durante meus dois anos de mandato. Um, na minha cidade, que foi bem difícil e outra vez aqui em João Pessoa, que foi para conseguir atendimento para uma senhora, que estava praticamente morrendo e precisava de uma cirurgia de urgência. Falei com todo mundo e nada. Pensei e resolvi me acorrentar. [...] Cheguei no portão na frente do hospital passei a corrente, fechei o cadeado e joguei a chave. Fiquei de 8 horas da manhã até às 17h00 da tarde, sem beber, sem comer e sem fazer necessidades fisiológicas. Eu já estava perdendo a esperança, não vinha ninguém do hospital. O povo vinha, ficava olhando, outros diziam: esse homem é doido. Mas era apenas o meu jeito de protestar. Hoje ficará mais difícil, porque agora tenho aquele rótulo, que tem CID, e que nos impossibilita de quase tudo, porque ninguém vai acreditar em um doido.

É sabido que a crise tornou-se, no decorrer da história, o ponto central para qualificar e enquadrar a pessoa como “louca”. Isso se deu, especialmente, quando a loucura foi moldada pela psiquiatria como doença mental³⁸ e até hoje o eclodir do sofrimento (episódio de crise) é facilmente capturado pelo modelo psiquiátrico e asilar, em especial por representar, como nos indica Amarante (2011), um dos aspectos mais desafiadores de atenção psicossocial do processo da reforma. Isso ocorre inclusive por manter uma dependência com o modelo biomédico da psiquiatria, ao utilizar a conferência de um diagnóstico psiquiátrico³⁹, o qual delimita o tipo de doença que se relaciona com a crise ou com o problema de saúde mental que, como evidenciado na narrativa do Entrevistado 22, referindo-se ao seu CID, classifica o usuário dentro e fora dos serviços.

Freitas (2021) questiona esse posicionamento da reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que depois de tantos anos de reforma, ainda, não se construiu uma alternativa ao modelo de diagnóstico psiquiátrico. Em contrapartida, esse autor defende a proposta da Divisão Clínica da Sociedade Britânica de Psicologia, com documento publicado em janeiro de 2018, com o título *The Power Threat Meaning Framework*, (PTMF), que traduzindo significa a Abordagem Poder, Ameaça, Sentido (APAS)⁴⁰. Considerando a convivência de dois paradigmas na saúde mental brasileira, não poderia ser diferente, a coexistência de **abordagens** distintas acerca do **significado** de crise em saúde mental, bem como do **modo de atenção assistencial**.

³⁸ “É a crise que ajudará a produzir a prova de realidade que o psiquiatra precisava para funcionar enquanto médico, constituindo em doença mental a demanda que chega a ele, conduzindo e autorizando o internamento. Foucault (2006) chama esse movimento de “prova psiquiátrica”, que seria responsável por uma dupla entronização: entroniza a vida do indivíduo como tecido de sintomas patológicos e entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou instância disciplinar suprema da medicina” (JARDIM; DIMENSTEIN (2007, p. 172).

³⁹ De acordo com Severo e Dimenstein (2009, p. 59), “O diagnóstico psiquiátrico é uma ferramenta científica com a finalidade de classificar doenças através de códigos e de um variedade de sinais, sintomas e aspectos anormais”.

⁴⁰ Para conhecer a referida proposta ver a série de textos de Fernando Freitas (2021), no Site Mad in Brasil <https://madinbrasil.org/2021/06/reforma-psiquiatica-brasileira-a-problematiza-do-diagnostico-1/>

No que se refere ao significado, Amarante (2011, p. 81, grifos nossos) revela que, “No **modelo clássico da psiquiatria**, entende-se a crise, como uma situação de grave disfunção, que ocorre exclusivamente em decorrência da doença”. E, com esse entendimento, justificam-se as práticas de tratamento de contenções físicas e químicas (uso indiscriminado de psicofármacos, justificados para conter os supostos traços da crise). Vale ressaltar que esse modelo visivelmente separa o sujeito considerado doente de toda sua experiência vivenciada na complexidade da vida, valorizada pelo **modelo psicossocial**, que considera a crise como:

[...] o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com os outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por esse motivo trata-se de um processo social (AMARANTE, 2011, p. 81-82).

Nessa abordagem, busca-se valorizar como aspecto terapêutico as narrativas e a pessoa na sua relação com o mundo, considerando a complexidade do sofrimento, não retirando do sujeito a sua autonomia e responsabilidade por sua vida. Para Sade (2012), esse é um caminho necessário e urgente para galgar resultados imprescindíveis a nova imagem social da loucura, pois:

Um aspecto fundamental se refere a como manter a singularidade do ator social na vida cotidiana, alargando seu campo de possibilidades, através da manifestação de seus desejos, direitos e de sua dignidade, isto é, dentro da normalidade, sem a categorização de crônico e agudo, apenas um ser em sofrimento (SADE, 2012 apud SADE, 2014, p. 32).

É a partir desse debate que compreendemos crise em saúde mental como sendo um momento da experiência da condição humana, de intensificação do sofrimento psicossocial que eclode (em uma configuração desalinhada nos aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais) como sinal de limite de suporte humano, interferindo incisivamente nas suas relações familiares e sociais. Ela, por sua vez, exige atenção imediata de acolhimento e cuidados. Jardim e Dimenstein (2007, p. 177) sinalizam uma questão importante acerca da identificação da crise, vejamos: “Os ‘definidores’ da crise, geralmente, são as pessoas que tutelam ou acompanham de alguma forma o louco. São eles que notam a diferença se manifestando e acionam o serviço, transformando a crise em urgência psiquiátrica”. E essa interpretação pode estar equivocada ou pode ser precipitada pela dinâmica familiar, conforme a narrativa da Entrevistada 11:

[...] Na verdade, eu tive um AVC e fiquei nervosa, agitada e isso não tem nada a ver com loucura (pausa na fala). Eu não tive uma crise, eu não fui compreendida, eu não precisava ter ido para lá (Hospital). Talvez eu estivesse depressiva, mas não precisava me internar [...].

A narrativa da Entrevistada 7 fortalece o nosso entendimento, bem como a questão do reconhecimento da necessidade da atenção imediata.

Eu fiquei doente depois de um assalto. [...] comecei a me isolar e minha mãe foi percebendo que eu não estava bem e aquilo fez voltar tudo que tinha acontecido comigo na infância (violência sexual). Foi aí que estourou tudo e entrei em crise. Foi minha primeira crise, quando fui para o PASM, porque tinha tentado suicídio (tomei água sanitária, mas também já tomei comprimidos; já me cortei). Minha mãe me levou para o PASM, do PASM vim para cá (CAPS) e, desde então, fiquei sendo acompanhada aqui.

Esse traço de particularidade da experiência da Entrevistada 7 é também constatado na maioria das narrativas dos nossos entrevistados, nos possibilitando afirmar que as experiências traumáticas de ordem emocional, cultural e social caracterizam um *continuum* de sofrimentos que eclode em uma crise interpretada como doença e, geralmente, antecede a busca de cuidados ou internação.

As reflexões de Willrich *et al.* (2011, p. 48) também partem do entendimento da crise enquanto momento de sofrimento intenso, resultado de suas vivências conflitivas. Isto é:

[...] momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito. Situações em que, no curso do desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflitivas que acarretam uma ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam como pessoa.

Portanto, queremos destacar que a “crise”⁴¹ não é um episódio como fim em si mesmo, mas como o eclodir do sofrimento de uma constante de violências, opressões, vulnerabilidades e dilemas que o indivíduo não consegue processar, seja por ausência de recursos emocionais, sociais e ou culturais. E, para fortalecer essa concepção, temos que buscar suprimir aquelas que relacionam esse eclodir a questões meramente psiquiátricas que tem sua referência “[...] na intensidade, frequência e gravidade de sintomas em uma correspondência histórica entre gravidade, periculosidade e internação psiquiátrica” (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020, p. 596).

⁴¹ A partir desse ponto iremos utilizar a palavra crise entre aspas, com a finalidade de evidenciá-la enquanto o eclodir do sofrimento psicossocial.

Um importante passo está no **modo de atenção assistencial** a “crise” que, na atualidade, mesmo com o avanço da reforma, é permeada por posturas e práticas antagônicas. De um lado, temos os setores de urgências e emergências, onde predominam a objetividade e o pragmatismo de intervenções pontuais, guiadas por protocolos biologizantes, de controle e de exclusão. E, do outro, temos um conjunto de práticas de cuidados de atenção à “crise”, desenvolvidas no âmbito comunitário, norteadas pela formação de vínculos e valorização dos aspectos subjetivos (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

Segundo Dias, Ferigato e Fernandes (2020, p. 596), a atenção à “crise” é um termo que ganha visibilidade com a expansão dos serviços tidos como substitutivos ao hospital psiquiátrico. “Neste contexto, a atenção à ‘crise’ ganha significado especial na medida em que propõe novas terminologias, estratégias, mudanças na organização institucional e nas práticas de cuidados [...]”.

No entanto, verifica-se que são muitos os desafios para o modelo psicossocial operacionalizar a atenção à “crise”. Na particularidade do nosso estudo, no município de João Pessoa/Pb, constata-se uma delimitação quanto à responsabilidade dos componentes da RAPS, que pode acontecer nos seguintes dispositivos: na atenção básica – esta pode encaminhar para os serviços de urgência, como o PASM e o CPJM, ou para os CAPS III; Diretamente no Pronto Atendimento (PASM) – considerado o serviço de emergência em saúde mental, responsável por “estabilizar a ‘crise’ do usuário” e encaminhá-lo. Este serviço prioriza os atendimentos às pessoas que residem em João Pessoa/Pb; no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, onde ocorrem as internações de longa duração, priorizando os usuários de outros municípios da Paraíba; e os CAPS III, que funcionam 24 horas, com capacidade de atenção à “crise”, mas bastante limitado, pois observa-se que estes serviços oferecem pouca acomodação (leitos) que, atendendo aos preceitos regulamentadores da política de saúde mental, têm uma oferta em torno de cinco acomodações. De acordo com as narrativas dos nossos entrevistados, dadas as limitações funcionais, geralmente os CAPS priorizam os atendimentos na atenção 24 horas, de usuários que já estão sendo acompanhados pelo serviço ou quando se trata de readmissão.

Portanto, trata-se de uma rede de atenção à “crise” complexa, sobretudo porque indicam pontos de estrangulamento na RAPS, marcados uma noção de rede em compartilhamento, em que a atenção psicossocial aparece como mais uma alternativa, prevalecendo os dispositivos que ainda se organizam priorizando o meio da identificação e da compreensão biomédica do sofrimento humano enquanto doença ou transtorno mental. Isso fortalece o modelo psiquiátrico como campo hegemônico de atenção à “crise” (DASSOLER; PALOMBINI, 2020).

Pode-se dizer que essa hegemonia persiste, em parte, porque serviços com a proposta dos CAPS III ainda não se constituem como referências de atenção à “crise”, pois estes, apesar das inúmeras limitações, de acordo com as experiências dos nossos entrevistados⁴², apresentam potencial de cuidado almejado para desmontar o modelo manicomial, desde que fomentem a ampliação de suas bases materiais e humanas. A narrativa da Entrevistada 17 enfatiza o CAPS enquanto produtor de sociabilidade e subjetividade, impensável no modelo manicomial.

Se você for observar os usuários de hospitais psiquiátricos e dos CAPS, você vai ver a diferença. Por exemplo, se você tivesse me visto no hospital psiquiátrico, e me visse agora no CAPS, você não diria nunca que era eu. Não era a mesma pessoa, porque no Juliano, eu era um bicho. Um bicho de sete cabeças, como coloca o filme. Totalmente diferente, em todos os sentidos.

Com isto, não queremos dizer que a atenção psicossocial é a solução mágica para transformação almejada, mas que esta é promissora nesse processo de transformação, como bem nos adverte Amarante (2011, p. 104):

O que está se configurando é, certamente a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção, conseqüente, de um novo lugar social para a adversidade, a diferença e o sofrimento mental. Franco Basaglia nos falava da “utopia da realidade”, Sergio Arouca falava em “processo civilizatório”. É assim que entendemos este grande movimento de transformações da vida, a partir do campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Nessa versão, uma coisa que devemos ter como certa é fortalecer o entendimento referenciado por Rotelli *et al.* (1990) e Amarante (2011) de que o campo da saúde mental e a atenção psicossocial constituem-se como um processo social complexo, e isso nos permite um movimento constante e contínuo de revisão em todas as dimensões. E se a atenção à “crise” é o grande gargalo da reforma, podemos tentar nos espelhar em experiências já existentes no mundo afora, que conseguiram reorientar suas práticas em saúde mental no atendimento à “crise” e tem obtido resultados promissores e bem animadores. Como exemplo, queremos registrar o método de abordagem Open Dialogue⁴³, em português Diálogo Aberto, que, segundo

⁴² Estas experiências podem ser visualizadas no Quadro 25, que trata das narrativas dos entrevistados nos dispositivos de cuidado: atenção 24 horas, às quais apresentam um contexto de cuidado pautado no sofrimento enquanto experiência singular humana.

⁴³ O Open Dialogue é uma abordagem que organiza seu trabalho a partir de sete princípios fundamentais: “1- Resposta imediata. O primeiro encontro, na residência do sujeito em crise, deve ocorrer dentro de 24 horas após o primeiro contato do paciente, parente ou outros com a equipe profissional. 2- Inclusão da rede social. O paciente, sua família e outros membros da rede social são sempre convidados para o primeiro encontro. A rede social é relevante para a definição do problema. [...] 3- Flexibilidade e mobilidade. Estas são garantidas adaptando-se a resposta terapêutica às necessidades variadas e específicas de cada caso. Cada tratamento e o tempo do mesmo são singulares, adaptados à linguagem do paciente, modo de vida, às possibilidades de uso de métodos terapêuticos específicos. Durante a fase de crise não são feitos planos para o futuro. Depois que a crise regride, formas e

Kantorski e Cardano (2017), é um método que surgiu na Finlândia como prática de saúde mental voltada ao cuidado à “crise”, diferindo totalmente das práticas convencionais e, assim, contribuindo para o efetivo processo de desinstitucionalização.

Quadro 19 – Narrativas das experiências em hospitais psiquiátricos

Entrevistada 1
Foi internada por 6 vezes no IPP e no Juliano Moreira. O último internamento teve duração de 8 meses.
Narrativa da experiência: “Foi um sofrimento muito grande. Porque a gente toma muito medicamento e toma muita injeção. O pessoal bate na gente e é um sofrimento. Uma coisa diabólica mesmo. Só Deus para nos ajudar e nos dar a mão. Porque até os profissionais também nos agredem. Mas graças a Deus aquele IPP fechou e não abre mais. Fui também internada no Juliano Moreira, e os pacientes também me batiam. Muito sofrimento. [...] tem uns funcionários que são bons, mas outros não. Uns querem judiar com você e lhe maltratam muito. Só porque você estar naquela situação e amarrada. Você é amarrada. Eu quantas vezes gritava, gritava, toda amarrada. Fazia minhas necessidades fisiológicas na cama. Era muito sofrimento. É coisa para bicho mesmo. Nem bicho, merece sofrer como eu sofri naqueles hospitais”.
Entrevistada 3
Internação em clínica privada por um mês e no CPJM por um mês também.
Experiência na clínica privada: “Meus filhos acharam melhor me levar para a clínica de Dr. psiquiatra. Lá era bom, comida boa, era um luxo, mas me dopavam de remédios, eram muitos remédios e quando meu filho ia me visitar eu pedia para ir embora, mas ninguém me levava. Quando eles (filhos) saiam mais remédios. Eu pensava comigo mesma: eu nunca vou ficar boa desse jeito e eu sabia que lá era muito caro também”.
Experiência no CPJM: “No hospital psiquiátrico não precisaram me amarrar, porque eu era boa, calma, eu fiz logo amizade com os funcionários e com as pacientes. Foi minha filha que me levou, por isso não perdoei ela. Minha experiência lá dentro não foi boa não, porque se não seguisse as regras ao pé da letra, podia ser enfaixada e eu morria de medo de ser enfaixada, por isso eu obedecia a tudo”.
Entrevistada 8
Foi internada 1 vez no IPP, ficando por um período de tempo de 2 meses.
Narrativa da experiência: “Foi horrível. Muito maus tratos. Lá nem relógio tinha para gente saber a hora do tempo, não sabemos se é manhã ou tarde, se é segunda ou terça. Perdemos a noção inteira de tempo. Lá no IPP quando eu estava internada tinha uma pessoa doente que ia no vaso sanitário e ingeria todo cocô e todas as enfermeiras viam e não faziam nada. Outras doentes lá eram mal tratadas. Não tinha hora certa para almoço, às vezes ficava sem almoçar. Às 5h00 horas da manhã todo mundo tinha que se levantar para tomar banho. Era uma gilete só para todas as pessoas que estavam internadas. Ou seja, um barbeador para todas elas e todos eles. Muita falta de higiene e a estrutura era horrível, o tratamento médico péssimo. Tratavam as pessoas doentes como se fossem bichos, aliás, pior do que bichos. Você vai falar com as enfermeiras e elas nem lhe escutam e ainda lhe destratam moralmente. Eu sei o que estou dizendo porque fiquei lá 2 meses. [...] o certo era fechar todos os hospitais psiquiátricos, porque nenhum paciente psiquiátrico ali dentro vai ter melhora, pelo contrário tem sua vida arruinada ainda

métodos de tratamento são escolhidos conforme o paciente, continuando o tratamento geralmente de uma forma mais estruturada. [...] 4- Responsabilização. O primeiro profissional contactado deve se responsabilizar por organizar o primeiro encontro e convidar a equipe que fará a intervenção. 5- Garantia de continuidade. A equipe se responsabiliza pelo tratamento pelo tempo necessário. 6- Tolerância à incerteza. O relacionamento entre os participantes dos encontros deve ser construído de modo que todos sintam-se seguros. Encontros diários favorecem essa segurança, a qual, para o paciente e sua rede, é estabelecida inicialmente através da escuta e resposta a todas as falas e pontos de vista. 7- Dialogismo. Nos encontros, o foco é primeiramente promover o diálogo e secundariamente promover mudanças no paciente e/ou família. O maior objetivo da equipe não é aplicar técnicas específicas de entrevista, mas sim construir o diálogo seguindo os temas e o modo de falar daqueles membros da família. O diálogo promove um novo entendimento sobre a situação, proporcionando sentido àquilo que está sem sentido [...]” (DIAS, 2017, p. 98-99).

mais. Eu não vou mais ter crise, mas se tiver, todo mundo sabe que não me leve mais para hospitais, me traga para o CAPS”.

Entrevistada 11

Foi internada em Hospital/Clínica Privado, ficando por 2 meses.

Narrativa da experiência: “Minha experiência foi péssima, porque ele (nome do psiquiatra) é um médico psiquiatra de bosta. Não trata os pacientes bem. Fiquei lá 2 meses e quando meu filho ia me visitar eu pedia a ele: meu filho me tire daqui, aqui não é lugar pra mim. Eu ficava louca quando eu via as pessoas chegando que tentaram suicídio, pessoas que tomaram remédio, pessoas que se enforcaram e eu lúcida. Eu estava muito bem e essa situação me agoniava demais. [...] Eu achava ruim quando chegava a noite, porque ele prescrevia umas medicação muito forte para gente tomar. E eu sabia que eu não precisava daquela medicação. Na verdade, eu tive um AVC e fiquei nervosa, agitada e isso não tem nada haver com loucura (pausa na fala). Eu não tive uma crise, eu não fui compreendida, eu não precisava ter ido pra lá (pausa na fala). Talvez eu estivesse depressiva, mas não precisava me internar. Lá eu fazia tudo, tomava banho sozinha, trocava de roupa, comia, tudo, tudo, tudo. Lá não tem atividade nenhuma, só tem uma psicóloga que não fazia era nada. A noite me davam um monte de remédios fortes e eu dormia. Não tinha nada de terapia lá. [...] Meus filhos iam todos os dias me visitar sim. Teve um dia que eu falei para meus filhos: não sei porque estou aqui? Estou bem, quero ir para casa. E depois disso o psiquiatra deve ter percebido que eu estava boa e para me segurar lá e ele ganhar mais dinheiro, começou a me dopar mais ainda, e a me enlouquecer”.

Entrevistada 17

Foi internada 1 vez no CPJM, com duração de 41 dias.

Narrativa da experiência: “No Juliano Moreira passei 41 dias e vivi o holocausto (voz baixa e triste); lá o tratamento é subumano. [...] Eu cheguei lá de madrugada, segurada por 2 seguranças monstregos (que na minha opinião nem deveria ser homens) e lhe jogam ali. Depois vem as outras pacientes tiram suas roupas, sua sandália, seus pertences pessoais e você fica ali nua, desprotegida no chão sujo, chorando e chamando pela mãe. Eu dizia: eu quero minha mãe, minha casa, como uma criança indefesa, foi horrível. Eu me lembro e até me dá uma dor eu saber que me pai me deixou ali, minha irmã, minha tia me deixaram ali. E isso me deixava mais indignada. Você fica sem suas roupas, roubam sua subjetividade. Você não é respeitada; você é jogada lá dentro da pocilga com ratos, baratas e não tem leito suficiente para todo mundo não. Então se você conseguiu uma cama chega outra e me tira da cama (que já é sem colchão) e você vai dormir no chão mesmo, com escorpião, com barata, com tudo, há um risco grande. Tem também caso de assédio sexual por parte dos funcionários. Eu fui assediada, mas não aconteceu o estupro porque eu estava lúcida e pedi socorro as enfermeiras, mas eu soube que teve meninas lá que foram estupradas por funcionários e ficou por isso mesmo e até tiveram filhos. Tinha uma enfermeira que sempre me socorria quando via esse funcionário se aproximar de mim. Talvez ela já soubesse o perfil dele. Quando ele vinha ela logo dizia: fique longe da universitária, porque eu era conhecida assim lá. [...] Pela manhã eu fui para uma cela fechada de isolamento com cadeado e correntes; porque estava nua, chorando e agitada. Estava nua porque as pacientes me despiram e elas jogavam as roupas no telhado. E durante a madrugada eu fiquei com muito medo e me urinei, defequei e ainda chegou a menstruação e a medicação que me deram piorou, só me deixou mais agitada. [...] Nas visitas, minha família levava tanta comida e eu fazia uma lista imensa, eu quero comer isso, isso e isso; e ela levava; eu entrei com 51 quilos e sai pesando 102 kg, em 41 dias. Ainda tinha a medicação, que era geralmente injetável. Também aproveitava para fazer depilação nos banheiros do pátio das visitas e minha irmã levava a gilete, porque lá era um prestobarba para todos os pacientes. A higiene lá era precária. Eu peguei escabiose e piolho (dos males, o menor), porque nossos cabelos eram lavados com pinho sol diluído em água e o sabonete era um sabão “bem-te-vi azul” para todos os pacientes”.

Entrevistada 19

Foi internada 4 vezes na Casa de Saúde São Pedro e 1 vez no CPJM.

Narrativa da experiência: “Todas as minhas internações foram trágicas. Eles me amarravam toda vez e eu morria de medo de ser amarrada. Lembro que uma vez fui amarrada só porque eu estava tomando banho de chuva (um simples banho de chuva), aí me amarraram e me deixaram lá sem ninguém por perto. Se você vomitar, você suja sua cara toda e ninguém chega perto. Se uma usuária quiser lhe sufocar ninguém ver. Um verdadeiro inferno. [...] no hospital você é amarrado de cortar o pulso, e eu fiquei tanto tempo amarrada que quando foram me tirar, tinha xixi até no meu cabelo, eles não tão nem aí”.

Experiência no CPJM: “No Juliano eu fui amarrada, e apanhei muito das outras internas. Tinha uma interna que não gostou de mim, não sei porquê. Sabe quando a pessoa não tem empatia com o outro? Então, duas amigas dela me seguraram pelo braço e ela batia na minha cabeça que saiu sangue até pelo

nariz. Eu só fui socorrida porque as outras internas foram chamar as enfermeiras, porque enfermeira em hospital psiquiátrico não sai daquele quadrado. Quando a enfermeira chegou eu já estava com sangue escorrendo pela blusa”.

Experiência na Casa de Saúde São Pedro: “Você lancha (você pode comer dois pães de cachorro quente e dois copos de suco) à noite. Depois, eles trancam você no quarto e passa o cadeado. Lá em todo canto tem cadeado. Teve uma noite que passei mal, e passei a noite vomitando, ninguém apareceu e no outro dia, ninguém nem pergunta porque a pessoa vomitou. Nos tratam mesmo como doidos e sabem que não vamos nos recuperar nunca”.

Entrevistado 22

Foi internado 1 vez em Hospital/Clínica privado, com duração de 30 dias.

Narrativa da experiência no Hospital privado: “Foi em Recife, no Hospital Reis Magos (particular), em 1991. Eu passei 30 dias lá. E todo dia meu pai ia a Recife, mas não podia entrar. Lembro que era muito caro, em torno de um salário mínimo por dia. [...] Lembro que eu cheguei amarrado, com vendas nos olhos e dopado de medicação. Quando passou o efeito, o Dr. Psiquiatra, muito famoso, que cuidou de mim. Mas eu analisei o lugar e se eu quisesse fugir, eu fugia, mas fiquei. Na verdade, nem eu mesmo sei se eu sou doido. Se você me perguntar se me considero doido? eu vou responder que não. Eu sou um cara diferente; ai sim, diferente eu sou. Lá nesse hospital, mesmo sabendo que minha família estava pagando caro, eu queria ajudar. A mulher vinha limpar meu quarto e eu dizia: pode deixar que eu limpo meu quarto; a pobre da mulher dizia: não senhor eu vou perder meu emprego. Ai fui na diretoria e disse que estava estressado sem fazer nada e que eu tinha pedido a senhora para limpar meu quarto, limpar o pátio e ela está dizendo que não pode e está com medo de perder o emprego. Ele falou realmente não pode não, é norma da casa e seu pai pode achar ruim. Eu falei: com meu pai eu me viro, é melhor o senhor deixar do que eu arrumar uma coisa pior. Ele deixou, e eu acordava às 7h00 da manhã pegava a vassoura e limpava o pátio, tinha uns que não conseguia comer direito e eu dava a comida na boca deles; outro que chorava e eu ia escutar a história de vida dele. Lá só tinha filho de rico. [...] Quando eu recebi alta depois de 30 dias, meu pai foi me buscar e veio correndo para me abraçar, uma lágrima saiu do olho (choro). Eu falei: papai deixa eu lhe pedir uma coisa? Ele falou: diga meu filho. Eu posso lhe dar um cheiro? Porque eu tinha tudo na minha vida, lancha, cavalo de raça, carro novo, mas o que eu mais queria na minha vida era abraçá-lo e dar um cheiro. Resultado: consegui e quando chegamos em casa meus irmãos vieram me abraçar e eu abraçava e beijava todo mundo e abraçava meu pai e beijava também. Aí os meninos (irmãos) viram e também beijaram meu pai e até hoje a gente é assim, onde se encontra é beijo e abraço bem demorado. Então isso foi por causa de uma internação. Eu ganhei mais do que perdi com a internação”.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.

As experiências nas instituições psiquiátricas evidenciam como a psiquiatria e o modelo asilar capturam o sofrimento e o transformam em patologia, que é dominada por uma racionalidade de saberes e práticas centradas na doença, de caráter biologizante, exigindo tratamento prioritariamente medicamentoso e hospitalocêntrico, cuja rotina é de disciplinamentos e violências, que marcam a vida das pessoas. A narrativa da Entrevistada 3 revela o processo medicamentoso vivenciado no hospital privado.

[...] Lá era bom, comida boa, era um luxo, mas me dopavam de remédios, eram muitos remédios e quando meu filho ia me visitar eu pedia para ir embora, mas ninguém me levava. Quando eles (filhos) saíam, me davam mais remédios. Eu pensava comigo mesma: eu nunca vou ficar boa desse jeito [...].

A referida entrevistada também vivenciou o disciplinamento quando foi internada em hospital público, vejamos: “[...] Minha experiência lá dentro não foi boa não, porque se não

seguisse as regras ao pé da letra, podia ser enfaixada e eu morria de medo de ser enfaixada, por isso eu obedecia tudo”.

A conclusão aqui é óbvia, a entrevistada estava submetida a um contexto de violência, que não considera suas vontades e opiniões acerca da sua própria vida e, assim, não lhe resta outra alternativa, a não ser silenciar e tentar se preservar. Tal prática, na verdade, provoca mais sofrimentos dentro do contexto de sofrimento, pois concordamos com Yasui (2010, p. 139) de que: “Na dor, na fragilidade, no sofrimento psíquico, o que se deseja é ser olhado e escutado por inteiro, como uma pessoa com vida e com história”. A narrativa da Entrevistada 8 conclui bem esse pensamento: “Eu sei o que estou dizendo, porque fiquei lá 2 meses. [...] o certo era fechar todos os hospitais psiquiátricos, porque nenhum paciente psiquiátrico ali dentro vai ter melhora, pelo contrário tem sua vida arruinada ainda mais”.

Portanto, trata-se de uma prática que reduz o ser humano à doença, cujo tratamento difere totalmente de uma prática pautada em cuidados, porque “O cuidado é uma condição que permite, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres” (YASUI, 2010, p. 119). Nesse sentido, o ato de cuidar envolve múltiplas questões de comprometimento na relação com o outro. Relação essa inexistente no modelo asilar, como bem nos esclarece Yasui (2010, p. 117):

[...] ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar, na psiquiatria, criou instituições e práticas que são mais bem definidas como produtoras de práticas da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. As diversas mortes de pacientes nos hospícios, que ainda hoje ocupam as páginas dos jornais e os relatórios de sindicância que habitam as gavetas dos burocratas de plantão, são exemplos que atestam essas afirmações. A desqualificação social do louco produz práticas sociais, mais ou menos legitimadas pela ciência, nas quais ele tem uma importância equivalente ao lixo que se recolhe das ruas.

Essas práticas, às quais podemos denominar desumanas, são constatadas nas experiências dos entrevistados, cujas narrativas denunciam os maus tratos, a violência e o descaso com a vida humana. Vejamos parte da narrativa da Entrevistada 19:

Lembro que uma vez fui amarrada só porque eu estava tomando banho de chuva, veja: um simples banho de chuva. Aí me amarraram e me deixaram lá sem ninguém por perto. Se você vomitar, você suja sua cara toda e ninguém chega perto. Se uma usuária quiser lhe sufocar, ninguém ver. Um verdadeiro inferno. [...] no hospital você é amarrado de cortar o pulso, e eu fiquei tanto tempo amarrada que quando foram me tirar, tinha xixi até no meu cabelo, eles não estão nem aí.

Portanto, tal narrativa corrobora as indicações de Yasui (2010), de que o louco, para o modelo tradicional, é uma coisa sem importância, porque não o reconhece como sujeito, mas,

sim, como um objeto de intervenção. Para Amarante (2011, p. 68), “Com o domínio da noção de doença mental, uma simples necessidade básica, inclusive de autocuidado e autonomia, pode ser entendida como um sintoma. Nada é do sujeito: tudo se refere à doença!”. Como mesmo enfatizou a Entrevistada 19 de que um simples banho de chuva a levou à contenção.

E, assim, a psiquiatria e o modelo asilar seguem reforçando o processo de estigmatização e o preconceito já reservado à loucura e ampliam o lugar de abuso e de interesses, ao manter o processo de institucionalização e toda sua lógica conceitual e assistencial, há tempos colocada em xeque, principalmente pela violação de direitos.

A narrativa da Entrevistada 1, que foi internada seis vezes em hospitais psiquiátricos, destaca o sofrimento como parte de sua trajetória e a não necessidade de acesso a um dispositivo manicomial. Vejamos: “Teve uma vez que tive uma crise e não me internaram, porque eu implorei que não fizessem isso. Fiquei em casa e num instante fiquei boa, ou seja, fui internada, muitas vezes, sem nem precisar, só para sofrer, porque no hospital não se tem vida”.

As experiências dos entrevistados evidenciam que o hospital psiquiátrico, mesmo travestido de novo, preserva um conjunto de características que marcaram o princípio de sua formação, submetendo a experiência singular humana do sofrimento a uma lógica pautada na exclusão, na vigilância, no controle e na disciplina. Vejamos algumas dessas características narradas pelos entrevistados: existência de um isolamento dentro do isolamento (sala fechada no cadeado); usuários amarrados; violência física e sexual por parte dos funcionários; negligência profissional; medicalização excessiva; limitação de visitas; infraestrutura precária e insalubre; nulidade civil e usurpação da subjetividade, entre outras justificadas como terapêuticas e científicas.

A narrativa da Entrevistada 17, descrevendo como foi receber alta do hospital psiquiátrico, revela o quadro perverso de exclusão, para não dizer desumano.

Quando eu recebi alta e sai, eu fiquei feliz, principalmente porque eu vi o mundo. Eu estava enclausurada a 41 dias em um inferno, onde fui trancada, amarrada, com medo de ser violentada, tantas coisas ruins. E quando pisei o pé fora do Juliano, senti uma sensação forte de liberdade, de estar viva. Nesse dia eu abracei minha tia, meu pai chorou muito, minha irmã também e minha mãe estava em casa me esperando. Quando eu cheguei ela chorou, mas não tinha como não chorar, porque eu estava muito estragada. Só vim melhorar da escabiose e do piolho em casa.

Portanto, é inegável a urgente necessidade em avançar no movimento de reforma psiquiátrica e superação, de uma vez por todas, do aparato manicomial, incompatível com os preceitos democráticos e com a defesa dos direitos humanos e da vida.

É sabido, como nos alerta Amarante (2011), que são inúmeros os desafios das experiências de reformas psiquiátricas, sobretudo para a construção de uma nova imagem social atribuída à loucura e ao sofrimento humano. Para ilustrar, segue a narrativa do Entrevistado 14, que demonstra o tom estigmatizante presente no imaginário social:

Minha visão era a da maioria das pessoas, de que o louco jogava pedra, não se vestia, ficava nu, era agressivo. Eu trabalhei em um hospital geral e sabia que às vezes temos que auxiliar os pacientes, mas quando tratava-se dos loucos, eu ficava logo estressado, com medo dele se soltar e me fazer mal. Quando cheguei aqui (CAPS) vi tudo diferente e no primeiro dia, uma usuária me ofereceu uma bala (bombom), eu peguei para não a contrariar, com medo dela me bater, mas estava morrendo de medo de ter veneno (risos). E ela hoje é muito especial para mim, conversamos muito, ela me ajuda bastante, ou seja, eu tinha uma imagem totalmente diferente dela, todos os tabus foram quebrados, talvez porque, hoje, estou do mesmo lado da moeda. Mas afirmo, sem medo de errar: todos daqui são pessoas normais.

A narrativa demonstra que o sofrimento humano, ao ser transformado em doença mental, automaticamente se reveste de uma identidade de periculosidade e de desordem social. Daí as inquietações dos atores sociais envolvidos e comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica, avançar nos processos de experiências que apresentam limitações, particularmente aquelas que centram seus esforços em uma espécie de reestruturação assistencial e/ou desospitalização.

[...] Em algumas delas, assistimos às tentativas de humanizar os hospitais, de introduzir-lhe novas técnicas e tratamentos para transformá-los em instituição terapêutica. Em outras, vimos o esforço de criação de serviços externos que minimizassem os efeitos nocivos do hospital ou evitassem as internações, procurando fazer com que o hospital fosse um recurso utilizado somente em último caso. Em ambos os casos, foram mudanças restritas aos serviços que dominaram a atenção e a agenda dos profissionais e dos dirigentes (AMARANTE, 2011, p. 62-63).

Nessa perspectiva e como já sinalizado anteriormente, esse autor chama atenção para a necessidade de compreender o campo da saúde mental e o modelo psicossocial, não como um modelo ou sistema fechado, mas como processo que é social e complexo, formado por dimensões interdependentes que compõem a totalidade social. Nesse sentido, “É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais” (AMARANTE, 2011, p. 71). É nesse âmbito que o modelo de atenção psicossocial se constitui enquanto proposta paradigmática para compreender a experiência humana do sofrimento em sua interrelação com o plano da vida e, portanto, sua finalidade centra-se na pessoa e suas relações com a vida e não mais na doença. Assim, nos “[...] deparamos com o sujeito com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios [...]” (AMARANTE, 2011, p. 69). Para tanto, exige-se que os dispositivos sejam espaços de

produção de cuidados, de sociabilidades e de subjetividades, implicando no desenvolvimento de estratégias capazes de acolher a pessoa em sofrimento em sua integralidade.

Dito isso, já podemos analisar os itinerários dos entrevistados a partir de suas **experiências de cuidados no modelo psicossocial**. Esse modelo, em sua dimensão técnico-assistencial, implica um processo de estruturação, formado por uma rede articulada de serviços que buscam contemplar as diferentes necessidades das pessoas com problemas de saúde mental. Nesse sentido, o PASM e o CAPS fazem parte dessa rede acessada pelos nossos entrevistados.

Sendo assim, iniciamos pelas narrativas dos entrevistados que buscaram cuidados em saúde mental no PASM em João Pessoa/Pb.

Quadro 20 – Narrativas das experiências no PASM

Entrevistada 10
Esteve 2 vezes.
“No PASM, fico sempre pouco tempo. Mas é bom, porque tem os profissionais e somos medicados e depois saímos”.
Entrevistada 17
Esteve 1 vez.
“Em 2017, tive um surto, em 13 de janeiro, que envolvi uma amiga. Eu tinha um namorado que me manipulava, fingia preocupação, mas era só falsidade, também estava envolvido, e de certa forma, ele sabia que eu era doente. Nessa crise me levaram para o PASM. No PASM, eles me amarraram, me conteram. Às vezes eu conseguia me desamarrar; os seguranças eram grossos e quase sempre meus seios ficavam a mostra. Fiquei com muitos hematomas; eram homens fortes; quando eles colocavam a camisa de força, eu tirava, porque eu prestava atenção nas voltas que eles davam na camisa e aí com meu corpo eu fazia o caminho de volta (risos), contorcionismo mesmo, até me desamarrar. O PASM é um mini manicômio. A enfermaria é precária, tem um mini corredor, não tem ventilador, muita muriçoca, barata, grade, não tem banho de sol, e tem dois seguranças lhe vigiando o tempo todo”.
Entrevistado 18
Esteve 1 vez, foi medicado e voltou para casa.
“No PASM, não aconteceu muita coisa, porque quando precisei apenas me deram um remédio e me mandaram de volta para casa. Lá foi bom e fui atendido rápido”.
Entrevistada 19
Esteve 1 vez.
“Tive uma crise, que fui morar na rua e eu ficava perto do SEBRAE. Meu irmão foi lá e me falou que eu ia para o Trauminha (PASM) e depois ia me levar para um lugar que tinha oficinas de teatro, de música e artesanato. Assim, eu fui cedendo e eles me levaram para o PASM. Lá me deram 2 injeções, eu adormeci e não lembro muito do que aconteceu. Só sei que fui melhorando e quando sai minha família me trouxe para o CAPS”.
Entrevistado 21
Esteve 1 vez, com duração de 3 dias.
“No PASM, entendi que ficamos com um período de observação. Assim que dá um sinal de estabilidade eles mandam você para outro lugar para fazer tratamento e dar continuidade. [...] Eu não posso falar muita coisa, porque eu estava praticamente ou totalmente inconsciente”.
Entrevistado 22
Esteve 1 vez, com duração de 3 dias.
“Eu fui para o PASM porque eu estava com muita angústia e muito depressivo, estava chegando o Natal. Mas lá eu não dormi; cheguei arrumado, cheiroso e carteira de cigarro no bolso e não podia fumar. Eu

perguntei ao psiquiatra se eu podia fumar, justifiquei que estava estressado e pedi a autorização dele, nem que fosse 2 tragos do cigarro, porque eu era viciado em cigarro. E minha mulher tinha falado que eu era vereador; aí pronto, eles deixaram. Com 2 anos de meu mandato de vereador, aconteceu essa internação no PASM, porque eu não aguentei o trampo da política.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.

É significativo destacar que o PASM constitui-se como um dispositivo da RAPS em João Pessoa/Pb, estando inserido no componente de Atenção de Urgência e Emergência, que são instituídos pela Portaria GM/MS nº 3.088 de 2011, que trata da organização da rede de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A referida portaria destaca os seguintes pontos de atenção de urgência e emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros (BRASIL, 2011).

Na particularidade do PASM em João Pessoa/Pb, este funciona no Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity (Ortotrauma), também conhecido popularmente como “Trauminha” e fica localizado na rua Agente Fiscal José Costa Duarte, s/n, no bairro de Mangabeira II, na zona sul da cidade, funcionando na modalidade 24 horas.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2021), o PASM é um serviço da RAPS, cujas finalidades são: Atendimento de Urgência e Emergência a usuários com crise psiquiátrica; Ordenador de fluxo da rede de saúde de usuários em sofrimento psíquico; Escuta psicológica; Consulta psiquiátrica; Consulta Psicológica; Consulta de Enfermagem; e Orientação Familiar.

Segundo Jardim e Dimenstein (2007), a Lei 10.216/01, aprovada no Brasil e que trata dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental, não conseguiu estabelecer que os hospitais psiquiátricos fossem fechados, mas apresenta uma nova estruturação, com introdução da rede de atenção psicossocial. Com isso, estas autoras colocam que se convencionou uma lógica, a qual foi denominada de complexidade piramidal, que se organiza da seguinte forma: “[...] as equipes do programa de saúde da família (PSF) ficam na base, os centros de atenção psicossocial (CAPS) e demais serviços substitutivos logo acima, a urgência psiquiátrica em seguida e, por último, o hospital psiquiátrico” (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p. 170). Nesse sentido, o PASM participa dessa pirâmide enquanto um serviço de urgência psiquiátrica, estando presente nos itinerários terapêuticos dos nossos entrevistados, haja vista a busca por um atendimento de atenção à “crise”.

Como já sinalizado, a noção de “crise” em saúde mental é complexa, contudo está hegemonicamente determinada pela visão biológica enquanto principal sintoma que define o

sofrimento como doença mental. Esse entendimento desdobra-se nas formas de assistência, cuja finalidade é interromper a “crise” a todo custo, significando patologização e medicalização, conforme constatado pelas narrativas dos entrevistados.

Ao que tudo indica, no PASM, o poder do psiquiatra é soberano, pois há o entendimento de que a “crise” é objeto da psiquiatria, sendo construída como prova da presença da doença mental. Em nível de contraponto, temos, por exemplo, a abordagem Open dialogue, que considera a “crise” como um momento de reelaboração de sentidos, provocada pela intensidade do sofrimento e o indivíduo não consegue mais externá-lo por meio da linguagem.

Embora os CAPS do tipo III, de atenção 24 horas sejam dispositivos no acolhimento à “crise”, ainda não se tornaram referência, cujas dificuldades estão relacionadas a inúmeras questões, das quais podemos citar: superlotação com a alta demanda e ausência de investimento, planejamento, organização e garantia de uma atenção de qualidade. Além disso, segundo Brasil (2004), o acolhimento na atenção 24 horas dos CAPS III deve atender, preferencialmente, aos usuários que já estão vinculados aos CAPS.

De modo geral, as narrativas revelaram as seguintes questões do atendimento no PASM: cumpre um papel na rede de atenção de atendimento à “crise”, tratando exclusivamente os sintomas, pautado na medicalização; as experiências sinalizam aspectos de acolhimento, cuidados e devidos encaminhamentos, inclusive todos foram encaminhados para CAPS; as narrativas avaliaram o funcionamento do PASM como bom, exceto a Entrevistada 17, que o classificou como “minimanicômio”; a maioria dos entrevistados permaneceu no serviço em um período de tempo em torno de três dias.

Observa-se que a maioria das narrativas foi objetiva e sucinta em relação à experiência no PASM, não revelando grandes impactos do cuidado durante seus atendimentos. Contudo, podemos identificar narrativas que dão visibilidade a práticas pontuais, que valorizam, mesmo que minimamente, a subjetividade como estratégia de cuidados, a exemplo da Entrevistada 7, que teve seu pedido atendido em relação à presença da sua mãe, vejamos: “[...] Eu fiquei a primeira noite com minha mãe e depois fiquei sozinha. Mas fui bem tratada e não tinha pessoas agressivas [...]”.

E a narrativa do Entrevistado 22 que também apresenta essa questão: “[...] Eu perguntei ao psiquiatra se eu podia fumar, justifiquei que estava estressado e pedi a autorização dele, nem que fosse 2 tragos do cigarro, porque eu era viciado em cigarro. E minha mulher tinha falado que eu era vereador; aí pronto, eles deixaram”.

Para tanto, não podemos desconsiderar que os objetivos dos serviços de urgência psiquiátrica são limitados e limitadores no cuidado em saúde mental, pois sua dinâmica de

atendimento é pontual e voltada para a doença e não para o sujeito que sofre. Nessa perspectiva, dispositivos como o PASM estão permeados pela lógica manicomial, que segue reforçando a concepção de que o sofrimento psicossocial é uma doença mental. Ou seja, esses serviços apontam para uma atualização do modelo psiquiátrico tradicional, travestido do verniz psicossocial, por compor a RAPS, cujas características, literalmente, despontam a partir de um processo de reforma e não de uma ruptura com o modelo psiquiátrico e asilar.

Jardim e Dimenstein (2007, p. 182) elencam alguns pontos das urgências psiquiátricas que divergem do modelo psicossocial, defendido pelo movimento de reforma psiquiátrica.

A formatação desses serviços impossibilita a formação de vínculo, visto que são pontuais, ignoram a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida, desresponsabilizando-o pelo atestado de que o que está se manifestando é a doença e não ele próprio, o descontextualiza, insere-o em um cotidiano artificial isolado, roubam sua autonomia, desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação.

Convergindo com esses pontos, tivemos a experiência da Entrevistada 17, revelando práticas similares às utilizadas nos hospitais psiquiátricos. Vejamos parte da sua narrativa:

No PASM, eles me amarraram, [...] Fiquei com muitos hematomas; eram homens fortes, [...]. O PASM é um minimanicômio. A enfermaria é precária, tem um minicorredor, não tem ventilador, muita muriçoca, barata, grade, não tem banho de sol, e tem dois seguranças lhe vigiando o tempo todo.

Sob este prisma, Jardim e Dimenstein (2007, p. 177) realizam a seguinte análise:

Sabemos que ainda hoje vigora nos serviços de urgência psiquiátrica a mesma lógica manicomial herdada dos asilos. Vários técnicos aí inseridos são egressos de instituições psiquiátricas fechadas que, todavia, continuam exercendo seus saberes, mantendo as mesmas práticas. Incontáveis pacientes que chegam às urgências acabam novamente internados.

Essas questões estão inseridas em contexto mais amplo de funcionamento dos dispositivos da rede para atendimento à crise. Como podemos perceber, tais dispositivos apresentam fluxos próprios e a lógica de condução de trabalho própria que, no caso do PASM, enquanto serviço de urgência, tem suas abordagens voltadas a um conjunto de perfis clínicos, que objetivam a estabilização do sintoma e o processo de ordenamento do fluxo na RAPS.

Diante o exposto, pode-se dizer que serviços com as características do PASM estão na contramão do preconizado pela lógica autêntica do modelo psicossocial, revelando aspectos contraditórios prejudiciais ao avanço da reforma, uma vez que a luta pela superação do modelo manicomial visa à transformação efetiva da assistência às pessoas em sofrimento psicossocial.

Portanto, são visíveis as problemáticas de uma rede de atenção psicossocial que também reproduz os saberes e a assistência da lógica asilar, reproduzida pelas práticas profissionais e os inúmeros impasses travados no campo da saúde mental para avançar as propostas de uma efetiva reforma. Apesar do hospital não ter mais centralidade no atendimento em saúde mental, este ainda encontra-se na estruturação da rede. E, na atualidade, dado o contexto brasileiro de retrocesso das políticas públicas com o governo vigente, esse modelo tem encontrado respaldo para fortalecimento enquanto um integrante da RAPS.

Pelo o exposto, mais do que nunca, devemos reafirmar o modelo psicossocial como paradigma essencial que deve seguir produzindo rupturas e construindo novas realidades. Realidades que são sentidas pelos nossos entrevistados, pois as experiências nos CAPS revelam que estes são espaços de produção de cuidados, apesar das inúmeras limitações.

Quadro 21 – Narrativas das experiências nos CAPS III

Entrevistada 3
Demanda espontânea. Sendo acompanhada há 13 anos. Vai ao CAPS uma vez na semana. “Esse CAPS significa tudo na minha vida, eu melhorei muito. Estou aqui muito recuperada da minha saúde, apesar de enfrentar o dia a dia em casa (que não é brincadeira), e só venho uma vez na semana, que é na quarta, eu deveria vir mais dias, porque aqui é ótimo e os profissionais são uns amores”.
Entrevistado 6
Encaminhado pelo CAPS i “Cirandar”. Sendo acompanhado há 9 anos. Vai ao CAPS uma vez na semana. “O CAPS é mais uma tarefa para fazer e frequentar. Eu não acho ruim não. Eu acho muito bom. Aqui eu tenho muitos amigos, já que eu não saio para festas, não saio para canto nenhum e aqui é o lugar onde eu sinto mais próximo de um ser sociável. Venho uma vez por semana no turno da tarde. Eu não tenho do que reclamar (risos), mas as vezes, alguns funcionários querem encrencar comigo”.
Entrevistada 7
Encaminhada pelo PASM. Sendo acompanhada há 5 anos. Vai ao CAPS de 15 em 15 dias. “O CAPS só representa coisa boa. Já vivi tantas coisas aqui. O CAPS representa amor, união, alegria, por isso que eu adoro vir. Eu não tenho vergonha de dizer que frequento o CAPS, porque eu não devo ter vergonha de um lugar onde eu faço tratamento e só me faz ficar bem. Por isso, quando alguém pergunta, eu falo de boa que sou acompanhada pelo psiquiatra, pelo psicólogo, além das minhas amizades verdadeiras que tenho aqui”.
Entrevistada 8
Encaminhada pelo IPP. Sendo acompanhada há 2 anos. Vai ao CAPS uma vez por semana. “Depois que eu vim para o CAPS eu melhorei demais, estou ótima. Agora se eu ficasse no IPP eu ia ficar mais doida ainda. [...] Isso aqui (CAPS) representa uma liberdade, uma atenção, gosto de vir, frequentar. Para mim significa um lazer emocional e mental. Aqui eu faço tratamento pessoal, social e psicológico. Aqui é um tratamento maravilhoso. Não tem diferença entre as pessoas, todo mundo é tratado de forma igual. As pessoas lhe tratam com respeito, sabem conversar com você, sabem lhe compreender. É muito diferente de um hospital psiquiátrico, que não tem isso. No hospital doido é doido e tem que ser tratado como doido”.
Entrevistada 10
Encaminhada pelo PASM. Sendo acompanhada há 3 anos. Vai ao CAPS uma vez na semana. “Aqui passamos o dia, trata a gente bem, a enfermagem é muito boa. Temos a medicação, que levamos para tomar em casa. Temos a consulta com o médico. É muito bom. [...] Agora venho só um dia. Nas quartas-feiras passo o dia todo aqui. Aqui passo pelo médico, pela psicóloga, pela assistente social, pelas

terapias, tem aula de libras, tem jornalzinho, o “bom dia”, o bingo, as brincadeiras, e assim a minha mente é toda preenchida e melhora muito. Não fico só em casa, tenho aqui”.
Entrevistada 11
Demanda espontânea. Sendo acompanhada há 6 anos. Vai ao CAPS uma vez na semana. Já participou das atividades do “Equilíbrio do Ser”.
“Aqui tem todos os profissionais que eu preciso. Realmente cheguei aqui e encontrei uma equipe MARA-VI-LHO-SA e completa. O CAPS é minha segunda casa. Eu amo esse lugar. Eu sou louca por aqui. Sou louca por essas meninas. Participo de todas as oficinas que tiver e ainda fazia biodança e dança circular no “Equilíbrio do Ser”. Eu deixei de ir para lá porque: primeiro meu professor de biodança morreu e depois não me interessei mais. Mas vou tentar voltar”.
Entrevistada 12
Encaminhada pelo PASM. Sendo acompanhada há 2 anos. Vai ao CAPS uma vez por semana.
“É assim, eu sou de lua, tem época que eu gosto do CAPS e tem época que não gosto. Por exemplo: agora estou gostando, mas tem época que não dá vontade de vir não. Mas aqui é bom, especialmente os amigos que fazemos”.
Entrevistado 13
Encaminhado pelo PASM. Sendo acompanhado há 7 anos. Vai ao CAPS uma vez na semana.
“O CAPS representa muito para minha vida, sendo de grande importância. Aqui recebo as orientações e a médica me ouve muito, me acolhe e isso traz um alívio muito grande e também os funcionários e usuários a gente se entende. Nos entendemos de alguma forma. E isso, nós não encontramos em lugar nenhum. É muito difícil a sociedade compreender a nossa situação (muito choro). [...] até hoje o atendimento do CAPS é quem, de certa forma, me dar uma sustentação, porque é muito difícil querer voltar a vida normal e não conseguir (muito choro)”.
Entrevistado 14
Encaminhado pelo PSF. Sendo acompanhado há 5 anos. Vai ao CAPS duas vezes na semana.
“Veja só: como eu não tinha experiência de nenhum manicômio, o que aconteceu? quando eu vim para o CAPS, que entrei naquele portão achei tudo diferente. Eu não tinha nunca convivido com ninguém com transtorno e de repente eu vim para cá (CAPS) porque eu estava precisando e eu não queria aceitar. Foi nesse dia que falei: Meu Deus me trouxeram para aqui enganado, isso aqui não é lugar para mim. Isso foi um baque (queda) para mim, porque na minha cabeça eu não estava doente, eu tinha sido afastado do meu trabalho, porque estava sofrendo, eu não cometi nenhuma infração dentro dele, e simplesmente depois que aconteceu comigo um assalto, (porque esse transtorno veio a partir de um assalto), me trouxeram para esse “lugar”. [...] Quando eu cheguei aqui (CAPS) e vi aquele nome “Atenção psicossocial”, eu fiquei muito nervoso, querendo voltar para casa e quando eu entrei fiquei olhando para todos os lados e vi que estavam todos vestidos (risos), então fui me tranquilizando. [...] Posso dizer que depois que estou aqui (CAPS) vivi os melhores anos da minha vida, porque não é fácil. Aqui as pessoas te escutam, te acolhem, te compreendem, te dão atenção. Agora lá fora ninguém quer saber de você e se souberem que você tem transtorno, qualquer que seja, eles vão te olhar com um jeito diferente. [...] Eu gosto das oficinas, são muito boas; a gente ama o trabalho que eles fazem e também retribuimos com carinho. Eu defendo por onde ando. [...] O CAPS é uma maneira de você ter um tratamento digno, de nos fazer compreender a doença. Somos todos bem tratados, podemos conversar; ajudam a nossa família e nos ajuda a ressocializar. Sabemos que tem muitas dificuldades, mas vamos à luta. Estamos vendo as leis sendo todas cortadas. Temos que lutar pelo direito ao passe livre e pelo fim dos hospitais psiquiátricos. Eu tenho orgulho do CAPS, é aqui a rede que me assiste, que me atende e não pode, de forma nenhuma acabar, mas sim melhorar”.
Entrevistada 17
Encaminhada do PASM para o CAPS Caminhar, de lá para o CAPS Gutemberg Botelho. Sendo acompanhada há 3 anos. Vai ao CAPS duas vezes na semana.
“O CAPS é essencial na minha vida. Ele é minha reintegração de posses, no sentido geral do que você possa imaginar o que é possuir liberdade, autonomia, consciência e determinação para seguir em frente”.
Entrevistada 19
Demanda espontânea. Sendo acompanhada há 12 anos. Vai ao CAPS quatro vezes na semana.
“O CAPS é maravilhoso. Muito diferente dos hospitais. Eu cheguei aqui arrasada, não confiava mais em ninguém. Achava que eu não tinha mais forças para lutar. Eu nem sonhava mais, foi aqui que eu pude realmente escrever um livro e estou escrevendo. Foi aqui (CAPS) que eu voltei a sonhar novamente. [...] Este CAPS representa minha segunda família, porque aqui eu encontrei amigos. A diferença é muito

grande, o atendimento é muito diferente. Aqui as pessoas contam o que passam, o remédio que tomam, você sabe o que as pessoas tem, tudo. Todos se comportam como uma grande família unida”.
Entrevistada 20
Encaminhada pela psicóloga do Hospital Padre Zé. Sendo acompanhada há 3 anos. Estava na atenção 24 horas.
“Eu cheguei aqui (CAPS) parecia um bicho do mato; eu nem olhava para as pessoas, eu tinha medo; inclusive eu até comentei recentemente em uma palestra que as pessoas estavam comentando que preferia estar aqui do que está em casa; que se senti bem aqui; que já fez muitas amizades. Eu já fiz muitas amizades aqui, mas eu não consigo abrir minha boca para dizer que aqui é melhor que a minha casa. Eu ainda acho que eu venho para um lugar que não é meu (muito choro). Eu não me conformo, mas eu sei que eu preciso, porque eu me transformei em uma pessoa muito violenta. Eu sou muito violenta e perigosa. Eu sei que eu sou perigosa. [...] No começo eu vinha com muita raiva, até porque não tinha dinheiro para as passagens e era meu irmão que dava e me humilhava. Então, os primeiros meses aqui no CAPS foi muito difícil; eu não olhava para ninguém, eu me sentia dura, com raiva, pesada, chateada, mas na hora da terapia que entrava com aquelas pessoas, dava uma melhorada. O importante é que depois que estou aqui já melhorei muito. Não me cortei ainda e eu gosto muito de pintura, gosto de pintar e aqui todo mundo me valoriza e respeita”.
Entrevistado 22
Demanda espontânea. Sendo acompanhado há 8 anos. Vai ao CAPS três vezes na semana.
“Depois que passei pelo PASM e que deixei o cargo de vereador, parei a medicação. Aí me bateu uma tristeza grande e fiquei agitado demais. Foi quando decidi me matar. [...] Nesse tempo estava mal, foi quando minha esposa soube do CAPS, nós ainda estávamos morando em Juripiranga e minha esposa me trouxe aqui para o Gutemberg Botelho. Tive a pior impressão desse serviço. Um ambiente pesado, sem ar condicionado, tumultuado, muita gente, muita zuada (barulho), muito apancho, muito sofrimento, uma tristeza. Eu briguei logo com a diretora, disse umas verdades e nesse dia fiquei logo no 24 horas. Eu achei ruim. Nem sabia o que era o CAPS; só sabia que era lugar de doido. Mas fui descobrindo que aqui eu poderia ser feliz. No outro dia via o povo aqui fumando, chorando, triste; eu só olhando e pensei comigo: vim parar aqui, só tem 2 motivos para mim, ou eu vou ser feliz, ou eu vou viver o resto da minha vida murmurando e revoltado com Deus. Se eu vim parar aqui, algum propósito tem. Comecei a conversar com os colegas, me interessando, fazendo as atividades e vendo como era bom e como me fazia bem. Logo depois viemos morar aqui em João Pessoa e estamos aqui e já fiquei várias vezes no 24 horas. Com o passar do tempo vi que aqui é o melhor lugar. [...] Venho três dias ou quatro porque gosto, já quiseram diminuir, colocar de quinze em quinze dias, mas eu venho, me sinto muito bem; muito bem, aqui é um ambiente que eu extravaso, que eu ousar. Hoje eu estou falando e chorando, mas muitas vezes, já fiquei ali fora, debaixo daquela árvore umas 2 horas calado, só pensando, sem conversar, mas só me recarregando, pronto para a batalha. Acho que vou passar o resto da minha vida vindo para o CAPS, porque aqui me sinto renovado [...]. Quanto a estrutura, na realidade, eu acho que essa estrutura é um elefante branco. É um cabide de emprego político, com exceção dos profissionais concursados por mérito pessoal; os outros 10% querem bater o ponto. Mas tem uns que não são capacitados, tem terapias aqui que eu não participo, que são aquelas que não tem conteúdo. A oficina que me faz bem e eu me identifico são aquelas que têm um conteúdo, que venha a somar”.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.

Antes de tudo é importante ressaltar que a atenção psicossocial como proposta paradigmática do processo da reforma psiquiátrica tem os CAPS como dispositivos assistenciais de aposta para superação do modelo manicomial. E, considerando uma perspectiva avaliativa, as experiências dos nossos entrevistados, expressas no Quadro 21, revelaram que os CAPS estão trilhando, mesmo que lentamente, a direção da transformação, sentida e vivenciada pelos próprios sujeitos que acessam estes dispositivos comunitários. Embora apresentem pontos concretos das dificuldades em torno do funcionamento dos cuidados nos CAPS, não deixam dúvidas do comprometimento com os direitos humanos.

Desta feita, o Quadro 21, comporta as experiências dos entrevistados, apresentando as seguintes informações: 1) itinerário terapêutico dos entrevistados, revelando de que forma ocorreu o acesso aos CAPS (demanda espontânea ou por encaminhamento de serviços diversos); 2) tempo que o entrevistado está sendo acompanhado pelo dispositivo de cuidado; 3) quantas vezes vão ao serviço; e 4) as narrativas das experiências relacionadas à questão da representatividade do CAPS na vida dos entrevistados.

Constatamos que a maioria dos entrevistados acessou o CAPS por encaminhamento de serviços diversos, correspondendo a treze (13) dos entrevistados (seis (6) pelo PASM; três (3) pela atenção básica (ESF); dois (2) outros tipos de CAPS; um (1) IPP; um (1) Hospital Geral), e nove (9) por demanda espontânea. Contudo, podemos dizer que, apesar da maioria ter sido encaminhada por outro serviço, ainda é relevante os dados relacionados à demanda espontânea, sendo também verificada nos dados da pesquisa documental.

Considerando as narrativas dos nossos entrevistados, inferimos que a demanda espontânea pode ser justificada pelo fato dos CAPS, serem dispositivos na comunidade e serviços de saúde mental de livre acesso, onde as pessoas têm mais facilidade por não requerer marcação prévia.

As narrativas revelam a importância do papel dos CAPS, que também é constatada pela grande demanda que estes dispositivos atendem diariamente, sendo maior que sua capacidade⁴⁴ e isso é um dos fatores que provoca limites para um atendimento de maior qualidade. Ainda assim, devemos evidenciar que os CAPS tem visibilidade devido à procura espontânea. Mas também não podemos deixar de questionar os índices de encaminhamentos que deixam de ser realizados por outros serviços da rede, em especial das UBS. Lembrando que a atenção básica é um componente estratégico da RAPS, que não deve se limitar a encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental, sendo essencial para o processo de transformação da assistência que se almeja concretizar. Para Souza e Rivera (2010, p. 128), a saúde mental e a atenção básica apresentam pontos comuns por pautar suas práticas considerando “[...] noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado”.

⁴⁴ De acordo com a Portaria nº 336/2002, em seu ponto 4.3, coloca que os CAPS III são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. João Pessoa tem uma população em torno de 900.000 e conta com apenas dois CAPS III.

Atuar segundo a lógica da atenção psicossocial, como preconiza a reforma, é nunca perder de vista a inter-relação da Atenção Psicossocial e da Atenção Básica, haja vista o horizonte para definir-se como uma potente rede de saúde mental no território.

Contudo, a narrativa do Entrevistado 13 revela o quanto essa inter-relação é frágil, provocando incertezas e inseguranças na continuação do cuidado em território.

Quando entrou uma nova psiquiatra aqui no CAPS, recebi alta e me encaminharam para continuar o tratamento no PSF. Esse período foi muito difícil, porque eu só ia para o PSF pegar a receita e eu não conseguia marcar para o psiquiatra, nem participar de atividades, porque na unidade não tinha nada. A médica do PSF sempre colocava com urgência o meu atendimento para o psiquiatra, mas nunca conseguia. E aí tive que ir para o INSS para a questão do meu trabalho, e foi quando a médica de lá falou para minha esposa que eu tinha que voltar imediatamente para o CAPS, mas os médicos daqui me encaminharam para o CAIS. Quando fui atendido lá (CAIS), o médico falou que meu estado era mais grave e que lá ele não poderia atender, só aqui mesmo no CAPS. [...] Na verdade, sempre achei que a médica daqui (CAPS Caminhar) não me avaliou direito, porque eu não tinha condições de estar de alta. Esse tempo que fiquei no PSF tive várias crises. Por isso, posso dizer que a rede não está preparada, não temos como dar continuidade ao tratamento fora do CAPS.

Essa narrativa expressa uma das facetas mais dramáticas observadas no interior dos CAPS, que é quando o usuário tem a possibilidade de continuar seus cuidados em outro dispositivo da rede, mas apresenta resistência, por saber da realidade precária das nossas políticas públicas, que os tornarão usuários flutuantes na rede, com potencialidade de retorno aos CAPS. Assim, verificam-se entraves desde a base do cuidado, que se estende a todo um contexto de uma rede que necessita avançar e potencializar os rumos da reforma.

Mantendo relação com essa discussão, temos os dados da pesquisa relacionados ao **tempo de acompanhamento nos CAPS**, os quais apresentam variação, que vai de um ano a treze anos. Se quantificarmos aqueles que estão com cinco anos ou mais, temos um total de treze entrevistados e, conseqüentemente, com menos de cinco anos temos nove entrevistados.

O fator tempo não pode ser um indicativo que avalie a qualidade do serviço no sentido de sua efetividade resolutive do problema saúde-doença, pois o entendimento não deve estar relacionado a um dispositivo que cure doença mental e o período temporal longo significaria fracasso, mas de um espaço de cuidado que produz sociabilidade e subjetividade, tendo em vista que a atenção psicossocial centra-se no sujeito e não na doença. Por outro lado, não podemos mascarar que o fator tempo longo (como constatado pela maioria dos nossos entrevistados) pode ser considerado um indicativo de que a RAPS apresenta baixa resolutividade e fragilidades, não conseguindo se organizar e funcionar plenamente, como já discutido acima, na relação com a atenção básica. Tomando por base os escritos de Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 175), veremos que a atenção psicossocial ainda tem muito a trilhar.

A Atenção Psicossocial é um ensaio que encarna diferentes planos: práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais a partir da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, formulação de política, apostas em modos diversos de fazer andar a vida.

A narrativa do Entrevistado 22, que está sendo acompanhado há oito anos nos fornece elementos para esse entendimento.

Nem sabia o que era o CAPS; só sabia que era lugar de doido. Mas fui descobrindo que aqui eu poderia ser feliz. No outro dia via o povo aqui fumando, chorando, triste; eu só olhando e pensei comigo: vim parar aqui, só tem dois motivos para mim, ou eu vou ser feliz, ou eu vou viver o resto da minha vida murmurando e revoltado com Deus. Se eu vim parar aqui, algum propósito tem. Comecei a conversar com os colegas, me interessando, fazendo as atividades e vendo como era bom e como me fazia bem. Logo depois viemos morar aqui em João Pessoa e estamos aqui e já fiquei várias vezes no 24 horas. Com o passar do tempo, vi que aqui é o melhor lugar. [...] Venho três dias ou quatro porque gosto, já quiseram diminuir, colocar de quinze em quinze dias, mas eu venho, me sinto muito bem. Aqui é um ambiente que eu extravaso, que eu ousar. Hoje eu estou falando e chorando, mas muitas vezes, já fiquei ali fora, debaixo daquela árvore, umas duas horas calado, só pensando, sem conversar, mas só me recarregando, pronto para a batalha. Acho que vou passar o resto da minha vida vindo para o CAPS, porque aqui me sinto renovado [...].

Essa narrativa não deixa dúvidas da importância do CAPS na vida diária das pessoas, ao passo que já sinaliza para a questão da **frequência nos referidos dispositivos**. Constatamos que a maioria vai uma vez por semana, correspondendo a doze dos entrevistados. Outros quatro vão duas vezes ao mês; três dos entrevistados vão duas vezes por semana; dois vão quatro dias na semana; e uma encontrava-se na atenção 24 horas.

A delimitação da frequência dos usuários nos CAPS obedece ao indicado na Portaria nº 336/2002, estabelecendo que estes dispositivos devam se organizar para atender a demanda (que é alta) e desenvolver seus trabalhos pautados em uma dinâmica distributiva, denominada de intensiva, semi-intensiva e não intensiva, correspondendo às modalidades de atendimento.

Basicamente, os CAPS trabalham com três modalidades de atendimento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. a) Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; b) Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; c) Atendimento Não Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (LOURENÇO, 2012, p. 56-57).

Em conformidade com essa organização, constata-se que a maioria dos entrevistados está na modalidade não intensiva. Logo, entende-se que os cuidados nos CAPS são positivos e que os indivíduos se sentem melhores. É importante ressaltar que essa definição, deve envolver o usuário, familiares e equipe multiprofissional que, geralmente, avalia a história de vida de cada indivíduo e propõe como deve ser o cuidado. Isso é o que define o PTS dos usuários.

Assim, define-se a frequência do usuário, que deve ser reavaliada periodicamente. Vejamos a narrativa da entrevistada 11, que foi questionada acerca de estar sendo acompanhada há seis anos:

Meu amor, estou recebendo alta agora, hoje. Alta no sentido de que só virei agora nas quartas-feiras, pela manhã. Quando eu cheguei aqui, eu vinha todo dia e ficava o dia todo. Escolhi que atividades queria fazer e eu participava. Depois fiquei vindo três dias. E estava vindo só nas quartas o dia todo, mas hoje a assistente social disse que eu estava bem e conversou para que eu fique só nas quartas pela manhã. Então, está ótimo, pois significa que estou bem melhor.

Tal narrativa apresenta uma das características do modelo psicossocial, que é buscar promover um (re)posicionamento do sujeito, no sentido de apontar para uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a sua experiência de sofrimento humano.

Olhar que foi constatado na experiência da Entrevistada 20, que se encontrava no extremo da modalidade de atendimento, pois estava na atenção 24 horas: “Muito bom esse tempo que estou por aqui. Fui eu que pedi para vir para o 24 horas [...]. E hoje a psiquiatra queria me dar alta, mas pedi para ficar mais dois dias [...]”.

Vale ressaltar que, quando realizamos a entrevista, a usuária já podia ir para casa, no entanto, solicitou ficar até o fim de semana, pois ela não estava se sentindo segura. Ao passo que teve sua solicitação atendida pela equipe. Vejamos a transcrição do trecho da entrevista:

[...] entrou um profissional na sala, interrompendo a entrevista e perguntou a usuária como tinha sido a conversa com a psiquiatra. Ela respondeu: eu falei para ela que não estava segura de ir para casa, mas também não queria esperar por quinta-feira e ela me falou que ia conversar com a equipe para eles me liberarem no sábado, para eu passar o final de semana em casa e assim, sentir como ia ser meu comportamento. O profissional pergunta: o que você achou da ideia? E ela respondeu: Eu gostei, foi ótimo.

Essa narrativa também apresenta outra característica, a do compartilhamento das decisões, entre psiquiatra, usuária e equipe multiprofissional, cujo foco da atenção não se limita ao saber da psiquiatria, uma vez que todos devem participar e todos devem decidir.

Outra narrativa bastante elucidativa desse novo olhar, mas na sua relação com o espaço assistencial de cuidado, é da Entrevistada 7:

O CAPS só representa coisa boa. Já vivi tantas coisas aqui. O CAPS representa amor, união, alegria, por isso que eu adoro vir. Eu não tenho vergonha de dizer que frequento o CAPS, porque eu não devo ter vergonha de um lugar onde eu faço tratamento e só me faz ficar bem. Por isso, quando alguém pergunta, eu falo de boa, que sou acompanhada pelo psiquiatra, pelo psicólogo, além das minhas amizades verdadeiras que tenho aqui.

Nesse movimento de um novo olhar, constata-se que a reforma proporciona outra narrativa para as pessoas com sofrimento psicossocial, sendo os CAPS os principais protagonistas no processo assistencial. Segundo Yasui (2010, p. 115):

O Caps é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. [...] E, como estratégia de mudança de modelo, possui conceitos que orientam a compreensão dessa realidade complexa, tal como é o existir humano em suas manifestações de sofrimento psíquico. Eles se configuram como 'princípios' que organizam a rede de atenção e as estratégias de cuidado. Conceitos-ferramentas para operar sobre a realidade na perspectiva de uma mudança do modelo.

A mudança do modelo é UNANIMEMENTE sentida pelos nossos entrevistados, pois as narrativas das suas experiências revelam a **representatividade dos CAPS**, sendo esta imprescindível à construção de processos emancipatórios. Além disso, tem-se a constatação de que nenhum dos entrevistados tem o CAPS como lócus exclusivo no atendimento biomédico, pautado no tratamento e na cura de doença. Algumas narrativas, *à priori*, citam o atendimento do psiquiatra, a medicação, que logo é diluída como parte integrante de um todo.

Em meio às narrativas que apresentam a representatividade dos CAPS, evidenciamos a da Entrevistada 17, por objetivamente conseguir expressar esse processo: “O CAPS é essencial na minha vida. Ele é minha reintegração de posses, no sentido geral do que você possa imaginar o que é possuir liberdade, autonomia, consciência e determinação para seguir em frente”.

Portanto, os CAPS têm se constituído em uma referência positiva e importante dispositivo substitutivo à lógica de exclusão do modelo psiquiátrico e asilar, bem como sinalizam para o nosso entendimento em torno do sofrimento psicossocial enquanto experiência singular humana que necessita de atenção psicossocial. É considerando as experiências nos CAPS que reforçamos o seguinte entendimento: se a reforma propõe um modelo de atenção psicossocial, simultaneamente, entende que o sofrimento é psicossocial, pois só podemos pensar e inventar estratégias de cuidados em saúde mental, se considerarmos as subjetividades habitadas por multidões que se constituem nas relações sociais construídas na complexidade da vida.

A esse respeito recorreremos aos escritos de Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 176-177) que ao destacarem características marcantes da reforma e da atenção psicossocial, sinalizam o sofrimento psicossocial.

Tratam-se de fazeres e saberes artesanais, cotidianos, tecidos com múltiplos fios de diferentes e diversas disciplinas e de experiências concretas que nos falam do sofrimento, da dor, do corpo, da angústia de viver, das dificuldades, impasses e alegrias da vida, atravessada por múltiplos planos: do capitalismo globalizado; das iniquidades e desigualdades sociais; do extermínio nas periferias de jovens pobres e negros; do gênero e das sexualidades; dos modos de trabalhar e andar pela cidade; da comida e de sua falta; do futebol e da cerveja; da novela da Globo; do político conservador e sua baba fascista que escorre no canto da boca; dos rolês nas quebradas; da azaração no shopping; da aula tediosa na escola feita de lata; da pichação e do grafite; das contas que vencem no final do mês; do salário que termina no começo do mês; do pai, da mãe, do filho, do vô e da vô; dos vizinhos; dos amigos; da solidão.

Portanto, são as experiências concretas da complexidade da vida que, subjetivamente, reportam-se ao sofrimento psicossocial, constatadas nas narrativas de nossos entrevistados.

Retomando a discussão da representatividade dos CAPS na atenção psicossocial, constata-se que as narrativas dos nossos entrevistados validam e reforçam o CAPS enquanto dispositivo de cuidados, produtor de acolhimento, vínculo, liberdade, horizontalidade das relações, sociabilidade, subjetividade, exercício da cidadania e defesa dos direitos humanos.

Buscamos agregar algumas dessas características atreladas às experiências dos entrevistados que melhor exploram esse entendimento. Para tanto, acreditamos que as narrativas da Entrevistada 8 e do Entrevistado 13 sinalizam mais fortemente para o **acolhimento, a liberdade, o vínculo e a horizontalidade das relações**; vejamos a narrativa da Entrevistada 8:

Depois que eu vim para o CAPS eu melhorei demais, estou ótima. Agora se eu ficasse no IPP eu ia ficar mais doida ainda. [...] Isso aqui (CAPS) representa uma liberdade, uma atenção, gosto de vir, frequentar. Para mim significa um lazer emocional e mental. Aqui eu faço tratamento pessoal, social e psicológico. Aqui é um tratamento maravilhoso. Não tem diferença entre as pessoas, todo mundo é tratado de forma igual. As pessoas lhe tratam com respeito, sabem conversar com você, sabem lhe compreender. É muito diferente de um hospital psiquiátrico, que não tem isso. No hospital doido é doido e tem que ser tratado como doido.

Mantendo a mesma linha de representatividade, segue a narrativa do Entrevistado 13:

O CAPS representa muito para minha vida, sendo de grande importância. Aqui recebo as orientações e a médica me ouve muito, me acolhe e isso traz um alívio muito grande e também os funcionários e usuários a gente se entende. Nos entendemos de alguma forma. E isso, nós não encontramos em lugar nenhum. É muito difícil a sociedade compreender a nossa situação (muito choro). [...] até hoje o atendimento do CAPS é

quem, de certa forma, me dar uma sustentação, porque é muito difícil querer voltar a vida normal e não conseguir (muito choro).

Assim como nossos entrevistados, todas as pessoas que já sofreram com alguma dor física ou psíquica intensa sentiram como ficamos frágeis e desprotegidos e, nesse momento, o que mais almejamos é que alguém nos acolha e nos ajude (YASUI, 2010). Para tanto, o acolhimento torna-se uma ferramenta central nos serviços de saúde mental para pensar e operacionalizar o cuidado. De acordo com Yasui (2010, p. 138):

Para ser acolhido, é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar o serviço e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção, que considere aquele que busca nossa 'hospitalidade' em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato - é uma atitude.

Diante ao exposto, observa-se o quanto é importante um cuidado que renove as possibilidades de viver, que reative os sentimentos e os sentidos da vida, que promova transformações individuais e coletivas. Aquele cuidado que provoque um distanciamento, cada vez mais, da narrativa estigmatizante do modelo asilar, enfatizada pela Entrevistada 8, quando diz: “[...] No hospital doido é doido e tem que ser tratado como doido”. Sob o prisma de urgente reversibilidade do modelo, ressalta-se a concepção de Amarante (1996 apud YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p. 176):

[...] construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ da doença mental [...] A complexidade, enfim, reporta ao problema ético das relações entre os homens e para com a natureza, porque coloca o problema do pensar e agir em termos de relações e não de objetos.

E, na perspectiva de relações entre os seres, um dado da nossa pesquisa que consideramos impressionante é o fato de que TODOS os entrevistados se referem ao CAPS como um lugar de **sociabilidade**, ficando difícil eleger uma narrativa para exemplificar; no entanto, queremos evidenciar a do Entrevistado 6, um jovem que está sendo acompanhado pelo CAPS há nove anos: “O CAPS é mais uma tarefa para fazer e frequentar. Eu não acho ruim não. Eu acho muito bom. Aqui eu tenho muitos amigos, já que eu não saio para festas, não saio para canto nenhum, e aqui é o lugar onde eu sinto mais próximo de um ser sociável [...]”. O referido entrevistado, apesar de ter o CAPS como mais uma tarefa na sua rotina, reconhece a particularidade de não estar excluído do contexto das relações sociais, o que potencializa a ruptura com o isolamento físico e social; desse modo, ele mantém acesa, pelo menos, a

perspectiva de pertencimento a um espaço em que as pessoas o conhecem, sabem seu nome, sua história, trocam experiências etc.

No entanto, considerando a proposta da reforma, precisamente acerca da caracterização dos CAPS, a portaria nº 336/2002 coloca este serviço como responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. Conforme Ferreira *et al.* (2017, p. 382), devemos lembrar que: “Ser um serviço de base territorial deve significar muito além de estar num determinado espaço geográfico, mas pertencer a certo mundo, habitado por pessoas que produzem modos de existir singulares”. Portanto, o quesito sociabilidade faz parte desse mundo que deve expandir-se ao território, à comunidade e não deve ocorrer unicamente na relação com o CAPS, aspecto que foi identificado também em outras narrativas, colocando-se como um terreno desafiador para os CAPS que, mesmo buscando inserção social para além do espaço institucional, têm que dispor de um grande esforço para construir outra racionalidade territorial.

Para Yasui, Luzio e Amarante (2010, p. 186), “Operar pela lógica do território implica em pensar o território como cenário de encontros, como lugar e tempo dos processos de subjetivação e de autonomização. Como lócus da produção de ações e provocações dos atos de cuidado articulados em rede”.

Enquanto isto se constrói, os CAPS seguem sendo esse lugar de sociabilidade tão caro às pessoas em sofrimento psicossocial, fato que foi constatado pela nossa pesquisa empírica, bem como pelas nossas observações durante o período da nossa permanência nos campos de estudo. Sem muito esforço, são notórias as relações sociais estabelecidas e mantidas a partir desses e nestes dispositivos assistenciais de cuidados.

No que se refere à produção de **subjetividade**, constatamos o apontar de um novo horizonte para as pessoas em sofrimento psicossocial, conforme a narrativa marcante da Entrevistada 19:

O CAPS é maravilhoso. Muito diferente dos hospitais. Eu cheguei aqui arrasada, não confiava mais em ninguém. Achava que eu não tinha mais forças para lutar. Eu nem sonhava mais. Foi aqui que eu pude realmente escrever um livro e estou escrevendo. Foi aqui (CAPS) que eu voltei a sonhar novamente. [...] Este CAPS representa minha segunda família, porque aqui eu encontrei amigos. A diferença é muito grande, o atendimento é muito diferente. Aqui as pessoas contam o que passam, o remédio que tomam, você sabe o que as pessoas tem, tudo. Todos se comportam como uma grande família unida.

A partir dessa narrativa, podemos dizer que um novo contexto começa a moldar-se com a retomada de aspectos primários da nossa existência humana, como o sonhar relacionado a

metas e objetivos de vida, bem como aspectos concretos relacionados a forças para lutar, considerado por um viés de busca por mudanças individuais e coletivas.

De modo geral, as narrativas dos nossos entrevistados apontam para o resgate do protagonismo de suas histórias construídas em novas bases, contribuindo para o despontar de novos tempos. Nesse sentido, podemos retomar a ideia da abordagem geral da subjetividade coletiva no campo da saúde mental, mencionada no Capítulo 2, uma vez que esta vem sendo moldada pelo modelo psicossocial.

A formação dessa subjetividade subsidia, sobremaneira, o **exercício da cidadania e a defesa dos direitos humanos**, a partir de um cenário que resgata o sentido de pessoa, de cidadão, isto é, no sentido de possibilitar que a pessoa se reconheça como um dos agentes implicados no processo e se posicione como um agente de mudanças, conforme a narrativa do Entrevistado 14:

Veja só: como eu não tinha experiência de nenhum manicômio, o que aconteceu? quando eu vim para o CAPS, que entrei naquele portão achei tudo diferente. Eu não tinha nunca convivido com ninguém com transtorno e de repente eu vim para cá (CAPS) porque eu estava precisando e eu não queria aceitar. [...] Quando eu cheguei aqui (CAPS) e vi aquele nome “Atenção psicossocial”, eu fiquei muito nervoso, querendo voltar para casa e quando eu entrei fiquei olhando para todos os lados e vi que estavam todos vestidos (risos), então fui me tranquilizando. [...] Posso dizer que depois que estou aqui (CAPS) vivi os melhores anos da minha vida, porque não é fácil. Aqui as pessoas te escutam, te acolhem, te compreendem, te dão atenção. Agora lá fora ninguém quer saber de você e se souberem que você tem transtorno, qualquer que seja, eles vão te olhar com um jeito diferente. [...] O CAPS é uma maneira de você ter um tratamento digno, de nos fazer compreender a doença. Somos todos bem tratados, podemos conversar; ajudam a nossa família e nos ajuda a ressocializar. Sabemos que tem muitas dificuldades, mas vamos à luta. Estamos vendo as leis sendo todas cortadas. Temos que lutar pelo direito ao passe livre e pelo fim dos hospitais psiquiátricos. Eu tenho orgulho do CAPS, é aqui a rede que me assiste, que me atende e não pode, de forma nenhuma acabar, mas sim melhorar.

Essa tomada de pensamento crítico e posicionamento político faz muita diferença em um campo historicamente marginalizado, atravessado por episódios parciais e totais concretos de nulidade civil e social. São posicionamentos como do Entrevistado 14 que deve alimentar e (re)animar os atores sociais envolvidos no movimento de reforma, por demais ameaçado e desafiador. A narrativa do referido entrevistado apresenta elementos que evidenciam a presença do estigma, do medo social com as pessoas com problemas de saúde mental, ao passo que confere legitimidade e concretude ao trabalho desenvolvido nos CAPS, sem deixar de reconhecer os desafios sentidos no e pelo processo de contrarreforma em curso.

Sendo assim, não podemos concluir esta análise sem apresentar narrativas dos nossos entrevistados que percebem as fragilidades e as dificuldades dos CAPS (que são inúmeras e de toda ordem) enquanto dispositivos de atenção psicossocial.

[...] Quanto à estrutura, na realidade, eu acho que essa estrutura é um elefante branco. É um cabide de emprego político, com exceção dos profissionais concursados por mérito pessoal; os outros 10% querem bater o ponto. Mas tem uns que não são capacitados, tem terapias aqui que eu não participo, que são aquelas que não têm conteúdo [...] (Entrevistado 22).

As narrativas das Entrevistadas 12 e 17, também apresenta essa particularidade:

Eu acho que os CAPS tem uma estrutura ainda com cara de posto de saúde. Poderia ser melhorado nisso, mas é claro que é melhor que os hospitais psiquiátricos; Eu vejo que os CAPS têm muito ainda o que se expandir, tem poucos CAPS para muita gente que precisa, os espaços são limitados, a estrutura precisa de muita melhoria.

As narrativas evidenciam a necessidade de investimentos em estrutura física, material e em recursos humanos qualificados. Questões que se inscrevem na dimensão técnico-assistencial, que se relacionam com as demais dimensões defendidas por Amarante (2011) e Carvalho (2015) do processo de reforma. Tal processo requer mudanças estruturais e exige um novo perfil de profissionais no campo da saúde mental, com posturas antimanicomiais e que tenham capacidade para potencializar a RAPS a partir de um trabalho intersetorial, pois os CAPS não podem desenvolver suas práticas de forma isolada e desconectada do território e das demais políticas públicas. “A intersetorialidade reveste-se de especial importância e de argumento fundamental para pensar o Caps como estratégia e não como um serviço isolado” (YASUI, 2010, p. 157). Nesse sentido, queremos lembrar que, “A atenção em saúde mental requer políticas interssetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania” (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 131). Vale ressaltar que, no âmbito da saúde, a intersetorialidade está agregada ao princípio da integralidade, constituindo-se como articulação dos diferentes setores para a busca da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, não podemos perder de vista que os CAPS, enquanto estratégia que visa à transformação da assistência, devem ser potencializados e constantemente (re)avaliados para avançar na superação do modelo manicomial.

Em que pese todas essas questões, é válido afirmar que os CAPS, como constatado pelas experiências dos nossos entrevistados, mesmos com todas as dificuldades, são espaços de

produção de cuidado e só isso já modifica a relação com o usuário e com sua família, favorecendo a construção de outro lugar social. As experiências dos entrevistados que ficaram na atenção 24 horas dos CAPS reafirmam esse entendimento, a saber:

Quadro 22 – Narrativas das experiências na atenção 24 horas

Entrevistada 1
“Depois que estou no CAPS, nunca mais tive crise”. “Fiquei no 24 horas e perturbei muito, até a coordenadora (risos). Perturbei, baguncei e me arrependo. Peguei uma menina e joguei no sofá. O tratamento daqui é muito bom, não tem igual. Quando fala que aqui (os CAPS) vai fechar, eu fico perturbada (muito choro), porque os hospitais são horríveis, na verdade lá é uma matança só (muito choro). Aqui do CAPS não. Na verdade aqui nem são internações, são tratamentos e cuidados”.
Entrevistada 2
Esteve uma vez, com duração de 8 dias. “Foi bom. Os profissionais tem o maior cuidado conosco, e eu melhorei muito. Depois que estou aqui não me corto mais, porque todos os dias eu me cortava com uma faca de serra. Gostava de ver o sangue saindo e não doía, porque a dor/angústia era maior. Quanto mais eu me cortava, mais sentia vontade”.
Entrevistada 3
“Já fiquei no 24 horas e fui muito bem cuidada pelos profissionais daqui. Tudo muito organizado e tranquilo. Não me faltou nada”.
Entrevistado 4
“Depois que estou aqui tive 2 crises. Na primeira crise fui para o Juliano e de lá me encaminharam para o CAPS. Na segunda crise já vim direto para o CAPS e fiquei no 24 horas. Inclusive, quando eu estava na crise, no 24 horas, os profissionais me liberaram para ir passar o final de semana em casa. E eu não voltei, achei que estava bom e não precisava mais voltar para o CAPS (risos). Eles (o médico, a assistente social e o motorista) foram me buscar na casa de minha mãe para continuar o tratamento no CAPS. [...] Eu achei muito importante, porque dá um apoio, uma força, as pessoas se importam com você. E depois eu recebi alta do 24 horas e continuei vindo fazer o tratamento”.
Entrevistada 8
“Já fiquei aqui no 24 horas, foi ótimo. Agora nova vida, tomo os meus remédios direitinho, não crio mais situações, não escuto mais vozes. Hoje estou bem melhor, igual a uma pessoa normal.
Entrevistado 9
Esteve 2 vezes. “É muito diferente dos hospitais. Eu posso dizer, que totalmente. Somos bem-vindos, bem tratados, os funcionários cuidam da gente. É por isso que ficamos bom logo e recebemos alta, porque é um bom atendimento”.
Entrevistada 10
Esteve 2 vezes, com duração de 2 meses, em 1 delas. “O CAPS é bom. Tem também o almoço que é muito bom, o lanche, café da manhã, a medicação que pego toda semana e tomo em casa. [...] quando fiquei no 24 horas fui muito bem cuidada”.
Entrevistado 14
Esteve 1 vez, com duração de 1 semana. “Fiquei no 24 horas e eu sou um privilegiado porque não fui para o Juliano, nem IPP, nem o PASM. Já vim direto para cá (CAPS). [...] Isso aqui (CAPS) não pode acabar. Eles estão querendo que os hospitais tomem de conta de novo [...]. Então comecei aceitar de forma geral, que estou no tratamento, tenho transtorno, me amo, tenho que me amar e viver. [...] Cheguei aqui com minha esposa e tinha leito no 24 horas para mim e dessa vez fiquei e passei uma semana. Foi uma experiência muito importante para mim, porque quando eu antes chegava no CAPS e tinha alguém no 24 horas, a gente ficava se lamentando e dessa vez eu que estava, e como eu conhecia todo mundo, eles que se surpreendia comigo porque agora eu que estava, mas eu tentava ser um pouco duro, até para mostrar que podemos precisar e que devemos encarar e eu conversava com todos que chegavam, tomava meus remédios, tomava banho direito, minha esposa vinha me visitar, tinha uma dieta por causa da diabetes e aqui fui muito bem tratado. Eu aproveitei esse momento para ser cuidado e aqui a gente tem café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar, e ainda tem o desjejum antes de dormir. Aprendi até tomar minha medicação da diabetes e da pressão. [...] O 24 horas foi muito importante, que eu parei para refletir e parei para me reconhecer e isso foi fundamental para minha própria aceitação”.

Entrevistada 17
Esteve 1 vez, com duração de 7 dias. “Foi um hotel 5 estrelas; foi o céu na terra; eu era livre; se não quisesse dormir na enfermaria, podia colocar o colchão na sala, no corredor e dormir direito. Quando me disseram que iam me trazer para o CAPS para ficar no 24 horas eu fiquei aliviada, vim com meu pai de Uber, porque não tinha ambulância disponível do SAMU. Quando eu cheguei aqui fui atendida pela psiquiatra, pela psicóloga e fiquei 7 dias e depois recebi alta. [...] A rotina daqui (CAPS) era uma maravilha, tem as oficinas, tinha o que fazer durante a semana. Café da manhã na hora certa; medicação na hora certa; 3 banhos por dia; você com seus pertences; com sua colônia, com seu sabonete, com sua toalha, com suas roupas. Circula para onde quer; fala com quem quiser. A noite conversa com a psicóloga, com a assistente social, todos nos escutam. Até quando eles estão com sono, ainda ficam conversando com você. Isso é humanizar o tratamento. Saber que quando eu precisar venho para o CAPS é de muito alívio, porque o que eu vivi no Juliano foi o inferno na terra. Fiquei no 24 horas em 2018, de lá para cá tudo certo. Vou voltar para o trabalho e fechar meu PTS para segunda e terça, porque eu vou e volto de Uber”.
Entrevistada 19
“Quando eu estou em crise eu fico tomando banho, um atrás do outro. E aqui não foi diferente, a primeira vez que fiquei no 24 horas, fiquei tomando banho o tempo todo. Aí quando eu fui melhorando, eu percebi que aqui (CAPS) era bom, porque ninguém reclamava dos meus banhos, ninguém me amarrou, e eu estava livre. Eu podia andar para onde quisesse dentro do CAPS. [...] quando foi minha primeira visita, eles perguntaram assim: olhe você tem visita, eu estava lá atrás, aí eu disse: quem são? São suas irmãs. Perguntei: eu sou obrigada a receber visitas? Responderam: não, você só recebe se quiser. Dei umas risadas e falei para mandarem elas voltarem, porque eu estava com raiva, eu sabia que meus irmãos me internavam toda vez. No outro dia, a próxima visita e eu perguntei: quem são? Eram meus filhos, aí eu fui e aceitei a visita. Falei para ninguém se preocupar porque eu estava num SPA. Falei a verdade, que aqui era ótimo e que não queria mais nem ir para casa. Por um momento achei que o CAPS era mesmo uma casa de repouso que meus irmãos tinham pago para cuidar de mim, de tão bom que é esse lugar. Eu não sabia que era o CAPS, e agora eu só quero o CAPS, aqui eu sou bem cuidada, aprendo um monte de coisas e tenho muitas amizades”.
Entrevistada 20
Estava na atenção 24 horas. “Muito bom esse tempo que estou por aqui. Fui eu que pedi para vir para o 24 horas. Estava muito agressiva e com muita raiva da minha filha. Eu queria bater nela, porque guardo muito rancor dela, peguei abuso dela (acho que é porque eu não esqueço que em uma das nossas discussões, ela falou que eu estava com o demônio no corpo, que não era a mãe dela e isso eu nunca esqueci). Acabei pegando um monte de remédios e coloquei no uísque que ela trouxe para meu namorado, no primeiro gole não consegui e comecei a gritar, fui ficando angustiada, ouvindo vozes, vendo coisas. Pensei até em matar os cachorros e me matar. Ai eu pedi para vir para o 24 horas. Estou aqui faz uma semana e foi tudo muito tranquilo. E hoje a psiquiatra queria me dar alta, mas pedi para ficar mais 2 dias. [...] meu namorado vem todo dia me visitar, mesmo com raiva, porque ele não aceita. Ele diz que aqui não é lugar para mim. Agora eu sempre falo para ele: que ele nunca me viu de verdade, porque nunca mais eu me machuquei, nem machuquei ninguém”.
Entrevistado 22
Esteve em torno de 8 vezes. “O 24 horas é muito bom, por isso que quando eu vejo que vou piorar, eu peço logo para ficar no 24 horas. Este serviço é minha vida e tem mais: nenhum funcionário faz uma coisa errada na minha frente; nem um grito, nem um puxão no braço, nem um carão. Nenhum desses profissionais tem a ousadia de tocar em qualquer um na minha frente. Porque eu denuncio mesmo, não fico calado, todos sabem que eu faço. Mas nunca aconteceu. [...] Essa minha chegada para o CAPS, eu costumo dizer, que aqui é uma faculdade, que estou passando um estágio e estou me descobrindo uma pessoa, modesta parte, cada vez melhor, cada dia que passa, eu me torno cada vez melhor e não estou falando só da minha saúde mental, mas de mim como ser humano. [...] O CAPS é a continuação da minha família”.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.

Como nos referimos anteriormente, existem várias modalidades de CAPS, e uma das características do CAPS do tipo III (*lôcus* do nosso estudo) é o seu funcionamento com atenção

24 horas, permitindo que esse dispositivo atenda e ofereça acolhimento em situações de intenso sofrimento ou mesmo no eclodir desse sofrimento (“crise”). Segundo Brasil (2004, p. 19):

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

Lembrando que estas são indicações direcionadas ao funcionamento dos serviços, mas não necessariamente devem ser seguidas na íntegra, uma vez que a atenção psicossocial deve ser entendida como processo. Por exemplo, a experiência da Entrevistada 10, de ter permanecido na atenção 24 horas durante dois meses evidencia esta questão, por não obedecer ao tempo estipulado nas regulamentações, e sim respeitando o tempo da usuária. Contudo, as demais experiências indicam um período de tempo em torno de uma semana. A narrativa do Entrevistado 9, que já foi internado em hospitais psiquiátricos sete vezes e já ficou na atenção 24 horas duas vezes, esboçou a seguinte conclusão: “É muito diferente dos hospitais. Eu posso dizer que totalmente. Somos bem-vindos, bem tratados, os funcionários cuidam da gente. É por isso que ficamos bom logo e recebemos alta, porque é um bom atendimento”. Ou seja, ele atribui o relativo período curto ao cuidado da atenção psicossocial dos CAPS, em detrimento aos longos períodos de abandono vivenciados nos hospitais.

No que concerne aos nossos resultados, constatamos que doze (12), dos vinte e dois (22) entrevistados, já acessaram a atenção 24 horas dos CAPS, onde eles são acompanhados. Destes doze (12), nove (9) tem experiência de internações nos hospitais psiquiátricos, os quais realizam com mais clareza parâmetros entre os paradigmas contraditórios em convivência no campo da saúde mental. E, nesse sentido, é significativa, para não dizer revolucionária, a forma como estes entrevistados descrevem suas experiências na atenção 24 horas dos CAPS, ao passo que estabelecem diferenças extremas entre o modelo manicomial e o psicossocial, cujas definições para atenção 24 horas dos CAPS estão relacionadas a hotel 5 estrelas, céu na terra e SPA, correspondendo a analogias que representam a demarcação dessas diferenças.

Diferenças essas que foram sentidas para além de suas narrativas, uma vez que as expressões faciais e corporais também traduziam os “alívios” de estarem nos CAPS e não nos hospitais. Pode-se dizer que este “alívio” se relaciona ao fato de que os próprios usuários sentem um cuidado pautado na autonomia, na liberdade e no respeito as suas limitações e escolhas, em

que certos comportamentos são acolhidos e não patologizados como sintomas. Além disso, constatamos que os CAPS potencializam a produção do autocuidado, tenho em vista que os usuários, ao perceberem que necessitam de um cuidado mais intenso, solicitam o acolhimento na atenção 24 horas, vejamos: “O 24 horas é muito bom, por isso que quando eu vejo que vou piorar, eu peço logo para ficar no 24 horas [...]” (Entrevistado 22). O fragmento da narrativa da Entrevistada 17 também enfoca essa questão: “[...] Saber que quando eu precisar venho para o CAPS é de muito alívio, porque o que eu vivi no Juliano foi o inferno na terra”.

Aqui constata-se o processo inverso, pois quando se trata das internações nos hospitais psiquiátricos, os entrevistados “imploravam” aos familiares para o não internamento, como vimos anteriormente nas narrativas que referenciaram as experiências em hospitais psiquiátricos.

Em suas narrativas, os entrevistados demonstram conceitos agregados à atenção 24 horas, como: **cuidados** em uma relação de zelo, de acolhimento, de respeito, de confiança e de comprometimento; **liberdade** no sentido de não exclusão, não vigilância, não disciplinamento e não controle; **humanização** na relação entre os seres; **autoconhecimento** associado ao entendimento da diversidade de modos de existência humana; e **aprendizado**, com analogia à faculdade, que direciona para a formação da vida enquanto ser humano.

Algumas reflexões importantes dirigem-se à compreensão dos entrevistados sobre o processo de contrarreforma (ou contrarruptura) no campo da saúde mental, marcado pelo retrocesso, sobretudo nas dimensões jurídico-políticas e técnico-assistenciais que são defendidas pela atual política de governo. A denominada “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, de caráter antirreformista, tem causado inquietações no imaginário dos usuários, causando medos e revoltas.

Quando fala que aqui (os CAPS) vai fechar, eu fico perturbada (muito choro), porque os hospitais são horríveis, na verdade lá é uma matança só (muito choro). Aqui no CAPS não. Na verdade aqui nem são internações, são tratamentos e cuidados (Entrevistada 1).

A narrativa do Entrevistado 14, que não teve experiências em hospitais psiquiátricos, e por isso se considera como um privilegiado, apresenta com mais detalhe o processo de contrarreforma no cenário brasileiro da saúde mental.

Eu fui para uma palestra que tinha o pessoal do Juliano Moreira e alguns pacientes de lá. E o palestrante falou que trabalhava no Juliano há 17 anos. E falou que o lugar dos loucos era no Juliano e não nos CAPS. Eu fiquei pensando: meu Deus, esse cara não está bem. Depois uma enfermeira também do Juliano, foi falar e ficou contra Ele. Na hora do debate, eu pedi para falar e soltei os “cachorros” em cima dele. Sabe porque

eu fiz isso? porque o povo precisa saber que os CAPS funcionam e que os manicômios tem que acabar. E também defendi nossos direitos, porque somos cidadãos, pagamos nossos impostos e exigimos respeito. Eu nunca vou me calar, vou lutar pelos meus direitos, sim! Movo montanhas, mas não me calo. Só sabe o que a gente passa, quem tem o problema e a família. Isso aqui (CAPS) não pode acabar. Eles estão querendo que os hospitais tomem de conta de novo. Meu Deus! Estão falando da volta do eletrochoque. Pelo amor de Deus, eu não quero viver esse filme não. Por exemplo, tem um colega nosso aqui, que teve a vida destruída no Juliano Moreira. Ele quando chegou aqui (CAPS) tinha medo de tudo, porque ele apanhava muito e aqui a vida é outra. Você precisa ver ele sorrindo, todo feliz, outra pessoa. Por isso que essa rede não pode acabar.

Apesar de longa, a narrativa apresenta a modulação da identidade, construída a partir da narrativa da reforma que faz a mediação dos cuidados no CAPS, possibilitando a elaboração desse entendimento. Ela também é bastante elucidativa para evidenciar o inacreditável processo de remanicomialização, conferido pelos retrocessos em andamento. Por outro lado, seu testemunho também convoca à luta, à resistência, que não deve ser restrita e nem exclusiva aos atores sociais envolvidos diretamente no movimento de reforma, mas a toda sociedade.

É interessante notar, ainda, que os entrevistados reforçam a ideia das novas subjetividades e de certos valores que são socializados. A maioria demonstra empatia e muitos consideram os CAPS como a extensão de sua família. Sob esse prisma, e considerando nossas observações, verifica-se uma aliança entre os usuários, que remete a uma espécie de proteção mútua, como uma defesa diante experiências atravessadas por tantas desproteções. Acreditamos, também, que essa tomada de posicionamentos está relacionada às diretrizes do trabalho multiprofissional nos CAPS, que buscam fomentar a (re)tomada dos aspectos democráticos e de cidadania. A narrativa do Entrevistado 22, de certa forma, exterioriza estas reflexões.

Este serviço é minha vida, e tem mais: nenhum funcionário faz uma coisa errada na minha frente; nem um grito, nem um puxão no braço, nem um carão. Nenhum desses profissionais tem a ousadia de tocar em qualquer um na minha frente. Porque eu denuncio mesmo, não fico calado, todos sabem que eu faço. Mas nunca aconteceu. [...] O CAPS é a continuação da minha família.

Sendo assim, é com esses entendimentos que queremos enfatizar a necessidade de pensar o cuidado em saúde mental como um acontecimento que produz vida; e, quando a vida pulsa, gera-se uma multiplicidade de possibilidades. É no processo complexo de construir e desconstruir que se vislumbra a superação da lógica manicomial física e simbólica/mental, emergindo, assim, uma nova racionalidade do sofrimento humano.

4.3 EIXO 3: NARRATIVAS DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL: OS SENTIDOS E OS SIGNIFICADOS

O presente eixo trata da história de vida dos entrevistados, em que eles revisitaram suas memórias e nos apresentam elementos essenciais para analisarmos o processo de construção social da loucura a partir do entendimento do que estamos denominando de sofrimento psicossocial. Isso ocorre uma vez que os problemas de saúde mental nunca devem ser atribuídos como resultado puramente biológico e, muito menos, como um estado perpétuo e imutável, mas, sim, como um processo subjetivo e sociocultural, permeado por muitos desafios e que necessita de ressignificação constante.

Com isso, queremos afirmar que o entendimento da loucura como doença e/ou transtorno mental, apesar de se configurar uma visão dominante, impede os indivíduos de produzir sentidos e significados alternativos aos seus sofrimentos, impossibilitando novas opções de vida, tendo em vista que os preceitos biológicos, quase sempre, apresentam um diagnóstico como resposta. Como o indivíduo, na maioria das vezes, não consegue ressignificar seu sofrimento, ele aceita esse diagnóstico que já é justificado socialmente; porém, apesar das inúmeras dificuldades, acreditamos que é possível compreender e viver de outra forma, tendo em vista a complexidade da vida em sociedade e a urgente necessidade de emprendermos esforços para mudanças de concepções, para a ruptura de paradigmas e construção de novas formas de lidar com as adversidades humanas.

Toda compreensão reducionista e estática em torno do sofrimento humano contribui para agrupar, em um mesmo conjunto, preconceitos, estereótipos, exclusões, negligências, entre outras questões que podem ser facilmente classificadas como desumanas. Tais compreensões, muitas vezes, ocultam a origem e os efeitos das dificuldades dos indivíduos e de suas famílias na sua relação com a complexidade da vida.

4.3.1 Narrativas sobre a experiência do sofrimento: desatando os nós

Na tentativa de contribuir com a mudança de paradigmas em relação à loucura, apresentamos a experiência humana do sofrimento, considerando os elementos psicossociais que permeiam as infinitas manifestações da vida em sociedade. Assim, buscamos fazer uma leitura das histórias de vida dos entrevistados, tendo como matriz conceitual o sofrimento psicossocial, o qual corresponde às múltiplas expressões da experiência singular do sofrimento humano, na sua relação com a complexidade da vida em suas infinitas manifestações, com

amplas repercussões nas subjetividades, nas identidades e nas formas como o indivíduo se relaciona com a vida.

Foi a partir da reflexão teórica em torno da experiência da loucura, dos movimentos reformistas pelo mundo e do entendimento do sofrimento como categoria importante para compreender as diferentes expressões subjetivas, sociais, culturais e simbólicas que se impõem sobre o indivíduo, dando-lhe sentido diversos, bem como dos resultados da nossa pesquisa documental e, especialmente, a de campo, com as históricas de vida dos entrevistados, que nos permitiu fôlego para evidenciar os elementos para a categoria de análise que denominamos de sofrimento psicossocial. Assim, é a partir desse olhar que iremos refletir sobre as experiências dos nossos entrevistados.

Cumprе realçar que o conceito de sofrimento psicossocial proposto valoriza o caráter complexo, multidimensional e multidisciplinar da experiência da loucura e da possibilidade de um novo *status* social às pessoas em sofrimento intenso, tendo em vista que elas, geralmente, são vinculadas a um diagnóstico psiquiátrico. Assim, esse conceito que se esboça pode exprimir um estado de sofrimento transitório, provocado pelos aspectos sociais e intensificado subjetivamente, provocando mudanças comportamentais e emocionais, exigindo cuidados de atenção psicossocial.

Tal entendimento também reforça a ideia de que o sofrimento psicossocial pode constitui-se enquanto um conceito de transição, em que se busca romper com a noção de doença mental, estabelecida pelo modelo biomédico, reconhecendo que o sofrimento é construído e intensificado pela relação do indivíduo com a organização social em que vivemos. Assim, esse conceito valoriza abordagens que consideram a experiência humana, apostando em um futuro livre de todas as amarras do modelo manicomial e em uma sociedade mais justa, em respeito às diferenças humanas.

Pensar os diferentes diagnósticos dados pela psiquiatria como sofrimento psicossocial é uma maneira de encarar as diferenças humanas em sua relação com o contexto social, cuja busca de cuidado exige um cuidado também psicossocial. Este deve dar-se a partir de diversas práticas, construídas em diálogo multidisciplinar, com investimento em diversos modos de fazer andar a vida, uma vez que cada história singular nos apresenta a complexidade da vida.

Considerando esta contextualidade, demonstramos, efetivamente, a partir das histórias de vida dos nossos entrevistados, a presença do sofrimento psicossocial, uma vez que este não assume um processo de unilateralidade, nem provoca um processo dicotômico entre o sofrimento psíquico e o sofrimento social, mas revela a relação indissociável estabelecida no plano interior e exterior ao indivíduo.

No que se refere à sistematização das narrativas, particularmente nesse eixo, optamos por destacá-las em uma espécie de quadros, na tentativa de evidenciá-las, dada a sua relevância. Durante as entrevistas, solicitamos aos participantes que descrevessem suas histórias de vida e a maioria iniciava suas narrativas pelos acontecimentos vivenciados durante a infância, ao passo que, geralmente, partiam de uma análise avaliativa, com uma classificação como uma infância ruim (9), normal (7), boa (4) e apenas dois não realizaram objetivamente esta avaliação da infância.

Porém, não queremos dizer que o problema de saúde mental teve seu início na infância (algumas experiências afirmam que sim), mas pode-se afirmar que os acontecimentos durante a infância provocaram intenso sofrimento em um momento da vida incompatível com a capacidade do indivíduo de dar resposta ou produzir enfrentamentos; ou seja, estamos tentando dizer que a infância é uma fase de desenvolvimento psicossocial e cognitiva importante e, ao ser perpassada pela vivência de sofrimentos, pode dificultar um desenvolvimento pleno desses aspectos. Muitos sofrimentos vivenciados na infância podem provocar marcas profundas no indivíduo que, mais tarde, vem à tona, impactando de alguma forma a sua vida, a sua percepção, os seus projetos etc., conforme narrativa do Entrevistado 13:

Entrevistado 13
“Não foi fácil minha infância, porque minha mãe foi para o Rio de Janeiro, e eu e meu irmão fomos criados pelos nossos avós. Minha mãe deixou meu pai, porque ele era muito mulherengo. Fui criado pela minha avó, e só conheci minha mãe com 12 anos, e eu lembro que quando tinha 7 anos, eu chorava e minha avó perguntava, porque eu chorava e eu dizia que não era nada, mas era porque eu queria conhecer a minha mãe e só vim conhecer com 12 anos, e eu sei que ela ter ido para o Rio não foi errado, porque se ela tivesse ficado aqui tinha ficado presa a ele. Na adolescência, no colégio eu era um pouco tímido, retraído, eu não tinha uma boa comunicação com os demais, eu não mexia com eles, nem eles mexiam comigo. Eu não tinha dificuldade de aprendizagem, mas por exemplo: uma certa vez um grupo na sala de aula se levantou para fazer um abaixo assinado para tirar a professora de inglês e eu disse que não assinava, porque não tinha motivo, e por isso a diretora chamou todo grupo, mas como não foram, a diretora foi na sala e disse que não tinha como tirar a professora porque ninguém quis se responsabilizar e apesar de não ter assinado, a professora ficou chateada e deu bronca em todos. Eu gostava muito dela e eu falei para ela que não assinei e nem concordei, mas ela disse: eu não quero saber, e por causa disso, perdi o ano, faltando pouco meses para terminar, porque eu desisti, fiquei triste, muito triste, porque se eu respeitava, eu queria respeito também. Minha namorada é a minha esposa hoje, e como eu vi o processo que minha mãe passou, eu pensava assim: se (choro, pausa, choro), minha mãe deixou meu pai por causa disso, eu não ia fazer isso com meus filhos. Eu sofri na minha infância por causa dessa separação. O psiquiatra aqui (CAPS) disse também que isso foi uma das causas que desencadeou o que ele chama de distúrbio dissociativo misto. Depois casei, tivemos as filhas e também veio a igreja, eu já era pastor, mas veio a doença e tive que deixar de ser pastor (muito choro)”. “Eu nunca fui feliz totalmente. A doença veio depois de 20 anos de trabalho, porque meu trabalho de segurança de banco é muito estressante, muita pressão. [...] Teve um dia (em uma sexta-feira) que não aguentei mais, foi passando um filme na minha cabeça dos meus sofrimentos desde criança e aquela pressão grande no trabalho, e é por isso que estou aqui. [...] sou aposentado, fiquei 4 anos recebendo benefício, e o psiquiatra falou que eu não tinha mais condições de voltar ao trabalho. Na verdade, eu já estava perto de me aposentar, porque segurança se aposenta com 25 anos de serviço, e eu já estava com 20 anos. Eu não queria me aposentar por invalidez (muito choro), queria aposentar normal mesmo, mas o psiquiatra falou que de jeito nenhum eu podia voltar ao trabalho, porque eu trabalhava com arma (revólver) e não podia mais pegar em arma”.

Este entrevistado, de modo especial, praticamente chorou durante toda a entrevista e narrava sua história com muita riqueza de detalhes, era um “mergulho” em seu sofrimento, cuja infância é descrita com um pesar muito forte da ausência da mãe, que definiu mais tarde, sua personalidade diante de sua vida conjugal. E, segundo ele, esses sofrimentos na infância também são responsáveis pelo seu diagnóstico, conforme análise do psiquiatra. É relevante lembrar que o seu motivo desencadeador da primeira “crise” está relacionado ao mundo do trabalho e, aqui, mais uma vez, surge a narrativa forte do poder da psiquiatria, uma vez que ela determina a sua “incapacidade mental” para o trabalho.

Diagnóstico que se entranha totalmente na percepção do indivíduo, paralisando suas vontades, capacidades e autonomia, revelando o poder da narrativa patológica, mesmo no modelo de atenção psicossocial. Percebiam que depois do diagnóstico veio todo um processo de perdas, rupturas e de ampliação dos sofrimentos, revelado pela suposta incapacidade para a vida que, nesse caso, significou sua desistência de continuar sendo o pastor da igreja e sua aposentadoria por invalidez, decorrente do problema de saúde mental e não por tempo de serviço, como almejado.

Em conformidade com a experiência do Entrevistado 13, os demais entrevistados que classificaram suas infâncias como ruins foram aqueles que destacaram uma vivência ou um fato que desencadeou sofrimentos e que marcaram negativamente suas vidas. Entre estes acontecimentos, contata-se, com muita ênfase, o histórico de abandono (8) e de abuso sexual (6) e, em algumas narrativas, ambos os acontecimentos foram vivenciados. Vejamos as narrativas a seguir:

Entrevistada 2
“Minha infância foi péssima. Não consigo perdoar meu avô, porque ele abusou de mim; eu tinha 8 anos até meus 17 anos. Eu não aceito isso e isso me perturba e me revolta demais. Não entendo porque minha mãe me deu a minha vó (eu sou gêmea com um menino e não entendo porque minha mãe me deu e ficou criando o menino). Eu fico me perguntando porque ela não me criou? (Muito choro)”. “Hoje eu crio meus 2 filhos, eu não vivo bem com meu marido, mas eu crio meus 2 filhos, não dou eles a ninguém”. “[...] Meu avô ainda é vivo, mas eu não tenho convivência com ele e eu nunca vou perdoar ele (Chora sem conter as lágrimas). Da minha família ninguém sabe, até hoje é um segredo meu. Quem sabe é meu companheiro. Quando eu fui morar com ele, minha avó tinha falecido, ela morreu na minha frente, eu tinha 17 anos, ela caiu nos meus braços e eu tinha um amor muito grande por ela. Eu acho que ela desconfiava que ele abusava de mim, mas eu não contava, porque eu tinha medo de perdê-la, porque ela tinha problema de coração. E também meu avô me ameaçava todo instante com uma faca, e dizia que se eu falasse, ele me matava e depois matava minha avó (Choro, muito choro). [...] Isso atrapalhou meus estudos, até hoje não tenho paciência de ler, de estudar. Trabalho porque tem que trabalhar, mas é uma vida muito ruim (Continua chorando). Por isso que quero me matar”. “Esse marca na minha infância e adolescência também prejudicou e prejudica demais meu relacionamento com meu marido. [...] Também vivo em um casamento abusivo, com muitas violências, e não consigo dar um fim”.
Entrevistada 7
“A minha infância foi um filme de terror (choro). Minha infância eu morei em Campina Grande com a família de meu pai, e lá eu sofri muito. Quando minha mãe me trouxe para cá (João Pessoa) e me colocou

na escola, foi muito difícil, porque as professoras começaram chamar minha mãe, dizendo que eu era doida. Que estava acontecendo alguma coisa comigo e minha mãe me levou ao psicólogo. Eu tinha entre 6 para 7 anos e eu lembro de tudo que passei em Campina Grande. Minhas tias me colocava de castigo no milho ou arroz. Elas me batiam, me deixavam sem comer. Criança faz xixi na cama, e eu fazia, e elas me pegavam e me enrolavam no lençol que eu havia feito xixi e botava em frente da casa para todo mundo ver durante o dia. Eu vim para cá com uns 10 anos. Minha vida com minha mãe foi outra coisa, porque amor de mãe é bom demais. [...] Quando eu tinha entre 10 e 11 anos, meu avô (pai de minha mãe) tentou me estuprar (choro). Ele já tinha tentado fazer isso com minha mãe quando ela era mais nova. Ele morava em outra casa, mas sempre pedia para me levar para casa dele e elas deixavam, afinal era meu avô. Quando chegava na casa dele ele fazia aquelas coisas e sempre pedia para não contar nada e sempre me comprava alguma coisa. Ele sempre mandava eu comprar salgado, roupa, tudo isso para ficar calada e não contar para minha mãe e aí só vim contar para minha mãe quando ele faleceu. E também só ela acreditou em mim, ninguém mais da família acreditou (choro). [...] Depois do assalto, eu entrei em crise, porque veio todo meu sofrimento à tona [...] Minha vida não é fácil, tem dia que estou bem e tem dia que não. Eu não saio na rua porque tenho muito medo. Só fico segura quando estou com minha mãe, porque só ela entende, as outras pessoas da família acham que é frescura e por isso me sinto mais segura com ela”.

Observamos, nessas narrativas, que as entrevistadas apresentam um contexto de abandono, seguido de abuso sexual. Ao que tudo indica, elas não conseguiram ressignificar suas vidas e esse sofrimento foi tomando proporções intensas, com repercussões na vida adulta que, conseqüentemente, atrelada às múltiplas dimensões presentes nos modos como cada um faz o caminhar da vida, provocaram a busca por um serviço de saúde mental.

É importante assinalar que, nesse processo de ressignificação, há componentes individuais, mas também existe a precariedade da vida que impede essa “releitura” dos acontecimentos vivenciados. Além disso, presumimos que, como o sofrimento foi intenso, ele se sobrepõe às demais imagens da vida e segue compondo essa narrativa de sofrimentos.

Assim, acreditamos que acontecimentos “traumáticos” podem determinar a incidência do sofrimento psicossocial, levando o indivíduo a buscar um serviço de saúde mental e, nesse sentido, elencamos três fatores que podem justificar esse sofrimento: 1) a intensidade que o sofrimento provoca no indivíduo; 2) a precariedade da vida, caracterizada pela ausência de recursos de suporte nos seus mais variados sentidos, como materiais, familiares, afetivos, terapêuticos, profissionais, etc. e 3) a resiliência. Embora os fatores 1 e 3 estejam diretamente atrelados aos aspectos subjetivos, eles não devem significar uma culpabilização individual, pois queremos evidenciar que são as experiências das pessoas que apontam o sofrimento psicossocial enquanto um sistema complexo; isso implica subjetividades individuais imersas nos diversos jogos atuantes no contexto social, que levam a inúmeras constatações de fatores que se configuram no âmbito exterior da intencionalidade de seus atores.

Nessa perspectiva, a narrativa da Entrevistada 2 revela uma multiplicidade de questões que implicaram uma intensificação do sofrimento, com desdobramentos reais na sua vida adulta. Ou seja, a entrevistada não consegue respostas para suas questões “traumáticas”, uma

vez que não compreende a atitude da sua mãe ter lhe dado para a avó criá-la e ter ficado com o seu irmão gêmeo. Além disso, esse ambiente de criação possibilitou o abuso sexual e a violência psicológica e emocional por anos. Fato que se enraizou tão fortemente que, quando perguntamos qual era seu maior sonho, ela respondeu: *Que meu avô não tivesse feito isso comigo, e que essa angústia saísse de mim e eu ficasse boa.*

Para a entrevistada, essas questões impactaram em várias dimensões de sua vida, sobretudo, nos seus estudos e na sua relação conjugal que, mesmo sendo abusiva, não consegue romper. Por outro lado, a questão do abandono, vivenciado na infância, a fortalece para não abandonar os seus filhos que, segundo a entrevistada, é o motivo que a impede de cometer suicídio, apesar das várias tentativas.

Portanto, a dinâmica da vida vai se sobrepondo e provocando um sucessivo histórico de abusos e de sofrimentos. E como ela não conseguiu reunir condições de interpretar, ressignificar e dar sentido a esse “eterno” sofrimento, passa a vivenciar um *continuum* de “crise”. E, na maioria dos casos, o diagnóstico surge como alívio no sentido de retirar da pessoa a responsabilidade pelo seu sofrimento, porque passa a ser justificada enquanto doença, anulando todas as alternativas de ressignificar esse processo, ao passo que também alimenta a ilusão que curando a doença, um dia encontrará a paz.

Diante o exposto, surge uma questão: pode-se afirmar que toda pessoa que foi abandonada ou abusada vai apresentar sofrimento psicossocial?

A complexidade da questão reflete a imprevisibilidade da resposta, haja vista a subjetividade, no sentido da história singular de cada pessoa diante dos impasses da vida. Por outro lado, acreditamos que tais violações provocam, sim, sofrimentos e, ao que tudo indica, isso foi determinante para as referidas entrevistadas. Contudo, queremos chamar atenção para demarcar que esse sofrimento necessariamente não pode ser interpretado como uma patologia.

Entendemos que o sofrimento não é algo que acontece como um fato, um rótulo, ou ainda um diagnóstico externo ao indivíduo, pois se trata de uma experiência vivenciada. Nesse sentido, quem vivencia um abuso, uma violência, um abandono, irá inevitavelmente sofrer, mas esse sofrimento pode ser momentâneo e/ou a pessoa pode ter a possibilidade de ressignificá-lo, por exemplo; e, quando isso não ocorre, a tendência é uma intensificação, um agravamento que exige cuidados, acolhimentos e a busca de novos sentidos. O nó da questão é que, majoritariamente, esse sofrimento encontra a lógica psiquiátrica, que estabelece um circuito, impondo uma ordem: diagnóstico, tratamento, ajustamento e possível cura para remissão deste. E, como essa cura nunca acontece, a pessoa fica refém desse circuito, o qual passa a alimentar mais sofrimentos, agora provocados pelo estigma, pela exclusão, entre outras questões que

estão vinculadas ao contexto sociocultural da loucura. Em contrapartida, a versão do sofrimento psicossocial entende que os sofrimentos, inclusive os mais intensos, não devem significar adoecimento; o que não significa a necessidade de cuidados especializados e o uso pontual de medicamentos, mas preza por cuidados que podem ser realizados, buscando outras esferas da vida, como a rede de apoio (família e amigos), as opções terapêuticas diversas e as novas abordagens de atenção à saúde mental, como o Recovery.

Mantendo relações com todas essas questões, é significativo e extremamente preocupante as experiências que apresentaram o suicídio como a solução para amenizar ou acabar com seu sofrimento, caracterizado pelos entrevistados como: uma angústia; um negócio que machuca muito; dor que você não sabe de onde vem; uma tristeza que sentimos lá no fundo do nosso ser, da nossa alma, que não passa; uma agonia, com uma vontade de sumir; alguma coisa que está doendo muito e você não sabe explicar direito etc.

A tentativa de suicídio está presente nas narrativas de oito (8) entrevistados, evidenciando o sofrimento psicossocial no seu nível mais crítico e cruel, que jamais deveria ser banalizado e, muito menos, negligenciado. Esses entrevistados são pessoas reais, com dificuldades psicossociais reais, fazendo ecoar alertas sociais, como um pedido de “socorro”.

Dentre as experiências que manifestaram o suicídio como um horizonte palpável, queremos destacar a narrativa da Entrevistada 12, que nos assusta com a certeza de que o ato contra sua própria vida irá acontecer.

Entrevistada 12
“Não tenho nenhum sonho. Não vou mentir para você. Eu não tenho perspectiva nenhuma, porque eu vou cometer o suicídio, só não fiz ainda pelos meus filhos, porque também teve uma vez, que tentei suicídio e minha filha viu e depois disso, ela desenvolveu o transtorno, ela é acompanhada pelo CAPS i. Mas tenho uma certeza, se não fosse meus filhos, DE CERTEZA, eu não estaria aqui mais. Isso eu tenho como certo. Estou esperando o pequenininho ficar um pouco maior, só isso”.

Para compreendermos melhor o sofrimento psicossocial, vivenciado pela referida entrevistada, consideramos relevante, deixar registrado, o que denominamos de “características gerais”, constituindo-se como um breve resumo, que descrevíamos ao fim de cada entrevista, evidenciando nossas impressões da entrevista e do entrevistado, vejamos:

Usuária vem ao CAPS as segundas-feiras, jovem, se expressa muito bem e muito simpática. Tem uma forte ideação suicida, o que é muito preocupante, porque ela é muito segura quando fala. Mora sozinha (seus filhos residem com os avós maternos), e isso não faz bem para ela; além do problema de saúde mental, ela tem que fazer duas cirurgias, está com 2 tumores que são visíveis, um na cabeça e outro no pescoço. Enquanto fazia a entrevista o amigo do CAPS, estava esperando a mesma para levá-la em casa, haja vista que já estava anoitecendo e ela revelou ter muito medo de ir

para casa sozinha ou andar sozinha, devido aos traumas sofridos (estupros e assaltos). Ela é sorridente, poucas vezes durante a entrevista demonstrou tristeza ou choro, mesmo narrando, com detalhes os acontecimentos sofridos, no entanto, revelou que tem momentos que não gosta de lembrar, nem de falar, mas dentro do possível ela contou toda sua história. Sorriu muito, quando falamos da infância e adolescência. Da infância como algo prazeroso e saudoso, da adolescência com ar de reprovação, como ela mesma se referiu: Fui muito rebelde. O fato de sua história que chama mais atenção são as tentativas e a certeza que irá cometer suicídio. O que nos causa uma sensação de fracasso social e impotência diante de tamanha certeza, que foi desencadeada pela sua trajetória de vida, marcada por uma sequência de sofrimentos, causando a falta de perspectiva de vida.

Sob esse prisma da experiência e como já resumidamente discutido anteriormente, compreendemos que a temática suicídio abrange uma multiplicidade de entendimentos e abordagens, indicando a sua complexidade. Para tanto, considerando os resultados da nossa pesquisa, podemos afirmar que o suicídio e suas derivações (tentativas e ideações) são totalmente permeados pelo sofrimento psicossocial, cuja abordagem de entendimento e de cuidado deve estar pautada em uma perspectiva psicossocial, que reconhece o suicídio como fenômeno subjetivo, de ato individual, tecido nas mais variadas tramas de interdependência da relação dos indivíduos e da sociedade. E nunca deve ser referenciado a partir de abordagens reducionistas, que evidenciam o suicídio como questão unicamente biológica, fisiológica, psicológica e até genética, expressando o caráter de responsabilidade ou culpabilidade, muitas vezes, de inadaptação individual.

Devemos lembrar que posturas reducionistas, não apenas atrapalham a busca de superação do sofrimento psicossocial, apresentado pela ideação suicida, mas, muitas vezes, contribui diretamente para que o ato seja consumado, conforme fala de alerta da Entrevistada 2.

Entrevistada 2
“Eu me pergunto porque isso está acontecendo comigo? Na minha opinião, eu não desejo isso para nenhuma pessoa. Eu tento superar tudo, porque as pessoas falam que se eu quiser, eu consigo, porque o problema está em mim, mas eu só queria que essa angústia saísse e esses pensamentos do que eu vivi, que provoca essa angústia saísse. Não aguento mais esse sofrimento, essa dor, que é mais forte que tudo. [...] Tem também aquelas pessoas que duvidam e falam que quem quer, não fala, vai lá e faz. Quando estou muito angustiada, eu coloco louvor e fico gritando: Senhor me ajuda, não me deixa fazer isso, por favor Senhor, me ajuda. [...] Já tentei suicídio umas 5 vezes. Uma vez tentei me enforcar; outra vez tomei medicação; outra me cortando, até um dia eu conseguir, porque vai chegar o dia que não vou suportar (Muito choro)”.

Apoiados nessas contextualidades, devemos ter clareza que o sofrimento psicossocial não pode ser classificado como uma incapacidade puramente individual para se adaptar a um sistema específico de relações sociais, mas é também a expressão das limitações da subjetividade social que não oferece espaços capazes de gerar produções subjetivas

diferenciadas, haja vista que, muitas vezes, a falta de oportunidades para o desenvolvimento pessoal e social levam a processos que marcarão profundamente/negativamente a vida dos indivíduos que, para alguns, é melhor não relembrar e, muito menos, compartilhar, como bem evidenciado pelas narrativas dos Entrevistados 6 e 16.

Entrevistado 6
“Minha infância foi um mar de merda e um oceano de mijo (muitos risos altos). Mas eu não posso dizer porque”. “[...] minha adolescência também foi muito ruim. Na verdade, desde que nasci, só tenho me ferrado. Meu sofrimento começou com psicose, depois mania e depois esquizofrenia”.
Entrevistado 16
“Da minha infância eu não quero falar. Tenho uma filha, que tenho contato e mora em Natal, mas nunca casei. Moro com minha mãe e minhas irmãs, elas é que resolvem tudo para mim”. “[...] Eu lembro assim, quando eu era mais jovem, eu gostava muito de jogar bola. Tinha um campo de futebol em frente a minha casa. Mas depois que o tempo passou eu fiquei assim, quer dizer, até hoje estou para saber, como é que adoeci tão cedo e já estou com essa idade, 60 anos. Quer dizer que o tempo passou e eu nem me lembro mais como era minha vida antigamente”.

Para além da clareza que sua infância foi atravessada por muitos sofrimentos, a narrativa do Entrevistado 6 ainda revela um aspecto interessante, entendendo seu sofrimento psicossocial como uma espécie de doença que foi evoluindo, iniciando pela psicose, mania e esquizofrenia. Esse entendimento constitui-se como uma compreensão naturalizada entre os usuários, configurada pelo discurso biomédico enquanto transtorno mental, que atribui rótulos com diagnósticos que se referem somente aos sintomas visíveis pelos profissionais que pensamos ser, uma forma distanciada da atenção às experiências singulares.

Já a narrativa do Entrevistado 16 evidencia a tutela pelos familiares e a não visualização da sua vida antes do problema de saúde mental; ou seja, observa-se uma conformidade que culmina com a ocultação do sujeito enquanto ser que determina seu próprio processo de desenvolvimento humano e social, características marcantes de como a experiência da loucura, em seu processo sócio-histórico cultural, influencia e determina a vida das pessoas.

Ainda considerando a experiência do Entrevistado 6, é relevante destacar que este reside com a mãe, que também é acompanhada pelo CAPS e que participou da nossa pesquisa, tratando-se da Entrevistada 8. Após descrição e análise das suas entrevistas, entendemos que existe uma relação recíproca de cuidador e cuidado. E o que chama mais atenção nessa relação é o fato de que nunca os dois estiveram em “crise” no mesmo momento e época. Fato que foi confirmado pela equipe multidisciplinar do CAPS. Vejamos suas narrativas sobre essa relação:

Entrevistado 6
E como é a rotina de vocês? “Ela fica meio estranha quando está naqueles tempo, de ovulação. Dizia que o povo ia me matar, que iam invadir a casa e me matar. Já arrombou a porta do meu quarto, porque pensava que eu estava morrendo. Mas ela hoje parou com isso. Isso foi quando ela foi internada no IPP”. E você ficou sozinho em casa? “Fiquei sim, bem tranquilo. Depois ela veio pra cá, para o CAPS Caminhar no 24 horas. Eu fiquei cuidando dela, lavando a roupa, trazendo a roupa limpa, fazendo a visita para ela aqui. Fico me virando sozinho mesmo. Mas eu ajudo ela nas tarefas de casa, mas de vez em quando, eu dou uns gritos nela, porque fico procurando meus objetos e ela tem guardado e eu não acho (risos). Hoje mesmo procurei uma camisa e não achei, dei umas porradas na cômoda e ela diz: chame são longuinho e dê 3 pulinhos (risos). Depois achei. Ela tinha colocado debaixo das roupas dela. A medicação, por exemplo, eu pergunto se ela tomou e ela pergunta também se eu estou tomando. Tem que tomar, senão pira”. E vocês vem juntos para o CAPS? “Não, geralmente não. Só as vezes, apesar que ela vem no mesmo dia que eu, mas não venho com ela não. Cada um vem no seu tempo”. Já entraram em crise os dois ao mesmo período? “Não, nunca. Um cuida do outro”.
Entrevistada 8
Seu filho frequenta o CAPS também? “Sim, frequenta. Nossa vida é normal. Ele já entrou em crise e eu cuidei dele, porque eu estava bem e quando eu entrei em crise, ele cuidou de mim. Nós nunca entramos em crise juntos. Um sempre cuida do outro. E como é a rotina de vocês? “É normal e tudo é simples. É só dividir as coisas e dar certo. Por exemplo: ele gosta do amarelo, eu gosto do branco, eu respeito o amarelo dele e ele respeita o meu branco. Assim, cada um respeito o espaço e o momento de cada um. Ele é calmo, não é agressivo, ele é compreensivo. Não é porque ele é meu filho não, nem porque estou na ausência dele, mas ele é uma pessoa maravilhosa. Se ele pega em dinheiro, ele logo diz: tome mainha o dinheiro é seu, a senhora faz as compras. Não tem diferença e eu também quando eu pego em dinheiro dou a ele também e assim vamos vivendo”.

Tal relação nos provoca muitas indagações, no entanto, podemos dizer que a experiência do sofrimento humano não impede o sujeito de produzir sentidos de sobrevivência e enfrentamento das dificuldades cotidianas e esses sentidos também são desenvolvidos a partir das contribuições do processo socioeducativo, realizado no interior dos CAPS. Nestes termos, mais uma vez, as experiências expõem a configuração subjetiva, que se dá no curso da experiência da pessoa, com estreita relação, diversas dimensões e momentos de sua vida. Assim, se configura uma ação subjetiva que pode atualizar-se enquanto um novo processo de vida.

Um novo processo que está presente nos elementos sociais e culturais, promovidos pela narrativa da reforma no campo da saúde mental, impactando na realidade cotidiana dos usuários que, somada ao movimento subjetivo de abertura, produz novas subjetividades. Vejam como é elucidativa essa relação, em que duas pessoas que têm problema de saúde mental e estão sendo acompanhadas pelo CAPS conseguem perceber que suas vidas são normais, ou seja, eles desenvolveram uma percepção de cuidado e autocuidado, bem como de respeito à diferença e, com isso, conseguem autonomia para gerenciar as coisas da vida.

Nesse sentido, concordamos com posturas e abordagens que afirmam a possibilidade de viver, apesar do problema de saúde mental. Contudo, tem-se que investir em novas estratégias, equipamentos e políticas públicas que, de fato, compreendam e efetivem mudanças em atendimento à pessoa na sua integralidade.

Considerando que uma das características do sofrimento psicossocial é o fato de que este pode ocorrer em qualquer fase da vida humana, temos as experiências que revelam que suas infâncias foram boas e normais, mas, ao longo de suas vivências, experienciaram acontecimentos que, possivelmente, contribuíram para que sua experiência de sofrimento fosse utilizada para definir o problema de saúde mental, conforme pode ser constatado na história de vida de alguns entrevistados.

Entrevistada 12

“Minha infância foi muito boa, não tenho do que reclamar, sou de Rondônia, nasci lá, vim para cá com 14 anos. Sempre estudei nos melhores colégios, estudava em colégio de Padre (Dom Bosco), um dos melhores colégios e nunca me faltou nada. Tinha de tudo, sabe aquela criança que pede um brinquedo e os pais vai lá e compra? Eu era muito mimada e eu era a única menina, fui muito mimada, não me faltava nada. A adolescência foi complicada, porque eu fui meio rebelde (risos). Com 16 anos eu sai de casa, porque tem um tio meu que é pastor e eu ia para igreja e me converti e minha mãe não aceitou e mandou eu juntar minhas coisas e ir morar com o pastor. Sai de casa, fui morar na casa do pastor que é meu tio. Só que depois, isso já morando em Campina Grande, estudando no GEO, conheci muitas amizades e quando fiz 17 anos fui morar sozinha. Eu nunca me envolvi com drogas, mas bebia muito (risos). Andava com uma galera gótica, roqueira, de piercing, tatuagem, que só andava de preto (risos) e com 18 anos conheci meu primeiro marido. Ele não era dessa galera, ele não era assim. Eu conheci ele através de um amigo comum e aí me casei e comecei a engravidar. Meus 3 filhos é dele”.

“Tive a primeira crise em 2011, porque eu tive depressão pós-parto. Só que a minha depressão era assim: ninguém podia pegar minha filha. [...] Só quando estava ficando boa, que ficava conversando com a psicóloga, tomando remédio, fazendo terapia e o tratamento bem direitinho. Nesse tempo fiquei sem minha filha, porque ela foi ficar com minha avó, foi muito sofrido, uma tortura. Depois voltou tudo ao normal e tive minha segunda filha, mas o casamento não estava bem e em 2013 resolvi me separar, arranjei um emprego com carteira assinada, aluguei um lugar e descobri que estava grávida, do meu mais novo. Só que eu não voltei para ele (ex-marido) porque o casamento era muito pesado para mim, e fui vivendo minha vida. Parei de tomar a medicação por conta própria, porque achei que estava boa e quando foi no dia do parto tive complicações e fiquei 18 dias na UTI. Eu tinha feito pré-natal, tinha feito o planejamento familiar para fazer a laqueadura, porque meus partos não foram nenhum normal, tudo cesárea e no dia que ele nasceu, eu estava em casa e não estava sentindo nada e de repente fui ao banheiro e começou a sangrar muito, muito mesmo. Liguei para o SAMU e eles falaram que como era eu morava muito perto da maternidade, eles não iam. Foi um desespero, gritei para minha vizinha, ela veio e chamou os bombeiros. E eu não estava sentindo dor, era muito sangue. Quando o bombeiro chegou que foi fazer o toque, minha bolsa estourou, daí minha pressão ficou alta, tive duas convulsões e fui direto para sala de parto. Só escutei meu filho nascer e pronto, apaguei e os médicos disseram que foi uma luta para eu acordar. Tive parada cardíaca”.

Do nascimento dele você teve depressão?

“Não. Só fui ter outra crise novamente em 2014. Ele nasceu em 2013, mas eu não estava mais tomando remédio, eu achava que estava bem. Mas quando foi em 2014 aconteceu um fato comigo que me destruiu (choro e tristeza) e eu não só entrei em depressão, como surtei total. Foi um assalto, seguido de estupro e eu me dilacerei (voz bem mais baixa de angústia e tristeza); saiu até no jornal. [...] Eu saía muito tarde do trabalho aqui em João Pessoa e quando eu saía pegava um ônibus e chegava em casa em torno de 1 hora da manhã e no domingo não tem o vigia de moto na rua, porque de segunda à sábado ele me pegava na parada de ônibus, e eu morria de medo quando era escalada para trabalhar no domingo, justamente porque não tinha o vigia da rua que me pegava na parada de ônibus, e no domingo não. Nesse dia desci do ônibus, a rua toda deserta e o cara me pegou. Eu cheguei a desmaiar, quando eu acordei já estava no Trauminha (hospital geral), no soro e sem entender o que estava acontecendo. Depois comecei a lembrar e no Trauminha mesmo eu surtei quando lembrei. Me levaram para o PASM e depois me encaminharam

para cá (CAPS Caminhar). Só que eu não queria fazer tratamento em CAPS. Eu preferia ir para o CAIS em mangabeira, fazer tratamento com o psicólogo e com o psiquiatra. Eu não aceitava vir para o CAPS”. “Em 2015 eu casei de novo, segundo marido, no civil e tudo e fomos morar em Rondônia, minha terra. Só que quando chegou lá teve muita traição, teve muita coisa, ele perdeu o emprego, me traía. Decidimos vender tudo e voltamos em novembro de 2016. Chegou aqui, ele me traiu novamente. Não tive filho com ele, mas meu filho pequeno chama ele de pai, porque quando conheci ele, eu estava grávida. É tanto que o pai, que meu pequeno conhece, é ele. No começo quando a gente se separou eu quis proibir ele de ver o menino, mas depois quem estava sofrendo era meu filho. Aí voltei atrás e deixei que ele tivesse contato com meu pequeno. Em Porto Velho eu fazia acompanhamento no CAPS, porque ele me traía e eu entrava em depressão. Quando voltamos para cá, parei o tratamento e nos separamos e eu voltei para fazer tratamento no CAIS. Em 2017, eu arranjei emprego na CAGEPA, e o pessoal descobriu que eu fazia tratamento para depressão, aí tinha algumas pessoas que ficavam fazendo piadinhas, porque a dona da empresa, que é uma terceirizada, é muito amiga da minha mãe, da mesma igreja católica e ela sabe que eu tenho depressão e que tenho um tumor na cabeça, esse tumor aqui (mostrando o pescoço e braço). Ela me colocou lá sabendo e o pessoal não gostava muito, porque diziam que eu era a preferida da dona, que eu poderia chegar a hora que quisesse e começaram a me excluir, mas se fosse só pela exclusão, eu nem ligo, mas começaram, de vez em quando soltar piadinhas e aquilo foi juntando na minha mente. Quando foi um dia, em setembro, eu cheguei estressada em casa, porque tinham roubado meu celular, cheguei desnorreada, e aí tudo voltou na minha cabeça, o outro assalto, as minhas gravidez, as traições, as violências, o povo no trabalho me enchendo o saco, não deu outra, fiquei mal e minha mãe me levou para o PASM e a médica me medicou e me deu atestado e eu fui trabalhar no outro dia. Na verdade, eu não devia ter ido, mas fui e aí soltaram uma piadinha para mim e eu quebrei o computador, joguei cadeira em quem estava por perto, eu surtei e chamaram o SAMU e me levaram para o PASM, fiquei dois dias amarrada, porque eu estava muito agressiva, depois melhorei e me mandaram para casa e para cá (CAPS Caminhar)”.

A narrativa da Entrevistada 12 traz uma descrição cronológica de sua trajetória de vida, na qual pontua e resume os acontecimentos marcantes de sua infância, adolescência e de sua história do sofrimento, que teve início após o nascimento de sua primeira filha e o seu primeiro “diagnóstico”, a depressão pós-parto. No entanto, como a entrevistada mesmo afirma, a sua depressão foi justificada pelo fato de apresentar questões identificadas como superproteção, pois ninguém podia pegar na sua filha. Sabemos que a maternidade envolve muitas questões e essa expressão do sofrimento, muitas vezes, causa conflitos e variadas formas de interpretação e significados. Segundo Cesario e Goulart (2018), a depressão pós-parto é uma produção complexa por envolver a subjetividade social e individual, além das questões biológicas e hormonais.

[...] “depressão pós-parto” é uma produção subjetiva resultante da relação que se estabelece entre a subjetividade social, a partir da qual as representações sociais dominantes sobre maternidade normatizam e favorecem a idealização desse processo, e a subjetividade individual, que muitas vezes se limita a tais modelos normatizados. Assim, observou-se que a depressão pós-parto expressa a dissonância entre o ideal socialmente preconizado e a experiência singularmente vivenciada (CESARIO; GOULART, 2018, p. 89).

Na particularidade da Entrevistada 12, após o episódio da depressão pós-parto, os acontecimentos posteriores, do âmbito exterior a sua intencionalidade, causaram um *continuum* de “crises”. Contudo, um fato para refletirmos é que ela teve mais dois filhos e não desenvolveu

a denominada “depressão pós-parto”. Isso revela momentos diferentes da vida em relação à maternidade, evidenciando que a suposta “depressão pós-parto” se constitui como experiência subjetiva frente a determinados sofrimentos.

O *continuum* de crises, enquanto múltiplas expressões da experiência singular do sofrimento humano, está associado às infinitas manifestações da vida em sociedade, uma vez que os motivos experienciados pela referida entrevistada como motivadores das suas demais “crises”, por exemplo, foram:

Entrevistada 12
“[...] um assalto, seguido de estupro e eu me dilacerei [...] e o outro [...] Quando foi um dia, em setembro, eu cheguei estressada em casa, porque tinham roubado meu celular, cheguei desorientada, e aí tudo voltou na minha cabeça, o outro assalto, as minhas gravidez, as traições, as violências, o povo no trabalho me enchendo o saco, não deu outra, fiquei mal e minha mãe me levou para o PASM e a médica me medicou e me deu atestado, mas eu fui trabalhar no outro dia. Na verdade, eu não devia ter ido, mas fui e aí, no trabalho, soltaram uma piadinha para mim e eu quebrei o computador, joguei cadeira em quem estava por perto, eu surtei e chamaram o SAMU e me levaram para o PASM, fiquei dois dias amarrada, porque eu estava muito agressiva [...]”.

Ou seja, um *continuum* de sofrimentos, que se potencializam e impactam as histórias de vida difíceis.

A Entrevistada 17, também, sinaliza que suas demais crises estão demarcadas pela complexidade dos acontecimentos de sua vida cotidiana, vejamos: “Os outros três surtos foram por causa de questões da minha convivência”, fazendo referência aos rompimentos dos complicados relacionamentos amorosos. Sendo assim, constata-se, mais uma vez, como o contexto social e suas relações impactam e relaciona-se com o sofrimento psicossocial, revelando a complexidade em torno do sofrimento humano.

Mantendo esta mesma linha de reflexão, temos a experiência do Entrevistado 14, que também avaliou sua infância e sua vida como boa e normal, até ser surpreendido pelo problema de saúde mental, isto é, até seu sofrimento ser transformado em doença. Vejamos sua narrativa:

Entrevistado 14
“Eu tive uma vida normal. Minha infância foi boa, adolescência também. Brincava, estudava, tudo certo. Depois comecei a trabalhar, casei. Vivía em uma rotina normal de família, como a maioria das pessoas. Mas aí chegou a doença, o pesadelo da minha vida”.
“[...] Eu tinha uma vida normal, no trânsito e eu gostava desse trabalho. Até que no dia 11 de fevereiro, fui receber uma doação em Santa Rita e quando cheguei na casa da senhora, dois homens armados chegaram colocando um punhal aqui (mostrando o pescoço), me chutando e gritando comigo, e eu fiquei com medo dele me matar. Mas eu sabia que eles queriam minha moto porque era nova e eu dizia: cara pode levar e eles começaram a me chutar, começaram a querer me cortar e a mulher quando viu fechou o portão, foi quando eu desesperei. Eu só pensava: meu Deus vão me matar e comecei a pedir para eles não me matarem, que eu tinha família, e eles diziam: cala a boca vagabundo [...]. Eles levaram minha moto e eu fiquei em pânico. [...] e para piorar mais ainda, meu supervisor do trabalho chegou e a primeira palavra que ele perguntou foi: cadê o dinheiro? Meu Deus, isso que ele fez comigo foi de uma crueldade

(muito choro). Eu falei: está tudo aqui, pode conferir todas as fichas e o dinheiro, porque eles só levaram a moto, não levaram a carteira com o dinheiro. Aí eu perguntei a ele: como é que vai ficar, porque roubaram minha moto? ele falou: a polícia está acionada, se aparecer a gente devolve. Eu falei: beleza, mas senão encontrar, como vamos fazer? Ele falou: amanhã você compareça na empresa que a gente vai conversar. Nessa noite eu não consegui dormir, ficava pensando em tudo que tinha acontecido, e não era só a questão do bem material, mas eu percebi que eu só valia enquanto levava lucro para aquele pessoal do meu trabalho. Porque eu naquele momento estava precisando de uma palavra, de pelo menos ter perguntado se eu estava bem? Mas não teve isso. Então, no outro dia eu fui e vi que os outros motoboys/colegas ficaram horrorizados com o que aconteceu comigo, porque eu era um cara legal (choro), batalhador e de repente as portas se fecharam e eu só fui afundando no meu sofrimento, que era problema meu. Então, a doença chegou e cheguei ao fundo do poço. Já tentei até suicídio. Muito sofrimento”.

É comum nas narrativas dos entrevistados sentimentos de revolta e de aceitação. A experiência do Entrevistado 14 revela bem esses sentimentos, haja vista, anunciar que o grande pesadelo de sua vida teve início com seu problema de saúde mental, ao passo que, mais tarde, vai reconhecer as importantes mudanças de seus valores, que antes eram camuflados pela camada da dita “vida normal”. A narrativa do referido entrevistado é bastante expressiva, vejamos:

Entrevistado 14
“Depois que eu aceitei meu problema, passei a mim cuidar, pensar mais em mim. Fazer cabelo, barba, essas coisas, que antes eu nem ligava. Trabalhava tanto que esquecia de olhar para mim, de olhar para um prédio e apreciar a beleza dele, e também fazer amizades verdadeiras sem segundas intenções, e aqui também tem as nossas festividades, é bom demais, com todos os cuidados, somos muito feliz aqui. [...] nessas idas e vindas para o CAPS, eu nunca tinha parado para perceber como é importante, parar para olhar uma coisa, tem um prédio aqui próximo, e ele estava pequeno, mas já está alto, terminado, bem bonito, lindo, acabado. Hoje eu paro para ver, sentir, ouvir as belezas do mundo. Antes era só a correria do trabalho”.

Sabemos que a incorporação e introjeção desses valores e de um novo sentido e significado para nossas vidas não acontece com um “clique” ou de “uma hora para outra”, mas requer tempo e muita serenidade, em um processo contínuo de ressignificação.

É relevante ressaltar, ainda, que o Entrevistado 14 elenca alguns requisitos que, para ele, assim como para muitos indivíduos, são incompatíveis para o desenvolvimento de um problema de saúde mental, como: ninguém na família tem transtorno; sem ocorrência de sofrimentos “traumáticos” na infância, na adolescência, no casamento; muitos amigos; competência no trabalho; enfim, “tudo dentro da total normalidade”. No entanto, ocorre o “inesperado” que, na especificidade do Entrevistado 14, está relacionado ao mundo do trabalho, quando este vivencia um assalto e passa a compreender a dura lógica capitalista do mercado de trabalho, cuja sociabilidade obedece aos ditames do capital. Assim, ocorre o desencantamento com o mundo, sobretudo, quando este não recebeu a devida atenção e conforto. Como em uma sequência, o

sofrimento se intensificou e foi transformado em patologia e houve a sua inserção no circuito da psiquiatria, colocando outra camada nesse sofrimento, haja vista o estigma, o medo, o preconceito, as limitações etc.

A grosso modo, poderíamos dizer que a experiência do referido entrevistado foi diretamente impactada pelo sofrimento social, pois, de acordo com Pussetti e Brazzabeni (2011), este tipo de sofrimento é caracterizado quando as pessoas são atingidas negativamente pelos efeitos das estruturas sociais, políticas, econômicas e institucionais. Porém, no campo da saúde mental, entendemos que esse sofrimento social influencia e, quase sempre, reverbera em sofrimentos psíquicos, pois, ao que tudo indica, tem-se uma vinculação subjetiva de várias dimensões da vida coletiva, que é produto do processo social. Ou seja, as questões relacionadas aos objetos sociais, como, por exemplo, trabalho, desemprego e sua precarização, sempre irão impactar, de um modo ou de outro, na forma individualizada de sentir, sofrer e viver.

Nessa perspectiva, entendemos que estes indicativos funcionam como terreno favorável para a incidência do sofrimento psicossocial, que tem como uma de suas características o entendimento da intersecção entre o sofrimento psíquico e o sofrimento social que, dadas as suas particularidades, estabelece uma relação intrínseca de interdependência.

Dito isto, consideramos oportuno contribuir com movimentos que buscam ressignificar as expressões do sofrimento psicossocial, em uma perspectiva de desenvolver ações estratégicas não de possível cura ou reabilitação, mas de construção de novas possibilidades, respeitando as subjetividades, como enfatizado pelo Entrevistado 14, que passou a enxergar as pequenas coisas da sua vida cotidiana.

Não há dúvidas de que as narrativas apresentam um contexto notadamente ligado ao sofrimento psicossocial, manifestado a partir de suas múltiplas expressões. Assim, visualizamos as relações entre a experiência do sofrimento psíquico do indivíduo e a inevitável relação com os processos históricos, sociais e culturais que, reciprocamente, originam, impactam e provocam uma diversidade de demandas, de respostas e de enfrentamentos, que devem ser individuais e coletivas.

Portanto, acreditamos que as experiências demonstram um caráter que não é unilateral, pelo contrário, manifestam a relação indissociável da condição singular humana e os processos societários, que se produzem e reproduzem, em um movimento dialético, determinando o sofrimento psicossocial e o problema de saúde mental. Este se estabelece quando o indivíduo apresenta uma condição desgovernada/imoderada, quase sempre acompanhada de sentido insuportável, reconhecida pelo próprio ou por terceiros, desdobrando-se na necessidade de busca de cuidados, seja familiar, profissional, institucionais etc. Essa condição subleva a

psiquiatria que, geralmente, irá propiciar um diagnóstico, cuja narrativa da doença ou do transtorno mental molda e passa a justificar as várias dimensões da vida desse indivíduo, como seu afastamento do trabalho, sua tutela, suas relações sociais, entre outros.

Todas as experiências de nossos entrevistados evidenciam claramente essa compreensão, da qual elucidamos a narrativa do Entrevistado 4, que apresenta os aspectos sócio-históricos e culturais de como a narrativa do sofrimento é capturada e moldada pelo modelo biomédico (diagnóstico e medicação). O referido Entrevistado foi o único que afirmou, enfaticamente, não ter vivenciado possíveis acontecimentos motivadores do seu sofrimento. Para ele, sua vida foi boa e normal, até chegar à doença, que surgiu do “nada”. Segue narrativa de sua história de vida.

Entrevistado 4
“Minha infância foi boa. Considero uma infância normal. Eu jogava bola, trabalhava, estudei, fiz tudo de normal. Depois quando fiz 26 anos apareceu a doença e de lá para cá, ainda joguei bola, tentei estudar, mas não deu mais. Eu era muito inteligente, terminei o segundo grau pelo EJA e a nota era 7 e eu dei conta. E outra: eu nem levava caderno para escola. Só as vezes, levava umas folhas e fazia umas anotações e ouvia as explicações e na hora da prova, eu fazia e tirava 8 ou 9. Ainda sou muito inteligente”. “[...] Eu, quando era pequeno ajudava meu pai na roça, éramos muito pobres, tínhamos muitas dificuldades e eu ficava aperreado, em ver meu pai aperreado, correndo para botar comida dentro de casa. [...] minha doença começou do nada. [...] Comecei a pensar nas dificuldades da minha vida, com muita pobreza e sem nenhuma perspectiva de futuro. De repente, eu parei de dormir e isso estava me prejudicando muito. Foi quando fui para clínica e comecei o remédio e depois piorei, porque comecei a ouvir vozes. Foi aí, que percebi que não estava bem, que tinha algo diferente. [...] Depois veio o diagnóstico e não posso parar a medicação, porque tenho medo de entrar em crise. No meu caso, eu sou esquizofrênico. Eu sei que não posso parar de tomar os remédios. Já parei 3 vezes, e foi 3 internamentos e aí tenho consciência que não posso parar a medicação. [...] com os remédios eu acordo tarde, durmo muito, não consigo levantar cedo, e passo o dia dormindo, e com isso não consigo trabalhar. Estou tentando me acostumar, porque, ou eu escolho o tratamento e tomo essas medicações, que me fazem dormir, ou paro e entro em crise. Mas como agora tenho o benefício, ficou mais fácil sobreviver”.

Portanto, constata-se o domínio da racionalidade biomédica, em particular, em todas as dimensões da vida do Entrevistado 4, que, na sua inter-relação com a sociedade, tem incorporado as chaves de leitura para interpretar e dar sentido ao seu sofrimento. De modo geral, sabemos que esta leitura interpretativa é culturalmente absorvida pela maior parte da racionalidade leiga.

Aproximando as lentes para as suas narrativas, veremos que a chave de leitura interpretativa desse usuário para seu sofrimento é biológica, estabelecendo-se, sobretudo, a partir do diagnóstico. Para tanto, sua leitura pauta-se no momento presente, descartando uma leitura interpretativa de sua vivência passada, uma vez que ele revela que sua “doença” surgiu do “nada” e, por isso, descarta as possibilidades de acontecimentos motivadores para o seu sofrimento psicossocial.

Essa narrativa, geralmente, é justificada quando o indivíduo não encontra mais recursos que expliquem sua vivência de sofrimento, por não conseguir mais dar sentido aos acontecimentos presentes, passando a ser o diagnóstico essa nova justificativa. Nesse sentido, a doença ou o transtorno mental passa a existir como um fator psicossocial que dá sentido ao sofrimento, ao passo que os indivíduos incorporam esse sentido que advém dos processos sociais. É por isso que, de acordo com Entrevistado 4:

Entrevistado 4
“[...] sei que não posso parar de tomar os remédios. Já parei 3 vezes, e foi 3 internamentos e aí tenho consciência que não posso parar a medicação [...]”.

No entanto, se aproximarmos, ainda mais, as lentes para sua história de vida, iremos concluir que sua experiência é marcada por um contexto de vulnerabilidade social relativa à pobreza que, sem dúvidas, determina uma diversidade de sofrimentos, fato que está na natureza de nossa sociedade, como bem nos aponta Marx (2013/1867, p. 875): “[...] quanto maior forem as camadas lazentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial”. Pauperismo que marca um abismo em uma sociedade desigual, exemplificada pela própria vivência do Entrevistado 4. Merecendo destaque aspectos inquietantes que colocam em dúvida a sua avaliação em classificar sua história de vida como “normal”. Porém, que vida normal é essa, submersa na pobreza? Que vida normal é essa que uma criança tem que trabalhar na roça para ajudar o pai a cuidar da família? Que vida normal é essa, que uma criança fica sem acesso à educação escolar? Que vida normal é essa, que o filho fica preocupado com o sofrimento do pai, que precisa colocar comida dentro de casa?

Além disso, sua narrativa apresenta uma questão central que pode ser considerada desencadeadora do sofrimento, uma vez que o Entrevistado revela uma perspectiva de futuro ameaçada por esse contexto social, causando insônia, perturbações etc. Assim, apreende-se que seu sofrimento não emergiu “do nada”, como revelado pelo Entrevistado, mas é um sofrimento que se interpõe na sua expectativa de projeto de vida futura.

Com esse entendimento, característico do sofrimento psicossocial, propomos fazer o caminho de volta. Um caminho que seja mais largo, que permita cautela no reconhecimento das subjetividades no contexto de interdependência social, rompendo com caminhos estreitos, de mão única, de sentidos duvidosos que, muitas vezes, congestionam e não sinalizam saídas ou novos caminhos. E, com isso, queremos chamar atenção para os sentidos e os significados em torno do sofrimento, pois o que o modelo biomédico/psiquiatria vem denominando doença ou transtorno mental é, na verdade, em nossa perspectiva de sofrimento psicossocial, a vivência

do sofrimento humano em suas múltiplas expressões que, na atualidade, segue sendo patologizado cada vez mais.

Diante de tais evidências, consideramos que o sofrimento psicossocial não deve ser entendido como transtorno mental (sentido dado pela psiquiatria a esse sofrimento), mas como sofrimento da condição singular humana na sua relação com os processos sociais. Estes podem determinar um problema de saúde mental que, na particularidade do nosso estudo, está relacionado a um processo de intensificação, considerado insuportável, que causou a busca por um dispositivo de cuidado em saúde mental (os CAPS).

Ainda considerando o sofrimento psicossocial constituinte da relação do sofrimento social e a sua interface com o sofrimento psíquico, temos a experiência do Entrevistado 22, evidenciando, de forma peculiar, os impactos dos processos sociais, que extrapolam os interesses de ordem da vida privada, para os de ordem da vida coletiva, uma vez que a referida experiência apresenta um apelo muito forte de não aceitação as injustiças sociais, cujas iniquidades são verdadeiras muralhas na luta em defesa de uma sociedade mais justa e igualitária.

Entrevistado 22
“Eu era diferente desde pequeno. Já na minha infância me chamavam de louco, doido, diziam que eu não tinha juízo, mas eu não me incomodava com isso, eu achava graça. E tudo isso porque eu era diferente, porque meu pai tinha condições, vivia financeiramente muito bem, tinha lancha, dono de cavalo de raça. Minha família era rica. [...] Nós éramos em 4 filhos. Tenho 3 irmãos, todos homens. Eu, o mais velho bipolar, o rico é o mais novo, que é o médico e os outros dois vivem bem, lá na nossa cidade com os negócios do meu pai. Nós tínhamos tudo, mas meu pai era muito grosso, não dava cheiro em filho. E eu sentia falta disso, porque era muitos presentes, eu tinha tudo, mas não tinha carinho e meus amigos era os filhos dos funcionários da fazenda e eu via o que o pai deles dava beijos, carinho, eu achava tão bonito. Outra coisa, eu dava meus brinquedos a eles, trocava, porque eu preferia ter o deles. E minha família não gostava. Eu sempre me achei um estranho no ninho, porque o pessoal da minha família é muito vaidoso. Na adolescência foi quando começou o transtorno [...]. Estava com muitos problemas, envolvido com três mulheres; três broncas. Foi quando resolvi dar um tiro na cabeça, porque eu só andava armado [...]. Depois de 18 dias que eu tinha saído do hospital, conheci minha esposa, em uma igreja evangélica, ela estava cantando e eu me apaixonei por ela na hora. Falei namoro a ela e ela aceitou, passamos 4 meses, casei e somos o casal mais feliz do mundo. [...] Meu segundo surto (não sei se chamo de surto, porque é muito relativo, porque na verdade, foi muita cobrança e eu não aguentei a podridão da política), foi durante meu mandato como vereador na minha cidade. [...] eu tinha outra imagem da política, que era aquela de quem estava no poder poderia ajudar e fazer tudo que queria, mas não, é uma tristeza, é muita coisa errada, mas apesar de muitas dificuldades, eu efetivei uns 80% do que eu tinha planejado, fiquei só dois anos, porque adoeci e tive que parar. [...] Eu trabalhava 24 horas por dia, não almoçava direito, nem dormia; não tinha sossego. Eu não estou me referindo a gostar ou não gostar. Eu estou me referindo ao cansaço físico, e sou um cara extremamente vaidoso, e sabe qual é minha vaidade? É uma pessoa sentar perto de mim, ou me procurar e eu ser gentil, oferecer café, comida, água, sentar na minha sala, tudo isso antes de perguntar qual era o problema. E quando me falava de sua demanda, eu tinha que resolver. Se fosse um botijão de gás, por exemplo: eu tirava o meu e dava e assim ia resolvendo. Isso era todo dia na minha casa e eu enquanto não resolvesse não saia da minha cabeça, ou seja, se uma pessoa viesse me pedir um emprego, por exemplo, eu movia o mundo, todos os que eu conhecia para conseguir. Então, eu não faço isso por uma vaidade de alguém reconhecer, ou porque eu

sou bom, ou porque vou para o céu. Eu me sinto bem, eu nasci para servir. Eu não nasci para ter empresa, porque eu quebro com 15 minutos. Então, imagine como eu ficava quando não conseguia; ficava para morrer. E aí acredito que isso foi juntando, juntando, juntando, até eu não aguentar o trampo. [...] E para você ter uma ideia, quando começou meu mandato de vereador, ao lado da câmara municipal existia um prédio abandonado, cheio de rachaduras, onde moravam 9 famílias, com 12 crianças. E minha primeira ação como vereador foi solicitar formal e informalmente ao prefeito para tirar o pessoal daquele prédio perigoso. E o prefeito falou: deixa aquele povo pra lá, porque aquele povo nem votar sabe, isso provocou meu primeiro surto (risos). [...] Resultado: peguei a corrente de meu cachorro, fui para o prédio, e me acorrentei no poste e fiz um protesto, que está nas redes sociais, com reportagem e tudo. É só procurar que vão encontrar (<https://www.jornaldaparaiba.com.br/politica/vereador-fica-acorrentado-ate-que-se-resolva-situacao-de-familias-sem-teto.html>). Fiz isso duas vezes. A segunda foi aqui em João Pessoa, no hospital São Vicente de Paula. Por isso que dizem que eu surtei, mas eu só queria resolver os problemas do povo sofrido. [...] Lutei muito, mas não aguentei, não dormia, não tinha mais tempo para minha família. Eu só vivia aqui em João Pessoa, em hospitais, ia para lá, vinha para cá; não consegui dar conta e adoeci. [...] Depois de 3 dias voltei para casa, estava melhor, tomando medicação, mas em casa parei a medicação por conta própria e não consegui mais voltar para trabalhar e tive que desistir, estava fraco e não tinha mais noção de nada. Já não estava bem na fala, a minha eloquência já não era mais a mesma. E tive que me afastar, e minha família me apoiou (choro). Foi muito difícil para mim (chorava o tempo todo), porque aquilo era o que eu sempre quis, mas pela minha saúde mental era o melhor a fazer. Não teve outro jeito, não me restou saída. Agora eu era uma pessoa doente, com CID e tudo. Mas hoje, eu descobri, que como associado à associação (referindo-se a associação de pessoas com problemas de saúde mental) eu faço dez, vinte ou trinta vezes mais, que como vereador. [...] Hoje minha política é com essas pessoas para conseguir melhorar a vida desse povo daqui (referindo-se aos usuários da saúde mental). Hoje eu mato e morro pelo povo daqui do CAPS”.

Entendemos que a experiência do Entrevistado 22, na demarcação “segundo surto”, apresenta um extrapolar do sofrimento privado, pelo processo empático envolvendo o sofrimento dos outros e a expectativa em torno de resoluções de questões sociais a partir de um mandato político. Nesse sentido, entendemos que sua narrativa revela uma sensibilização em relação às injustiças sociais e às frustrações na gestão política, intensificando o sofrimento, que causou a busca por um serviço de saúde mental e, mais tarde, a desistência do mandato como vereador.

Com isso, identifica-se uma perspectiva de fracasso que se estabelece duplamente. **Primeiro**, pela decepção no mundo da política, permeada pela correlação de forças, que o levou a formas inusitadas de reinvidicação, ao acorrentar-se durante dias, provocando reflexões que caracterizaram como uma atitude de louco que, segundo o referido Entrevistado: “[...] Por isso que dizem que eu surtei, mas eu só queria resolver os problemas do povo sofrido”. Ou seja, não se tratava de um “surto” aos termos da psiquiatria, mas de uma tentativa de protestar e ter sua reivindicação atendida. Contudo, sabemos que qualquer comportamento fora do padrão pode ser patologizado e o “surto” é prova de loucura. E, em **segundo**, relacionado à suposta incapacidade (visão do sofrimento como doença ou transtorno mental), atribuída às pessoas com problemas de saúde mental, mais precisamente aquelas que oficialmente recebem um diagnóstico. Tal incapacidade é sentida na narrativa do Entrevistado quando revela que: “[...]”

Foi muito difícil para mim (chorava o tempo todo), porque aquilo era o que eu sempre quis, mas pela minha saúde mental era o melhor a fazer. Não teve outro jeito, não me restou saída. Agora eu era uma pessoa doente, com CID e tudo [...]”. Ou seja, o diagnóstico passa a produzir sentidos e significados que irão orientar e muitas vezes reger a vida dos indivíduos e suas relações sociais, além de reforçar, diretamente, a imagem negativa produzida ao longo da história da loucura. Imagem que continuamente impacta na imagem de si, facilmente identificada na narrativa do Entrevistado 22: “[...] Nós éramos em 4 filhos. Tenho 3 irmãos, todos homens. Eu, o mais velho, bipolar; o rico é o mais novo, que é o médico; e os outros dois vivem bem, lá na nossa cidade com os negócios do meu pai”.

Sob o prisma do sofrimento psicossocial, entendemos que o determinante desse sofrimento está justamente na forma como as pessoas vivenciam e lidam com as manifestações da vida cotidiana, gestada e gerida pela estrutura social, com seus determinantes éticos, políticos, sociais, econômicos e culturais. Isso porque uma multidão também se sensibiliza com as injustiças sociais, bem como se frustra com a gestão política e pública, mas nem todos necessitam e/ou buscam um serviço de saúde mental.

Portanto, não podemos negar que a experiência do sofrimento humano tem determinante social que pode ser, subjetivamente, intensificado. Nesse sentido, aferimos que essa subjetividade não pode ser reduzida a uma questão inata, como referente à mente, em uma perspectiva biológica ou mesmo psicológica, mas como uma questão fortemente impactada pelas relações sociais.

Por tudo isso, afirmamos que o sofrimento psicossocial reside na compreensão da relação intrínseca da situação subjetiva de sofrimento de uma pessoa na realidade concreta de vida; ou seja, o sofrimento psicossocial é uma experiência/vivência que deve ser entendida a partir de uma análise totalizante, em que a apreensão das múltiplas determinações e mediações do todo se dão em uma realidade concreta, cujas manifestações subjetivas do sofrimento humano são tecidas e mediadas pela materialização da totalidade.

4.3.2 Narrativas da temática “Adoecimento e Sofrimento”: elementos (re)significadores da loucura

Esta temática nos possibilitou entender os significados atribuídos à loucura pelos entrevistados, a partir de suas percepções em torno de seu problema de saúde mental e de seus sofrimentos. Para nos aproximar das suas realidades, realizamos duas perguntas temáticas

guias, a primeira acerca do seu entendimento sobre doença⁴⁵ e, logo em seguida, perguntávamos sobre o seu entendimento sobre sofrimento, cuja finalidade era identificar se os entrevistados iriam associar doença a seu problema de saúde mental, bem como o sofrimento. Nesse sentido, no momento das entrevistas, não fizemos nenhum tipo de explicação.

De acordo com os resultados, onze (11) dos 22 entrevistados sinalizaram doença em uma perspectiva mais geral, sem remeter diretamente a seu problema de saúde mental; no entanto, quando perguntávamos o que é sentir-se doente, suas narrativas automaticamente remetiam-se aos sintomas e aos sofrimentos com seu problema de saúde mental. Vejamos algumas narrativas:

Entrevistada 2
Entendimento de Doença: “É uma enfermidade”. O que é sentir-se doente? “É não ter paz, eu não sei o que é sorrir de verdade. As pessoas me veem sorrindo, mas não veem o que está dentro de mim. Porque é questão de minutos. É uma angústia, é muita angústia que sinto. Aí bate o desespero e o suicídio para mim vai acabar com meu sofrimento. Porque o sofrimento é um negócio que me machuca muito. O povo diz que o câncer vai matando você aos poucos, a mesma coisa é a depressão, ela vai matando você aos poucos, machuca muito”.
Entrevistada 10
Entendimento de Doença: “Doença é alguma coisa no corpo, mas nenhuma doença é boa. Eu acho que a pior doença é você ficar desequilibrada como eu fiquei. Sem ter condições de resolver suas coisas sozinha e tem que ter ajuda de alguém”. O que é sentir-se doente? “Você está com algum problema, sentindo alguma coisa que está doendo em você. Você não se senti bem e não sabe explicar direito”.
Entrevistada 21
Entendimento de Doença: “Se for puxar para o conceitual mesmo, é quando se pode explicar por alguma causa orgânica, algum exame. Mas no caso de transtorno, não sei explicar. Porque o transtorno não tem explicação enquanto doença, ele é reconhecido quando atinge o corpo, por alguma causa orgânica”. O que é sentir-se doente? “É meio complicado explicar, porque tudo que eu dizer não traduz o que eu realmente sinto”.

Como se pode constatar, embora o entendimento de doença tenha se apresentado de modo mais genérico, as narrativas, de forma geral, relacionaram doença ao seu problema de saúde mental, o que não nos causou surpresa, uma vez que um dos requisitos para serem acompanhados pelos CAPS é a delimitação de um diagnóstico, que segue acompanhado de um plano medicamentoso. Requisitos que caracterizam o sofrimento humano vinculado aos preceitos da hegemonia biomédica, sobretudo por pautar-se em uma relação psiquiatra e

⁴⁵ “A definição primária de doença física assenta essencialmente em disfunções no corpo, apesar de poder ser relacionada com factores sociais e culturais. Já a doença mental depende não apenas da disfunção, mas simultaneamente da consideração da desadequação social e cultural nela implicados. Esta natureza contextual das doenças mentais faz com que a sua definição nunca se aproxime da natureza da grande parte das doenças físicas” (HORWITZ *et al.*, 1999 apud ALVES, 2008, p. 79).

paciente como núcleo central de uma experiência concreta no processo saúde-doença. É importante ressaltar que, nessa relação, os sintomas são mais valorizados do que os significados da experiência humana; ou seja, a forma como o próprio indivíduo encara e explica seus “sintomas”, seus comportamentos ou sofrimentos, geralmente é secundarizada ou mesmo suprimida, enquanto, muitas vezes, médicos e usuários interpretam os sintomas, inserindo-os em relação direta com o corpo, por meio das sensações ou por meio da narrativa neuroquímica. Vale lembrar que o sintoma é entendido pela psiquiatria como “prova” do transtorno mental.

Apesar dessa tentativa de separar o entendimento de doença e sofrimento, foi possível constatar que a maioria dos entrevistados associa doença a sofrimento e vice-versa, isto é, a doença está inevitavelmente atrelada ao sofrimento e este, por sua vez, provoca adoecimento. Dessa forma, foi possível extrair significados a partir de três entendimentos que estão inter-relacionados. O **primeiro**, que considera doença o seu problema de saúde mental, em especial quando este tem um diagnóstico definido; um **segundo**, que compreende seu sofrimento como sendo os sintomas, os quais não conseguem explicar; e o **terceiro** é quando o sofrimento se transforma em doença que, para os entrevistados, é materializado quando eles entram em “crise”. Observem que todos esses entendimentos são representações da narrativa biológica entranhada no universo de representações dos entrevistados. As narrativas, a seguir, evidenciam esses entendimentos.

Entrevistada 1
Entendimento de Doença: “Doença para mim é depressão. A minha doença é depressão. Agora explicar o que é essa doença, eu não sei”. Entendimento de Sofrimento: “É um sofrimento que é só meu, mas o que mais me faz sofrer é porque meu filho sofre muito com isso. Minha mãe e meus irmãos também. Na verdade, todo mundo em volta de mim sofre. [...] Eu fico muito ruim com isso, muito triste, porque eu os faço sofrerem e isso me faz sentir bastante culpada. E quando vem as angústias, a falta de sono, já sei que vou adoecer”.
Entrevistado 4
Entendimento de Doença: “Eu não sei explicar direito, mas no meu caso eu sou esquizofrênico e assim procuro pesquisar, assistir palestras no You tube, para me manter informado acerca da minha doença. E o que eu sei é que eu não posso parar de tomar os remédios. Já parei 3 vezes e foi 3 internamentos e aí tenho consciência que não posso parar a medicação”. Entendimento de Sofrimento: “O sofrimento é ruim, porque ele modifica minha rotina, porque eu fico isolado, fico depressivo. Só na doença eu fico assim (crise). Quando não estou na crise, sou uma pessoa normal ou o que as pessoas dizem que é “normal. [...] Na minha doença, eu sei quando vou adoecer, porque eu começo a pensar em muitas coisas que me causam sofrimento, passo a ficar sem sono e depois começo a ouvir vozes e aí já identifico que vou entrar em crise. Fica mais fácil para eu pedir para ser internado aqui no CAPS”.
Entrevistada 5
Entendimento de Doença: “Quando algo está dando errado na sua vida no físico e no mental. No meu caso minha doença mental”. Entendimento de Sofrimento:

“É mais profundo, porque você não sabe dizer de onde vem e nem onde está. É muita coisa na cabeça. Eu sofro muito. Eu me pergunto porque isso está acontecendo comigo? Na minha opinião eu não desejo isso para nenhuma pessoa. Quando vejo algo, que sei que não existe, já começa meu sofrimento. Quando minha mente fica me contrariando o tempo todo, porque é assim: minha mente fica sim x não, mentira x verdade. Eu fico assim nas crises. As pessoas falam e minha mente fica contrariando, fico vendo TV e a mente contrariando e na igreja é a mesma coisa. Muito ruim tudo isso, é muito sofrimento e aí entro em crise”.
Entrevistado 6
Entendimento de Doença: “Uma coisa que exclui as pessoas do convívio social”. Entendimento de Sofrimento: “Uma dor, mas eu não sofro com o transtorno mental mais não. Já aceitei que sou doente para sempre”. Você acha que sem o problema e saúde mental sua vida poderia ser diferente? “Minha vida poderia ser diferente, mas minha vida tá boa assim. Eu não sofro com minha doença, aprendi que devo ser feliz com ela e eu sou feliz. Eu até me acho mais feliz e esclarecido do que outras pessoas, no modo de ver as coisas e o mundo”.
Entrevistada 7
Entendimento de Doença: “É a minha depressão. É muito ruim. As pessoas acham que é algo passageiro, que é frescura, mas não é. Entendimento de Sofrimento: “É uma tristeza que sentimos lá no fundo do nosso ser, da nossa alma, que não passa. Tenho síndrome do pânico e transtorno de ansiedade, bipolaridade e TOC, por isso eu tomo a medicação bem direitinho. [...] É horrível, porque eu acho que vou morrer. Quando eu sinto que a crise está vindo, eu me sinto sufocada como se eu fosse morrer. Eu não durmo, porque acho que não vou mais acordar e passo a noite acordada. Para mim quando ela vem, na minha cabeça eu vou morrer”.
Entrevistada 8
Entendimento de Doença: “Doença é uma fraqueza mental. Eu penso assim: a pessoa vai ter problemas, junta os problemas e fica naquele mar de problemas, só criando mais problemas. [...] O meu problema parece que é bipolar com esquizofrenia”. Entendimento de Sofrimento: “Sofrimento é uma coisa ruim, porque não sabemos como lidar, ficamos só juntando os problemas e vai dando uma agonia, uma vontade de sumir. E quando damos por nós, já estamos em crise”.
Entrevistada 12
Entendimento de Doença: “É quando o corpo não está bem”. Entendimento de Sofrimento: “Não estar bem, precisar de médicos, de remédios, de psicólogos. Sofro muito, mas geralmente é mais a depressão, solidão, vontade de suicidar. [...] Eu só não queria estar sentindo essa dor dentro de mim, uma dor que vai além do corpo e de todos os meus sentidos. É só isso que eu sei dizer. Eu só queria não sentir, eu queria ser normal”. O que ser normal para você? “É não estar passando por isso. Não sentir essa dor, não sentir depressão. É porque falar a palavra depressão é muito normal, mas para mim sentir essa depressão é mais que isso, porque é profunda a dor. Além disso, ninguém acha que sou normal. Só o fato de ter sido internada e está vindo para o CAPS já diz que você não é normal”.

A partir das narrativas, constata-se uma maior objetividade quando trata-se de falar sobre doença e um maior esforço, buscando detalhes para falar do sofrimento, geralmente como uma dor, mas de difícil explicação. Aqui podemos retomar o pensamento de Perrusi (2015), referenciando a “dor” do sofrer, que não é uma “dor” física, mas é uma dor que está relacionada à subjetividade do indivíduo que, segundo os entrevistados, é bem mais dolorida e profunda. Vale elencar alguns fragmentos de narrativas que evidenciam essa questão.

[...] É mais profundo, porque você não sabe dizer de onde vem e nem onde está (Entrevistada 5);
 [...] É uma tristeza que sentimos lá no fundo do nosso ser, da nossa alma, que não passa. [...] É horrível, porque eu acho que vou morrer (Entrevistada 7);
 [...] Eu só não queria estar sentindo essa dor dentro de mim, uma dor que vai além do corpo e de todos os meus sentidos. É só isso que eu sei dizer. Eu só queria não sentir, eu queria ser normal (Entrevistada 12);
 [...] É meio complicado explicar, porque tudo que eu disser, não traduz o que eu realmente sinto (Entrevistado 21).

Posto isso, não há dúvidas que o entendimento de sofrimento extrapola o sentido de uma enfermidade corporal, apresentando a especificidade subjetiva dos indivíduos que, mesmo buscando, não conseguem explicar a “dor” que realmente sentem.

E é nessa linha de entendimento que todos os entrevistados se reportaram ao sofrimento, reafirmando seu problema de saúde mental no campo da subjetividade, de uma experiência do mundo interior, íntima, da alma. Sofrimento que, segundo os entrevistados, muitas vezes, os impede de seguir, mas também os move a continuar, a não desistir, especialmente pelos familiares, que sofrem com o sofrimento deles. Assim, podemos evidenciar a vivência de um duplo sofrimento, conforme narrativa do Entrevistados 13:

Entrevistado 13
“Tem o meu sofrimento com minha doença, porque eu não sou mais o mesmo, e eu sei que meu sofrimento causa sofrimento para minhas filhas e para minha esposa, porque quando eu entro em crise, de certa forma, elas não sabem agir, como o pessoal aqui (CAPS). Então isso traz muito sofrimento para minha família e eu sofro mais ainda por causa disso. Eu me sinto culpado pelo sofrimento delas (choro, muito choro)”.

E do Entrevistado 22:

Entrevistado 22
“Esse meu sofrimento não é fácil, porque eu estou em uma posição que eu tenho que ter força para mim, para minha esposa e para meus filhos. Eu não posso ficar o dia todo dormindo, como as vezes tenho vontade, mas não fico, porque todos eles ficam preocupados. [...] Por mais que eu não queira, por mais habilidade que eu tenha, por mais flexibilidade que use, por mais inteligência que eu tenha, por mais poder de persuasão que eu tenha, sofro. Sofro e tenho sofrido, principalmente porque não posso passar isso para meus filhos, nem para minha esposa, mas isso é um peso grande [...]”.

Por outro lado, tem narrativas que revelaram não sentir sofrimento pela condição de ter um problema de saúde mental, cujas justificativas agrupamos em quatro blocos. **1)** aqueles que atribuíram o não sofrimento porque aceitaram a sua condição de doente, como os Entrevistados 6 e 14, respectivamente: “[...] eu não sofro com o transtorno mental mais não. Já aceitei que sou doente para sempre. [...] Hoje, eu já me acostumei com minha nova vida. Hoje significa um aprendizado diário”; **2)** aqueles que não se consideram pessoas com problemas de saúde mental, conforme o Entrevistado 9: “[...] Eu acho que toda doença tem cura, e eu não me sinto doente

não, me sinto uma pessoa normal”; **3)** aqueles que se consideram doentes porque têm um diagnóstico, mas compreendem o seu sofrimento inserido nas diversidades individuais, inclusive sabem como devem se comportar como uma pessoa tida como “normal”, vejamos a narrativa do Entrevistado 22: “Eu era diferente desde pequeno. Já na minha infância me chamavam de louco, doido, diziam que eu não tinha juízo, mas eu não me incomodava com isso, eu achava graça. E tudo isso porque eu era diferente [...]. Ser louco é muito relativo, depende muito do ponto de vista [...] se eu quiser conversar com uma pessoa e se quiser se passar por boa, eu passo. É só falar sem pressa, mais calmo, pausado, tranquilo, ouvir mais e falar menos”; e o **4)** aqueles que atribuem apenas ser doentes quando estão vivenciando momentos de “crise”, como colocado pelo Entrevistado 4: “O sofrimento é ruim, porque ele modifica minha rotina, porque eu fico isolado, fico depressivo. Só na doença eu fico assim (crise). Quando não estou na crise, sou uma pessoa normal ou o que as pessoas dizem que é normal”. Analiticamente podemos afirmar que todas as justificativas acima, bem como o conjunto das histórias dos entrevistados reforçam a experiência do sofrimento psicossocial, sobretudo, como uma experiência do sofrimento humano, cujo problema de saúde mental não deve ter o significado de permanência, mas de sofrimento transitório.

O conjunto das histórias de vida dos entrevistados demonstra a multiplicidade de entendimentos desse sofrimento, o qual é expresso a partir da variedade de concepções no campo da saúde mental, que repercute em suas representações e percepções sobre sua própria história, provocando novas identidades. Vejamos: temos aqueles que aceitam a condição de “doente” e ressignificam essa experiência, suprimindo o sofrimento, mas podem sofrer por outros motivos; aqueles que negam que são doentes, pois se autodeclaram normais, mas sofrem por estarem no circuito de diagnóstico, de medicamento e de tratamento; e aqueles que aceitam o diagnóstico, mas também reconhecem as expressões do sofrimento.

Mantendo relação direta com esses entendimentos, temos as narrativas que recorrem as noções de “normal” e “anormal”, o que também já era esperado, tendo em vista o contexto sócio-histórico-cultural de significados da loucura. O sentido de anormalidade atribuído às pessoas com problemas de saúde mental é muito presente no cotidiano dos entrevistados. Das narrativas, destacamos a da Entrevistada 12, que sinaliza apenas o desejo de ser “normal”, e quando indagamos sobre o que é ser normal, ela respondeu:

Entrevistada 12
“É não estar passando por isso. Não sentir essa dor, não sentir depressão. É porque falar a palavra depressão é muito normal, mas para mim sentir essa depressão é mais que isso, porque é profunda a dor.

Além disso, ninguém acha que sou normal. Só o fato de ter sido internada e está vindo para o CAPS já diz que você não é normal”.

Esta narrativa, de modo particular, revela aspectos importantes, apresentando dois componentes do sofrimento, um no campo da subjetividade e o outro no campo das construções sócio-históricas e culturais da experiência da loucura que, ao longo do tempo e dos tipos de sociedade, foram ganhando significados resultantes de normas, valores e padrões culturais que determinam, até hoje, o comportamento humano.

É no debate dicotômico entre razão e desrazão, normal e anormal, que surge o entendimento da loucura como desvio, caracterizado pelo comportamento que está em desacordo com as normas estabelecidas e por isso “anormal”. A narrativa do Entrevistado 15 apresenta muitos elementos que dão visibilidade a esse entendimento, vejamos: “[...] Eu tenho uma outra irmã que é casada, e não mora mais com a gente, ela é casada, ela é normal”. Aqui também questionamos o motivo de o entrevistado considerar a sua irmã como normal, e a resposta foi a seguinte: “Porque até agora foi a única que não ofereceu nada de ruim. Ela estuda, ela é professora da educação, ela trabalha na universidade de bananeiras” e continuou:

[...] para mim você é normal (risos), porque você trabalha, as pessoas te respeitam, você faz o que quer, você não toma remédio controlado, não precisa vir para o CAPS, entendeu? Mas eu acho bom ser assim, porque eu não sigo um fluxo, eu não sigo esse mundinho certinho de merda (desculpa a palavra), porque eu não minto, e não preciso me encaixar nas normas, porque eu já estou fora delas, então eu vivo minha vida. E eu gosto dela, só minha mãe que fica muito no meu pé, mas estou montando uma banda com um pessoal aí, e assim que a gente começar a tocar, a fazer show, eu vou embora e vou viver como eu quero, porque eu não gosto de viver nesse mundinho que a gente vive, eu nunca gostei.

Por outro lado, a narrativa nos apresenta uma dualidade, pois ao mesmo tempo em que o seu problema de saúde mental recebe um diagnóstico e com este se estabelece um circuito de vivências que fogem a “normalidade”, sentida com muito estigma, como o uso de medicamentos, idas ao CAPS, afastamento do trabalho etc., por outro, essa condição lhe permite outras possibilidades de vivências, sobretudo aquelas de romper com as normas sociais, o que parece ser libertador, uma vez que sua “anormalidade” justifica sua vivência diferenciada de padrões (não casar, não ter filhos, não ter trabalho formal, morar com os pais, entre outros).

Não podemos, ainda, deixar de evidenciar um aspecto importante ao final da narrativa do Entrevistado 15, que é sua aproximação e aposta no campo da arte com a música. Nesse

sentido, e por muitas razões já evidenciadas em outros estudos⁴⁶, podemos dizer que o campo da arte e da cultura é uma via acolhedora e libertadora que também contribui para dar sentido à loucura, bem como para amenizar os estigmas, uma vez que os artistas, culturalmente, não seguem um determinado padrão, mas são respeitados nas suas diferenças. Por exemplo, Nise da Silveira entendia a arte como uma forma de comunicação com o mundo da loucura. A arte poderia ou pode ser uma linguagem para expressar conteúdos que não encontram caminho nas narrativas presentes e nem nos padrões (CASTRO; LIMA, 2007).

Esse debate agrega reflexões em torno dos sentidos que nos permitem afirmar, mais uma vez, que a loucura como doença é uma construção social, bem como aponta para a necessidade de uma nova construção. Vejamos o pensamento de Wakefield (1999 apud ALVES, 2008, p. 76), que define doença mental a partir dos aspectos biológicos e dos aspectos culturais de anormalidade da loucura.

[...] Wakefield associa à definição de doença mental uma componente universal e uma componente específica cultural. Por um lado, a doença mental resulta de uma perturbação no funcionamento interno individual a nível dos sistemas psicológicos da cognição, memória, motivação, pensamento, emoção, percepção, linguagem, etc., que não têm capacidade para desempenhar as funções que lhe estão destinadas (que são propriedades da espécie humana). Por outro lado, é impossível definir a doença mental sem recorrer a noções de ‘desadequação’, ‘irracionalidade’, ‘normalidade’ cujo significado resulta de normas e padrões de culturas particulares e não de processos naturais. Por exemplo, as alucinações são indicadores de esquizofrenia apenas em contextos e em culturas que as definam enquanto tipo de pensamento desadequado, desajustado. Ou ainda, a tristeza profunda apenas é sinal de depressão quando é considerada desproporcional à situação que a despoletou. Qualquer exemplo serve para constatar que os mecanismos de atribuição de significado (normal/anormal, adequado/desadequado, etc.) não são processos naturais mas sim julgamentos sociais.

Portanto, é no seio de uma nova construção social que o campo da saúde mental deve ser problematizado, com ênfase nos contextos estruturais, profissionais, institucionais e relacionais, sobretudo considerando a dimensão experiencial, que se opera nos modos subjetivos de existência e de representações em que os atores sentem, interpretam e atuam, o que pode provocar uma ruptura no processo normativo de adaptação e (re)normalização dos indivíduos, ousando compreendê-lo como um sujeito histórico e concreto, individual e coletivo. Nesse sentido, acreditamos que entender os problemas de saúde mental como desdobramento

⁴⁶ Ver: CASTRO, E. D. de.; LIMA, E. M. F. de A. Resistência, inovação e clínica: no pensar e no agir de Nise da Silveira. IN: **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.365-76, mai/ago 2007.; OLIVEIRA, A. R. de S.; MUNIZ, M. A.; REIS, F. F. os S. e. **A Arte Como Expressão Singular do Inconsciente**. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. 2020.

do sofrimento psicossocial é um pontapé inicial para a desconstrução de paradigmas e a construção de um novo *status* social para a loucura, quando esta passa a ser entendida como experiência do sofrimento humano e não mais como uma experiência patológica.

É relevante lembrar, ainda, que o campo do cuidado em saúde mental representa centralidade nessa nova construção, daí a necessidade em adotar abordagens e ferramentas que objetivam a construção e efetivação dos direitos humanos. Nesse estudo, enfatizamos o Recovery (Capítulo 2), por ser uma abordagem que envolve a integralidade, dando atenção à experiência dos sujeitos, às formas como eles vivenciam os sofrimentos por meio de suas narrativas, a sua subjetividade, sua condição de vida, as práticas profissionais, a organização da rede etc.

Acreditamos que, para construção de um novo *status* social, experiências, como a abordagem Recovery, trazem contribuições imprescindíveis, pois provocam erosão no debate dicotômico entre “normal” e “anormal”, uma vez que defendem a possibilidade real dos indivíduos viverem a vida, no contexto de um sofrimento que pode ser transitório ou permanente, mas que não pode paralisar a vida dos sujeitos. Retomando algumas características do Recovery, enfocamos especialmente a perspectiva que reconstrói o termo “cura”, no sentido de curar-se das limitações para a própria vida, construindo e entendendo as potencialidades subjetivas para enfrentar as dificuldades com mais confiança e autonomia, buscando viver de forma plena, sempre reconhecendo os sofrimentos como legítimos e constituintes da experiência humana no contexto social.

Por tudo isso, entendemos que a incorporação de abordagens, como o Recovery, não se dá sem desafios, nem de uma hora para outra. Não há dúvidas que o caminho é complexo e longo, mas o caminhar pode e deve ser mais leve e contínuo, de novos sentidos e significados.

4.3.3 Narrativas da temática experiência cotidiana

A proposta de destaque da temática da experiência cotidiana decorre da necessidade de evidenciar o conteúdo fecundo das narrativas que foram diretamente atribuídas para cada tema no momento das entrevistas, constituídas de sentidos e significados próprios. No entanto, o leitor já deve ter as identificado em narrativas anteriores, pois elas atravessam e fazem parte da experiência dos sofrimentos dos entrevistados.

Portanto, esse tópico reuniu algumas temáticas e teve como objetivo compreender como se desenvolvem as relações no cotidiano dos entrevistados, buscando identificar os impactos sobre a pessoa e a imagem de si. É sabido que essas relações provocam desdobramentos

diretamente na experiência de vida de qualquer indivíduo, pois apesar de a subjetividade ser condição singular humana, ela é também produzida no conjunto das relações sociais, afinal somos também Ser social.

De acordo com os resultados que evidenciaram elementos acerca das **relações familiares**, constatamos que a maioria dos entrevistados (17) revelou ter boas relações familiares e nessa avaliação encontram-se aqueles que se reportaram ao seu núcleo familiar com o qual reside, bem como aqueles que também estenderam aos demais familiares.

As narrativas geralmente iniciavam pela sua composição familiar de convivência e posteriormente aos familiares como um todo, conforme transcrições abaixo:

Entrevistada 1
Relações Familiares: “Tenho um filho de 22 anos, que mora comigo. Já sofreu muito com meu problema mental. Desde bebê que ele sofre. Ele é um guerreiro e hoje cuida de mim. Ele é meu responsável aqui (CAPS). Antes era a minha mãe (ela já está de idade e não suporta mais a carga pesada), mas agora é ele. Minha família é maravilhosa. Temos uma boa relação. Meu paizinho lindo (voz amorosa) já morreu. Minha mãe é viva e tenho muita gente que posso contar. Tenho 5 irmãos, só eu que adoeci”.
Entrevistado 14
Relações Familiares: “Muito boa mesmo, com a minha esposa a relação é maravilhosa, eu amo minha esposa de todo jeito. Tem relatos aqui dos meus amigos do CAPS que a família abandona, que as esposas deixam, e as mulheres os maridos deixam, mas eu acho que relacionamento a dois é complicado, mas tem que ter diálogo e isso foi sempre o que fiz, mesmo antes de adoecer e ela teve a compreensão de sair do trabalho para ficar comigo, porque eu não estava conseguindo voltar para minha vida, até tentei trabalhar por conta própria, mas não consegui, e minha esposa sempre me deu muita força. Ela acredita em mim e eu respeito muito ela, e eu sempre fiquei preocupado com o meu emocional para ela não adoecer, porque quem vai cuidar da gente, se os filhos já estão casados? [...] A convivência com as filhas também é maravilhosa. Com meus pais e irmão também. Tenho uma boa relação familiar”.
Entrevistado 18
Relações Familiares: “A relação com minha família é boa, com minha esposa, com meus filhos. Minha filha tem 29 anos, é casada e já me deu netos. O meu filho tem 36 anos e está noivo. Meu filho é homossexual, vai casar e se ele me mandar o dinheiro da passagem eu vou para o casamento e entro com ele na igreja (risos)”.

Como pode ser observado, de modo mais geral, as narrativas apresentam de forma enfática, como as relações familiares são importantes para impulsioná-los e apoiá-los diante as dificuldades e, de modo mais específico, reconhecem que o “fardo é pesado” e que sem o apoio do seu núcleo familiar poderia ser ainda mais desafiante. Assim, constata-se que os entrevistados compreendem a posição que ocupam no seu contexto familiar, em que alguns não se sentem confortáveis com essas relações, mas se mostraram compreensíveis e gratos.

Segundo Alves *et al.* (1997), essa compreensão é justificada tanto para a pessoa com problema de saúde mental, quanto para os familiares, que entendem que, ao desenvolver o problema de saúde mental, se estabelece uma dependência da família, a partir de uma mistura de proteção e controle, tenho em vista o entendimento de incapacidade para a vida social.

A família tem desta forma a função de gerir a doença do seu doente – aceitar a doença, assegurar-se de que o doente, mesmo não aceitando a sua doença, procura ajuda adequada e faz os tratamentos – e ainda proceder à gestão quotidiana do viver, visto que lhe cabe não só aceitar a doença, mas também o doente e proceder à sua integração na sociedade. As pessoas com doença mental são consideradas incapazes de viver sozinhas e, portanto, devem viver com a família (ALVES, 2008, p. 283).

Para além da importância de uma base familiar para todo indivíduo, é relevante sinalizar que a reforma psiquiátrica, em seu processo desinstitucionalizante, prevê a integração social das pessoas com problemas de saúde mental e tem na família parceiros da estratégia terapêutica. No entanto, verificam-se as limitações familiares no processo de cuidar, cuja responsabilização exige cuidado também para essas famílias.

Ademais, o cuidado exige tempo e dedicação dos familiares, inclusive, muitas vezes, este cuidado é contínuo, exigindo afastamento do trabalho e exclusividade no acompanhamento do “tratamento”. E isso pode ser um elemento de sofrimento para a família, principalmente se inexistir o devido suporte psicossocial.

Por outro lado, também identificamos, com menor incidência, relações familiares conflitantes que visivelmente provocam sentimentos de tristezas e indignações nos nossos entrevistados. Essas relações, segundo os entrevistados, estão associadas ao seu problema de saúde mental, pelo não entendimento, não aceitação e preconceito, conforme narrativas a seguir:

Entrevistada 3
Relações Familiares: “Eu sou solteira, nunca casei e tenho 2 filhos, uma menina da minha barriga (42 anos) e um menino de criação (36 anos). O menino é bom. Ele veio lá para casa estudar, e minha filha deu uma oportunidade para ele e ele se fez lá em casa. Já comprou apartamento, carro. Ele é um menino bom (Fala com ternura do menino). Agora a minha filha fica o tempo todo me dizendo que não sou nada. Que sou imbecil, doida. Mas eu não sou nada disso. Na verdade ela nunca aceitou ter uma mãe doente”.
Entrevistada 5
Relações Familiares: “Eu choro muito. Eu sou uma pessoa que quando as coisas apertam mesmo, me fragilizo e começo a chorar. Porque muitas vezes escuto coisas desagradáveis na família e não aguento e choro. Já ouvi minha irmã falando que não quer saber de pessoas que sofrem da mente. Me chamam de fraca do juízo, que eu coloco muita coisa na cabeça. Eu sempre aguentei calada (choro)”.
Entrevistada 7
Relações Familiares: “A minha mãe é tudo para mim. Com meu irmão tenho uma relação complicada porque ele não entende. Ele acha que não estou doente, que é frescura, que quero chamar atenção. Ele é mais velho do que eu. Ele já me jogou no chão e contra a parede e já tentou me amarrar. Por isso que eu não fico sozinha com ele. Eu morro de medo de ficar com ele. Por isso também que minha mãe teve que sair do trabalho, porque eu não fico com ninguém, só com ela. Com meu pai não tenho aproximação. Meu pai dar muita atenção a meu irmão e sempre me deixou de lado. Então eu me sinto rejeitada por ele e nem chamo ele de pai. Com minhas tias, que me fizeram sofrer, eu não quero contato”.

A construção que as sociedades têm desenvolvido, ao longo das suas histórias, sobre o sofrimento humano enquanto desvio e doença, reflete na experiência do cotidiano dos entrevistados e revela que não se trata de uma resistência a aceitação do seu familiar em

sofrimento, mas extrapola o domínio privado da família, porque ter alguém na família com problema de saúde mental traz consequências para todos os seus membros. A narrativa estigmatizante e incapacitante justifica as dificuldades da família em aceitar e em trabalhar a autonomia dos usuários, juntamente com o serviço.

Segundo Alves (2008, p. 86), o sofrimento humano enquanto doença tem um papel social que evoca “[...] um conjunto de expectativas padronizadas, definidoras de normas e dos valores apropriados à interação do doente com todos os que com ele se relacionam”.

A presença do **preconceito** e do **estigma** encontra-se impregnada no imaginário social, oriundo de concepções historicamente fixadas nos conceitos de loucura como doença, e nem mesmo escapa à sensibilidade das camadas internas do seio familiar, quando não inicia-se por ela, vejamos:

Entrevistado 9
“Eu sinto muito o preconceito, porque as pessoas me veem como incapaz, ficam me chamando de doido, e ainda diz que peguei essa doença porque quis. Que isso não é doença, que eu estou inventando e isso é mais da família, principalmente minha irmã [...]. Ela disse: você pegou isso porque quis. Ela diz as coisas sem perceber, as vezes, para machucar as pessoas”.
Entrevistada 3
“Para falar a verdade eu não sinto preconceito nos lugares, porque eu não falo que me trato no CAPS, nem que tomo remédio. Agora eu acho que minha filha tem muito preconceito comigo, porque eu não posso fazer nada da minha vida. Ela controla tudo. [...] e fica o tempo todo me dizendo que não sou nada. Que sou imbecil, doida. Mas eu não sou nada disso. Ninguém aqui no CAPS, nunca disse isso comigo para ela dizer. Minha maior dificuldade é um tratamento de desrespeito que tenho dentro de casa e aqui sou respeitada, aqui todos são um amor”.
Entrevistado 15
“Lá em casa é o lugar onde eu sofro mais preconceito. Minha mãe tem muito preconceito comigo. Isso me incomoda tanto que tenho vontade de sumir de casa. Já pensei em juntar umas roupas e colocar na mochila e sumir para sempre. Outro dia eu ia fazer isso, aí painho falou: e tu vai para onde? Ai eu disse: não interessa”.
“Na rua que moro, como eu nem falo com o pessoal, não sinto, mas em casa é pior do que na rua. E a família, tios, primos, moram todos fora, em outras cidades do Brasil e até fora do Brasil”.

Não há dúvidas que o estigma⁴⁷ associado à loucura é forte e recorrente, essencialmente quando esta é considerada doença e o sujeito é classificado (ou com diagnóstico) como pessoa que oferece “perigo”. Para Goffman (1982 apud ALVES, 2008), o estigma provoca o que ele denominou de identidade deteriorada, em que a pessoa passa a ser definida a partir de preceitos estigmatizantes, que se sobressaem aos seus demais preceitos, provocando e acentuando o preconceito e as discriminações, o que possivelmente reduz as oportunidades de vida. E é claro

⁴⁷ Estigma é definido por Goffman como um atributo que torna a pessoa diferente dos outros: “A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontrados. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos permitem-nos um relacionamento com ‘outras pessoas’ previstas, sem atenção ou reflexão particular” (ALVES, 2008, p. 91).

que tudo isso provoca rebatimentos no sentido da **imagem social**, bem como da **imagem de si**. Vejamos algumas narrativas dos entrevistados.

Entrevistada 2
“Já me chamaram de doida no trabalho. Eu me sinto triste pelo fato das pessoas entenderem assim. De chamar as pessoas de doida por estarem passando por tanto sofrimento. Com brincadeiras de mal gosto. – Ah! ela é doida. - Ela faz tratamento. Qualquer coisa, um doido entende o outro. E não é bem assim. Eu sou uma pessoa que faz tratamento e tenho depressão e isso não tem nada a ver com loucura. Tem mais, muita gente não entendi, diz logo que é safadeza. Terapia é uma casa para arrumar. Terapia para quê? Isso complica mais ainda”.
Entrevistada 5
“Eu tenho muito medo do preconceito. Porque eu sempre fui chamada de fraca do juízo pela minha família. Então eu quero ser aceita, não quero parecer estranha, só porque sou calada”.
“[...] na igreja não sinto preconceito e todos sabem da minha doença mental”.
Entrevistada 12
“Tem muito mesmo. No trabalho é pior, porque tem as piadinhas. Eu praticamente me sinto um nada. Tem dia que eu fico pensando: porque eu estou aqui, eu só vivo para ir para CAPS, tomar medicação, ir para o médico, psicólogo, exame disso [...]”.
Entrevistado 13
“Na igreja o pessoal sabe. A gente sabe que não existe pena de você, o que existe é um certo preconceito e as vezes fazem umas perguntas que nos deixam constrangidos, porque eu sei que eu tenho a patologia, mas eu não pedi para ter isso”.
Entrevistado 14
“Percebo o preconceito, principalmente na rua, e eu tinha alguns colegas que de vez em quando conversarmos, mas nunca tinha falado do problema que eu tinha, e quando eles ficaram sabendo se afastaram. Isso é triste e o pior são os rótulos, porque tem gente que gosta de rotular, dizendo: lá vai o doido, ele tem problema, não mexe com ele, porque ele pode fazer algo agressivo com você. Uma coisa é certa: as pessoas não olham mais para gente como antes [...] o preconceito é pesado, porque tem muita gente que fala, conversa contigo, mas quando sabe que você tem o transtorno, que é esquizofrênico ou bipolar, você já percebe uma barreira de contenção. Eles não querem mais se aproximar de você. E eu sinto isso tanto com o povo da minha família, quanto fora da família”.
Entrevistada 19
“Eu não tenho preconceito não, agora eu sinto, é enorme, porque essas doenças psíquicas o povo tem muito preconceito. Mas são apenas momentos de muitos sofrimentos que passamos. Na primeira vez que eu fui para o médico, na minha primeira crise. Eu falei: Dr., pelo amor de Deus, dessa vez eu enlouqueci de vez. Ele disse: não, de jeito nenhum, se você tivesse enlouquecido de vez, você não estava aqui conversando comigo. Eu perguntei: E quem são os loucos? Ele disse: os esquizofrênicos. Fiquei pensando sobre isso, mas hoje, depois que estou aqui (CAPS), não concordo com ele, porque tenho amigos aqui que são esquizofrênicos e são pessoas como qualquer outra”.
Entrevistado 21
“Um pouco, sim. Acho que umas pessoas mais próximas, não falo exatamente da família, mas assim, da vizinhança, de algumas pessoas do convívio mesmo elas mudaram comigo. Sinto no jeito de falar, não que seja a ponto de humilhar, mas o tratamento é diferente de como era antes. [...] as pessoas tem medo, talvez seja de não saber como lidar com pessoas que tem problema mental”.
Entrevistado 22
“O preconceito é muito forte e já senti muito ele. Mas não me afeta. Afeta minha esposa, acredito que os meninos nem tanto, mas minha esposa afeta, porque às vezes, meus familiares ricos não nos convidam para as festas de família. Se não me convidam é porque não me valorizam e eu não vou arengar, nem vou xingar, só quero, quem me quer. Aqui no CAPS todos me conhecem, todos me aceitam, então é melhor vim para as festas aqui do que onde não sou bem-vindo”.

Podemos dizer que as narrativas expressam claramente a atualidade dos significados que remetem à imagem social historicamente reservada à loucura, ao passo que também evidenciam uma discordância e uma tentativa de reverter essa imagem profundamente

excludente, pautada em indicativos de um preconceito que se encontra atrelado a uma perspectiva de rotulação, socialmente atribuída para o “reconhecimento dos loucos”, cujas expressões: “[...] não mexe com ele, porque ele pode fazer algo agressivo com você”; “Ela faz tratamento”; “[...] fraca do juízo” etc., são elementos classificatórios que apresenta uma delimitação face as normas sociais e, por mais que alguns dos entrevistados afirmem que não são atingidos, passando uma ideia de resistência e contraposição ao estigma, não podem negar os efeitos de desrespeito e descrédito que, na maioria das vezes, são encarados como incapacidade e periculosidade, contribuindo para manutenção de imagem social negativa que, consequentemente, reflete na imagem de si.

Imagens atribuídas às pessoas com problemas de saúde mental se espalham por todos os âmbitos sociais, estando em toda parte, provocam grandes prejuízos na busca por novos significados, novas identidades, bem como nas questões objetivas da vida, como trabalho, renda, relações sociais etc.

É, no mínimo, revoltante constatar que a maioria dos entrevistados vivencia e sente o preconceito escancarado; mas, por outro lado, é instigante perceber que eles frequentemente analisam esse preconceito e o coloca em constante questionamento acerca do sofrimento e de suas relações sociais, em uma tentativa constante em justificar as distorções em sua imagem e declarar-se enquanto sujeito singular humano, cuja experiência apresenta, momentaneamente, limitações que não são viáveis e/ou aceitas pelo contexto social em sua dinamicidade. A narrativa da Entrevistada 19 expressa a simplicidade no reconhecimento das diferenças humanas, sendo bastante elucidativa na desmistificação do sofrimento enquanto imobilizador permanente de vida a partir de um diagnóstico.

Os preconceitos, as desinformações, os equívocos e até mesmo a falta de empatia e humanidade são violações que contribuem para aprofundar ainda mais os níveis de sofrimento, pois ao passo que promovem a visibilidade deste como doença, muitas vezes, acabam por invisibilizar a capacidade e a potencialidade dos indivíduos, dificultando as experiências cotidianas em todos os níveis.

Na particularidade das **relações sociais**, podemos dizer que os entrevistados têm vida social, mesmo que alguns apresentaram restrições no que se refere a seu ciclo de amizades, programações de atividades domésticas, religiosas, lazer, entre outros. Tais restrições estão relacionadas as suas experiências, haja vista perceber o preconceito e o estigma que funcionam como termômetro para que eles estabeleçam vínculos de amizades e suas relações afetivas/amorosas.

Nesse sentido, as narrativas acerca das relações sociais referentes ao ciclo de amizades nos permitiram uma classificação a partir de 4 blocos. **1)** correspondendo aqueles que têm sua rede social restrita à família, em que eles afirmaram objetivamente não terem amigos, conforme narrativa da Entrevistada 2: “Não tenho amigos. Só tenho mesmo a família. Não costumo sair e só vou para o trabalho porque é o jeito”; **2)** aqueles que revelaram ter amigos que não sabem de seu problema de saúde mental, que pode ser visualizado na narrativa da Entrevistada 3: “Não tenho muitos amigos. Eu vou a igreja e tenho amigos de lá, que só se encontra na igreja católica. Me sinto muito bem lá, sou muito bem acolhida, mas tem um porém, eu também não falo que sou doente, que tomo remédio e que frequento o CAPS”; **3)** aqueles que seus amigos sabem, como revelado pelas narrativas do Entrevistado 4, “Tenho muitos amigos, e todos sabem do meu problema mental. [...] O meu lazer é jogar dominó a noite. Eu jogo na porta da minha mãe, sem apostar, só brincadeira”; e **4)** aqueles que revelaram terem amigos apenas do e no CAPS, como a Entrevistada 12: “Meus amigos são os usuários daqui, eu não gosto de ter amigos. [...] Minha rotina é casa e CAPS, CAPS e casa”.

Com exceção do bloco 3, podemos afirmar que os demais apresentam certa limitação no desenvolvimento e ampliação de suas relações sociais. O fato de a sociabilidade ficar restrita à família os impede de vivenciar novas experiências; no entanto, não foi possível identificar se isso ocorre pelo medo, pela vergonha, pelas dificuldades justificadas pelo estigma ou se é mesmo da sua condição singular humana; ou seja, não estamos, aqui, indicando este fato enquanto uma característica das pessoas com problemas de saúde mental, até porque as restrições às relações sociais fazem parte da experiência e do modo de viver de cada um.

Já as narrativas que fazem parte do bloco 2 nos instigam analiticamente a sinalizar os medos e os receios de perda de suas relações sociais, haja vista o estigma que, historicamente reafirma os processos de exclusão e segregação. Medos e receios que, a partir da omissão, podem garantir estrategicamente inclusão. Daí elucida-se o segredo que, segundo Simmel (2011 apud VIANA; SOUSA, 2015, p. 22):

[...] envolve toda uma dinâmica comunicativa, feita de retóricas, de transparência, de opacidade, de cooperação, de confiança e também de certos modos de revelação. Sem esses elementos seria difícil viabilizar as relações sociais. Tais elementos, expressos como atitudes, são produtos e objetos de processos educativos pelos quais a sociedade se reproduz, estando imbricados na ética e na moralidade social.

Portanto, no campo da saúde mental, dado o contexto estigmatizante, o segredo passa a ser uma opção palpável para a manutenção das relações sociais.

As narrativas do último bloco referenciam o CAPS como sendo o único espaço em que eles conseguem manter vínculos de amizades. Serviços onde a maioria dos entrevistados sente-se acolhida nas suas singularidades, sendo comum narrativas que enfatizam a representatividade de um cuidado que vem, mesmo que a passos lentos, avançando no combate ao estigma e buscando promover a inclusão social. Porém, é importante indicar que esse avanço no combate ao estigma e a promoção da autonomia estão muito restritos ao interior dos CAPS. Lembrando que estes serviços são o lócus material da narrativa da reforma psiquiátrica na defesa da liberdade, da autonomia, da cidadania etc., mas que ainda não conseguiram avançar para além de seus muros. Na verdade, verifica-se que os preceitos da reforma se materializam intra CAPS e quando se afasta desse espaço, estes se diluem, ficando cada vez mais longe.

Essa constatação, a partir das narrativas dos nossos entrevistados, aponta para os desafios que os CAPS enfrentam para cumprir seu papel de articuladores de um trabalho em rede, que possibilite poder criar, no âmbito das políticas públicas, um espaço de convívio das pessoas, de ruptura com os preconceitos com a loucura, de produção de novos saberes e práticas, contribuindo amplamente para construção de uma nova racionalidade.

Ainda na perspectiva de entender suas relações sociais, convidamos também os entrevistados a falar um pouco sobre sua vida afetiva, amorosa e sexual, sendo que obtivemos o seguinte panorama: Dos 22 entrevistados, 9 já tiveram experiência amorosa e hoje estão solteiros; 5 encontram-se casados; outros 5 estão namorando; e apenas 3 revelaram que ainda não vivenciaram essa experiência. Portanto, a maioria teve ou tem alguém com quem possa compartilhar mais intimamente os sabores e os dessabores da vida. Esse fato contribui para romper com as amarras que, porventura, ainda façam parte da ideia preconceituosa do imaginário social de que as pessoas com problema de saúde mental não estão aptas e/ou abertas para construírem afetividade e vivenciarem mais essa dimensão da vida.

Das narrativas que afirmaram ter vivenciado experiência amorosa, queremos destacar a da Entrevistada 3, que teve sua última experiência interferida pela família, causando o rompimento.

Entrevistada 3
“Já tive namorados, amores, <i>loves</i> , mas nenhum prestou. Meu último namoro foi lá no meu prédio, mas depois que minha filha descobriu, colocou ele para fora e acabou tudo. Foi o maior escândalo que ela fez. Aí, ele acabou na hora o namoro”.

Na particularidade dessa entrevistada, tem-se a presença muito forte do processo de negação e de tutela, que ultrapassa o campo de uma legalidade jurídica de responsabilidade e invade o campo das relações e interações sociais. Isso influencia e determina o curso particular

de cada situação de vida, isto é, não apenas impacta e dissolve sua identidade civil, mas também a sua identidade pessoal se perde quando a família define com quem e quando deve se relacionar. Esse modo aceitável de relação com o sofrimento inviabiliza que os indivíduos de elaborem planos, construam circuitos alternativos, trajetos, relações afetivas, redes sociais, enfim, o enfrentamento do exercício vital de sua existência.

Assim, mais uma vez, se verifica a necessidade de novos entendimentos e novas intervenções que valorizem a experiência singular humana em sua integralidade, percebendo que o sofrimento, assim como as outras dimensões da vida, são partes integrantes de uma vivência.

Foi a partir dessa compreensão, que buscamos entender as **dificuldades** e as **positividades** da experiência do sofrimento, pautados na premissa de que tudo da experiência humana pode ser relativizado, ou seja, uma mesma dimensão da vida pode revelar “um lado ruim e um lado bom”. De acordo com as narrativas, constatamos que os entrevistados percebem muito mais dificuldades do que positividades. Isso também foi sentido no momento das entrevistas, uma vez que era notório a desenvoltura com expressões corporais e forte tom de voz em enumerar as dificuldades, ao passo que as positividades, para 11 dos entrevistados, foram suprimidas, com a predominância das narrativas, cuja expressões foram: “Não teve e não tem nada de positivo”, evidenciando o lugar de domínio/sobreposição do sofrimento na sua experiência de vida.

No que concerne às **dificuldades**, uma diversidade foi identificada e enumerada, desde aquelas que estamos considerando do âmbito privado e subjetivo, até aquelas do âmbito social e coletivo, mas que estão entrelaçadas e mutuamente são impactadas. Vale ainda ressaltar que uma única narrativa apontou para não existência de dificuldades, revelando já ter aceitado sua condição e considera que tem uma vida “normal” e acrescentou: “Tá bom assim. Só esperar envelhecer e morrer mesmo. Está bom demais” (Entrevistado 6).

Na superficialidade da análise, poderíamos considerar que este entrevistado resignificou sua experiência de sofrimento e tem uma vida “normal”. No entanto, um olhar mais atento, percebe a profundidade dessa narrativa, uma vez que revela a falta de recursos para reconstruir a vida e dar sentido a ela, pois seu argumento encerra em uma vida orgânica, restrita a comer, envelhecer e esperar a morte; ou seja, uma vida sem expectativas, objetivos e motivações futuras.

Do âmbito privado e subjetivo, enfatizamos as narrativas que apresentaram as dificuldades expressas pelos medos, inseguranças e resistências em aceitar seu problema de saúde mental, representadas pelas narrativas a seguir:

Entrevistada 1
Dificuldades: “Foram muitas, porque eu tinha medo de não conseguir criar meu filho, mas consegui. Hoje as maiores dificuldades é quando a crise ataca mesmo, e eu lembro de tudo e sei de tudo que está acontecendo”.
Entrevistada 5
Dificuldades: “Você se adaptar. Você aceitar que você sofre disso e que você tem uma doença, essa fragilidade. No início eu não queria aceitar, mas agora eu já aceito. Tenho medo do preconceito, me acham estranha, sou calada e isso dá mais motivo ainda para ter medo”.

A Entrevistada 1 traz, em sua narrativa, uma questão que pode contribuir como indicação de que é possível viver com o sofrimento, apesar de todo o seu teor incapacitante, uma vez que ela, apesar dos medos, conseguiu criar seu filho. Já a Entrevistada 5 está refém do discurso que socialmente caracterizou comportamentos como específicos para definir o sofrimento como doença. Dessa forma, designar um comportamento como sintoma é invalidar a condição singular humana.

Do âmbito social e coletivo, temos aquelas dificuldades no campo das suas relações sociais cotidianas, que são duramente impactadas pela narrativa do sofrimento que foi aprisionado ao circuito psiquiátrico e que alimenta, agora, outro sofrimento provocado pela exclusão, pelo preconceito e pelo o estigma. Das narrativas, destacamos a do Entrevistado 22, por enumerar e reunir dificuldades que foram comuns para os demais entrevistados.

Entrevistado 22
Dificuldades: “ Primeiro a sexual, é um desgosto e um trauma, eu até já pensei em processar a União, por ter perdido minha virilidade com 43 anos, me tornei impotente e isso me deixou ruim, porque isso é culpa da medicação; Segunda , a vida social, se for para um barzinho (que vou raramente, não gosto) ou um casamento, uma festa; aí todo mundo pedi uma dose de whisky, como eu não posso, coloco gelo e guaraná como se fosse whisky e o povo fica perguntando porque não vai tomar whisky; eu não posso por conta da medicação; e eu percebo que a pessoa já faz para me provocar, porque ela sabe que eu não posso. E quando minha esposa se antecede e fala: não ele não pode beber não. Isso é pior ainda; Terceira , de arrumar um emprego, minha aposentadoria não é tão ruim (não é um salário tão grande, mas também não é um salário tão pequeno), mas eu queria trabalhar, sei que o transtorno atrapalha, mas também eu tenho dificuldade com o chefe, porque por exemplo: o chefe me manda fazer uma coisa e eu descubro que aquilo não está certo, aí eu não faço e ele me manda embora ou então ele descobre que sou bipolar e me manda embora; Quarta , na educação dos meus filhos. Meus filhos só pedem a mãe (tudo, só se reportam a ela; para pedir dinheiro, para pedir para sair, tudo é ela); não me pedem nada; Quinta, descrédito . Você estar conversando com alguém sobre alguma coisa e a pessoa fica só balançando a cabeça, sem me dar atenção, isso me acaba; Sexta , me chateia, mas não muito, quando alguém mexe com meus filhos e diz que o pai dele é doido, mas eles são ótimos e caem na risada e dizem: meu pai não tem bom juízo não, mas eu te pergunto: teu pai solta pipa contigo? Teu pai brinca de rodeio contigo, assisti filme com você? vai para praia e brinca na areia com você? Ou seja, meus filhos são capacidades. E eu falo: meu filho seu pai é doido, se alguém falar isso, não vá brigar com ninguém por isso não. Se disser que seu pai é corno, pode brigar, agora doido, não brigue não”.

As dificuldades, acima enumeradas, são representações sociais altamente estigmatizantes e penalizadoras para aqueles que foram conduzidos à lógica biomédica. E a experiência com a medicação, estabelecida como plano de tratamento pelo psiquiatra, foi bastante citada pelos entrevistados, ora incidindo como elemento importante no controle dos

“sintomas”, ora como elemento prejudicial e não resolutivo. Uma vez que os efeitos dos medicamentos não só atuam nos “sintomas” comportamentais que foram classificados como próprios da “doença mental”, mas também provocam alterações no corpo físico. Para o Entrevistado 22, a medicação há muito tempo foi incorporada ao seu cotidiano e ocupa um lugar central nas suas dificuldades, sendo identificado como agravador de seus sofrimentos, como a impotência sexual e as limitações no seu processo de socialização.

De modo geral, constatamos que a maioria dos entrevistados avalia que a medicação é importante, mas não resolve o problema, ou seja, ela pode até controlar e ajudar, mas não tem total eficácia. Temos narrativas que relatam momentos que interromperam a medicação e os “sintomas” e/ou comportamentos identificados como da doença mental retornam, o que justifica o preceito de tomar continuamente os remédios. Por outro lado, também há narrativas que sinalizam para alguns elementos negativos atribuídos aos medicamentos, como: a ideia de dependência; que causa muito sono; baixa na libido ou mesmo a impotência sexual, e o que foi mais elucidativo, eles reconhecem que esta não oferece cura.

Como forma alternativa, a experiência do sofrimento psicossocial aponta para abordagens que buscam amenizar essa dualidade, a exemplo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)⁴⁸, que busca dar voz aos usuários, por meio de um processo educativo, sobre o uso de medicamentos, considerando as decisões compartilhadas entre os usuário e os profissionais de saúde mental.

É fundamental que usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). É fundamental que profissionais de saúde se aproximem das vivências dos usuários; e que estes se sintam com liberdade e no direito de intervir nas condições do tratamento que seguem (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014, p. 7-8).

Este reconhecimento é importante para a ruptura com o modelo biomédico que classifica o sofrimento psicossocial como doença e, como tal, pode-se ter um tratamento e cura como muitas outras doenças do corpo físico. Isso é tão presente na experiência de vida dos

⁴⁸ “A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Ao prescrever um medicamento, o profissional tem que considerar a experiência prévia do usuário e não excluir a possibilidade de diminuir doses, trocar um medicamento por outro ou substituir o tratamento medicamentoso por outras formas de tratar.” (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014, p. 7-8).

entrevistados que, quando convidados a revelar um grande sonho que gostariam de realizar, muitos se reportaram à cura de seu problema de saúde mental. Como ilustração, destacamos a narrativa da Entrevistada 17.

Entrevistada 17
“Meu sonho era que as doenças mentais tivessem cura um dia. Uma cura definitiva, para acabar com a medicação, que descubram um tratamento que não seja mais necessário tomar remédios, desintoxicar o organismo e uma terapia revolucionária, ou seja, meu sonho que todos os transtornos mentais possam ser curados através de terapias alternativas, sem medicação. Pode ser utópico, mas é um sonho”.

É importante notar que, aqui, o foco da cura mantém uma relação direta com o processo medicamentoso, o qual aponta para uma dependência no reconhecimento de seus efeitos secundários, além de demarcar um estatuto de doente mental, pois quando não precisamos tomar medicamentos psicotrópicos, significa que não se está doente e, conseqüentemente, se tem autonomia para realizar seus projetos de vida.

Objetivamente, a narrativa da Entrevistada 17 revela como o modelo biomédico é culturalmente aceito e hegemônico, impedindo que os sujeitos envolvidos nessa lógica não enxerguem outras vias para lidar com seus sofrimentos. Vejam que a própria entrevistada aponta para outros caminhos, como, por exemplo, para terapias alternativas, para a necessidade de desmedicalização, mas coloca como algo de longo alcance ou nas suas palavras, como uma utopia. Segundo a GAM (2014, p. 5) “[...] enfrentamos o desafio de que o tratamento baseado em medicamentos – ou fármacos – seja o mais utilizado, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação”. Ou seja, ainda não se consegue visualizar a “cura” enquanto uma resignificação para outros conceitos, como ter autonomia, liberdade, enfim, viver, apesar do sofrimento.

Outra dificuldade foi relacionada ao trabalho, ou melhor, à falta dele. Foi comum constatar nas narrativas o trabalho como afirmação de autonomia e liberdade, que é prejudicada com o diagnóstico e com o peso do estigma que encerra uma sentença, muitas vezes, impedindo que os indivíduos vivam dignamente.

As demais dificuldades relatadas pelo Entrevistado 22 permeiam o processo de relações que são impactadas pelo estigma que socialmente caracteriza o descrédito atrelado à imagem que apresentou inadequação as normas socialmente estabelecidas.

No entanto, mesmo diante da representação predominante nas narrativas das dificuldades como algo negativo, também tivemos aqueles entrevistados que conseguiram visualizar e verbalizar as **positividades** na sua experiência do sofrimento. Como já sinalizado anteriormente, 11 dos 22 entrevistados enfatizaram que não visualizam nada de positivo

relacionado a sua experiência, uns justificaram, outros levantaram questionamentos e alguns conceituaram suas vidas como forma de desabafo, vejamos:

Entrevistada 3
Positividades: “Falo, sem medo de errar: Não tem nada de positivo nessa doença. Tudo é muito ruim”.
Entrevistado 13
Positividades: “Posso dizer que não tem nada positivo, porque tudo que traz sofrimento, não é positivo. Eu sei que tem pessoas que dizem: não há um mal que não traga um bem, mas eu acredito que nenhum mal contribui para o bem a ninguém, porque o mal traz sofrimento [...]”.
Entrevistado 15
Positividades: “Minha vida é uma porcaria”.

Aqui, mais uma vez, podemos dizer que a experiência do sofrimento exprime negatividade que domina as esferas da vida. Porém, por outro lado, os demais entrevistados apontaram aspectos positivos na sua experiência, as quais foram agrupadas da seguinte forma: **primeiro**, temos aquelas que atribuíram ao direito de um benefício, garantindo-lhes sustento, conforme narrativa da Entrevistada 1: “[...] ter o benefício me faz muito feliz, tenho alegria, tenho ânimo, em saber que posso me sustentar, tenho meu dinheiro para comer, comprar uma roupa, um calçado (risos), isso é muito bom”; **segundo** aqueles que veem na sua rede de amizades apoios verdadeiros, como do Entrevistado 4: “Eu percebo uma coisa boa, que são as amizades que ficam mais preocupadas comigo, porque se eu não tivesse a doença, talvez eles não me davam tanta atenção. Eles tem muitos sentimentos por mim. Eu sinto naqueles amigos que são de verdade o sentimento”; e, em **terceiro**, e com maior incidência, aqueles que enxergam a sua experiência como singular humana. Das narrativas, destacamos a do Entrevistado 22, por significar o ápice que dá concretude à defesa de uma nova racionalidade que aponte para a criação de alternativas que deem sentido às diferentes experiências do sofrimento humano, sendo alternativa aos paradigmas que buscam a cura e o enquadramento pautado em uma normalidade social. Vejamos a magnitude dessa narrativa: “A positividade é: Poder ser quem eu realmente sou, e sou feliz como sou”, ou seja, o entendimento de que o enquadramento, no caso de “louco”, o liberta das regras de normalidade, por desconsiderar o indivíduo em sua singularidade humanamente diferente. Portanto, uma narrativa que tira o véu e aclara o sofrimento enquanto experiência singular da vida humana, colocando por terra qualquer entendimento, compreensão e explicação cronificante e/ou desviante, as quais aprofundam o sofrimento e reforçam o estigma.

De um modo geral, as narrativas desmistificam os paradigmas de cura e de normalidade e anormalidade e centram-se naquilo que é primordial, o humano. Dessa forma, pensar os diferentes diagnósticos dados pela psiquiatria como sofrimento psicossocial é estar em acordo com uma nova racionalidade, ou constituir-se enquanto elemento de transição para pensar essa nova racionalidade, que acredita em novas possibilidades de experiência do sofrimento, livre de todas as amarras que impedem os indivíduos de viverem e exercerem sua cidadania.

Diante ao exposto, é notória a inexistência de uma racionalidade fora da narrativa psicologizante/patologizante que dê sentido aos sofrimentos, sejam eles intensos ou não. Assim, os indivíduos, quase sempre, esbarram na narrativa biomédica, cuja racionalidade dá sentido e significado aos seus sofrimentos, inseridos em um circuito de difícil retração. Circuito que nos leva a questionar: até que ponto é o sofrimento por si só que está produzindo sofrimentos ou é a própria narrativa patologizante que impõe mais sofrimento, ao passo que também dá sentido a isso?

Não estamos negando a importância e o saber biomédico, mas estamos afirmando que o sofrimento não deve ter um fim nele. Existem outras alternativas, outras formas de cuidar, de acolher esse sofrimento, essa experiência humana, sem necessariamente ter que transformar em patologia, que objetiva uma cura e, como essa não chega, segue emperrando o curso ou encaminhamento “normal” de vida.

É importante ressaltar que tudo isso não é invisível aos entrevistados, estes reconhecem, por exemplo, que o diagnóstico é “pesado”, que a medicação é uma “barra”, que participar da dinâmica de um serviço é estigmatizante. Além disso, constatamos a incidência de uma (re)elaboração de suas vidas, isto é, de uma forma ou de outra, eles encontram sentido para os seus sofrimentos.

Contudo, acreditamos que essa (re)elaboração poderia ser menos “sofrida” e aí reside os pressupostos da perspectiva do sofrimento psicossocial, por libertar o indivíduo do estigma e do preconceito associado à doença mental, que rotula e estabelece uma ponte quilométrica entre o ser “normal” e o “anormal”.

4.3.4 Narrativas sobre a participação da família e produção do cuidado em saúde mental

Este tópico compreende a análise das narrativas realizadas com os familiares, cujas entrevistas foram realizadas nas dependências dos CAPS Caminhar e Gutemberg Botelho, exceto uma que foi realizada no local de trabalho do familiar, tendo como amostra doze (12) entrevistadas. O objetivo foi compreender como a família vivencia e participa da produção do

cuidado, por acreditarmos que essa participação impacta diretamente na experiência do sofrimento, por representar o *locus* primário de vivência de todo ser humano, bem como do cuidado. Para Borba *et al.* (2011, p. 443) a família “[...] não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas”.

Considerando nossos critérios de inclusão para a amostra, as entrevistas foram realizadas com familiares denominados de familiar/cuidador⁴⁹, sendo este o responsável pelo seu familiar nos serviços, cujo acompanhamento e participação tinham no mínimo um ano. Em termos de organização e sistematização das narrativas, as entrevistadas foram identificadas pela palavra “Familiar”, seguido do número crescente e, entre parênteses, o grau de parentesco, por permitir maior compreensão do lugar de fala. Portanto, tem-se: Familiar 1 (Esposa); Familiar 2 (Filha) e assim sucessivamente até o número 12.

As temáticas priorizadas para os familiares/cuidadores estão relacionadas à dinâmica familiar; à relação com usuário e à relação com os serviços da saúde mental em busca do cuidado.

Antes de adentrarmos as narrativas temáticas, realizamos uma breve apresentação do perfil dos familiares/cuidadores. Nesse sentido, constatamos que todas as entrevistadas são mulheres, cujo grau de parentesco é: cinco (5) esposas; outras cinco (5) mães; uma (1) filha; e uma (1) irmã. Elas têm idades entre 26 e 70 anos. No que se refere à cor da pele, dez (10) declararam-se como negras e pardas, as demais (2) como brancas. Quanto à escolaridade, apenas uma (1) com ensino médio incompleto; quatro (4) médio completo; outras quatro (4) ensino superior incompleto; e três (3) com curso superior. Com relação ao mundo do trabalho, apenas 3 trabalham, sendo uma (1) em trabalho formal e duas (2) como autônomas. Apenas uma (1) se declarou como aposentada, enquanto as demais, oito (8), estão entre aquelas que estão desempregadas ou não trabalham. Por outro lado, foi possível constatar que a maioria tem acesso a algum tipo de benefício como, o Programa Bolsa Família (3), o benefício de seu familiar (3), pensões (2) e auxílio doença (2), cuja maioria informaram que sua renda familiar está entre 1 a 2 salários mínimos.

⁴⁹ “[...] a delegação dessa função dentro do contexto familiar nem sempre é feita de forma harmônica ou democrática e/ou de forma voluntária. Assim, a figura do cuidador principal surge dentro da família, que geralmente assume sozinho ou com pouco auxílio dos demais a responsabilidade direta pelo cuidado do doente mental. Desse modo, a família escolhe quem é mais capaz ou, quando não há alternativa, quem está disponível, e nesse sentido essa injunção pode provocar um alto nível de estresse, visto que o ato de cuidar não foi instintivo (BAPTISTA *et al.*, 2012). Cabe ao cuidador os principais cuidados primários, como alimentação, vestuário, higiene, administração de remédios e finanças, recaindo sobre ele uma sobrecarga física e emocional, comprometendo sua saúde mental” (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008 apud DOURADO *et al.*, 2017, p. 154).

Diante desse panorama geral, uma questão que não nos causou surpresa foi o fato de todas as entrevistadas serem mulheres, pelo contexto historicamente determinado de que o cuidado em saúde tem na mulher a figura sempre presente. Além disso, é notória a presença delas nos serviços de saúde, seja como usuárias, seja como cuidadoras. E, no campo da saúde mental, essa presença é reafirmada, particularmente na qualidade de familiar responsável.

Já a questão que nos chamou atenção consiste na maioria apresentar um bom nível de escolaridade, considerando as desigualdades educacionais de nosso país e, mesmo assim, elas estão fora do mercado de trabalho; o que nos remete a duas questões, uma relacionada à falta de oportunidades em um país extremamente desigual e a outra relacionada à sobrecarga no cuidado com o seu familiar, como já sinalizado em narrativas dos usuários entrevistados, como pode ser observado na narrativa do Entrevistado 14: “[...] ela teve a compreensão de sair do trabalho para ficar comigo, porque eu não estava conseguindo voltar para minha vida, até tentei trabalhar por conta própria, mas não consegui, e minha esposa sempre me deu muita força. Ela acredita em mim e eu respeito muito ela, e eu sempre fiquei preocupado com o meu emocional para ela não adoecer, porque quem vai cuidar da gente, se os filhos já estão casados?”

Dito isto, passaremos para as narrativas temáticas que estão relacionadas ao modo como a família vivencia a experiência do sofrimento de seu familiar e como esta participa na produção do cuidado. Assim, foi possível constatar como estas compreendem a experiência do sofrimento de seu familiar e como se desenvolve a dinâmica familiar e as suas relações na busca do cuidado em saúde mental. A preciosidade de cada experiência familiar dificultou destacar apenas algumas, no entanto, nos esforçamos para contemplar aquelas que, de alguma forma, puderam expressar sentidos e significados similares.

A família⁵⁰, geralmente, é o ponto central que acolhe o sofrimento do seu familiar, pois é ela quem percebe os primeiros sinais, identifica as diferenças no comportamento, às vezes não aceita, sendo ela também que busca ajuda no cuidado. Cabe à família, geralmente, ter um membro que voluntariamente ou não se torna o cuidador e administrar as ocorrências demandadas no cotidiano de seu familiar.

No processo de desinstitucionalização, [...] a família assume o papel sobre o cuidado e a manutenção, bem como sobre o processo de tratamento. Nessa função a família abrange um contexto de cuidado que envolve a responsabilidade sobre a vida do familiar em sofrimento psíquico, atuando como mediadora das atividades desenvolvidas por ele (BONFADA *et al.*, 2013 apud DOURADO *et al.*, 2017, p. 154).

⁵⁰ “A família, portanto, deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes” (BORBA *et al.*, 2011, p. 443).

Contudo, as narrativas confirmam que antes de todo processo de mediação e dinâmica para a administração, a família sente-se **surpreendida**, uma vez que o diagnóstico impõe sofrimento, por significar um peso simbólico que recai sobre uma dinâmica de vida considerada “normal”. Em seguida, observam-se as reações de **negação**, seguidas das **mudanças reais** no contexto familiar, vejamos:

Familiar 1 (Esposa)
Para mim foi uma surpresa e eu nem sabia como agir. [...] Na verdade, eu não queria acreditar que aquilo estava acontecendo. [...] Depois que ele adoeceu de vez mesmo, minha vida mudou, porque eu fui deixar a minha própria vida, para viver em função dele. [...] a medicação, mexe muito com ele, tem muito altos e baixos, tem dia que ele está bem, com uma cara boa e tem dia que está “só o Senhor na causa”, muito difícil. [...] é preciso a pessoa ter muita paciência, e relevar. Eu procuro sempre ficar calma e muitas vezes fico calada, principalmente quando ele está agitado.
Familiar 4 (Mãe)
O primeiro sintoma dele foi a mania de perseguição, dizia que tinha pessoas filmando ele. Nesse tempo ele estava elaborando um artigo científico e concluindo o curso. Ele chegou a se formar e tudo. Ele era inteligentíssimo. Hoje ele está com 50 anos, quando começou ele tinha uns 20. Foi muito difícil, eu fiquei em choque, até hoje a irmã dele não aceita. [...] Eu sou tudo para ele, faço todos os papéis, porque só tem eu e eu mesma. O papel do CAPS é muito importante, mas a carga maior mesmo é minha.
Familiar 6 (Esposa)
Quando começou a doença dele foi muito difícil para mim, porque ele era nosso provedor. Ele era nossa cabeça, eu não me preocupava com nada, ele era quem resolvia tudo na nossa casa. Eu tinha autoconfiança que tudo estava resolvido, ou seja, para mim era muito cômodo, porque tinha ele para resolver tudo e de repente veio esse problema e essa reviravolta na minha vida. Foi muito complicado, ter que trabalhar a minha cabeça que a partir de agora era eu quem deveria tomar as decisões. [...] Para mim eu digo que minha vida era uma e passou a ser outra, hoje, ele continua sendo o provedor no sentido financeiro, porque eu não trabalho, mas assim, hoje tudo lá em casa tem que ser resolvido comigo. Ultimamente eu estava até dizendo que eu estava um pouco sobrecarregada neste sentido, porque tudo sou eu, é médico, é para pagar uma energia, para resolver qualquer coisa do aluguel, compra pão, até trocar uma lâmpada sou eu. Enfim, todos os detalhes de dentro de casa sou eu. Minha vida agora é outra.

A não aceitação pela família dá-se pelo entendimento, próprio do senso comum, do que está envolto pelo processo de exclusão que tipifica o sofrimento em doença mental, significando incapacidade para a vida e todas as compreensões estigmatizantes que, frequentemente, passam a acompanhar a nova trajetória de vida. E isso pode se apresentar a partir de duas vias que estão interligadas, uma relacionada aos sentimentos de responsabilidade que envolve o cuidado, e com este todas as dificuldades de adaptação, e a outra relacionada às condições materiais, financeiras e à limitação das atividades diárias que, possivelmente, afetarão todo o contexto familiar.

Segundo Eloia *et al.*, (2014), são muitas as mudanças no cotidiano familiar, pois envolve a vida social, o lazer, a relação afetiva e a rotina doméstica, além dos aspectos financeiros e os sentimentos de medo, aflição em como proceder no manejo dos novos desafios.

[...] a família, como grupo de convivência, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar e reorganizar suas estratégias e dinâmica interna. Exige dos

sujeitos o respeito à individualidade, pois apesar das pessoas habitarem a mesma casa, há uma diversidade de formas de ser e estar no mundo, uma vez que elas pensam, interpretam os fatos e se comportam de forma diferente (BORBA et al. 2011, p. 443).

Para alguns familiares, ter alguém com problema de saúde mental na família significa seguir em um caminho solitário e vazio, ou seja, o sofrimento caracterizado como doença mental e, portanto, incurável, que aniquila as histórias de vida. A narrativa da Familiar 7 realiza uma alusão da vida como um livro em branco, sem nada escrito, vejamos:

Familiar 7 (Mãe)
[...] Ela é muito isolada. As amigas que ela tinha, sumiram. Não atende ela, não tem aquelas amizades que ela tinha. Não tem muitas pessoas ao redor, só a família. Porque quando eles adoecem, as pessoas desaparecem, parece até uma doença contagiosa. Cada um com uma desculpa, e ela ficou parada na vida. É tipo um livro, que vinha sendo escrito e agora só tem folhas brancas. E os outros continuam sendo escritos. O caso dela foram as drogas. Quando ela começou a faculdade, ela fazia psicologia, tinha muitos amigos, festas, essas coisas todas, e foi aí que ela entrou nas drogas e se afundou e desencadeou tudo. O relacionamento com ela é bom, às vezes eu me estresso, porque ela é muito compulsiva, muitas cobranças, mas é boa. [...] Quando eu descobri que ela estava envolvida nisso, ela já estava apresentando esses quadros. Porque quando vieram buscar ela em casa disseram que não deixasse ela sair porque ela estava conversando muito, já transtorno né? Foi quando comecei prender ela em casa para ela não sair para se envolver mais. Nisso ela começou a dizer que ia salvar o mundo, jogava água, quase matou o irmão. Aí eu percebi que ela não estava bem e fui procurar um psiquiatra, com resistência muito grande. Ele diagnosticou que ela com transtorno bipolar. Só que ele passou a medicação, só que quando ela se sentia melhor, ela dava um jeito de se encontrar com os amigos, aí fazia uso e isso foi acarretando e piorando. Trocamos de médico porque ela ficou com resistência, rejeitando o outro. Essa outra doutora foi dura, e falou para ela: “Você tem esquizofrenia, se você não se tratar vai piorar”. Foi outra resistência, mas mesmo assim ela começou a tomar a medicação. [...] Meu maior medo é morrer e deixar ela sem ninguém para cuidar dela. [...] porque eu sou tudo para ela, protetora dela. Eu fico o tempo todo querendo proteger ela, a gente não aceita que façam nada contra eles. [...] O pior é que quem tem essa doença, não vai ter cura. Temos consciência que ela vai ficar doente até os últimos dias. Eu cuido para não evoluir, porque a tendência é ir se alastrando, muita medicação, eles parecem uma cobaia dos remédios. E nós seguimos procurando uma cura, que não chega, só Deus que opera milagres.

Essa compreensão, que infelizmente não é exceção, é muito impactante, uma vez que manifesta uma perspectiva de vida irrelevante porque não se considera vivida. Tal compreensão é negada pela narrativa do sofrimento psicossocial, defendendo que os indivíduos não podem ter suas histórias de vida estagnadas, por ter foco em uma espécie de “cura”, típico da narrativa biologizante. Por isso, também, acreditamos que falta outra narrativa que dê sentido a essa experiência de sofrimento, que seja uma narrativa alternativa ao discurso biomédico hegemônico.

Outro elemento destacado pela familiar 7, assim como também constatamos nas narrativas dos usuários, é a multiplicidade de diagnósticos (ora bipolaridade, ora esquizofrenia, ora transtorno, ora depressão, entre outros), que conferem imprecisão, com rebatimentos no imaginário simbólico e real dos usuários, bem como dos familiares. Essa multiplicidade pode

ser justificada pela elasticidade da atual edição DSM-V, em que qualquer sofrimento ou comportamento pode ser facilmente classificado em seus múltiplos aspectos.

Ainda considerando a narrativa da dinâmica cotidiana familiar, as entrevistadas revelam o quanto as suas jornadas são exaustivas, uma vez que exigem um constante apoio e um “jogo de cintura”, expresso pelas entrevistadas como ter paciência, não contrariar, saber a hora certa de negar, de se calar; enfim, são estratégias que o familiar desenvolve para manter uma convivência mais tranquila com seu familiar, bem como evitar possíveis “crises”, conforme narrativas a seguir:

Familiar 2 (Filha)
“[...]O fardo existe, é pesado, muito pesado. O fardo está em mim e na minha esposa. A assistência que a gente gostaria de ter dos outros familiares é zero. A minha relação com minha esposa se mantém porque a gente se gosta muito, senão já tinha acabado, porque não tem uma vida a dois. Eu não me sinto tranquila de fazer uma viagem e ficar um fim de semana fora, porque ninguém fica com minha mãe. Então, eu só posso contar com minha esposa para ajudar com ela. Agora, as decisões de casa, eu por respeito, tomo com minha mãe, ou ela toma comigo, dependendo do que seja. Agora assim, decisões de quem segura a situação, somos nós duas, não tem outra pessoa. [...] As decisões da casa são divididas com minha mãe, até porque a casa é dela. Eu não me sinto como provedora, como responsável pela casa, o que eu posso fazer, eu faço. Mas tem coisas que eu tenho que indagar com ela, para não houver choque de autoridade, depois ela se nega e a convivência fica negativa, inclusive esse é um dos fatores que eu evito. [...] A minha madrinha, que era a melhor amiga dela, desde o começo da crise se afastou totalmente. A irmã da minha mãe só leva ela para ir no shopping, ir na lagoa e depois leva para casa. O irmão da minha mãe, me incomoda, ele sabe que ela tem uma patologia, mas ele não acha que o que fala vai prejudicar ela. Tem uma prima da minha mãe, que ela considera uma irmã, é uma pessoa que tem muita condição financeira, ela é defensora pública renomadíssima, fica falando com se ela não tivesse entendendo, tratando ela como doente. Eu fico querendo brigar, mas eu sei que ela sente muita falta dessa família. Ao ponto de eu não poder reclamar de coisas que eles não fazem. Eu tenho que ficar calada para não prejudicar minha relação com ela dentro de casa. É horrível. [...] Talvez se eu tivesse esse apoio eu poderia fazer até mais por ela. Porque tem dias que tem meu trabalho, minha faculdade, e eu fico ausente dela o dia inteiro. E eu sei que ela quer conversar comigo, perguntar como foi meu dia, mas tem dias que eu estou tão cansada. Na verdade, eu queria ter uma melhor relação com ela, de sair com ela, ir passear, não queria que a nossa relação fosse baseada no que ela precisa em relação a doença, que é saber se ela dormiu, se ela tomou a medicação, mas infelizmente agora é assim que tem que ser, e provavelmente até o fim da vida dela.
Familiar 3 (Esposa)
“A minha rotina é cuidar dele. Amanhece o dia, faço o café para ele, depois levo ele na terapia. Dou os remédios. Também tem as nossas filhas que tenho que organizar. Levar para faculdade, porque a mais velha foi assaltada e ficou com medo. [...] o que me deixa mais preocupada, nem é nada dele, é do povo com ele. Eu procuro proteger ele da maldade dos outros, dos preconceitos, que sabemos que existe e eu já percebi. Quando ele começa falar alto, eu dou um toque, já para as pessoas não perceberem e ficarem olhando para ele de forma diferente. [...] as vezes eu vou ao banco com ele, e fico com medo dele brigar com alguém, porque se, por exemplo, alguém entra na frente dele na fila, é uma briga. E eu sempre falo: nós não sabemos dos problemas dos outros e os outros não sabem do problema dele. [...] Uma coisa que é bem difícil é a questão da medicação, porque tem dias que ele não quer tomar os remédios, não aceita e as vezes me engana e joga no vaso sanitário. Teve uma vez que ele ficou uma semana sem tomar. Ele ficou bem agitado, e é por isso que eu fico de olho. [...] Eu abracei essa causa, cuidar é amar, e acho que você tem que ter empatia, porque no momento que você se coloca no lugar o outro, você conseguiu ajudar as pessoas. Então, lá em casa, sou eu que resolve tudo [...].

Nesse contexto, é fácil identificar como um membro da família torna-se o cuidador, devendo se esforçar para assegurar que tudo ocorra bem, sobretudo no que se refere ao manejo

das atividades cotidianas e ao que foi designado como tratamento. Esse esforço é indicado pela Familiar 2 como “fardo pesado”, que pode ser traduzido como uma sobrecarga.

A sobrecarga familiar é definida como o impacto causado no meio familiar pela convivência com a pessoa com transtorno mental, envolvendo aspectos econômicos, práticos e emocionais aos quais os cuidadores são submetidos (MELMAN, 2002), motivos pelos quais merecem a atenção dos profissionais de saúde (ELOIA *et al.*, 2014, p. 997).

À medida que se compreende a importância da família no cuidado, a narrativa da reforma psiquiátrica também enfatiza o suporte a esta pelos serviços de saúde mental, necessários para amenizar sofrimentos. No entanto, verifica-se que, nos CAPS, esse suporte é limitado a um grupo de familiares com baixa adesão e atendimentos individuais esporádicos. E, mesmo assim, constatamos o reconhecimento dos familiares quanto à imprescindibilidade dos serviços nos CAPS.

A narrativa da Familiar 3, além de apresentar as responsabilidades e as preocupações na vida diária do seu familiar, traz um elemento interessante que se diferencia das demais e que merece destaque, qual seja: “[...] o que me deixa mais preocupada, nem é nada dele, é do povo com ele. Eu procuro proteger ele da maldade dos outros, dos preconceitos, que sabemos que existe e eu já percebi e já senti muito”. Ou seja, o sofrimento como doença mental não só captura o indivíduo diagnosticado, a sua família não escapa ao estigma, e como sinalizado anteriormente, o problema de saúde mental, de uma forma ou de outra, atinge toda a família e sua dinâmica. É notório que a referida narrativa é provida da intenção de proteção, de cuidados na tentativa de evitar e/ou amenizar mais sofrimentos, causados pela narrativa estigmatizante da construção sócio-histórica da loucura.

Consoante a isso, temos como análise conclusiva o sofrimento que outro experimenta torna-se também o próprio sofrimento. Entre as características mais referidas nas narrativas das entrevistadas, estão aquelas que têm sua vida pessoal e seus objetivos secundarizados pelo envolver com a dinâmica de cuidados com família, vejamos:

Familiar 3 (Esposa)
[...] deixei minha vida para depois, minha faculdade, trabalho, aulas de música, viagens e tento fazer tudo que posso para suprir tudo que minha família precisa. Hoje eu fiquei pensando: se eu morrer, quem vai cuidar dele? Isso me perturba. [...] eu não consigo imaginar minha vida sem ele, acredita? Acho que é porque não tenho mais minha vida, vivo em função dele.

Outra característica refere-se às dificuldades que os familiares têm para manter as relações sociais, sobretudo a vida afetiva amorosa, como foi vivenciada pela Familiar 10.

Familiar 10 (Mãe)
[...] É muito complicado ter alguém com essa doença na família. Eu me divorciei do pai do meu filho e estava namorando, mas ano passado, meu namorado falou que eu era uma pessoa legal, mas não dava mais, por causa do meu filho. Porque é luta, além do meu filho ficar implicando com ele, ainda eu não podia sair, passear. E assim eu vivo, vou fazer o quê?

Nesse sentido, constata-se que as dificuldades inibem perspectivas de mudanças que apresentem reais alternativas que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida da família, para que, nos seus livros, novas histórias possam ser contadas e compartilhadas.

Por outro lado, encontramos narrativas que vibram na expectativa de mudanças, mas essas ainda estão relacionadas às apostas na medicina e nas dádivas sobrenaturais, principalmente na crença em milagres, conforme a Familiar 11.

Familiar 11 (Mãe)
[...] Eu acredito muito nos desígnios de Deus. Deus me escolheu para ficar com ele, para ter um filho assim, mas eu não creio que isso é para a vida inteira. Eu acredito em milagres e eu creio que a medicina evolui muito, eu creio que um dia mesmo sem ter sido curado, ele vai ter uma vida melhor. Não sei como vai ser, mas acho que vai ter uma droga, uma medicação. Inclusive eu já pensei até ir para um médico psiquiatra que trata com o óleo da maconha. Eu sempre procuro me informar pra ver se ele tem uma qualidade de vida melhor.

Mais uma vez, temos o entrelaçamento das questões religiosas (desígnios, destinos) e as questões da ciência (medicação ou uma nova droga) como aposta de eliminação do problema de saúde mental. Desse modo, verifica-se certo otimismo na possibilidade de uma vivência com mais qualidade de vida. Este também é um posicionamento que permite ao familiar vislumbrar um novo horizonte.

Outra característica também identificada está no sentido do cuidado e do comprometimento vivenciado pelas entrevistadas que as colocam em posição de alerta e de medos que estão relacionados à possibilidade da sua ausência pela morte. Algumas narrativas esboçam tristeza pelo abandono que o seu familiar poderá vivenciar e outras se antecipam nas especulações de quem poderia assumir seu lugar de cuidador, seja por apresentar perfil, seja pela afinidade com o familiar.

Familiar 7 (Mãe)
[...] Como já sou de idade e tenho várias doenças, eu fico com medo do dia de amanhã e de deixar ela (choro).
Familiar 12 (Mãe)
[...] Já começa a chegar os medos de envelhecer demais. Mas eu já tenho outro plano, o plano B, no caso de eu envelhecer, ficar muito sequelada, ficar em asilo, ou até mesmo morrer. Já combinei com meu irmão para assumir ela. Então, vai surgindo uns medos, a gente tem que pensar, ter um plano. Ninguém pode viver para sempre. “Seja como Deus quiser”. Então eu tenho muitas preocupações com o futuro.

Foi a partir dessas questões que buscamos compreender os significados do cuidar para as entrevistadas e obtivemos as seguintes respostas:

Familiar 1 (Esposa)
[...] Só tem eu para cuidar dele, e cuidar é renunciar de tudo, porque você esquece até da pessoa, de se cuidar, é muita dedicação, e eu entendo que cuidadora é uma pessoa que ama e quem ama cuida, por mais que o outro lhe faça sofrer e lhe machuque com palavras, mas é por amor mesmo.
Familiar 10 (Mãe)
Cuidar é zelar. É se dedicar a pessoa. Procurar meios de a pessoa ter uma vida melhor. É a busca por meios melhores para o paciente. Essa busca é interminável. Você busca na rede pública, busca na particular. Busca em todos os lugares.

A narrativa da Familiar 10 está em consonância com o pensamento de Borba *et al.* (2011, p. 448) quando pontuam que: “O papel da família é cuidar, incentivar, estar presente, ser suporte seguro e confiável, pois é no âmbito familiar que os seus integrantes buscam apoio, compreensão e vislumbram possibilidades”. Porém, não podemos deixar de lembrar que a família também necessita de cuidados, de apoios e principalmente de proteção social, para suportar o “fardo”, que é “pesado”.

Já a narrativa da Familiar 1 sinaliza o cuidar relacionado aos aspectos que acabam por naturalizar uma espécie de anulação de suas vidas, reforçando a lógica de exclusão pela tipificação do sofrimento em doença, apontando para um sequestro duplo de vidas, envolvendo aquele que sofre e o seu familiar/cuidador que também sofre. Além disso, é notório identificar o estabelecimento de dependência, que passa a reger essa relação, uma afetividade que surge no processo de cuidado, conforme narrativas do Familiar 3: “[...] eu não consigo imaginar minha vida sem ele [...]”, e do Familiar 5: “Depois que ele adoeceu, eu acho que meu amor aumentou mais ainda. Eu acho que a gente aprende a ter mais carinho. A gente aprende a gostar mais. Tem mulher que abandona quando é assim, mas eu não. [...] É a mesma coisa de estar cuidando de um bebê. Eu me sinto assim, como se tivesse cuidando dos meus meninos”.

De forma geral, podemos dizer que é compreensível esse cuidado regido por proteção, afinal esse familiar/cuidador torna-se o responsável pela vida do seu familiar, no entanto, essa proteção e/ou seu excesso acabam por atrapalhar o movimento de autonomia requerido pelos preceitos da reforma psiquiátrica. Entendemos que em momentos de sofrimentos intensos (crises), o cuidado deva também se intensificar; mas logo que o indivíduo o atravessasse, este pode retomar as rédeas de sua própria vida, assim como sua família.

E foram nesses momentos de sofrimentos intensos que os familiares buscaram por cuidados nos serviços de saúde mental e seguem mantendo vínculo com os CAPS III, campo de nossa pesquisa.

As narrativas a seguir apresentam a experiência dos familiares com a experiência de sofrimento de seus familiares na busca por cuidados e o lugar do CAPS nesse cuidado.

Familiar 1 (Esposa)
A primeira vez que ele teve um surto, foi quando ficou desempregado. Porque ele ficou muito preocupado com as contas, tinha uma moto para pagar, pensão para filho que tem de outro casamento, essas coisas. Foi assim que ele entrou em crise. Só que nem eu, nem a família dele percebeu, de primeira, que ele estava entrando em crise. Ele começou ouvindo vozes, e foi piorando até que surtou e ficou correndo na rua, chamaram o SAMU para levar ele, mas ele não quis e foi aquela guerra toda para levá-lo para o PASM. [...] Viemos para o CAPS encaminhada pelo PSF, porque o PASM encaminhou para o PSF e de lá, viemos para cá (CAPS) e este serviço tem ajudado muito ele não entrar em crise.
Familiar 5 (Esposa)
O problema dele começou de repente. Ele estava bonzinho, trabalhava, era disposto. Então eu não sei como isso aconteceu, só sei que de repente ele começou a cair no chão. No começo, eu não vou mentir, eu achava que era besteira, até que ele tentou suicídio, aí eu vi que não era. [...] Ele trabalhava direitinho, já fazia 8 meses que ele estava nessa firma. Mas aconteceram umas coisas mal feitas no trabalho e chamaram ele para participar, ele não concordou e os outros funcionários ficaram com muita raiva dele e começaram a desprezar ele. Até que ele decidiu pedir demissão, mas acho que ele ficou com isso na cabeça de sair e ficar desempregado, depois disso ele começou esse problema de saúde dele. Esse foi o último trabalho dele. [...] Nossos filhos não entendiam, ficavam nervosos. Nem eu entendia e no começo eu nem ligava, achava que era frescura. [...] Quando eu levei para o médico do posto, o médico deu o encaminhamento para levar ele ao psiquiatra. Ainda levei para o neuro, porque eu não acreditava, mas ele falou que era depressão e como eu já estava com o encaminhamento, viemos para o CAPS, porque o negócio dele era só querendo se matar, tirar a vida. Eu não podia deixar ele só. Ainda hoje eu tenho medo, ele só sai comigo. Por isso que vim pedir ajuda aqui no CAPS. Tem sido uma luta grande.
Familiar 8 (Mãe)
A busca pelo cuidado se deu a partir das crises, que eu não conhecia, não sabia o que era. Ai levava para os médicos, para a emergência e eles orientavam levar para o CAPS, procurar psiquiatria. E assim chegamos aqui no CAPS. Hoje eu não estou sozinha nessa luta, nós podemos contar com o CAPS. No início foi muito difícil até se acostumar, porque era tudo estranho, diferente, eu não conhecia essa doença de perto. Com o passar do tempo fui me acostumando, vendo como me acostumar, e graças a Deus, com o apoio do CAPS conseguimos melhorar, fui aprendendo. Agora eu estou convivendo e a situação não é mais tão difícil.

As narrativas dos familiares estão em congruência com as narrativas das experiências do sofrimento dos usuários entrevistados, uma vez que apresentam um elemento motivador do sofrimento enquanto primeira crise, provocando a busca por cuidados. Essa busca se dá primeiro, em sua maioria, por um serviço de saúde mental emergencial e, posteriormente, encaminha-se para os CAPS, serviços centrais do modelo psicossocial, cujas intervenções são desenvolvidas no âmbito comunitário, norteadas pela formação de vínculos e valorização dos aspectos subjetivos para promover a autonomia. Como já sinalizado, esse modelo tem na família parceiros na dinâmica terapêutica. Parceria que é sentida pelos familiares, uma vez que as suas narrativas enfatizam o apoio, o compromisso e a importância dos CAPS para a reorganização e preservação da vida.

É claro que as dificuldades, algumas já citadas anteriormente, não passam despercebidas pelos familiares. Pelo contrário, elas são sentidas e avaliadas por eles e, frequentemente, são discutidas com a equipe profissional. De acordo com Soares e Munari (2007 apud ELOIA *et al.*

(2014, p. 997), “À medida que se compreende a importância dos familiares na tarefa de ressocialização, verificam-se as limitações reconhecidas pelos familiares no processo do cuidar [...]”. Além disso, reconhecem-se, também, as limitações dos CAPS. Vejamos a narrativa da Familiar 2:

Familiar 2 (Filha)
[...] Como eu estava dizendo, eu gostaria que o CAPS intervisse mais no contato com a família, porque teve alguns momentos que eu entrei em choque com o resto da família da minha mãe, na tentativa que eles pudessem estarem mais presentes na vida, porque ela senti a falta deles. Mas os profissionais disseram que não podia, que era complicado, mas que ia ver como agir e nunca fizeram nada quanto a isso, mas eu entendo, e sei que não é porque o CAPS não tem assistência ou não tem o preparo, é porque eles tem uma demanda muito grande para poucos profissionais. Mas devo confessar que falta mais gestão, para melhorar as condições de trabalho [...].

Mais uma vez, se destaca a importância do CAPS no cuidado, mas também se verifica a urgente necessidade de ações de suporte às famílias, de modo que acolha as suas dificuldades para que estas possam contribuir no processo de autonomia de seus familiares, bem como no autocuidado. Dessa forma, a família efetivamente poderá ser parceira no processo preconizado pelo modelo psicossocial e contribuirá no cuidado na perspectiva psicossocial.

Indubitavelmente, podemos afirmar que a contrarreforma no campo da saúde mental, com suas condições objetivas e subjetivas, impossibilita um pleno funcionamento da rede, afetando os principais atores sociais (usuários e familiares) da reforma psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho nos possibilitou descortinar mais um sentido para a loucura, ou seja, a loucura enquanto experiência relacionada ao sofrimento humano, e seu processo discrepante marcado pela negação de direitos humanos. Em um primeiro momento, nossa pretensão era compreender a experiência do adoecimento, isto é, uma compreensão da loucura enquanto uma experiência patológica, conforme o nosso projeto de pesquisa, intitulado “(DES)SENTIDOS DA LOUCURA: experiência de adoecimento das pessoas com transtorno mental em João Pessoa/PB”. Contudo, com o aprofundamento teórico da pesquisa bibliográfica e, principalmente, com os resultados da nossa pesquisa de campo, compreendemos que a loucura é uma experiência singular do sofrimento humano, cujos sentidos e significados associados a esta são construções socioculturais. Com esse entendimento, pode-se romper com a visão da loucura enquanto doença mental e todo seu processo biologizante, reducionista, excludente, incapacitante e estigmatizante.

Foi pensando na construção sócio-histórica que buscamos compreender a experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental, verificando em que medida as mudanças socioculturais sobre as formas de entender a loucura modificam a experiência do sofrimento humano e as formas de assistência no campo da saúde mental.

As mudanças nos contextos sócio-históricos culturais nos permitem apostar em uma nova imagem social da loucura, pois se na atualidade a loucura hegemonicamente significa doença mental, outrora teve outros significados, como aspecto de divindade e possessão. Se foi assistida exclusivamente pelo modelo asilar, manicomial, segregador e excludente, hoje temos um movimento de reforma, que defende o modelo psicossocial e outras formas de abordagens que valorizam a experiência humana. Se trabalhar na saúde mental, era trabalhar nos hospitais psiquiátricos com os loucos “de pedra”, hoje, também, é trabalhar na comunidade com as famílias e com as pessoas em sofrimento. Assim, constata-se novas perspectivas e contextos para o campo da saúde mental e, conseqüentemente, para o estabelecimento de uma nova racionalidade da loucura.

As nossas análises e reflexões apontam que a construção sócio-histórica da loucura é complexa, determinada por múltiplos sentidos e intervenções, que impactam a experiência singular do indivíduo em sofrimento. É importante ressaltar que, durante nosso doutoramento, tivemos a oportunidade de conhecer a realidade do campo de saúde mental de Portugal, cujas análises apontam que, apesar do processo de reforma psiquiátrica apresentar suas particularidades, as experiências do sofrimento dos entrevistados são similares às dos entrevistados brasileiros, denotando o caráter universal atribuído aos sentidos e aos significados sócio-históricos culturais da loucura.

É sabido que, com os avanços dos movimentos reformadores, são iniciados processos de desconstrução e mudança que buscam romper com a noção patológica sobre a loucura e sobre as manifestações do sofrimento. No Brasil, apesar do processo de contrarreforma em curso, identificam-se incorporações de diferentes elementos na construção de ações e dos sentidos atribuídos ao cuidado na rede de saúde mental. A Reforma psiquiátrica brasileira defende a criação de novos saberes e práticas pautadas no respeito à diversidade dos diferentes modos de existir, no tratamento digno e no abandono de práticas coercitivas.

Contudo, a narrativa patologizante ainda é dominante, conduzindo a noção de doença às manifestações do sofrimento, ou seja, a reforma psiquiátrica, para avançar, precisa despatologizar o sofrimento humano, compreendendo-o como vivência singular dos indivíduos, que são determinadas pelo contexto social. Para além dessa compreensão, temos que reafirmar

a importância e o respeito do direito às diferenças. Só assim, poderemos alcançar uma nova racionalidade para a loucura.

Sim! Uma das maiores violação de direitos no campo da saúde mental está relacionada a não compreensão das diferentes subjetividades humanas, que mantêm uma relação de interdependência com o contexto social. A nossa pesquisa documental, realizada nos prontuários, já apontava para uma demarcação da relação intrínseca da subjetividade e a complexidade da vida social, sobretudo quando permitiu elaborar um panorama geral sobre os motivadores psicossociais do sofrimento como primeira “crise”, ao passo que tal demarcação foi evidenciada pelos entrevistados, com o mergulho na experiência do sofrimento presente em suas narrativas.

As histórias de vida dos nossos entrevistados apontam claramente que o seu problema de saúde mental teve um motivador social, que se desenvolve como um *continuum* de “crise” e de sofrimentos determinados pelos múltiplos acontecimentos da complexidade de se viver em uma sociedade excludente. Os dados da nossa pesquisa são verdadeiras denúncias de negação aos direitos, em que vidas são marcadas e atravessadas por injustiças decorrentes dos modos históricos de organização sociopolítica, sociocultural e socioeconômica da sociedade.

Por isso, transformar a experiência do sofrimento humano em doença traduz-se em mais uma violência, uma vez que aprisiona o indivíduo em uma teia, em que os sofrimentos se ampliam pelo processo estigmatizante que foi construído historicamente para a loucura. Consoante a isso, inferimos a seguinte reflexão: Se retirarmos das experiências dos sofrimentos os elementos que estão associados ao estigma da doença, como os preconceitos, as violações com as internações, as pressões familiares e societárias de incapacidade etc., provavelmente teríamos uma “cura” aos moldes do Recovery, pois restaria apenas a sua experiência de sofrimento que mantém uma relação no seu contexto de sociabilidade. Por exemplo, a maioria das pessoas que entraram em “crise” teve como motivo desencadeador o luto. Aí surge um questionamento: Mas quem não sofre, quando perdemos alguém que estimamos? Geralmente uma maioria sofre e esse sofrimento precisa ser acolhido, ser cuidado, mas não necessariamente tem que ser patologizado, pois acreditamos que, em algum momento, ele será ressignificado. Porém, quando ele adentra o circuito do paradigma psiquiátrico tradicional, suas chances são reduzidas, dadas as determinações e a complexidade que estão em jogo nesse modelo de assistência no campo da saúde mental.

Além disso, é impossível pensar em direitos humanos, mantendo como dispositivo de cuidados instituições manicomiais, as quais vêm sendo reforçadas pelo processo de contrarreforma brasileira. As narrativas dos nossos entrevistados as descrevem como um “filme

de terror”, cuja imagem é de medo, pavor, insegurança, violência, descaso, abandono, desprezo, entre outras que só ampliam os sofrimentos.

Já os cuidados em instituições reformistas de base psicossocial estão trilhando, com muitas dificuldades, um caminho de assistência que busca preservar os direitos humanos. As analogias daqueles que os vivenciam as definem como: “o céu na terra”.

Muitas são as inquietações que as histórias de vida dos nossos entrevistados nos proporcionaram, tentamos, neste trabalho, expressá-las, numa busca de fazer ecoar um contexto penoso de rupturas de sonhos e de expectativas de vida que, na maioria, estão relacionadas às formas estigmatizantes associada à loucura.

A partir da nossa contextualidade investigativa e analítica, presumimos que nossas **hipóteses** de estudo foram confirmadas, vejamos:

A **primeira** indicava que o problema de saúde mental se incorpora na vida do usuário de forma negativa, deteriorando sua autoimagem e reforçando os estigmas historicamente atribuídos à loucura. Nesse processo, o usuário tem sua vida, suas relações sociais, afetivas e de trabalho determinados por esses aspectos, levando-os, muitas vezes, a um autorreconhecimento da incapacidade para o trabalho, para a vida social e para a ocupação dos espaços públicos, sendo constantemente tutelados pela família. Tal afirmava é revelada pela presença muito forte e impactante do estigma, que está impregnado no imaginário e na realidade concreta da subjetividade e do contexto social. Foi possível identificar que o sofrimento, a partir do momento que é patologizado, diagnosticado, se constitui como um caminho de difícil caminhada, ou seja, ganha o significado de uma espécie de sentença que marcará negativamente a vida, principalmente se houver, no seu itinerário terapêutico, internações psiquiátricas. Esse significado é socialmente justificado, no entanto, não dá sentido a quem experiencia o sofrimento.

A **segunda** hipótese está relacionada à narrativa da reforma, na perspectiva de como a reestruturação da RAPS colabora para a reconstrução de uma nova identidade para os usuários, quando eles passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos. Então, a reforma psiquiátrica, como processo social complexo, produz transformações nas cinco dimensões; no entanto, esse processo não se constitui de forma efetiva. Os nossos dados revelam que essa nova identidade começa a ser moldada no interior dos serviços de atenção psicossociais, em contato permanente com a narrativa da reforma, com formas de cuidados mais humanas e acolhedoras e com respeito à diversidade e à diferença.

Assim, na construção dessas novas relações, eles se reconhecem como sujeitos de direitos e entendem o cuidado digno como direito, porém passam a ter consciência que, fora

desse espaço, continuam silenciados e têm seus direitos, quase sempre, negados. Aqui podemos destacar dois aspectos: um voltado aos processos de sociabilidade, do vínculo, do acolhimento como elementos importantes para a construção de uma nova subjetividade; e o outro, em que todo esse processo é sustentado pela narrativa da reforma, configurada pelo respeito aos direitos humanos, ao reconhecimento da subjetividade de quem sofre, à autonomia, à participação etc. Esses dois processos estão imbricados, produzindo novas identidades.

Portanto, o que sustenta os processos de acolhimento é uma narrativa de direito e proteção que se materializa nas práticas, nas posturas (no respeito à liberdade e às limitações) e também na organização da rede. Essa construção contribui para desestabilizar os estigmas e as noções limitantes do diagnóstico, uma vez que os indivíduos reconhecem seus sofrimentos como inerentes à sua experiência singular humana e, portanto, rompe com a perspectiva dicotômica de normalidade e anormalidade determinada socialmente.

Já a **terceira** hipótese, que decorre da segunda, infere que essa nova identidade e esse reconhecimento têm contribuído para uma narrativa de reversão da autoimagem negativa, relativa ao problema de saúde mental, interferindo nas compreensões sobre a experiência do sofrimento humano, nos itinerários terapêuticos e imprime a urgência de uma nova racionalidade da loucura. É fato que estas questões vêm contribuindo para uma reversão, no entanto, ainda não é forte o suficiente para romper com esse processo patologizante. Assim, podemos dizer que parcialmente contribui, pois, no plano individual da subjetividade, constatamos que há um entendimento de positividade de sua autoimagem, quando percebem seus direitos, suas diferenças, a convivência dos modelos de assistência existentes, conferindo aos CAPS um lugar de socialização e ressignificação da autonomia e dos cuidados, enfim, possuem suas racionalidades próprias. Contudo, a imagem social continua comprometida pelos aspectos estigmatizantes atribuídos à loucura, levando os entrevistados sempre a refletir: “Nós somos pessoas normais, mas a sociedade teima em não nos considerar assim”.

Todas essas elaborações nos permitiram reflexões em torno do sofrimento humano, cuja pesquisa bibliográfica já indicava a possível incidência do sofrimento entendido como psicossocial, mas foi apenas com a aproximação no campo de pesquisa, sobretudo, com as histórias de vida, que identificamos as bases concretas para definir com mais precisão a manifestação do sofrimento psicossocial. Portanto, daí decorreu a nossa proposta em compreender a loucura a partir dos elementos que compõem o que denominamos de sofrimento psicossocial, constituindo-se enquanto uma possibilidade de um caminhar que busca a superação por meio de outras formas de compreender o sofrimento humano para além dos

diagnósticos psiquiátricos, reconhecendo esse sofrimento como experiências singulares dos indivíduos, determinadas no e pelo contexto social.

Diferentemente do modelo da psiquiatria biomédica que enxerga doenças e prescrevem diagnósticos para enquadrar os indivíduos, o entendimento do sofrimento psicossocial enxerga indivíduos que sofrem pela multiplicidade de questões da vida e, portanto, por razões diferentes e com desdobramentos diversos. Para tanto, a narrativa defendida pelo sofrimento psicossocial é de potencializar uma nova racionalidade que coloca em suspensão a narrativa que captura o sofrimento em uma perspectiva patologizante e de medicalização da vida social. Assim, o sofrimento psicossocial valoriza abordagens que consideram a experiência humana, apostando em um futuro livre de todas as amarras do modelo manicomial e em uma sociedade mais justa, que respeite às diferenças humanas.

Nosso estudo defende a tese de que a experiência com o sofrimento humano, historicamente compreendido como loucura, deve ser compreendida como sofrimento psicossocial e sua condução de cuidados pautada na atenção psicossocial, com abordagens que valorizam a experiência humana e respeitem as diferenças humanas, contribuindo para uma nova racionalidade da loucura. A grande questão é: despatologizar o sofrimento humano.

Essa questão configura-se como um movimento que está na contracorrente da ordem do dia, uma vez que temos observado que a narrativa hegemônica do sofrimento, enquanto estatuto de doença mental, se expressa como uma entidade patológica inscrita nas redes de transmissões neuroquímicas cerebrais, em que as pessoas são diagnosticadas com transtornos mentais, conferindo-lhes uma entidade biológica, reduzindo a complexidade do sofrimento humano.

Nesse contexto, o modelo psiquiátrico tradicional se alimenta na contemporaneidade de explorar um vácuo (pela não comprovação) de evidências científicas sobre a natureza dos problemas de saúde mental e, cada vez mais, seu poder é reforçado. Como exemplo, têm-se as ampliações de seus manuais (DSM-5), que lançam novas categorias nosológicas e saberes médicos sobre o diagnóstico, nem sempre cientificamente embasados; portanto, eles são questionáveis, mas que também são representativos do nosso modelo de sociedade capitalista que, em sua organização neoliberal, captura as mentes, os corpos, os desejos e a subjetividade. Tal movimento é estrategicamente desenhado, produz e participa do processo de gestão do sofrimento, definindo a patologia, o diagnóstico e o tratamento, circuito lucrativo, sobretudo, em seu processo medicamentoso.

Por outro lado, o nosso estudo bibliográfico também identificou cenários, nos quais a psiquiatria começa a perder centralidade e outras formas de cuidados emergem, em que se tem mais cautela em diagnosticar o sofrimento, entendendo que os problemas de saúde mental não

existem enquanto entidades biológicas, mas se apresentam como incidências das adversidades da vida, cuja origem é psicossocial. Nesse cenário, outras formas de cuidado se destacam e em que as práticas sociais e a comunidade se organizam para acolher o indivíduo, respeitando sua história de vida e os sentidos que ele utiliza para compreender seu processo de dor. As medicações são utilizadas com muita cautela e apenas para atenuar sintomas mais intensos e requerem muito cuidado em sua administração e controle por parte dos usuários e das famílias. Apesar de esse cenário parecer longínquo, há experiências que apontam para esses avanços, como a abordagem Recovery, o *open dialogue* e a GAM.

Essas são algumas abordagens que citamos em nosso trabalho e que dialogam com a defesa do sofrimento psicossocial. Lembrando que o entendimento de sofrimento psicossocial não implica em nova categorização, que vai classificar os indivíduos em quem sofre ou não, mas, sim, aponta para um horizonte no qual a experiência humana é uma vivência permeada pelos sofrimentos que impactam em todas as dimensões de nossas vidas e que a singularidade e as questões coletivas (sociais, culturais e simbólicas) delimitam como o indivíduo atravessa esse curso do sofrimento; portanto, a saída seria oferecer a possibilidade de ressignificar esse sofrimento como alternativa às bases medicalizantes e patologizantes da psiquiatria. Acreditamos que o entendimento de sofrimento psicossocial dá as bases para a elaboração de novos sentidos e significados, consistindo em uma perspectiva que apresenta maior chance de e para ressignificação individual e coletiva.

Em um cenário hipotético, vamos pensar que a psiquiatria não tivesse tanto poder. Assim, como seria o tratamento de quem necessitasse de um cuidado especializado? Vamos dizer que as pessoas que atravessam sofrimentos com determinantes sociais conhecidos, como abandono, abuso, violência, desemprego, fossem cuidadas sem serem rotuladas, estigmatizadas, com outras formas de cuidados, como seria? Será que se extraíssemos os determinantes sociais que provocam sofrimento de nossas vivências, receberíamos os diagnósticos do modelo psiquiátrico? Será que, se tivéssemos outras formas de cuidar, de acolher o sofrimento psicossocial, não poderíamos ter outra vida diferente? Lembrando que essa vida diferente não quer dizer dentro da normalidade que a sociedade impõe, mas aquela que considera a experiência de cada um, sem que seu sofrimento seja superado por outros sofrimentos próprios do estigma e da exclusão, ou seja, uma vida diferente dos padrões normatizados, mas que não seja recriminada e, portanto, seja respeitada em sua diferença.

Em um exercício de tentativa de respostas, acreditamos que os medos e as inseguranças não estariam permeados pelo temor de ser considerado doente mental e, talvez, não fôssemos tão resistentes às formas de cuidados porque seria algo próprio da vida humana. Por tudo isso,

também, acreditamos que deve-se fortalecer outras narrativas que dê sentido à experiência de sofrimento, constituindo-se como narrativas alternativas ao discurso psiquiátrico tradicional hegemônico.

A ideia de sofrimento psicossocial liberta o indivíduo do estigma e do preconceito associado à doença mental; rompendo com paradigmas de cura, desestabiliza a ideia de normalidade, inscrevendo-se como sendo um entendimento de transição, ou seja, ele aponta para elementos que ajudam a criar alternativas que deem sentido à experiência do sofrimento humano e que sejam uma alternativa à racionalidade psiquiátrica biomédica, na defesa de uma nova racionalidade que afirma a “normalidade”, respeitando as diferenças do ser humano, porque tudo faz parte da experiência singular humana. Cabe a nós, enquanto sociedade, obviamente, regular determinadas condutas que ameacem a integridade humana.

Essa é uma nova racionalidade pautada em uma análise totalizante da vida social, pois o sofrimento não se constitui como um fenômeno em si, mesmo que sua experiência seja subjetiva e se expresse de forma individual e que, porventura, apresente uma dimensão orgânica. Ele não ocorre fora da realidade concreta e, na perspectiva do sofrimento psicossocial, esta dimensão pode ser uma condição no sentido de proteção ou outra forma de racionalidade de estar no mundo. Essa forma foge do padrão de normalidade instituído socialmente e, mais uma vez, integra a complexidade da realidade humana e sofrerá os impactos estigmatizantes relacionados à loucura. Devemos sempre lembrar que o sujeito é sempre mais que uma condição, não podendo ser reduzido aos aspectos orgânicos.

A originalidade do nosso estudo está pautada por uma construção realizada a partir das experiências daqueles que vivenciam o sofrimento, haja vista a valorização de suas narrativas, no reconhecimento das racionalidades próprias, da capacidade em construir um discurso legítimo que dar sentido a loucura e a uma nova racionalidade, sendo esta a forma mais concreta e democrática para sua (re)construção sociocultural. O propósito foi dar voz a quem, historicamente, sempre foi silenciado, desacreditado, duplamente tutelado, inferiorizado, e constatar, por suas histórias, que outra racionalidade é possível e urgente.

Chegar até aqui nos permitiu uma sensação de dever cumprido, mas também aflora as inseguranças em torno de não ter, de fato, conseguido expressar a profundidade dos sentidos e dos significados da experiência das histórias de vida daqueles que experimentam acidamente o dessabor de uma vida marcada por sofrimentos que desalentam a alma, mergulhados em um contexto estigmatizante e excludente. No entanto, fica a certeza que estamos trilhando o caminho democrático, que mais parece utopia, mas as utopias são necessárias para imprimir resistência e esperança de um mundo melhor.

Fica aqui o convite provocativo ao exercício de pensar diferente e somarmos na luta por uma sociedade mais justa, igualitária e de respeito às diferenças humanas.

Pensem: amanhã pode ser eu que necessite de cuidados no campo da saúde mental. E aí? Qual dessas narrativas me representa? Por quais serviços ou abordagens desejo ser assistido?

Lembremos: somos singularidades de uma totalidade social e estamos todos imersos nesse processo, por isso precisamos ser afetados e afetar, cada vez mais, outros sujeitos para que formas de identificação e de enfrentamento sejam construídas, alicerçadas e operacionalizadas. **Uma coisa é certa:** não podemos pactuar com esquemas de naturalização da vida, cujos rebatimentos desconstroem e negam direitos. A temática saúde mental envolve uma complexidade dinamicamente inesgotável para ser explorada e, por isso, sugerimos que as questões tratadas neste trabalho possam ser questionadas, ampliadas e aprofundadas em estudos futuros.

Ao final das nossas entrevistas, solicitávamos aos entrevistados para deixarem uma mensagem para a humanidade e é com uma dessas mensagens que finalizamos este trabalho. Essa mensagem resume primordialmente toda a nossa discussão: “LOUCUREMOS, que é uma espécie plural da junção da palavra loucura. Lou (cura), igual a loucuremos, porque eu não vejo ninguém louco. Eu vejo todo mundo curado dentro de sua verdade. Ninguém é louco, todos somos sãos. LOUCUREMOS, que significa, por que ser tão normal? O que é ser normal? Eu não vejo diferenças, não enxergo e não existem parâmetros para essa diferença, pois todos podemos ser acometidos por qualquer coisa, a qualquer momento e todo mundo sofre, uns mais e outros menos. Uma grande parte sofre escondida porque quer ser fortalezas e não existe ninguém que seja uma fortaleza, nós somos sensíveis e isso não pode determinar um Ser como anormal” (Entrevistada 17).

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.
- AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, P. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELA, Lígia. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-7, jan.-abr., 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Editora: Fiocruz. 3ª edição. Rio de Janeiro, 2011.
- AMARANTE, P; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde mental e das políticas públicas. In: PINHEIRO *et. al.*(org.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Lappis-Abrasco, 2007.
- AHERN, L; FISHER, D. M. D., **Assistência Pessoal para Existência Comunitária**: uma guia para Recovery. Ph.D. National Empowerment Center, Inc. 800-POWER-2-U (800-769-3728) www.power2u.org. MANUAL PACE -1999.
- ALBERTI, V. Histórias dentro da história. In: PINSKY, C. B. *et al.* (orgs.). **Fontes Históricas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008. P. 155-202.
- ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Políticas de Drogas no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**. Espaço Temático: Saúde Mental no Brasil: avanços e retrocessos, [s. l.], v. 35, n. 11, p. e00129519. 6p. DOI: 10.1590/0102-311X00129519.
- ALVES, F. **A doença mental nem sempre é doença**: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental. Porto: Edições Afrontamento, 2008.
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/set 1993.
- ALVES, P. C. Itinerário Terapêutico e os Nexus de Significados da Doença. **Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], n. 42, p. 29-43, Jan./Jun. 2015.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. M.; SOUZA, I. M. A. Introdução. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ANASTÁCIO, Camila Cardoso; FURTADO, Juarez Pereira. Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4, n.9, p. 72-83, 2012. ISSN 1984-2147

ANDRADE, L. H. S. G. *et al.* Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, mar./abr. 2006.

BARROS, O. C.; SERPA JR, O. D de. Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 867-888, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400002>

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Política & Trabalho, [s. l.], n. 40, p. 391-404, abril, 2014, ISSN 0104-8015 | ISSN 1517-5901 (online).

BELLETTINI, F.; GOMES, K. M. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do Programa de Saúde Mental no Município de Orleans – SC. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.5, n.12, p.161-175, 2013. ISSN 1984-2147

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 2011. ISBN: 978-85-249-1313-6.

BIRMAN, J. A Cidadania Tresloucada: notas Introdutórias sobre a Cidadania dos Doentes Mentais. In: BEZERRA J. B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992. p. 71-90.

BORGES, R. F. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e atenção básica à saúde: desafios e possibilidades**. 2012. 212p. Tese (Doutorado)- Universidade Estadual de Maringá. Maringá/PR.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das portadoras de pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Brasília: abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.836**, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 13.840** de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de

drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas** [página na Internet]. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-desau-de-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas** [página na Internet]. 2017 Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-desau-de-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019** de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas [Internet]. Brasília: CGMAD/ DAPES/SAS/MS; 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 08 ago. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2017. 9.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *In: Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*, nº. 34. Brasília/DF, 2013, p. 176. ISBN: 978-85-334-2019-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 74 p: il. ISBN 978-85-334-2328-2 Coleção completa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). ISBN 85-334-0775-0. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 11/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 22/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução 510/2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2016.

BORGES, L. M. *et al.* Inflexões epistemológicas: a Etnopsiquiatria. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 31, n. esp., p. 249-255, set. 2019. Doi: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29001.

BOURDIEU, Pierre. (Coord.) **A miséria do mundo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Rev. Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

BRITTO, I. A. G. de S. As Implicações Práticas do conceito de Doença Mental. **Rev. Estudos**. Goiânia, v. 31. p. 157-172. 2004. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/1711/material/Implica%C3%A7%C3%B5es%20pr%C3%A1ticas%20do%20conceito%20de%20doen%C3%A7a%20mental.pdf> Acesso em: 18 jan. 2020.

CABRAL, A. L. L. V. **Itinerários Terapêuticos**: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. 2010. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CAL, D. G. R. Moralidade e a exploração do trabalho infantil doméstico: as visões de ex-trabalhadoras infantis e patroas. **Temas em Destaque**. [s. l.], n. 16. p. 31-44, ano 5. jul-set 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/v16/n16a04.pdf> Acesso em: 16 ago. 2021.

CANESQUI, A. M. Considerações sobre a experiência do adoecimento e do sofrimento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 2466-2467, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018238.15382018.

CANESQUI, A. (org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.

CARVALHO, R. N. **A complexa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental**. 2015. 463p. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

CARVALHO, R. N.; PICORNELL-LUCAS, A. Reforma Psiquiátrica no Brasil e Espanha: olhar dos direitos humanos. **Revista Tema**, On-line do CESED – Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento, v. 21, n. 34, jan. – dez., 2020. ISSN 2175-9553.

CARDOSO, M. R. O desencantamento do mundo segundo Max Weber. **Revista EDUC-** Faculdade de Duque de Caxias, v. 01, n. 02, p. 106-119, Jul-Dez 2014.

CARNELOSSI, B. O trabalho do assistente social no Programa Bolsa Família: desafios ao Código de Ética profissional. **Rev. Serv. Soc.**, São Paulo, n. 125, p. 124-147, jan./abr. 2016.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELLANOS, M. E. P. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. In: CASTELLANOS, M. E. P.; BOMFIM, L. A. (Org). **Cronicidade:** experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Livro [e-book] Trad. Maria Salete Bessa Jorge; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão. – Fortaleza: EdUECE, 2015. P. 35 – 60.

CASTELLANOS, M. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos/RJ, 2013. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13843. Acesso em: 15 dez. 2021.

CASTRO, E. D. de.; LIMA, E. M. F. de A. Resistência, inovação e clínica: no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, [s. l.], v.11, n. 22, p.365-76, mai/ago 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Cv5FYpFCjDLL9gRTBqBCRDg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CAVALCANTE, R. O social para a saúde mental sob a contrarreforma neoliberal. **Argumentum**. Vitória, v. 12, n. 2, p. 36-43, maio/ago. 2020. ISSN: 2176-9575. DOI: <http://10.18315/argumentum.v12i2.31658>.

CENTRO EDUCACIONAL NOVAS ABORDAGENS - CENAT. **Apostila de resumos de aula**. Curso Whole life: abordagem de uma vida por inteiro. 2020.

CESARIO, R. P.; GOULART, D. M. Depressão pós-parto para além do diagnóstico: representações sociais e subjetividade. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 79-91, abril, 2018. e-ISSN: 2359-0777. DOI: 10.5020/23590777.rs.v18i1.6068.

CESCON, L. F.; BOSSATO, A. A; LIMA, L. C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.27, n.1, p.185-200, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170376.

CHAGAS, E. F. O pensamento de Marx sobre a subjetividade. **Revista Dialectus**, [s. l.], Ano 1, n. 2, p. 14-32, Jan.-Jun., 2013.

CHERUBINI, K. G. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1135, 10 ago. 2006. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777>. Acesso em: 10 ago. 2006.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. 2006. 168p. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande/PB.

COSTA, M. N. Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p.01-16, 2017. ISSN 1984-2147

COSTA, P. H. A. da. Marx, a lógica asilar-manicomial e a opressão às mulheres. **Esquerda Online**. Juiz de Fora, MG. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2021/08/10/marx-a-logica-asilar-manicomial-e-a-opressao-as-mulheres>. Acesso em: 02 set. 2021.

COSTA, P. H. A. da. Um Marx antimanicomial? **Esquerda Online**. Juiz de Fora, MG. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marx-antimanicomial>. Acesso em: 02 set. 2021.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COUTO, M. L. de O.; KANTORSKI, L. P. Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. **Psicologia USP**. [s. l.], v. 29 n. 3 p. 418-431, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420180077>. Acesso em: 02 set. 2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. [s. l.], v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DAHL, C. M. **Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento (“Recovery”) na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

DALMOLIN, B. M.; VASCONCELLOS, M. da P. Etnografia do sofrimento psíquico. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 49-54, 2008.

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. [s. l.], v. 38, n. 3, p. 450-464. Jul/Set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>. Acesso em: 02 set. 2021.

DASSOLER V. A.; PALOMBINI, A. L. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 278-291, out., 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E323. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/87sS3rNhB8BCVmfcCqgs6rR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 06 out. 2021.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez, 1992.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2004, p. 161-194.

DIAS, R. M. de S. B; PASSOS, I. C. F. A Implementação do Programa Bolsa Família no Nível Local: A Experiência Do Município De Divinópolis/Mg. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP**, São João del Rei, v. 9, n. 2, jul./dez., 2014.

DIAS, M. J. F. Open dialogue: uma experiência no Brasil. **Diversitates Int J**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 97-110, 2017.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 2, p.595-602, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

DOURADO, D. M. *et al.* Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **Rev. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. [s. l.], Ano 8. v. 1, p. 153-176. 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2377> Acesso em: 10 dez. 2021.

DUARTE, Teresa. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, [s. l.], 1 (XXV): 127-133, 2007.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. Trad. Walter Solon. São Paulo. Editora: Edipro, 2012. ISBN: 978-85-7283-806-1.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: estudo de sociologia. Trad. Mônica Stahel. São Paulo. Martins Fontes, 2000. ISBN: 85-336-1105-6.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. ISBN: 85-336-1022-X.

DUTRA, V. F. D; BOSSATO, H. R; OLIVEIRA, R. M. P. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em Saúde Mental. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 21, n. 3, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2001.

FACCHINETTI, C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, setembro 2008.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira Salvador/BA: EDUFBA. (Originalmente publicado em 1952). 2008. p. 194. ISBN 978-85-232-0483-9.

FERREIRA, J. Sofrimento e Silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos. **Forum Sociológico**, [Online], 24, 2014. Posto online no dia 01 novembro 2014, Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/1133>; DOI: 10.4000/sociologico.1133. Acesso em: 30 abril 2019

FERREIRA, D. F.; AHNERTH, N. M. de S.; BATISTA, E., C. Sentidos de ser mulher cuidadora de um familiar com transtorno mental grave na região Amazônica. **Rev. Aletheia**, [s. l.], v. 52, n. 2, p.36-51, jul./dez. 2019.

FERREIRA, T. P S. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação. [s. l.]. v. 21, n. 61, p. 373-84. 2017DOI: 10.1590/1807-57622016.0139. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ChwzY8kyVHdYJmQfvRSJj3C/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 out. 2021.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Tempo brasileiro. Rio de Janeiro, 1975. Traduzido do original Frances *Maladie Mentale et Psychologie* da Presses Universitaires de France, Paris. Tradução de Lilian Rose Shalders. Biblioteca Tempo Universitário II. Coleção dirigida por Eduardo Portella. Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Biblioteca Tempo Universitário 11. 71p.

FOUCAULT, Michel. Verdade e subjectividade (Howison Lectures). In: **Revista de Comunicação e linguagem**. nº. 19. Lisboa: Edições Cosmos, 1993. p. 203-223.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8. Ed. Perspectiva, São Paulo, 2005.

FREIRE, M. C. B. **Isolamento e sociabilidade no luto**: a formação de redes sociais no ambiente cemiterial. [201-?]. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/arsrosario/01-Freire.pdf> Acesso em: 31 ago. 2021.

FREITAS, F. Reforma psiquiátrica Brasileira: alternativas ao diagnóstico psiquiátrico (1) | **Mad In Brasil: Ciência, psiquiatria e justiça social**, 3 jun. 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/06/reforma-psiquiatica-brasileira-a-problematICA-do-diagnostico-1/> Acesso em: 05 out. 2021.

FREITAS-SILVA, L. R; ORTEGA, F. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00168115, ago., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168115>. Acesso em: 05 out. 2021.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. São Paulo: Penguin e Companhia das Letras, 2011.

GOMES, A. L. C. **A Reforma psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa/PB**. 2013. 263 (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

GOULART, M. S. B. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. **Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia**. Mnemosine, v.4, n.1, p. 2-15

2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41458>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Saúde Mental e Racismo: Produção Brasileira. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**. [s. l.], v. 38, n. 3, 450-464, Jul/Set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **Rev. O Social em Questão** - Ano XXII, v. 21, n. 44, p. 111-138, maio- ago. 2019. ISSN: 2238-9091 (Online). Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

HEIDRICK, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva de desinstitucionalização**. 2007. 205 f. (Tese de Doutorado). Programa de pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS.

HERNÁEZ, Angel Matínez. **Os Itinerários Terapêuticos e a relação médico – paciente**. Tradução: Virgínia Jorge Barreto, Abril 2006.

HITA, M. G. Identidade Feminina e Nervoso: Crises e Trajetórias. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (orgs). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 179-213 p. ISBN 85-7316-151-5.

HORI, A. A; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Aug. 2014.

IGNÁCIO, M. V. M.; MATTOS, R. A. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 8, p. 66-78, dez 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S805.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

JOÃO PESSOA. **Plano Municipal de Saúde (2010-2013)**. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde: João Pessoa, 2010.

JOÃO PESSOA. **Plano de Governo da Cidade de João Pessoa (2013-2016)**. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento: João Pessoa, 2013.

JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL, I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Revista da SPAGESP**. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado

de São Paulo. n. 2, p.12-22. 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n2/v13n2a03.pdf> Acesso em: 10 jun. 2020.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, Jan-Mar, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711203.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Berkeley and Los Angeles/London: University of California, 1997 (introduction).

LEMOES, P. M.; FREIRE, J. C. Os contornos tardo-modernos do sofrimento e do adoecimento psíquico: proposições éticas para o Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, ago. 2011, p. 303-321.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. ORCID: 0000-0002-8583-4535. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290101>.

LIMA, T.C. MIOTTO, R. C. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 10, n. esp. p. 37-45 2007.

LIMA, A. C. C.; CAPONI, S.; MINELLA, L. S. Reflexões sobre as disputas das comunidades científicas pela regulação do campo psi. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. X – n. 1, p. 37-60, mar/2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27116941003> Acesso em: 15 jul. 2020.

LOPES, T. S. *et al.* O Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtornos do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras na Rede Pública de Atenção Psicossocial. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.558-571, 2012.

LOURENÇO, D. C. L de C. **Saúde Coletiva II: CAPSi e CAPS AD**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Paraná - Educação a Distância. 2012. 160 P. Disponível em: <http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1417/Saude%20Coletiva%20II.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 14 out. 2021.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s. l.], v.31(Supl II), p. 586-594, 2009

MACÊDO, A. do C; OLIVEIRA, L. C. de. Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. **Rev. Katálises**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 32-40, jan./jun. 2015.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. da. A Influência das Ideias Higienistas no Desenvolvimento da Psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**. DPI/CCH/UEM. v. 5, n. 1, p. 115-137. 2000.

MARQUES, E. P. de S. O acesso à educação superior e o fortalecimento da identidade negra. **Revista Brasileira de Educação**. v. 23 e 230098. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782018230098>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MARTINHAGO, F; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290213, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213> Acesso em: 15 jul. 2020.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MARX, K. **Sobre o Suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Tradução, apresentação e notas: Jesus Ranieri-São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K.; ENGELS, F. **Sociologia**. Organizador (da coletânea): Otávio Iani; Tradução de Maria Eliza Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pellegrini –Grandes Cientistas Sociais;10- São Paulo: àtica,1979.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). Tradução: Rubens Enderle, Nélcio Schneider, Luciano Cavini Martorano. - São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, K.; ENGELS, F. **O Capital**: crítica da economia política-Livro I-O processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle – São Paulo; Boitempo, 2013.

MOREIRA, D. de J.; BOSI, M. L. M.; SOARES, C. A. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, mar-abr., 2012.

NEVES, E. M. Viver com (e apesar de) a Doença: apontamentos sobre a experiência do adoecimento crônico entre diabéticos da Associação de Diabéticos de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, p. 111-131, jan./jun. de 2015,

NORONHA, M. de. A Etnopsiquiatria na Sociedade Contemporânea. **Presença Revista de Educação, Cultura e Meio Ambiente**, v. VIII, n.28, maio, 2004. Disponível em: http://www.revistapresenca.unir.br/artigos_presenca/28marcosdenoronha_aetnopsiquiatrianasociedade.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

NUNES, M. de O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25252019.

OLIVEIRA, Clara Costa. Para compreender o sofrimento humano. **Rev. bioét.** [s. l.], (Impr.), p. 225 - 234, 2016

OLIVEIRA, A. R. de S.; MUNIZ, M. A.; REIS, F. F. os S. e. **A Arte Como Expressão Singular do Inconsciente**. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Caracas** (Adotada Pela Organização Mundial De Saúde Em Caracas, Venezuela, Em 14 De Novembro De 1990). 1–3. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130_ARQUIVO_DeclaracaodeCaracas.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental - Direitos Humanos e Legislação Cuidar, sim - Excluir, não**. 2005, 257. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 10 de dezembro, 1948, 217 A (III). Disponível em: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html> Acesso em: 13 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental**, 1991. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/smental.htm>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Assembleia Geral. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**, 12 de abril de 2019. A/HRC/41/34. Disponível em: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>. Acesso em: 13 nov. 2021.

PALMEIRO, N. M. S., *et al.* O perfil do usuário e o diagnóstico prevalente no Ambulatório de Saúde Mental de Santa Maria-RS. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 18. 2009, Pelotas. Anais [...]. Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Pelotas, 2009.

PARAÍBA. **Relatório do monitoramento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2**. João Pessoa. 2020. P. 01 – 62.

PARAÍBA. **Relatório Anual de Gestão – 2013**. Centro de Atenção Psicossocial Dr Gutemberg Botelho. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de João Pessoa.

PARAÍBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Serviço de Pronto Atendimento em Saúde Mental – Pasm**, 2021, <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/pronto-atendimento-em-saude-mental-pasm/> Acesso em: 15 out. 2021.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 13-31, 2013. ISSN 0103-7331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100002&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2021.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na Política Nacional: consequências para o paradigma psicossocial. **Rev. Em Pauta**. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1o Semestre de 2022 - n. 49, v. 20, p. 65 - 80 DOI: 10.12957/REP.2022.63451 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5076-412X>.

PASSOS, I. C. F.; BEATO, M. S. da F. Concepções e práticas sociais em torno da Loucura: alcance e atualidade da história da loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê**, São Paulo, Ano VII, n. 12, p. 137-158, jul.-dez./2003. . ISSN: 1415-1138. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30701210>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PASSOS, R. G. “Crimes da Paz”: As Expressões do Racismo na Saúde Mental da População Negra. In: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. ISBN 9786586548075. P: 72 á 83.

PASSOS, R. G. Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Argumentum**. Vitória, v. 10, n. 3, set./dez. 2018.

PASSOS, R. G.; MOREIRA, T. W. F. Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **Revista Serviço Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, jul./dez., 2017. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14943/13262. Acesso em: 24 set. 2021.

PEIXOTO, M. J.; BORGES, E. O sofrimento no contexto da doença. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s. l.], v.6, p. 36-39, dez., 2011.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial por meio do perfil de seus usuários. **Mental, UNIPAC**, Brasil, v. 8, ano V, p. 61-75. Jun. 2007.

PEREIRA, S. M.; PIRES, E. F. As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico. **Revista Educação**. v.13, n.1, 2018.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: um ensaio sobre a individualidade contemporânea. **Tempo Social**, v. 27, n.1, jun., 2015.

PERRUSI, A. A lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. In: FONTES, B. A.; FONTE, E. M. (orgs). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora UFPE, 2010.

PESSOTI, I. **O Século dos Manicômios**. Rio de Janeiro:34, 1996, 300p.

PESSOTI, I. **A Loucura e as Épocas**. 2.ed. Rio de Janeiro:34, 1997, 206p.

PIERUCCI, A. F. **O Desencantamento do mundo**: Todos os passos do conceito em Max Weber. São Paulo: 34, 2003.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, [s. l.], v.16, n. 41, p.435-47, abr./jun. 2012.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**. Salvador/Recife, n. 246, p. 6-14, jan./abr., 2019. ISSN 2447-861X. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2021.

PORTELA, P. N. **Patologização da vida**: quando comportamentos comuns se transformam em transtornos mentais. v. 2/25, p. 25, 2019, Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/patologizacao-da-vida/> Acesso em: 24 set. 2021.

PRADO, A. C.; GOMES, A. P. Felicidade e sofrimento: aproximações entre Freud e Schopenhauer. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v.5 - n.10, p.160-167 – 2º sem. 2014. ISSN: 2177-6342.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1515-1529. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000500005> Acesso em: 24 set. 2021.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica** [Online], v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011,.

QUEIROZ, M. I. P. de. O pesquisador, o problema de pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LUCENA, C. T.; CAMPOS, M. C. S. de S.; DEMARTINI, Z. B. F. (org.). **Pesquisa em Ciências Sociais**: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: CERU. 2008. p.15-34.

QUEIROZ, M. I. P. de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: LUCENA, C. T.; CAMPOS, M. C. S. de S.; DEMARTINI, Z. B. F. (org.). **Pesquisa em Ciências Sociais**: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: CERU. 2008. p. 35-77.

QUEIROZ, M. I. P. de. Histórias de vida e depoimentos pessoais. In: LUCENA, C. T.; CAMPOS, M. C. S. de S.; DEMARTINI, Z. B. F. (org.). **Pesquisa em Ciências Sociais**: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: CERU. 2008. p. 79-97.

QUEIROZ, M. I. P. de. Análise de documentos em ciências sociais. In: LUCENA, C. T.; CAMPOS, M. C. S. de S.; DEMARTINI, Z. B. F. (org.). **Pesquisa em Ciências Sociais**: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: CERU. 2008. p.119-145.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. Gênero e saúde mental: uma abordagem

Epidemiológica. **Análise Psicológica**.v. 3, n. XXV, p. 439-454, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/112/1/AP%2025%283%29%20439-454.pdf>
Acesso em: 10 ago. 2021.

RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 2821-2834, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018239.17192018.

RODRIGUES, R. C. *et al.* Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v.15, (Supl. 1), p. 1615-1625, 2010.

ROTTELLI, F. *et al.*, Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁFIO, F. (Ed.). **Desinstitucionalização**, São Paulo, SP: Hucitec. 1990. p. 17-61

SADE, R. M. S. **Portas abertas**: do manicômio ao território: entrevistas Triestinas. Marília: Oficina Universitária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. 222 p. ISBN 978-85-7983-546-9.

SADE, R. M. S. **Caminhos da desinstitucionalização**: buscas e conquistas. Um estudo sobre a implantação de residências e lares terapêuticos infanto-juvenil. Buenos Aires: AASM, 2012.

SAFATLE, V.; JUNIOR, N. da S.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Editora: Autêntica, 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. [s. l.], v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SAWAIA, B. Introdução: Exclusão ou Inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (org). **As artimanhas da exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Coleção Psicologia Social. Editora: Vozes. 2ª edição. Petrópolis, 2001. ISBN: 85.326.2261-5.

SELZ, M. O raciocínio estatístico em sociologia. In: PAUGAM, S. (org). **A pesquisa sociológica**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015. 202-217.

SILVA et al. Uma Perspectiva Sobre O Conceito De Sofrimento Em Freud E Nietzsche. **Anais do EVINCI – UniBrasil**, Curitiba, v.3, n.1, p. 300-300, out. 2017.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan.-abr./2009,. ISSN (versão eletrônica): 1678-4669 Disponível em: www.scielo.br/epsic.

SILVA, G. R. da. **O luto materno em narrativas de vida e de morte: uma abordagem sociológico-discursiva da perda**. 2015. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Ceará. Centro de Humanidades, Programa e pós-graduação em Linguística. Fortaleza/CE, 2015.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Orgs.). **Seminário saúde da população negra do Estado de São Paulo**. São Paulo, SP: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132

SILVEIRA, A. Rosângela. Recovery e Experiência Brasileira na Atenção Psicossocial: Diálogos e Aproximações. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p.17-30, 2017. ISSN 1984-2147

SILVEIRA, C.G.S. *et al.* Perfil dos usuários dos CAPS da Região Sul do Brasil. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 8. 2009, Pelotas. **Anais [...]**. Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, 2009.

SILVEIRA, É. da S. História Oral e memória: pensando um perfil de historiador etnográfico. **MÉTIS: história & cultura**, [s. l.], v. 6, n. 12, p. 35-44, jul./dez. 2007.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.19782016.

SOARES, I. de A. **Institucionalização da loucura**: um recorte histórico sobre o município de Barbacena/Mg. Programa Nacional de Apoio à Pesquisa Fundação Biblioteca Nacional – Ministério da Cultura. 2006. 123p. Disponível em: https://www.bn.gov.br/sites/default/files/documentos/producao/pesquisa/institucionalizacao-loucura-um-recorte-historico-sobre/mg/ilka_soares.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

SOUZA, V. R. E. **Contrarreforma Psiquiátrica**: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. 2012. 166p. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

SOUZA, A. R. de; PONTES, J. R. S.; JORGE, M. S. B. **Experiências em situação de crise de sujeitos em sofrimento psíquico**: análise de narrativas. Fortaleza: EdUECE, 2018. ISBN: 978-85-7826-717-9 (E-book).

SOUZA, M. M. M de. **Caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial de João Pessoa-PB**: uma análise a partir da estrutura, funcionamento e atendimento em saúde. 2019. 31p. (Trabalho de Conclusão de Residência). Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva. Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.** [s. l.], v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf> Acesso em: 10 ago. 2021.

SPOHR, B.; SCHNEIDER, D. R. Bases Epistemológicas da Antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre. **Revista da Abordagem Gestáltica**. [s. l.], v. XV, n. 2, p. 115-125, jul-dez, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v15n2/v15n2a07.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. [s. l.], v. 6, n.1, p. 73-85, 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/pSWQzXMxtHGb7HLm6hwPMwp/?format=pdf&lang> Acesso em: 22 set. 2020.

VIANA, A. J. B.; SOUSA, E. S. S. Crimes e segredos na violência sexual contra as mulheres: o diálogo entre Durkheim e Simmel. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 14, n. 29, Jan./Abr. de 2015. <http://dx.doi.org/10.5007/2175-7984.2015v14n29p11>.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p.3-13, dez., 2011

WEBER, M. **Ensaaios de Sociologia**. 5 ed. Editora: LTC, Rio de Janeiro, 1982.

WEBER, M. **Conceitos Sociológicos Fundamentais**. Economia e Sociedade: fundamentos da Sociologia Compreensiva, 3 ed. v. 1, Editora: Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

WEBER, M. **Tipos de dominação**. Economia e Sociedade: fundamentos da Sociologia Compreensiva, 3. ed. v. 1, Editora: Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WERLANG, R.; MENDES, J. M. R. Sofrimento social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 743-768, out./dez. 2013.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção. **Psicossocial Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7VhNDCbKPZCjTZZDDMLRpYN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 14 ago. 2021.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf> Acesso em: 15 out. 2021.

YAZBEK, M. C. Serviço Social e pobreza. **Rev. Katál**. Florianópolis. v. 13 n. 2 p. 153-154 jul./dez. 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre os **(DES)SENTIDOS DA LOUCURA: experiência de adoecimento das pessoas com transtorno mental em João Pessoa/PB**, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Alecsonia Pereira Araujo, do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, Sob a orientação do Professor Drº. Eduardo Sérgio Soares Sousa.

O estudo objetiva compreender a experiência do adoecimento de pessoas com transtorno mental que utilizam os serviços dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em João Pessoa/PB), e assim também poder identificar como os mesmos buscam atendimento na rede de saúde mental, compreendendo como vem se desenvolvendo o cuidado a partir da operacionalização da RAPS em João Pessoa/PB, haja vista as mudanças com a Reforma Psiquiátrica brasileira, que apresenta inúmeras dificuldades para se desenvolver, dado os dilemas econômicos, políticos e sociais que cercam a política de saúde mental na atualidade. Para tanto, os objetivos específicos são: traçar o perfil dos usuários dos Centro de Atenção Psicossocial III, CAPS Caminhar e Gutemberg Botelho; analisar como a narrativa da reforma psiquiátrica e as mudanças epistemológica, jurídico-legal, técnico-assistencial, sociocultural, afetivo-emocional, interferem na experiência do adoecimento, e nas compreensões sobre a doença, loucura e sofrimento dos indivíduos com transtorno mental; conhecer a partir dos itinerários terapêuticos as estratégias utilizadas e os dispositivos de cuidado acionados pelos usuários da saúde mental na busca pela atenção à saúde; compreender como o transtorno mental se incorpora no cotidiano da vida dos usuários (família, trabalho, redes sociais, relações afetivas e sexuais) e os impactos sobre a pessoa e a imagem de si; compreender como a família vivencia e participa da produção do cuidado em saúde mental.

O interesse, bem como a delimitação do objeto de estudo estão ancorados em minha vivência no campo da saúde mental, tanto na formação acadêmica, quanto no exercício profissional.

Como nosso objeto de estudo é compreender a experiência do adoecimento dos usuários, consideramos que suas narrativas devem apresentar uma dimensão mais ampla e aprofundada de suas trajetórias, e assim, utilizaremos a metodologia de pesquisa da História oral.

A finalidade do estudo consiste em aprofundar as discussões em torno da temática, bem como possibilitará reflexões sobre as relações entre familiares, profissionais e usuários. Espera-se ainda que este estudo possa revelar o cenário da vida em que o usuário da saúde mental encontra-se inserido, bem como traduza um panorama da atual situação dos serviços oferecidos, no tocante ao cuidado em saúde mental em João Pessoa/PB.

Solicitamos a sua colaboração para nossa entrevista, como também sua autorização para apresentar e publicar os resultados deste estudo. Seu nome será mantido em sigilo absoluto e sua entrevista será registrada a partir de uma numeração. Para esta solicitamos a sua autorização para durante a entrevista utilizar o gravador de voz.

Informamos que a pesquisa não oferece riscos que venham interferir em sua saúde física. E os mínimos riscos que a pesquisa poderá apresentar, diz respeito ao constrangimento que o sujeito possa sentir em decorrência de algumas perguntas de caráter pessoal, bem como possa surgir desconfortos emocionais, o que suspenderá a entrevista e o entrevistado está livre para desistir de participar em qualquer fase da mesma, sem nenhuma penalidade, conforme está resguardado na Resolução 510/2016.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, e portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora.

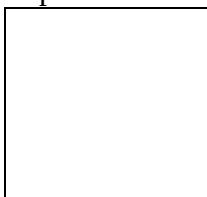
Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa/PB, ____ de ____ de ____

Impressão dactiloscópica

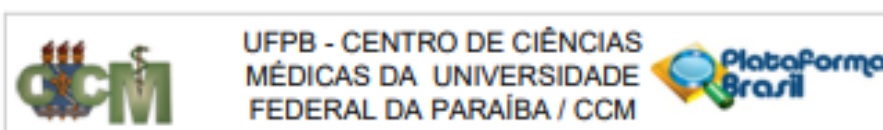


Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Alecsonia Pereira Araújo, Telefone: (83) 3216-7504, discente do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB, ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas -Endereço: Centro de Ciências Médicas – 3º andar, sala 14 - Cidade Universitária - Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 - Bairro Castelo Branco -João Pessoa–PB Telefone: (83) 3216.7619. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: (DES)SENTIDOS DA LOUCURA: EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM JOÃO PESSOA/PB

Pesquisador: Alecsonia Pereira Arajo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14166719.6.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.417.557

Apresentação do Projeto:

Pesquisa acadêmica, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, da pesquisadora Alecsonia Pereira Arajo, sob a orientação do Prof Dr^o. Eduardo Sérgio Soares Sousa.

A pesquisa tem por objetivo compreender a experiência do adoecimento de pessoas com transtorno mental que utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em João Pessoa/PB. Para tanto, serão utilizados diferentes metodologias de pesquisa: Pesquisa de campo com abordagem qualitativa, utilizando a metodologia de pesquisa da história oral a partir da entrevista temática e a entrevista semiestruturada; e abordagem quantitativa para a pesquisa documental, que tem como fonte os prontuários dos usuários dos CAPS III Caminhar e Gutenberg Bolelho.

Os sujeitos do estudo serão os usuários e os familiares. Dado aos critérios previamente estabelecidos, acredita-se que somente durante o trabalho de produção das entrevistas é que o número de entrevistados necessários começarão a se descortinar com maior clareza. E assim, como estratégia para operacionalizar as entrevistas, bem como subsidiar na pesquisa documental, iremos recorrer ao conceito de saturação. Para análise do material

coletado por meio dos prontuários, os dados serão sistematizados inicialmente e posteriormente serão categorizados e analisados. As entrevistas serão transcritas em sua fidelidade e, posteriormente serão agrupadas por identificação de sentido e analisadas.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7617 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO B – Encaminhamento para realização de pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 05 de julho de 2019

Processo nº 07.323/2019

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **CAPS CAMINHAR E CAPS GUTENBERG BOTELHO**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **ALECSONIA PEREIRA ARAUJO**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "**(DES)SENTIDOS DA LOUCURA: EXPERIENCIA DE ADOECIMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM JOAO PESSOA/PB**", a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Davy Alves da Silva
Gerência de Educação na Saúde