

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

RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO

**“ATÉ QUE UM DIA EU SURTEI”: UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE
EXPERIÊNCIAS DE CRISE EM SAÚDE MENTAL E ITINERAÇÕES DE
CUIDADO**

JOÃO PESSOA

2021

RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO

“ATÉ QUE UM DIA EU SURTEI”: um estudo antropológico sobre experiências de crise em saúde mental e itinerários de cuidado

Texto apresentado para defesa de dissertação para o Grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia.

Linha de pesquisa: Corpo, Saúde, Gênero e Geração.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Reis Longhi

João Pessoa
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCAEE)
Centro de Ciências Humanas Letras E Artes (CCHLA)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia



RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO

“Até que um dia eu surtei”: um estudo antropológico sobre experiências de crise em saúde mental e itinerários de cuidado”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba.

Resultado: APROVADA

Em: 26 de fevereiro de 2021.

Banca examinadora

Profª. Dra. Marcia Reis Longhi
(Orientadora)
PPGA/UFPB

Profª. Dra. Sônia Weidner Maluf
(Examinadora Interna)
UFSC/UFPB

Profª. Dra. Ana Paula Müller de Andrade
(Examinadora Externa)
UNICENTRO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino, estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A189a Acuío, Rafaela Porcari Molena.

"Até que um dia eu surtei" : um estudo antropológico sobre experiências de crise em saúde mental e itinerâncias de cuidado / Rafaela Porcari Molena Acuío.
- João Pessoa, 2021.
127 f.

Orientação: Márcia Reis Longhi.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Antropologia da saúde. 2. Saúde mental. 3. Cuidado. 4. Intervenção na Crise. I. Longhi, Márcia Reis. II. Título.

UFPB/BC

CDU 39:371.78 (043)

Elaborado por Gracilene Barbosa Figueiredo - CRB-15/794

Dedico este trabalho à linda Alice (*in memorian*).

Agradecimentos

Agradeço à professora Márcia Reis Longhi por todo o processo de orientação, o qual conduziu com profissionalismo, conhecimento, gentileza e afeto. Agradeço pelas leituras indicadas, reflexões, orientações grupais e individuais, pelo encorajamento, paciência e companheirismo nestes dois anos de mestrado. Agradeço também por tratar com atenção e respeito meus processos de reflexão e escrita e por estimular o pensamento crítico e o compartilhamento das ideias.

Agradeço à banca examinadora de qualificação e defesa da dissertação: as professoras Ana Paula Müller de Andrade e Sônia Weidner Maluf, que direcionaram reflexões e leituras, contribuindo imensamente para a qualidade técnica e crítica do trabalho. Agradeço também por seus trabalhos acadêmicos, palestras e coordenações de GTs que participei. Tenho um grande privilégio de tê-las como banca.

Agradeço às professoras, professores e à equipe administrativa do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPB, em especial a Monica Franch e Ednalva Neves que foram minhas primeiras professoras quando eu ainda era aluna especial do PPGA, e contribuíram de forma especial com meu encantamento pela Antropologia.

Quero agradecer também a Luciana Carmélio, que foi minha primeira amiga na UFPB e a Uliana, que me ofereceram apoio emocional e direcionamento durante o processo seletivo do mestrado.

Agradeço aos professores da minha época de graduação em Terapia Ocupacional, que me inspiraram a estudar e trabalhar no campo da saúde mental, em especial a Florianita, Viviane Maximino, Letícia Mota e Tykanori.

Aos meus queridos amigos do PPGA: Laís, Clordana, Rosiane, Yago, Arthur, Fabrício, Daniele, Mateus, Caio e Milena, agradeço pela alegria, parceria e fortalecimento nestes dois anos juntos, vocês foram muito importantes em minha trajetória! Agradeço especialmente à Stephanie por sua presença tão alegre e amiga.

Agradeço imensamente aos meus amigos Weverson e Durvalina, que foram meu porto seguro desde o período de preparação para a seleção do mestrado até os últimos minutos da entrega da dissertação. Guardo com muito carinho e respeito nossos momentos juntos durante todo este processo, vocês são potência e afeto!

Muito obrigada às minhas amigas de infância: Bianca, Larissa, Paula e Amanda, pelo suporte à saúde mental neste difícil período de pandemia. Aos amigos Isabela, Patrícia, Anna Catarina, Ana Clara, Roberta, Katarina, Bruno, Tainah, Renata, Khaddja, Alexandre, Gabriel e Nicholas agradeço pela amizade, apoio e companheirismo. Agradeço a João Lucas por ser minha família em João Pessoa e a Pollyne e Juliano por terem dado suporte quando era recém-chegada na Paraíba.

Muito obrigada à Ludmila e todo o grupo de pesquisa e extensão Loucura e Cidadania pela parceria, aprendizado, confiança e por serem minha ponte até meus interlocutores de pesquisa. Agradeço à toda militância antimanicomial brasileira, que vem lutando contra os desmontes das políticas públicas do campo da saúde mental, especialmente no atual contexto sócio político brasileiro.

Agradeço ao grupo de professoras e equipe administrativa do departamento de Terapia Ocupacional da UFPB, em especial a Iara, por sua flexibilidade e compreensão, a Bárbara pelo apoio emocional, a Ângela, Márcia Gomes, Marília, Camila, Carolzinha e Berla, pela acolhida no departamento e a Márcia Mont'Alverne por todo o conhecimento compartilhado. A Carol Couto agradeço pelo companheirismo, força e pelo compartilhamento do sonho do Coletivo Paraibano de Terapeutas Ocupacionais na Saúde Mental Dona Ivone Lara, grupo a quem estendo este agradecimento.

Agradeço aos alunos do departamento de Terapia Ocupacional, que sempre se mostraram receptivos, generosos e me proporcionaram a oportunidade de um grande aprendizado nesta experiência de ser docente.

Agradeço aos colegas do grupo de orientação e às antropólogas e antropólogos que tive contato em congressos, eventos e GTs que participei nestes anos, por contribuírem com suas reflexões e conhecimento.

Aos meus amigos e colegas de trabalho em saúde, agradeço por todo companheirismo, pelas discussões e pela construção coletiva de cuidado à saúde mental: Marisa, Monica, Fernando, Eva, Aline, Guilherme, e toda equipe de enfermagem e de estagiários. Muito obrigada a todos os usuários dos serviços de saúde mental em que atuei, é por vocês que essa pesquisa se concretiza!

Agradeço imensamente a minha querida família: Silvana, Luis, Fernanda e Alice (*in memoriam*), obrigada pelo carinho, encorajamento e cuidado desde sempre, vocês são a minha força!

Agradeço também aos meus sogros, cunhados, tios e primos que foram presentes nestes dois anos, pelo apoio e afeto, em especial para os tios Sandra e Carlinhos. Agradeço às crianças Coralina, Madá, Miguel, Giulio, Ravi, Joaquim, Dandara, Rudá, Mel, Melissa e Sarah, por despertarem alegria e simplicidade nestes tempos tão conturbados.

Ao meu marido Gustavo agradeço pelo amor e cuidado cotidianos, por estar comigo nos momentos de correria e nos de descanso, e pelo estímulo à aventura, coragem e leveza. Agradeço a minha gatinha Pop por ter sido minha principal companhia durante os tempos de distanciamento social.

Aos meus interlocutores Marcela, Bárbara e Roberto agradeço imensamente pela atenção e pela disponibilidade em compartilhar suas experiências e conhecimentos.

*Se eu quiser falar com Deus
Tenho que ficar a sós
Tenho que apagar a luz
Tenho que calar a voz
Tenho que encontrar a paz
Tenho que folgar os nós
Dos sapatos, da gravata
Dos desejos, dos receios
Tenho que esquecer a data
Tenho que perder a conta
Tenho que ter mãos vazias
Ter a alma e o corpo nus
(Gilberto Gil)*



Tavares (2020, p. 258)

RESUMO

ACUIO, Rafaela Porcari Molena. **“Até que um dia eu surtei”**: um estudo antropológico sobre experiências de crise em saúde mental e itinações de cuidado. João Pessoa, 2021. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem teórico-metodológica etnográfica, inscrita no campo da Antropologia da Saúde, que tem como objetivo compreender a construção de sentido à crise em saúde mental e a experiência de cuidado ao sofrimento. O trabalho de campo foi realizado por meio da coleta de narrativas de vida e entrevista em profundidade de três pessoas residentes no município de João Pessoa, PB, com trajetórias de adoecimento no campo da saúde mental. A ideia de crise em saúde mental foi empregada pelas interlocutoras para nomear um rol de experiências que envolveram um sofrimento que beirava o insuportável, e diziam respeito a momentos que se embaralhavam com outras crises biográficas. Identificou-se no processo de adoecimento e na experiência de sofrimento atravessamentos sociais com questões de gênero, raça, sexualidade, classe e geração. Os resultados apontaram também para o desenvolvimento de estratégias pelos sujeitos para lidar com o sofrimento, restabelecer condições satisfatórias de vida e prevenir novas crises, que dialogam com o cuidado biomédico e psicossocial oferecido pelos equipamentos de saúde mental, mas também produzem novas formas autorais de cuidar de si. Por meio da itinação em busca de cuidado e da articulação dos múltiplos atores, ambientes, objetos e discursos que dela fazem parte, a construção de sentido à crise se mostrou ancorada na própria experiência, que, ainda que corporificada e singular, mostra-se resultado também de lógicas sociais mais amplas, sendo possível um diálogo com contextos sócio político econômicos e atravessamentos sociais de maior escala.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde, Saúde Mental, Cuidado, Intervenção na Crise.

ABSTRACT

ACUIO, Rafaela Porcari Molena. **“Until one day I freaked out”**: an anthropological study on crisis experiences in mental health and care itineraries. João Pessoa, 2021. Dissertation (Master in Anthropology) - Center for Human Sciences, Letters and Arts, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2021.

It is a qualitative research with an ethnographic theoretical-methodological approach, registered in the field of Medical Anthropology, which aims to understand the construction of meaning to the crisis in mental health and the experience of caring for suffering. The fieldwork was carried out through the collection of life narratives and in-depth interviews of three people living in the city of João Pessoa, PB, with trajectories of illness in the field of mental health. The idea of a crisis in mental health was used by the interlocutors to name a list of experiences that involved suffering that bordered on the unbearable, and related to moments that were mixed up with other biographical crises. It was identified in the process of illness and in the experience of suffering social crossings with issues of gender, race, sexuality, class and generation. The results also pointed to the development of strategies by the subjects to deal with suffering, reestablish satisfactory life conditions and prevent new crises, which dialogue with the biomedical and psychosocial care offered by mental health equipment, but also produce new forms of self-care. Through the itinerary in search of care and the articulation of the multiple actors, environments, objects and speeches that are part of it, the construction of meaning to the crisis proved to be anchored in the experience itself, which, although embodied and singular, shows results also with broader social logics, making possible a dialogue with sociopolitical economic contexts and larger scale social crossings.

Keywords: Medical Anthropology, Mental Health, Care, Crisis Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSUFAM Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II Centro de Atenção Psicossocial, subtipo II

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS IJ Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

CEFOR Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5

FUNESC Fundação Espaço Cultural José Lins do Rego

LouCid Grupo de pesquisa e extensão universitária Loucura e Cidadania

PASM Pronto Atendimento em Saúde Mental

PPGA Programa de Pós-Graduação em Antropologia

PPGS Programa de Pós-Graduação em Sociologia

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RESMEN Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB

RT Residência Terapêutica

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS Sistema Único de Saúde

TAB Transtorno Afetivo Bipolar

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO Terapia Ocupacional

UFPB Universidade Federal da Paraíba

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I: PERCURSO METODOLÓGICO E ESTABELECIMENTO DO CAMPO DE PESQUISA	21
1.1 A pesquisa situada: algumas questões éticas.....	21
1.2 Percurso metodológico.....	25
Escolhas e redirecionamento pré-campo	25
Narrativas de vida, construção de sentido e escalas de pesquisa	27
A escrita etnográfica	31
1.3 Ciclo de Pesquisa.....	33
Estabelecimento do Campo	34
Encontros para coleta de narrativas.....	46
Pesquisa online.....	55
CAPÍTULO II: EXPERIÊNCIA DE CRISE EM SAÚDE MENTAL E CONSTRUÇÃO DE SENTIDO	58
2.1 Do que estamos falando quando falamos em crise?	58
2.2 Narrativas de vida e as primeiras crises em saúde mental.....	61
2.3 Surto e internações psiquiátricas.....	75
CAPÍTULO III: "TOCANDO EM FRENTE" - ITINERAÇÕES DE CUIDADO, EXPERIÊNCIAS E TEMPORALIDADES	85
3.1 De usuários a experientes: a construção do cuidado à saúde mental.....	86
3.2 Temporalidades do cuidado.....	95
3.3 "É como se eu tivesse tirado dez sacos de cimento de cima da cabeça": experiências e estratégias de autocuidado	98
3.4 "Quando tô em crise eu acho ela pelo zap e ela me socorre" perspectivas e reflexões sobre o cuidado online.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS	114

ANEXOS	122
Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	122
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	126

INTRODUÇÃO

O termo “crise em saúde mental” é comumente utilizado na academia, nas políticas públicas e nos serviços de saúde para se referir a uma determinada experiência de adoecimento no campo da saúde mental, geralmente atrelada a um roteiro mais ou menos conhecido de ruptura social, internação psiquiátrica e/ou ao início de tratamentos medicamentosos.

Atuei por cinco anos como trabalhadora da saúde mental e, no dia a dia de trabalho em contato com pessoas em sofrimento, passei a refletir sobre os sentidos e utilizações desse termo nas narrativas tanto de usuários e profissionais dos serviços de saúde mental, como das mais diversas pessoas de meu convívio. Neste processo, o termo “crise”, antes tão comum em meu vocabulário, tornou-se uma palavra estranha.

Reflito desde então sobre os impactos de uma possível generalização e imprecisão desse conceito nas trajetórias de cuidado no domínio da saúde mental e, instigada por esta reflexão, recorri à Antropologia a fim de realizar a pesquisa que apresento nesta dissertação.

Nesse sentido, as principais perguntas que nortearam esta pesquisa foram: **que experiências as pessoas que vivenciam o sofrimento no campo da saúde mental nomeiam como crise? Que sentidos são empregados a essa concepção? De que forma os sentidos se constroem nas narrativas destas pessoas? Quais as implicações desses sentidos na busca de cuidado quando a pessoa se percebe em crise?**

Dessa forma, o presente trabalho se propôs a discutir a experiência social de crise em saúde mental, passando pelos contextos de sua enunciação até as itinações dos sujeitos em busca de cuidado para esse momento, sob uma perspectiva antropológica.

O encontro entre a antropologia e o campo da saúde reúne e conecta diferentes dimensões da experiência social do adoecimento, sofrimento e da corporeidade, perpassando por questões de gênero, raça e classe social na

busca da transcendência da fragmentação disciplinar das ciências (SARTI, 2014).

Trata-se de uma tarefa necessária e desafiadora de realizar uma *antropologia na e da saúde* (CARNEIRO, 2018; BONET, 2018). Na *saúde*, pois se instala em espaços de cuidado, tanto da Rede de Atenção Psicossocial¹ (RAPS), quanto de outras redes de cuidado à saúde mental estabelecidas pelas interlocutoras; e porque se estabelece em diálogo com as políticas públicas relacionadas a esse campo.

E uma *antropologia da saúde*, pois reflete sobre os próprios limites do entendimento de conceitos fundantes desse campo de conhecimento e práticas. Segundo Carneiro (2018), pensar em uma *antropologia da saúde* tem o sentido de “estranhar, descortinar e compreender os códigos partilhados na saúde, desnaturalizando-os e tomando-os como um sistema cultural, temporal e situado” (2018, p. 94).

Com isso em vista, para começarmos a pensar sobre crise em saúde mental, se faz imprescindível o reconhecimento de algumas perspectivas iniciais, que norteiam os modelos ético-metodológicos da atenção à saúde mental hegemônicos. A noção de crise em saúde mental no contexto acadêmico se ancora principalmente em duas vertentes: uma que emerge no século XVIII, vinculada ao saber biomédico, e outra em crítica à primeira, vinculada aos movimentos de antipsiquiatria e luta antimanicomial (MARTINS, 2017).

Segundo Foucault (1979, p. 114), pela perspectiva biomédica, a crise “é precisamente o momento em que a natureza profunda da doença sobe à superfície e se deixa ver”, um momento estratégico para a intervenção psiquiátrica, visto que é entendida como a expressão máxima e pura da doença mental. Dessa forma, apoiada na psiquiatria clássica, essa vertente compreende a crise como uma agudização de uma sintomatologia própria da doença mental (MARTINS, 2017).

1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) diz respeito a um conjunto de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) articulados e territorializados destinados à atenção à saúde mental. A RAPS foi instituída pela portaria 3.088 (BRASIL, 2011a) dentro do processo da reforma psiquiátrica, como forma de promover o cuidado de saúde mental em liberdade e dentro da perspectiva dos direitos humanos.

Para a perspectiva psicossocial, a noção de crise é compreendida como uma situação composta por uma complexidade existencial, dentro de uma realidade particular vivida que é, sobretudo, social, histórica e relacional (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). Essa vertente parte de uma compreensão crítica, histórica e sócio-política, da própria produção do saber psiquiátrico, e propõe uma complexificação das abordagens de cuidado.

Wadi (2011) aponta três principais tendências dos trabalhos desenvolvidos no campo da saúde mental: a tradicional (1), escrita por psiquiatras a partir do final do século XIX; a crítica (2), que problematiza os espaços e relações institucionais, tendo Michel Foucault como principal expoente; e a contemporânea (3), que deriva da anterior, entretanto se centraliza nos sujeitos que vivenciam o sofrimento mental.

Os trabalhos em saúde mental de perspectiva contemporânea derivam da perspectiva crítica institucional e dialogam com esta, porém se centram nos sujeitos, suas narrativas e subjetividades. Notáveis etnografias contribuem nesse sentido, ressaltando o componente humano e a experiência daqueles que passam pelo adoecimento mental, com destaque para os trabalhos de Andrade (2012), Biehl (2008), Maluf et al. (2020), Saretta (2014), Silva (2018), entre outros.

Este trabalho se insere na perspectiva contemporânea de estudos do campo da saúde mental e se inspira nas etnografias supracitadas. Dessa forma, dialoga com as vertentes de compreensão brevemente descritas em parágrafos anteriores, mas se direciona às experiências e às perspectivas das pessoas que vivenciam na pele a experiência de crise.

O *lôcus* desta pesquisa foi a cidade de João Pessoa, município que faz parte da primeira região de saúde do estado da Paraíba, e que, segundo o IBGE (2019), tem uma população estimada em aproximadamente 809 mil habitantes.

Realizo a escolha teórico-metodológica de me deslocar dos ambientes institucionais de tratamento e cuidado com a saúde mental, e de buscar outros espaços de contato com minhas interlocutoras. Esse caminho foi escolhido a fim

de abrir uma possibilidade de estabelecer relações de pesquisa distanciadas da ótica das instituições de saúde mental².

Dessa forma, as relações de pesquisa foram estabelecidas por meio de itinerâncias da pesquisadora externas aos serviços de saúde mental. Apesar de a pesquisa se localizar fora dos muros institucionais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) esteve intensamente presente nas narrativas de crise. João Pessoa conta com uma RAPS formada por cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³, um Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM)⁴, três residências terapêuticas (RT)⁵ e um hospital psiquiátrico⁶ (BRASIL, 2020b; JOÃO PESSOA, 2020a, 2020b).

A pesquisa contou com três interlocutores/as – Bárbara, Marcela e Roberto⁷ – pessoas com trajetórias de adoecimento no campo da saúde mental, que me narraram suas experiências de crise e os cuidados realizados nessa situação de adoecimento. A aproximação com os/as interlocutores/as se deu a partir do que chamo de *permeações* por espaços relacionados à saúde mental no município, como eventos e reuniões autônomas, ou seja, não vinculadas diretamente às instituições de cuidado.

2 No decorrer da dissertação explano a questão em maiores detalhes e exploro os resultados dessa opção metodológica.

3 Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços comunitários da RAPS, criados durante a reforma psiquiátrica no final da década de 70, com o objetivo de promover atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental grave e persistente e usuários de álcool e outras drogas. OS CAPS possuem diversos subtipos de acordo com algumas especificidades. Para mais informações, pode-se acessar a portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011a). O município de João Pessoa possui os seguintes CAPS: um CAPS infanto-juvenil (CAPS IJ), dois CAPS de atendimento a demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (CAPS AD), sendo um deles de administração estadual, e dois CAPS do subtipo III, o que significa que, entre outras especificidades, é um CAPS que funciona 24 horas e sete dias por semana.

4 O PASM se localiza em anexo a um Complexo Hospitalar, e contém quatorze leitos de atenção à saúde mental.

5 Residências terapêuticas ou serviços residenciais terapêuticos são equipamentos estratégicos de desinstitucionalização. São moradias compartilhadas destinadas às pessoas egressas de internações de longa duração em hospitais psiquiátricos que perderam os vínculos familiares. As RTs e suas diferentes modalidades foram instituídas pelas portarias 106/2000, 1220/2000 e 3.099/2011.

6 Hospital Psiquiátrico “Colônia Juliano Moreira”. O Hospital Psiquiátrico possui registro de 72 leitos de internação, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES), todos conveniados pelo SUS.

7 Nomes fictícios.

A escrita foi construída de forma a acompanhar a trajetória da interlocutora Marcela como um fio condutor para dialogar com a experiência dos demais interlocutores e levantar questões para a discussão antropológica. Essa escolha se deveu ao volume e à profundidade da narrativa da interlocutora e do vínculo de pesquisa estabelecido.

A dissertação está dividida em três capítulos, além de introdução e considerações finais. O primeiro capítulo é dedicado às questões éticas e metodológicas de pesquisa (1), o segundo, voltado para as experiências de crise propriamente dita (2), e o terceiro capítulo, dedicado às itinações em busca de cuidado realizadas ante situações de crise (3).

O primeiro capítulo, dedicado ao processo metodológico de pesquisa, se inicia pelo apontamento de algumas questões éticas do campo antropológico em saúde mental e situa a posição da pesquisadora no campo, por meio da visitação da trajetória pessoal e profissional desta. Em seguida é apresentado o percurso metodológico, em que é discutida a inserção no campo de pesquisa, passando pelas permeações pelos espaços, até o estabelecimento da relação com os/as interlocutores/as.

Ainda nesse capítulo, conheceremos cada interlocutor/a da pesquisa e o contexto de realização das narrativas de vida. Entenderemos também o processo de transição do campo de pesquisa de caráter presencial para caráter *remoto* no início de 2020, devido à crise sanitária mundial de Covid-19.

O segundo capítulo aborda a construção de sentido para as experiências de crise em saúde mental a partir da narrativa das histórias de vida dos/as sujeitos/as de pesquisa. Entenderemos nesse capítulo dois conceitos principais: crise e surto, como expressões que dão sentido a situações críticas em saúde mental vividas pelos/as interlocutores/as. Veremos, a partir disso, uma problematização das múltiplas racionalidades e dos contextos de enunciação da experiência de crise que compõem esses entendimentos.

No capítulo terceiro entenderemos a constituição do cuidado diante das experiências de crise em saúde mental. Discutiremos as itinações dos/as interlocutores/as em busca de cuidado para os momentos de crise, visitando os

atores, locais e objetos envolvidos. Com base nessas questões, discutiremos o desenvolvimento de estratégias autorreferenciadas de cuidado relacionado aos momentos de crise, desenvolvidas na experiência de lidar com tais situações em uma temporalidade “*comprida*” (FLEISCHER; FRANCH, 2015).

CAPÍTULO I: PERCURSO METODOLÓGICO E ESTABELECIMENTO DO CAMPO DE PESQUISA

Nesta primeira seção apresentaremos e discutiremos aspectos metodológicos do campo de pesquisa. Para isso, inicio abordando elementos éticos acerca da relação entre pesquisadora e interlocutores/as para a Antropologia e, em seguida, trato da metodologia desenvolvida neste estudo, tendo em vista a constituição e o desenvolvimento do trabalho de campo.

1.1 A pesquisa situada: algumas questões éticas

Duas autoras são fundamentais para as discussões éticas colocadas neste trabalho: a antropóloga Galán (2011) e a filósofa Haraway (1995). Ambas apontam para a existência de assimetrias inevitáveis no campo de pesquisa, desde o fundamento das disciplinas até os dias atuais – assimetrias por meio das quais se estabelece a relação entre pesquisador/a e interlocutores/as.

A partir dessa premissa, as autoras discutem a responsabilidade do/a pesquisador/a em envolver-se com a possibilidade de diminuição de distâncias e, por mais que não possa resolver as desigualdades impostas, em encontrar formas de denunciá-las. Esse posicionamento é feito por meio da escolha da perspectiva teórica do trabalho, do tipo e da profundidade de relação com os/as interlocutores/as na pesquisa, da relevância do contexto social na análise e da honestidade de situar os/as leitores/as sobre a origem e a motivação da pesquisadora em dedicar-se ao fenômeno estudado.

A primeira consideração a se fazer acerca desses pontos é identificar e reconhecer que o campo da saúde mental, no qual esta pesquisa se insere, tem gritantes e delicadas assimetrias que permeiam a vinculação de pesquisa. Essas assimetrias se revelam nos processos de institucionalização, em violências de diversas ordens, nos estigmas e no abandono social e estatal – situação que historicamente compôs um campo de conflitos e de relações abusivas entre as “autoridades” da sociedade e os sujeitos “loucos”.

Haraway (1995), situando sua própria parcialidade feminista, discute sobre os conceitos de objetividade na ciência e desmistifica a pretensão

científica de realizar uma suposta fotografia da realidade. A autora propõe que a objetividade se trata “da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver” (HARAWAY, 1995, p. 21).

Nesse sentido, busco a transparência da minha localização enquanto pesquisadora e, portanto, tratarei de elucidar a respeito da minha trajetória sócio-política e subjetiva da qual esta pesquisa emerge, discutindo minha aproximação pessoal com o tema de pesquisa. Enxergar-me enquanto pesquisadora e trabalhadora da saúde mental e problematizar as implicações desses vieses ao fazer uma investigação antropológica torna-se tarefa fundamental, uma vez que “não se faz antropologia da saúde somente a partir do outro, mas também de nós mesmos” (CARNEIRO, 2018, p. 88).

Aproximei-me do campo da saúde mental durante a graduação em Terapia Ocupacional (2009-2013), por meio de estágios e de disciplinas. Após graduada, tive a oportunidade de trabalhar nessa área, com destaque ao período entre 2014 e 2017, quando atuei profissionalmente em dois espaços de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): um Centro de Atenção Psicossocial II⁸ (CAPS II) e uma enfermaria de saúde mental em hospital geral⁹, ambas no interior de São Paulo. Meus primeiros questionamentos, que levaram à elaboração desta pesquisa, se originaram dos contrastes percebidos nesses dois cenários durante minha atuação.

No primeiro cenário, no CAPS II, tive contato com diversas pessoas com trajetórias marcadas por internações em hospitais psiquiátricos, muitas vezes longas e recorrentes. No cotidiano de trabalho, era frequente ouvir relatos de maus-tratos e violências diversas vivenciadas em internações, bem como narrativas que revelavam diversas rupturas sentidas no retorno ao contexto

8 Os CAPS têm alguns subtipos; nesse caso o CAPS era do subtipo II, específico para municípios de 70 a 120 mil habitantes, destinado para atendimento de adultos/as e com funcionamento durante horário comercial, de segunda a sexta.

9 Trata-se de um ponto de atenção da RAPS voltado para o atendimento de casos graves, como urgências e emergências em saúde mental, por meio de internações de curta duração, criado como forma de substituir o atendimento antes realizado em hospitais psiquiátricos. O serviço deve conter de oito a trinta leitos, equipe multiprofissional especializada e, necessariamente, se localizar no interior de hospitais gerais.

familiar pós-internações, como o distanciamento da família, o empobrecimento do cotidiano, a restrição das relações sociais anteriores e perdas ocupacionais.

No dia a dia do trabalho interagíamos com usuários¹⁰ considerados pela equipe interprofissional como estáveis, entendidos naquele contexto como aqueles que não estivessem em crise. Quando determinados eventos sinalizavam que um usuário poderia estar em crise¹¹, havia uma mobilização conjunta entre serviço e família no sentido de acolher a pessoa e dar conta da situação¹²; bem como intensificava-se a quantidade de atendimentos no serviço, realizava-se intervenção medicamentosa, e em algumas situações encaminhava-se a pessoa para a internação em hospital psiquiátrico de uma cidade vizinha.

Essa lógica de encaminhamento da crise ao hospital psiquiátrico me causava desconforto e estranhamento, pois eu me sentia de certa forma reforçando um tipo de ‘tratamento’ que não estava de acordo com o preconizado pela reforma psiquiátrica, perspectiva na qual se baseava minha atuação.

No segundo cenário, enquanto terapeuta ocupacional em enfermaria especializada em saúde mental em hospital geral, tive a oportunidade de estar diariamente no cuidado direto das pessoas “em crise”. O objetivo dessa enfermaria, dentro da RAPS, era oferecer tratamento à crise por uma perspectiva da reforma psiquiátrica. Isso significava, na prática, que havia um esforço na configuração espacial, relacional e de entendimento da saúde mental que

10 A denominação “usuário” foi difundida durante a reforma psiquiátrica como forma de superação do termo “paciente”, entendido como de conotação tutelar e de submissão. Desde então, é comum a utilização do termo “usuário” nos espaços de cuidado institucionais, em referência à pessoa em sofrimento psíquico grave. Utilizaremos com frequência esse termo, mas faremos nesta dissertação algumas considerações a seu respeito.

11 Chegávamos a essa conclusão com base na observação do sujeito durante a relação terapêutica, no diálogo com familiares que relatavam situações “suspeitas” no ambiente doméstico, e/ou pela queixa dos próprios sujeitos, que relatavam aumento do sofrimento, ou ouvir vozes, ou ideação suicida, entre outros “sinais de crise”. Algumas vezes recebíamos ligações de outros serviços comunicando eventos de escândalos ou situações dramáticas que envolviam algum dos usuários que supostamente estaria “em crise”.

12 Escuta qualificada ou escuta ativa diz respeito a uma tecnologia de cuidado dentro do campo da saúde mental, que preconiza a construção de vínculo entre profissional e usuário, a promoção da integralidade do cuidado e a identificação de necessidades de saúde que se expressam nesta relação de narrar e ouvir (JORGE et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2009).

permeava as relações terapêuticas na instituição, com o objetivo de evitar a instituição de uma lógica manicomial naquele espaço de cuidado¹³.

Fazia parte do posicionamento antimanicomial manter essa enfermaria ao lado de outras de diferentes especialidades e dentro de hospital geral, que ficava no centro da cidade e, portanto, era de acesso facilitado aos familiares e aos profissionais dos serviços dedicados aos momentos de “estabilidade”¹⁴. Nesse cenário, pude estar próxima às vivências das pessoas e de seus familiares e participar de narrativas de crise e internação sob a perspectiva de atuação e compreensão do fenômeno advinda da reforma psiquiátrica.

No dia a dia de trabalho, passei a compreender o momento de crise com mais dinamismo e complexidade, e a presenciar pessoas em sua primeira inserção no circuito psiquiátrico: a primeira crise, a primeira internação, a primeira vez em uso de medicação psiquiátrica. Refletia sobre quanto aquele momento entendido como “de crise” poderia ser decisivo e marcante no devir das trajetórias de vida; e, comparando minhas experiências nos dois cenários, me questionava sobre a influência das políticas públicas para o entendimento da crise e de todo o sofrimento mental e para a definição do que seria preconizado enquanto política de cuidado.

Ainda que dentro de uma instituição de saúde mental e no lugar de terapeuta, comecei a me questionar sobre as múltiplas racionalidades que se pronunciavam em cada tipo de tratamento, e que, mesmo que de forma sutil, podiam ser imperativas aos sujeitos que vivenciavam o sofrimento.

13 “Lógica manicomial” refere-se a um sistema de valores e relações estabelecidas nas instituições de saúde mental que passam pela objetivação e estigmatização dos sujeitos a partir de sua categorização de doente mental. A manicomialização das relações e dos sujeitos favorece a institucionalização e exclusão social destes (OLIVEIRA, 2009). A enfermaria de saúde mental em hospital geral foi criada pela lei 3.088/2011 (BRASIL, 2011) como uma forma para substituir o cuidado da crise dentro dessa lógica manicomial. Como estratégia, criaram-se especificidades, como a localização dentro de hospitais gerais, a determinação de um limite restrito ao número de leitos e a garantia de equipe especializada, para promover o cuidado na lógica preconizada após a reforma psiquiátrica, mesmo em um ambiente hospitalar.

14 Veremos em capítulos adiante uma problematização das categorias “crise” e “estabilidade”, bem como a suposta dicotomia entre elas, por isso as coloco entre aspas neste primeiro momento.

Essas experiências de trabalho me provocaram intensas reflexões sobre os impactos do momento de crise nas trajetórias de vida e na percepção dos sujeitos sobre eles mesmos. A crise se configurava, em minha percepção, como um tempo emblemático e crucial para o devir dos percursos de vida.

Recorri, então, à Antropologia na busca de compreender essa questão por aproximações e abordagens que me proporcionassem uma ótica para além de minha visão enquanto profissional da saúde mental. Fui aluna especial de disciplinas dos Programas de Pós-Graduação de Antropologia e de Sociologia (PPGA e PPGS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e me aproximei do estudo dos itinerários terapêuticos – que me forneceu ferramentas para compreender empiricamente a experiência de cuidado à crise. Em seguida, iniciei o mestrado em Antropologia pelo PPGA da UFPB e comecei esta pesquisa¹⁵.

1.2 Percurso metodológico

Escolhas e redirecionamento pré-campo

Concomitante ao início das aulas do mestrado, passei a trabalhar como professora substituta no Departamento de Terapia Ocupacional (TO) da UFPB, ministrando disciplinas de políticas públicas e de saúde mental aplicadas à Terapia Ocupacional. Vejo-me nessa posição dupla na construção de conhecimento sobre a experiência na saúde mental, e refletindo sobre, percebo que minha relação com as pessoas com sofrimento mental tem sido demarcada pela relação institucional: primeiro atravessada pelo trabalho em CAPS e em enfermaria, e agora pela universidade.

Esse viés também se expressava em minhas leituras, que percebo serem centralizadas nas abordagens das instituições de saúde mental. Mesmo as

¹⁵ O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do centro de ciências médicas da UFPB e aprovado sob o número CAAE 26608519.2.0000.8069.

leituras em antropologia majoritariamente se referiam às instituições psiquiátricas ou de saúde mental. Percebo que o que eu achava que conhecia sobre os sujeitos – esse *corpus* de compreensão que eu havia formado sobre o grupo de pessoas com sofrimento psíquico intenso – era fortemente atravessado por meus papéis profissionais, que me forneciam uma lente com molduras bem definidas. E penso que aquilo que as pessoas mostravam a mim também era fortemente influenciado por esse papel institucional que eu ocupava na relação.

Faço uma reflexão sobre essa delimitação da saúde mental e da crise: será que minha trajetória – enquanto estudante e depois profissional – definiu tal enquadramento? Ou eu poderia pensar que a centralidade dos trabalhos acadêmicos nas instituições seria um reflexo de que os sujeitos com sofrimento psíquico de fato estão predominantemente ocupando espaços institucionais de cuidado?

Essas perguntas nos levam à discussão sobre os efeitos das ações estatais na vida cotidiana da população. Trouillot (2001) aponta que há uma fluidez nos efeitos do Estado, ou seja, este não se fixa em uma determinada espacialidade das instituições. Essas repercussões são permeáveis na cotidianidade dos sujeitos, mesmo que eles estejam fora dos alcances físicos das instituições do Estado.

Como forma de aprofundar essa ponderação, provoco uma mudança na perspectiva da pesquisa. Passo a avaliar que o método de seguir os serviços e suas dinâmicas para compreender o fenômeno da crise e o cuidado dispensado a ela talvez não trouxesse uma mudança tão intensa na lente objetiva que eu já estava confortável em utilizar ao olhar para a crise. A depender do primeiro enquadramento que eu tinha feito, talvez minha dissertação, por mais que se dedicasse aos sujeitos, fosse contar a narrativa das instituições, e não exatamente a narrativa daqueles que vivenciam a experiência.

Desse deslocamento de ponto de vista decorreu a certeza de buscar na antropologia os sujeitos – e a crise – para além dos espaços e do circuito “oficiais”¹⁶ de cuidado que chamamos de RAPS. Em consequência, escolhi

16 Utilizo o termo “oficial” entre aspas, pois em outra seção do texto irei desconstruir esse entendimento de rede oficial *versus* rede informal de cuidado, à luz de Bonet (2014) acerca das itinerâncias de cuidado. Retornarei à questão no capítulo terceiro.

realizar o campo de pesquisa na *zona de confluência* (MALUF; SILVA, 2018) entre Estado – políticas públicas e suas ações – e sujeitos – com suas práticas e saberes. Dessa maneira, o campo se localiza espacialmente no exterior das instituições “oficiais” de cuidado, entretanto de modo algum é exterior aos efeitos destas.

Esta foi, por um lado, uma forma encontrada para entender a permeabilidade das ações do Estado no contexto de interlocução que extravasa instituições de saúde. Nesse sentido, observa-se que o cuidado se constrói em razão das ações do Estado, mas também em resistência a elas, como veremos nas narrativas nos capítulos que se seguem.

Ao mesmo tempo, tive uma posição privilegiada para presenciar a construção de narrativas de crise fora do ambiente clínico-terapêutico, entendendo que a zona de confluência em que a relação etnográfica se estabeleceu era também minha, visto que estar dentro de ambientes institucionais de saúde fez parte de minha própria narrativa de vida, enquanto terapeuta ocupacional.

Nesse momento houve um redirecionamento metodológico na pesquisa, que inicialmente tratava de compreender o cuidado e a crise nas instituições de saúde mental da cidade de João Pessoa, e passou a observar as *itinerações de cuidado* (BONET, 2014) em momentos de crise em saúde mental, centrando-se nas narrativas de vida e na construção de sentido dos sujeitos. Ou seja, a RAPS deixa de ser o *lócus a priori* na pesquisa, e abre-se a possibilidade de compreender outras formas e ambientes de cuidado, sem atribuir valor ao que seria um caminho oficial de cuidado à saúde mental *versus* caminhos alternativos.

Narrativas de vida, construção de sentido e escalas de pesquisa

Para compreender a construção de sentido sobre a experiência de crise em saúde mental, utilizo narrativas de vida, de maneira que seja possível compreender as experiências no contexto de uma trajetória singular, em diálogo com outras experiências sociais.

As narrativas de vida são relatos biográficos de volume propriamente subjetivo, construídos em primeira pessoa num constante exercício de colocar acontecimentos em relação a um determinado curso de vida. Em outras palavras, narrativa é um contar sobre si e suas experiências de vida contextualizadas em uma trajetória pessoal, do ponto de vista de uma temporalidade; trata-se de um olhar processual que coloca em relação passado e presente (KOFES, 2007).

As narrativas dos sujeitos são entendidas como

ordenadoras da experiência, na medida em que lhe concedem sentido; como fazendo parte do processo de situar o sujeito no mundo, nesse duplo de construir e ser construído por determinadas experiências (ANDRADE, 2012, p. 63).

Narrar é substancialmente um ato de interpretação, ou seja, de tecer sentido para experiências vividas em uma determinada trajetória maior. Existem diversas formas e espaços de constituição de narrativas. Maluf (1999) considera, na antropologia da saúde, algumas situações recorrentes de enunciação narrativa: na clínica, em espaços coletivos e no encontro etnográfico.

A situação clínica se refere a narrativas construídas em uma relação terapêutica, o que no campo da saúde mental pode ser exemplificado por um/a usuário/a de CAPS narrando sua história ou seu sofrimento a um profissional.

A situação narrativa em espaços coletivos diz respeito aos momentos em que o sujeito fala sobre si com seus pares – um contexto de afirmação sobre sua identidade pessoal e coletiva –, numa interlocução sobre as experiências e as interpretações construídas por e nesse grupo.

Por fim, a situação narrativa pode se dar na relação etnográfica, quando os/as participantes narram à pesquisadora os acontecimentos situados numa trajetória.

Ciente de que os limites entre esses três tipos de enunciações são tênues, escolho por desenvolver a pesquisa centrada nas situações de encontro etnográfico, de forma a explorar a dimensão narrativa para além dos espaços clínico-terapêuticos, em que se vinculam relações e interpretações das experiências predominantemente no âmbito de um discurso institucional psiquiátrico. Essa opção tem o sentido de entender como essas diferentes

situações narrativas se interconectam e expressam as múltiplas racionalidades que compõem uma construção de sentido, e, logo, a narrativa, mas sem enquadrar necessariamente uma elaboração clínica-terapêutica.

O diálogo entre as dimensões individuais e coletivas se dará por um exercício de escalas, ou seja, por meio da discussão de uma macroproblemática a partir de situações “micro” (REVEL, 1998). Por esse método, o/a antropólogo/a parte de uma realidade tangível e concreta para a problematização de questões de escala mais ampliada.

Importa ressaltar que pensar em individualidades não é o mesmo que pensar em individualização. A utilização de escalas é antagônica ao movimento de individualização, pois reconhece as particularidades e expressões singulares do sofrimento e das vivências, porém compreende que há um atravessamento de questões mais amplas. As escalas promovem não a separação, mas o constante diálogo entre individual e social, pequeno e grande, parte e todo – a interlocução entre a particularidade das trajetórias singulares e a experiência social.

Para Revel:

A escolha do individual não é vista aqui como contraditória ao social: ela deve tornar possível uma abordagem diferente deste, ao acompanhar o fio de um destino particular – de um homem ou de um grupo de homens – e, com ele, a multiplicidade dos espaços e dos tempos, a meada de relações nas quais ele se inscreve (REVEL, 1998, p. 21).

Entretanto, essa abordagem requer alguns cuidados. Cesarino (2014) aponta que a utilização de escalas pode favorecer a assimetria entre pesquisador e interlocutores, pois muitas vezes implica a utilização de recursos terceiros, como arquivos e macroteorias, opção que aponta para uma valoração do discurso do antropólogo – ou da academia – em detrimento do de seus interlocutores locais.

Nesse sentido, a autora apresenta uma crítica a uma das maiores referências nessa abordagem, George Marcus (e sua etnografia multissituada). Esse autor propõe que uma das estratégias para lidar com o movimento micro-macro da abordagem de escalas seria utilizar recursos para além do campo

etnográfico – como uma forma de validação e seleção de determinados aspectos do micro.

Para Cesarino (2014), tal proposta se assenta sobre um *privilégio epistemológico*, pois torna o antropólogo em um expert, que terá o poder de definir unilateralmente que aspectos serão “elevados” ou relevantes a uma compreensão de escala mais ampla, e quais aspectos serão “relegados” à localidade. Em vez disso, a autora se reporta à obra de Marilyn Strathern (1991; 2006; 2013), a qual convida à produção de escalas bilaterais – aquelas produzidas no discurso dos interlocutores e as construídas pela academia.

Penso que, apesar da impossibilidade de equalizar as assimetrias inerentes à relação de pesquisa, diferenciar os elementos trazidos pelo próprio sujeito dos elencados pelo pesquisador, e explicitar os contextos de vida e interesses de ambos são maneiras de, como coloca Haraway (1995), situar o conhecimento e trazer responsabilidade para a academia – que possui um sério histórico abusivo com relação a seus/suas interlocutores/as.

Dessa forma, opto por utilizar as escalas produzidas pelos sujeitos no campo de pesquisa como condutoras para discutir o contexto macro acerca da crise em saúde mental, deixando explícitas as múltiplas racionalidades presentes na análise. Esse colocar em relação a partir dos contextos que emergem tanto no campo quanto na literatura acadêmica consiste, para Cesarino (2014), em uma estratégia para viabilizar formas responsáveis de escala.

Não se trata de encontrar uma univocidade de um grupo social ou tecer uma relação simplista e dualista entre indivíduo e sociedade, mas de dialogar e mediar as trajetórias individuais com processos coletivos de maior escala.

Uma referência para essa abordagem é o trabalho de Guérios (2011), o qual estuda a trajetória de Heitor Villa-Lobos pela ancoragem metodológica da micro-história e da análise de escalas. O autor explora as redes de interdependência construídas pelo compositor e a relação destas com o quadro social mais amplo, ambas expressas durante o curso de acontecimentos de sua vida:

Por um lado, [...] uma vida singular permite um olhar mais sofisticado sobre uma época, colocando em questão leituras simplificadoras

acerca de dados eventos ou dinâmicas sociais. Por outro lado, permite uma alternativa aos olhares que operam com a alternativa entre “indivíduo” e “sociedade”, ao focar simultaneamente – mesmo porque são indissociáveis – o indivíduo e as redes sociais de que ele participa (GUÉRIOS, 2011, p. 24).

A utilização de escalas combinadas a narrativas de vida tem o efeito de olhar com profundidade as relações indissociáveis entre parte e todo, indivíduo e sociedade, micro e macro; e objetiva evitar a abordagem de questões de escala mais ampla com trivialidade, isto é, como um simples contexto de fundo.

Neste trabalho, a escala micro – as trajetórias individuais – será manifesta por referências a narrativas de vida de pessoas que passaram por experiências definidas por elas como de crise em saúde mental. E a escala macro será elencada a partir dos elementos trazidos pelos/as interlocutores/as durante as narrativas e pela literatura antropológica em que esta dissertação se ancora.

É importante pontuar, diante do discutido e dos amplos debates sobre as potencialidades e limitações da metodologia de narrativas e de escalas na antropologia (BECKER, 1994; BERTAUX, 2014; BOURDIEU, 2006; GUÉRIOS, 2011; entre outros), que neste trabalho as narrativas são parciais, focadas nos momentos críticos que envolvem a saúde mental; e são autossuficientes, ou seja, não há a intenção, em nenhum momento, de questionar ou buscar fontes outras de validade acerca dos acontecimentos, especialmente em função de não reforçar o estigma da invalidação do discurso dos sujeitos com diagnósticos psiquiátricos¹⁷.

A escrita etnográfica

Como explicitado no tópico anterior, a proposta metodológica de uso das narrativas de vida combinado com a abordagem de escalas ajuda a compreender de que maneiras os próprios sujeitos organizam os acontecimentos e componentes de suas trajetórias, em relação a suas redes de interdependência

17 A carga desse discurso sobre legitimidade para os sujeitos tidos como loucos, doentes ou outras reduções relacionadas ao diagnóstico psiquiátrico foi presente na fala dos próprios interlocutores desta pesquisa, os quais trouxeram durante a construção das narrativas outros recursos materiais para “provarem” a validade do que proferiam.

e aos elementos de escalas mais amplas, construindo sentidos para a experiência de crise.

A relação de pesquisa e a construção de narrativas se deram em um campo etnográfico, ou seja, a partir de um posicionamento teórico-metodológico que compreende o campo de pesquisa como um campo vivo, processual e relacional (INGOLD, 2015). No campo, predominou a abordagem de narrativas de vida, por meio da realização de entrevistas em profundidade, buscando-se os sentidos atribuídos à experiência e ao cuidado à crise.

Para tanto, prezou-se pela realização de uma *boa etnografia* (PEIRANO, 2014). Assim, a realização de um campo de pesquisa considerou tanto as palavras, quanto os silêncios e os sentidos ao narrar, e se atentou à comunicação situada no contexto e à transformação da experiência do campo de pesquisa em texto.

O processo de transformar a experiência em texto configurou uma segunda situação narrativa neste trabalho. De acordo com Maluf (1999), há uma nova narração e interpretação durante a redação do/a pesquisador/a, quando este/a busca por um diálogo entre a experiência singular do(s) sujeito(s) e a sua dimensão coletiva.

A leitura e a reflexão antropológica que tomam essa narrativa como objeto, tornam-se, assim, a interpretação de uma interpretação. A diferença é que, se a interpretação contida na narrativa de vida visa a história individual, o objetivo da interpretação antropológica é alcançar os conteúdos e os sentidos sociais da experiência (MALUF, 1999, p. 77).

A escrita etnográfica, entendida, portanto, como um segundo âmbito narrativo presente nesta pesquisa¹⁸, é o momento em que novos sentidos são identificados nas narrativas e relacionados a situações de diferentes escalas de amplitude. Segundo Kofes (2007), diversas dimensões da narrativa deveriam ser levadas em consideração durante o processo de escrita:

As histórias de vida estarão sendo consideradas como: fontes de informação (falam de uma experiência que ultrapassa o sujeito que relata); como evocação (transmitem a dimensão subjetiva e interpretativa do sujeito); como reflexão (contêm uma análise sobre a experiência vivida. Neste sentido, o próprio entrevistado articula reflexão e evocação). Caberia ao pesquisador, ao ler a narrativa da

18 Em consideração aos trabalhos de Geertz (2008), Maluf (1999) e Kofes (1994).

estória de vida, levar em conta estes elementos, considerá-la na situação de entrevista e também intercruzá-la com outras narrativas (KOFES, 2007, p. 120, grifos meus).

1.3 Ciclo de Pesquisa

Tendo em vista os aspectos éticos e metodológicos já abordados, a partir de agora compreenderemos como se dá o desenvolvimento da dissertação. De forma a organizar o ciclo da pesquisa, divido esta em três momentos: uma fase exploratória, o trabalho de campo propriamente dito e o período de organização e análise de dados. Veremos que não houve organicamente essa linearidade no processo, pois essas situações estiveram interconectadas e foram transpassadas por outras questões externas à programação inicial.

Chamo de fase exploratória o período em que foi realizada a revisão bibliográfica da literatura e a preparação para o campo de pesquisa. Neste momento também foram realizadas disciplinas obrigatórias e optativas do Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPB.

Com relação à revisão bibliográfica¹⁹, foram realizadas leituras e fichamentos por assunto, para a ampliação da base teórica e conceitual do projeto e consolidação do marco teórico. A leitura foi focada em etnografias e trabalhos antropológicos que tratavam sobre o campo da saúde mental, artigos relacionados à saúde pública, bem como documentos públicos oficiais, como leis, políticas públicas, cartilhas e resoluções acerca do assunto.

Nessa fase, também me preparei para o início da pesquisa buscando possibilidades de inserção no campo. Assim, como veremos a seguir, visitei espaços e grupos relacionados à saúde que me possibilitaram refletir sobre aspectos metodológicos e iniciar o contato com aqueles que viriam a ser meus interlocutores.

O trabalho de campo propriamente dito iniciou-se em julho de 2019 e finalizou-se em junho de 2020. A fim de sistematizar, divido o período de campo em três momentos aos quais nos dedicaremos separadamente, de forma a compreender todo o seu processo de forma detalhada. São eles: inserção no

¹⁹ Vale a pena ressaltar que foi realizada revisão bibliográfica em todo o processo de pesquisa, mas escolho destacá-la dentro da fase exploratória, visto sua importância nessa etapa para definição do corpo teórico e metodológico do trabalho.

campo e participação em espaços dedicados à saúde mental no município (1); encontros individuais para coleta de narrativas (2); e pesquisa realizada *online*, durante a pandemia de Covid-19 (3).

Estabelecimento do Campo

Como mencionado anteriormente, a construção da minha relação com o campo contou com diversas facetas do meu ser: estava em primeiro plano enquanto pesquisadora/mestranda em Antropologia, mas também era docente do departamento de Terapia Ocupacional e, apesar de não atuante no cenário de João Pessoa, profissional da saúde mental. E, a partir de julho de 2019, passo a ser também integrante do projeto de pesquisa e extensão universitária da UFPB chamado Loucura e Cidadania (LouCid).

Todos esses papéis delinearam minha relação com os/as interlocutores/as, e foi relevante, portanto, visitá-los no momento de estabelecimento do campo. As práticas anteriores à pesquisa, como discutido no início do capítulo, foram decisivas na formação da relação de pesquisa e da escolha metodológica. Porém, a inserção no grupo LouCid teve uma repercussão de destaque na fase de campo: devido à sua dimensão prática inserida no campo, a experiência nesse projeto me conectou direta ou indiretamente com os/as interlocutores/as deste trabalho.

O LouCid é um grupo de pesquisa e extensão universitária da UFPB de atuação no âmbito da saúde mental pessoense sob a perspectiva dos direitos humanos. O grupo reúne estudantes de graduação, docentes, profissionais e residentes de diferentes núcleos profissionais e realiza ações nos campos territorial, político e educacional da saúde mental e dos direitos humanos. No período em que participei do LouCid, integravam-no uma docente do curso de Direito (coordenadora do projeto), profissionais de serviço social e psicologia, residentes de saúde mental e estudantes de graduação da UFPB dos cursos de Ciências Sociais, Direito, Psicologia e Terapia Ocupacional, que se dividiam entre as diferentes frentes de trabalho do projeto de extensão.

Em meu tempo de participação, contribuí com as frentes de articulação sociocultural, mídias sociais, mobilização jurídico-política e participação popular, realizando atividades de formação acadêmica²⁰, produzindo material de divulgação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, elaborando conteúdo para divulgação em mídias sociais e ajudando a realizar o primeiro encontro de usuários da saúde mental de João Pessoa – questão que discutirei mais adiante.

Considero a minha inserção no LouCid no início do segundo semestre de 2019 como o princípio do meu trabalho de campo de pesquisa, pois minha entrada nas atividades de extensão foi a peça-chave para a constituição do campo – por ele, tive acesso a diferentes inserções de pesquisa que, posteriormente, me direcionaram a meus/minhas interlocutores/as.

Nessa minha permeação a partir da participação no LouCid, destaco quatro ambientes em que estive presente: (1) a X Reunião de Colegiado de Saúde Mental da Paraíba; (2) o grupo de organização do I Encontro de Usuários de Saúde Mental de João Pessoa; (3) o curso de extensão “Feminismos e Luta Antimanicomial”; e (4) o evento intitulado I Encontro Paraibano de Pessoas em Situação de Rua e Usuários de CAPS. A seguir compreenderemos, então, a relevância desses espaços para a presente pesquisa, visitando como o campo se deu em cada um deles.

X Reunião de Colegiado de Saúde Mental da Paraíba

Minha primeira inserção se deu na X Reunião de Colegiado de Saúde Mental da Paraíba, da qual pude participar por intermédio de uma das integrantes do LouCid. A reunião aconteceu no dia 23 de julho de 2019, no Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR), localizado no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, e foi organizada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba e pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB (RESMEN).

20 Contribuí para a organização de formações e ministrei uma formação sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O encontro tinha como objetivo apresentar e discutir dados do monitoramento dos serviços da RAPS da Paraíba, referente ao segundo semestre de 2018. Foi realizado em um auditório, inicialmente no formato de apresentação de *slides*; e em seguida, foi aberto um momento para perguntas e comentários dos participantes, compostos por cerca de 60 coordenadores/as e/ou representantes de serviços de saúde mental dos municípios de todo o estado, em sua grande maioria, do gênero feminino.

De partida, é importante notar que a própria organização do evento problematizou o cenário de desmonte da saúde mental no estado e em todo o Brasil, e ressaltou ainda a importância da produção de dados para contribuir com as políticas públicas de saúde mental brasileira. Em seguida, foram apresentados dados quantitativos sobre os serviços de saúde mental – número de profissionais, estabelecimentos, leitos – e dados do perfil dos usuários dos serviços – gênero, idade, raça, dados estes que apresentarei no capítulo terceiro da dissertação.

Estar nessa reunião me deu a oportunidade de compreender o panorama estatístico da RAPS de João Pessoa e dos usuários daqueles serviços relatados, porém não obtive dessas informações uma ideia de como seria na prática a experiência de cuidado à crise nos estabelecimentos de saúde mental da cidade, o que me levou a realizar algumas reflexões. A principal delas foi: o que esses dados podem dizer sobre a real experiência dos sujeitos de cuidado à crise?

Bertaux (2014), pontua dois elementos principais que merecem atenção dos pesquisadores que se referem a estatísticas e outras informações quantitativas. O primeiro apontamento é que tal método proporciona, inevitavelmente, ao agrupar um grande número de pessoas em função de um determinado dado transversal, uma homogeneização de realidades e contextos de vida distintos, tão caros aos estudiosos das ciências sociais.

O segundo problema apontado por Bertaux (2014) é que os dados quantitativos podem expor diferenças precisas, porém não têm a capacidade de revelar os processos que as produzem. Esses dois pontos endossam a necessidade de outras metodologias de pesquisa, como a antropológica, para

obter olhares aprofundados sobre as experiências particulares e os processos engendrados no curso de ação.

Grupo de organização do I Encontro de Usuários de Saúde Mental de João Pessoa

A segunda inserção no campo ocorreu em agosto e setembro de 2019, derivada da minha participação na frente de trabalho do LouCid que estava encarregada em compor as reuniões para promoção do I Encontro de Usuários de Saúde Mental de João Pessoa. O evento era orquestrado por usuários/as dos serviços de saúde mental da RAPS de João Pessoa e seus familiares, pela Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental (ASSUFAM) e pelo LouCid, e estava aberto para a aproximação de outros integrantes.

A organização do encontro não contava com a participação ou coordenação de profissionais de saúde ou componentes de equipes de serviços da RAPS. Apenas duas instituições colaboravam com os preparativos: a ASSUFAM, na figura de Roberto, que é usuário da saúde mental, e sua esposa; e a UFPB, uma vez que o LouCid participava. A função dos/as extensionistas do LouCid, contudo, consistia no apoio para promoção do evento, sendo constantemente discutida – tanto nesses encontros, quanto nas reuniões internas do LouCid – a importância do protagonismo dos usuários na idealização e gestão do encontro, e, portanto, a necessidade de o LouCid assumir nessa relação apenas um papel de suporte.

Assim, auxiliávamos na organização das falas e das propostas, na relatoria das reuniões, na intermediação de algum conflito que pudesse emergir, e procurávamos soluções para materializar as ideias que surgiam para o evento; enquanto os usuários e familiares criavam a estrutura, propunham e organizavam dinâmicas e atividades para o evento, tomavam decisões e votavam.

As reuniões ocorreram quinzenalmente na arena do Espaço Cultural²¹, local escolhido pelos sujeitos devido à sua localização central e ao acesso

21 A Fundação Espaço Cultural José Lins do Rego (FUNESC), mais conhecido como Espaço Cultural, é um centro de cultura e arte vinculada ao governo estadual da Paraíba. Trata-se de

facilitado via transporte público. Houve quatro reuniões, duas das quais eu estive presente. Na minha primeira participação – era a terceira reunião do grupo –, vinte pessoas estavam presentes, sendo quatorze delas usuárias²², um familiar e cinco extensionistas do LouCid.

Os/as usuários/as – a maior parte do grupo – eram oito mulheres e seis homens de faixa etária entre 30 e 60 anos, de cor/raça predominantemente negra e parda. Estava presente também uma familiar, esposa de um dos usuários presentes, ambos acompanhados de seu filho de aproximadamente dez anos de idade. A familiar, componente da ASSUFAM, parecia ocupar um lugar de destaque no grupo durante as falas e ter um papel de suporte, auxiliando a viabilizar certos projetos²³. Do LouCid participaram cinco extensionistas, sendo destes, além de mim, duas mulheres residentes em saúde mental e um homem estudante de direito.

Nessa reunião foram discutidas questões organizacionais e estruturais do evento, bem como ideias e formas de concretizá-las. Apesar de o grupo parecer motivado, em votação decidiu-se que o evento, que estava programado para outubro, fosse adiado para novembro, e ao final, alguns participantes entraram em conflito, aparentemente motivados por algo externo à reunião.

Pelo relatado em ata dos encontros de que não participei, o número de pessoas presentes naquele dia havia quase triplicado com relação aos anteriores. Entretanto, a reunião seguinte (a quarta) contou com apenas seis participantes, sendo quatro deles extensionistas do LouCid. A partir de então, o grupo não mais se mobilizou para novos encontros.

Ainda se abordava o assunto em um grupo de *WhatsApp* criado exclusivamente para reunir os participantes e discutir questões relativas ao I

um espaço de grande circulação de pessoas, pois concentra diversas atrações culturais, biblioteca, museu, cinema, planetário, entre outros, e contém um ambiente amplo para convivência de seus frequentadores e realização de eventos.

22 O termo “usuário” – que contextualizamos na nota de rodapé nº 10 e aprofundaremos adiante –, como se vê, estava presente no próprio nome do evento de que tratamos aqui: I Encontro de Usuários de Saúde Mental de João Pessoa; e no nome da ASSUFAM. Durante as reuniões de organização do encontro, os próprios sujeitos assim se intitulavam. Entretanto, veremos mais a frente algumas considerações acerca dessa denominação, à luz de Bonet (2014) e Andrade (2012).

23 Um exemplo desse suporte era promover o deslocamento de alguns usuários do CAPS até o Espaço Cultural para as reuniões, pois a familiar possuía automóvel próprio.

Encontro de Usuários de Saúde Mental de João Pessoa. Via-se o esforço de alguns integrantes para retomar as atividades, mas a força do coletivo foi se dispersando, e aos poucos, o foco do grupo de *WhatsApp* se voltou para outros eventos locais. A interação nesse aplicativo passou gradualmente a se concentrar em um único usuário, que enviava com certa frequência mensagens, fotos e vídeos sobre temas motivacionais e religiosos e também sobre a pauta das pessoas em situação de rua em João Pessoa²⁴. O grupo, apesar de manter-se ativo apenas por um sujeito, desde sua desmobilização até os dias atuais continua com praticamente o mesmo número de participantes.

Esse período me trouxe diversas inquietações. Uma delas foi a preocupação de como me colocar na relação com aqueles que poderiam vir a ser meus/minhas interlocutores/as. Sentia-me num estreitamento de vínculo muito delicado, pois como apontava a literatura antropológica, aqueles primeiros momentos viriam a dar o tom da relação que se estabeleceria a partir daí. O momento de entrada ao campo pode influenciar diretamente na aceitação – ou não – do/a pesquisador/a no lócus de pesquisa, e no estabelecimento – ou não – de relações de confiança entre este/a e seus/suas interlocutores/as (BONET, 2018; FOOTE-WHITE, 1980).

Nesse ponto de vista, considero que, com efeito, esse primeiro momento foi de suma importância para o estabelecimento do campo e para a delineação do percurso metodológico da pesquisa, e entendo a minha inclusão no grupo de *WhatsApp* após a reunião como um indício de aceitação pelo grupo durante a entrada em campo. Posteriormente, alguns dos participantes dessas reuniões vieram a ser, de fato, meus interlocutores diretos de pesquisa.

Outra inquietação se deu quando me dei conta da fragilidade das reuniões que eu havia escolhido como novo campo de pesquisa. Percebi que isso significaria também a instabilidade do meu próprio campo, visto que eu havia decidido não realizar o trabalho dentro de instituições de saúde mental, por motivos já explicitados. A partir dessa inquietação, ponderei que a instituição dá

24 A pauta das pessoas em situação de rua se refere a um outro coletivo, porém com intersecções com relação ao campo da saúde mental. Este usuário citado, por exemplo, transita entre os dois grupos, visto que está em situação de rua e é também usuário de CAPS.

certo contorno para a formação de coletividades e, neste sentido, poderia oferecer também um contorno definido para a minha pesquisa, uma vez que seria um *a priori*, ou seja, seria anterior e delineadora das relações de pesquisa que dentro dela se estabeleceriam.

A reunião, porém, estava em formação, e por isso dependia da construção daquelas pessoas para que houvesse fortalecimento e continuidade do grupo. Por um lado, isso conferia um caráter frágil ao grupo e, portanto, ao campo de pesquisa como eu o havia pensado. Por outro lado, eu teria a oportunidade de estabelecer meu vínculo de pesquisa num espaço em que aquelas pessoas não eram exatamente “usuárias”, mas sim protagonistas enquanto equipe organizadora de um evento. Apesar de elas não deixarem a identidade de “usuárias” daqueles serviços apenas por não estarem presentes neles durante a reunião, pensava que este deslocamento pudesse trazer novas dimensões para a pesquisa.

Além disso, outros dois elementos foram expressivos durante essa vivência. Um deles ocorreu na primeira vez em que estive presente: como já mencionado, houve um aumento considerável de participantes, e, então, propôs-se uma apresentação do grupo. Nessa rodada não foi estabelecido o que deveria ser dito, apenas acordou-se que as pessoas se identificassem. Esse momento foi bastante emblemático, pois na apresentação dos “usuários”, foi unânime que após dizer o nome todos mencionassem o diagnóstico psiquiátrico e narrassem uma breve trajetória na saúde mental.

Em quase todas as apresentações, essa breve trajetória se estruturava do seguinte modo: a pessoa contava como era sua vida antes do transtorno mental, relatava como foi sua primeira crise²⁵ e depois as mudanças na biografia atribuídas ao diagnóstico que se derivou desse primeiro momento crítico. Foi importante perceber o quanto esses momentos eram marcantes e relevantes na narrativa de vida, formando marcadores biográficos.

O fato de essas trajetórias terem sido elencadas para a apresentação, isto é, para comunicar uma síntese sobre si ao grupo, me faz pensar sobre o quanto

25 Eram recorrentes as expressões “minha primeira crise” e/ou “quando eu surtei”.

esses momentos – e aqui um destaque para o de crise – foram significativos na construção da identidade como usuários/as de serviços da saúde mental.

O segundo elemento está relacionado à escolha do nome do evento que se pretendia realizar: “I Encontro de Usuários de Saúde Mental de João Pessoa”. Novamente chama atenção a utilização e identificação pelo termo “usuário”, mostrando uma dimensão quase totalizante dessa nomenclatura institucional, que se interpõe em outros ambientes de vida. O grupo se autodenomina como “usuários da saúde mental” mesmo num espaço de construção autônoma de um encontro.

Esses dois pontos nos mostram as presenças da doença e do ambiente de cuidado institucional como aspectos relevantes para identificação e pertencimento a grupos. A adesão à autodenominação enquanto “usuárias” e “usuários” da saúde mental remete ao processo de reforma psiquiátrica, em que a expressão foi adotada com o objetivo de interromper outras designações que se mostravam estigmatizantes.

Na “carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental” (1993), a categoria “usuário” vem no sentido de afirmar a legitimação das pessoas em sofrimento mental como sujeitos de direitos. Pela carta, escrita pelos participantes do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, é advertido:

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos (CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993, p. 1).

I Encontro de usuários de saúde mental e moradores em situação de rua de João Pessoa

Após o esfriamento das reuniões, como já mencionado, o grupo *online* permanece por cerca de dois meses com o movimento de apenas um participante, que estava vinculado também à pauta das pessoas em situação de

rua de João Pessoa. Este fez um chamamento no grupo de *WhatsApp* para um novo evento, chamado de “I Encontro de usuários de saúde mental e moradores em situação de rua de João Pessoa”, o qual havia sido criado aparentemente de forma independente, liderado por esse homem.

O convite foi feito de forma inesperada, e, diferente da organização anterior, em que o processo se desenrolava lentamente, com movimentos de expansão e contração, esse segundo evento surgiu repentinamente em forma de convite. Isso sugere que a proposta não tenha sido feita por construção coletiva – pelo menos do coletivo que tinha se disposto inicialmente a pensá-lo; e, como o nome implica, o tema encontrava-se somado ao movimento da população em situação de rua de João Pessoa.

Não houve um movimento de adesão ao encontro pelos participantes do grupo de *WhatsApp*; as informações eram disponibilizadas de forma confusa e incompleta, por meio de longos áudios neste aplicativo *online*. A equipe do LouCid, após ampla discussão, optou por apoiar o evento, da mesma forma que apoiara o anterior, enquanto facilitadora principalmente no âmbito organizacional.

O evento ocorreu no dia 12 de novembro de 2019, em um espaço cedido por uma diocese católica no centro de João Pessoa, reunindo cerca de quarenta pessoas, em grande maioria homens jovens em situação de rua. Além do organizador principal do evento, apenas dois sujeitos se identificaram enquanto “usuários da saúde mental”, ambos frequentadores de CAPS do município. Estavam presentes também cerca de cinco residentes de saúde mental da UFPB e cinco extensionistas do LouCid. Para minha surpresa, toda a realização do evento recaiu sobre os extensionistas, uma vez que, diferente do que havia sido dito a nós, não havia sido preparado uma programação do evento pela organização, que se concentrava em uma pessoa – a mesma que havia enviado o convite ao grupo de *WhatsApp*.

Esse sujeito, que chamarei de Manoel²⁶, desde o início mostrou-se em conflito com diversas pessoas – participantes do evento, extensionistas do LouCid, funcionários da diocese que auxiliavam na organização do espaço e com

26 Nome fictício.

a alimentação –, aparentemente num movimento unilateral de confronto e com motivos que não consegui identificar. Essa interação desentendida agravou-se com o passar do tempo, até que, durante a roda de apresentação do evento, Manoel interrompeu a fala de outra pessoa, contestando o que estava sendo dito de forma agressiva e em tom alto.

A colocação fez com que grande parte das pessoas ali reunidas se levantasse, e uma atmosfera de conflito tomou conta do ambiente. A equipe do LouCid tentou intervir e acalmar os ânimos de grupo – que parecia se encaminhar para uma situação de violência física – até que decidimos interromper o evento, que não se reestabeleceria pelo restante do dia. O comentário e a preocupação eram unânimes: “Manoel está em crise!”. Esse pensamento pairava inclusive em mim.

As implicações desse evento para a minha pesquisa permaneceram confusas por muito tempo, principalmente em razão de ter ocupado um espaço – não planejado – de liderança no evento e de “apaziguadora” do conflito, o que provocou um envolvimento que, em meu entendimento, extrapolou meus limites enquanto pesquisadora.

Mas a questão que me chama atenção foi essa fala unânime da suposta crise de Manoel. Quais são os indícios que fizeram que diversas pessoas tivessem essa mesma interpretação do ocorrido? Seria a percepção de uma resposta desproporcional ao esperado? Seria a dificuldade de definir uma motivação para sua exaltação? Seria o fato de ele ser identificado como parte de um grupo “usuário da saúde mental”, e, portanto, uma pessoa que “surta” ou que “entra em crise”? Será que se eu ou outra pessoa “não usuária” tivéssemos nos exaltado e/ou entrado em conflito, o discurso da crise se exteriorizaria unanimemente? Será que Manoel também diria que estava em crise?

Como diriam as autoras Andrade e Maluf (2014), movimentar-se pelos ambientes e estar disposto a adentrar locais não previstos nos estudos preliminares ao campo fazem parte da riqueza do trabalho etnográfico, durante o qual a imprevisibilidade e a imersão na realidade podem abrir acesso a outros planos da experiência de vida dos sujeitos. Essa vivência contribuiu para endossar as reflexões sobre crise e compreender que aspectos gostaria de

investigar durante a fase de narrativas. Qual seria a percepção desses que passam pelos momentos identificados como de crise?

Curso de Extensão “Feminismos e Luta antimanicomial”

Paralelamente às reuniões de organização do I Encontro de usuários, e antes do evento acima narrado, participei de um curso de extensão chamado “Feminismos e Luta Antimanicomial”, vinculado ao LouCid, realizado em quatro encontros nos finais de semana de agosto de 2019.

O grupo era composto por mulheres, principalmente profissionais e estudantes vinculadas à área da saúde mental, com predomínio de psicólogas e assistentes sociais. Dentre elas, participavam Bárbara, minha futura interlocutora, que além de auxiliar de enfermagem e estudante de psicologia, se identificava como pessoa com transtorno mental, e Suzana, protagonista do movimento de usuários de saúde mental, estudante de enfermagem e familiar de “usuário”, as quais eu havia conhecido anteriormente nas reuniões de organização do I Encontro de usuários de Saúde Mental de João Pessoa.

Foi interessante conhecer essas mulheres – Bárbara e Suzana – ocupando papéis híbridos dentro dos espaços da saúde mental. Ambas não se identificaram enquanto “usuárias”, apesar de frequentarem serviços de saúde mental e/ou estarem em atendimento com profissionais da saúde mental. Elas ocupam esses espaços também como estudantes da área e militantes da luta antimanicomial, e contribuíram com as discussões a partir de vivências de suas próprias narrativas de vida, enriquecendo enormemente o debate.

O caráter híbrido da atuação dessas mulheres viria a ser presente também durante a relação de pesquisa (BONET, 2018); ambas me indicaram autores da saúde mental, fazendo uma inserção acadêmica em nossos diálogos. O que eu viria a perceber com mais robustez ao longo do processo etnográfico, é que considerá-las interlocutoras e usuárias “híbridas” trata-se de uma redundância e ao mesmo tempo um uso lexical que implica negligenciamento e exclusão.

Afinal, me questiono se há neste mundo uma pessoa não-híbrida, que ocupe única e exclusivamente determinado papel social, sem interlocuções e transgressões desse papel, pois como bem aponta o trabalho de Maluf et al.

(2020) mesmo no contexto supressivo institucionalizante de um hospital psiquiátrico brasileiro das décadas de 1940 e 1950, há a emergência de subjetividades e resistências que revelam facetas dos sujeitos que vão para além do papel de louco e paciente. Sendo assim, além de tornar-se redundante, afirmar que essa e não aquela interlocutora ocupa um papel híbrido é negar ou não reconhecer a pluralidade dos demais.

Assim como no grupo de organização do I Encontro, também houve o movimento de criação de um grupo de *WhatsApp* exclusivo para fazer ajustes e combinados com relação aos encontros, que eram realizados aos finais de semana, e para tratar e debater assuntos relacionados ao tema do curso. Esse grupo, assim como o anterior descrito, foi fundamental para a retomada – e em um dos casos, o início – do contato para a etapa de coleta de narrativas.

Essa participação foi fundamental para a aproximação com meus/minhas futuros/as interlocutores/as. Como disse, foi nesse espaço que conheci Bárbara, que seria minha primeira interlocutora; conheci uma psicóloga que foi minha ponte até Marcela, minha segunda interlocutora; e reencontrei Suzana (que eu havia conhecido nas reuniões do I Encontro de Usuários da Saúde Mental), a esposa de Roberto, que viria a ser meu terceiro interlocutor.

Como já indicara Nadel (1987), o percurso metodológico foi traçado pela participação nesses espaços – grupos, reuniões e cursos – uma vez que fez refletir e refinar as estratégias e instrumentos metodológicos, e, a bem dizer, a própria abordagem da pesquisa, que se desvinculara da proposta inicial de etnografar o cuidado à crise com relação às instituições de saúde mental do município.

Decidi por esse direcionamento, portanto, consciente da vulnerabilidade a desmembramentos e dispersões no novo terreno; porém, com a perspectiva de trazer novas possibilidades de abordar a crise, evitando que meu olhar se inclinasse ou se restringisse ao âmbito do fluxo institucional da saúde mental.

Assim, como já dissemos e veremos ao longo da dissertação, as instituições de saúde estiveram presentes nas narrativas, bem como os profissionais a elas vinculados; porém, a questão foi espreitada a partir do ponto de vista das pessoas fora de contextos clínicos terapêuticos.

Encontros para coleta de narrativas

Já foi mencionado que nesses espaços que ocupei durante o campo pude conhecer as pessoas que viriam a ser meus/minhas interlocutores/as: mulheres e homens residentes na cidade de João Pessoa (PB), maiores de 18 anos de idade, que tiveram trajetórias de vida marcadas pelo sofrimento psíquico. Não foi estabelecido *a priori* uma quantidade de interlocutores; o critério para a finalização da etapa do campo foi a formação de um corpus palpável de itinações de cuidado em saúde mental, considerando a repetição, mas também as variabilidades das vivências.

Optamos por não abordar trajetórias que se relacionassem em primeiro plano com o uso abusivo de álcool e outras drogas, visto que essa questão apresenta especificidades conceituais, contextuais e políticas que demandariam um novo recorte de pesquisa. Porém, em segundo plano a questão foi presente nas trajetórias e, portanto, será abordada ao longo do trabalho.

A decisão de não realizar a pesquisa num viés das instituições de cuidado ou atendimento à saúde mental oficiais trouxe preocupações sobre quem seriam os interlocutores, e como seria meu acesso a eles. Interessante notar que essa questão se resolveu de maneira inesperada, pois tive acesso a essas pessoas em situações em que não necessariamente estava buscando por elas, uma vez que me integrei ao LouCid pelo desejo de estar próxima à saúde mental novamente – afinal, desde que me mudara para João Pessoa, havia interrompido a relação com esse campo, que me acompanhara por pelo menos seis anos.

Uma situação notável, para exemplificar, foi como conheci a interlocutora Marcela: em busca do contato de Bárbara no grupo de *WhatsApp* do curso de extensão “Luta antimanicomial e feminismos”, equivocadamente enviei mensagem para uma terceira pessoa, de mesmo nome, apresentando a mim e a pesquisa que tinha intenção de realizar. Essa “segunda” Bárbara, então, desfez o engano e relatou ser psicóloga atuante em João Pessoa e estar atendendo uma pessoa no consultório particular que talvez se interessasse pela pesquisa. E assim, me apresentou Marcela.

Por meio do método bola de neve, pretendia chegar a mais interlocutores/as conforme me aprofundava no contato com interlocutores/as iniciais e por meio de outras itinações em grupos e espaços. Porém, devido à pandemia de Covid-19, o trabalho de campo presencial foi interrompido abruptamente e não foi possível expandir o número de interlocutores/as. Nos ateremos a isso mais adiante.

Dessa forma, me aproximei de cada um dos interlocutores, direta ou indiretamente, a partir de minhas permeações enquanto extensionista do LouCid no segundo semestre de 2019, e retomei os contatos para iniciar a fase de coleta de narrativas no início de 2020. Minha aproximação foi realizada de forma gradual, com respeito e horizontalidade, e desde o início foi apresentada a proposta de estudo aos envolvidos.

Essa aproximação progressiva e de convivência com os sujeitos contribuiu para estabelecer uma vivência profunda e íntima, e se faz possível por meio de técnicas metodológicas qualitativas, como a observação, contato direto e entrevista aberta, que constituem a “marca registrada da Antropologia” (VELHO, 1978, p. 123).

O aplicativo *WhatsApp* desempenhou um papel importante nesse período, por me manter em contato com as pessoas que havia conhecido meses antes, possibilitando combinados com relação aos encontros – locais, dias, horários em que nos encontraríamos; e, em um caso específico, permitiu ajustes na relação com a interlocutora.

Bárbara foi a interlocutora em que a relação *online* promoveu um amoldamento do vínculo; ela me mandava mensagens no aplicativo informando sua disponibilidade emocional para me encontrar e informava suas sensações e sentimentos que derivavam de nossas conversas. Com isso, ela pôde manifestar quando não estava à vontade para me encontrar ou para falar sobre si, estabelecendo limites bem definidos para os momentos de pesquisa. Avalio como positiva essa interação, pois facilitou a comunicação e evitou constrangimentos ou outros tipos de situações desconfortáveis para a interlocutora.

Porém, por outro lado, a relação *online* provocou uma modificação de nuances da relação, que talvez estejam mais protegidas quando esta se dá de forma presencial. Anoto em meu diário de campo:

A relação é complicada pelo *WhatsApp*, o cuidado é redobrado no momento de enviar uma mensagem, pois a sensação de que possa estar incomodando ou sendo impertinente tem sido bastante presente. Tudo parece poder desestabilizar a relação: o horário em que a mensagem é enviada, o tempo de demora da resposta, as palavras escolhidas, a dificuldade de identificar ou expressar o tom do que eu escrevo. E o mesmo vale para a resposta dos interlocutores, uma dúvida sempre paira: será que o que estou entendendo é o mesmo que a pessoa quis me dizer? (DIÁRIO DE CAMPO, 1 abr. 2020).

Essas inseguranças obviamente são também vividas na relação presencial, mas a impossibilidade de ouvir o tom de voz, o ritmo da fala, a expressão corporal e facial, entre outros pontos, dificulta o reconhecimento do tom da conversa, o que impacta diretamente na comunicação.

Os encontros ocorreram em locais de escolha das/os interlocutores/as e tinham duração indeterminada, mas em média duraram cerca de uma hora e meia; e tinham o objetivo de reconstruir a narrativa de vida tópica, ou seja, aquela focada nas experiências de crise em saúde mental e nas itinações de cuidado que delas derivaram.

As narrativas foram iniciadas de forma mais ampliada: eu explicava que gostaria de saber como a pessoa vem cuidando de sua saúde mental ao longo de sua história, sem referir ou sugerir que buscava saber especificamente sobre o momento de crise, em razão da preocupação em não conduzir a fala dos interlocutores, mas sim de disparar a memória narrativa. Com o consentimento deles/as, foi realizada gravação de áudio dos diálogos, e, posteriormente, sua transcrição.

A escolha dessa estratégia de abordagem narrativa teve o intuito de compreender como espontaneamente surgia a temática de crise nas narrativas. Principalmente, porque eu temia que, ao falar desde o início sobre crise, pudesse inibir outros termos ou perspectivas, e terminasse a conduzir uma abordagem biomédica, necessariamente. Apostei nessa estratégia em razão do que foi vivenciado na primeira reunião que participei da organização do I Encontro de usuários da saúde mental de João Pessoa, em que, como já mencionado, sem

que o assunto fosse abordado, os sujeitos majoritariamente se apresentaram relatando os episódios de crise e o processo de superação de cada um deles.

Com efeito, minha previsão se confirmou, e todos/as os/as interlocutores/as abordaram o tema sem que eu direcionasse diretamente a questão. Isso não quer dizer que os sujeitos se vejam necessariamente sob esse viés e naturalmente abordem esse assunto, afinal informei que o tema era cuidado em saúde mental; mas talvez seja um reflexo da interação que tem sido feita com sujeitos de papel social semelhante ao que eu ocupava no momento – pesquisadora, estudante, profissional da saúde mental.

Assim, quando as situações de crise eram espontaneamente abordadas, me aprofundava na questão por meio de perguntas abertas, norteadas por um roteiro elaborado com pontos considerados relevantes para a construção dos dados. Esses apontamentos eram elencados a partir da literatura consultada acerca do tema e de um exercício de imaginação etnográfica sobre possíveis áreas mobilizadas a partir da situação de crise em saúde mental.

O roteiro elaborado contava com aspectos considerados importantes de serem compreendidos durante as narrativas e se organizavam em dois grupos-chave: um grupo sobre informações de crise e outro sobre itinações de cuidado. Com relação à crise, eu procurava saber sobre a percepção da pessoa sobre suas próprias crises, ou seja, o que acontece nesses episódios, a sua duração no tempo, onde a pessoa se localizava quando a crise ocorreu, quais as possíveis causas ou situações de desencadeamento, quais pessoas estavam envolvidas no ocorrido, entre outros pontos.

Com relação à itinação de cuidado, eu procurava saber sobre como a pessoa se cuida antes, durante e depois da crise, se tem técnicas específicas, quem são as pessoas com quem ela pode contar nesses momentos, que locais são procurados para o cuidado, entre outros pontos. E ainda, quando possível, tentava trazer situações hipotéticas, por exemplo, sobre como gostaria de ser cuidada caso tivesse uma nova crise.

Após entendermos o contexto de realização de coleta de narrativas e algumas questões que perpassaram todas as interlocuções, nos deteremos

agora a cada uma delas, de modo a apresentá-las e a descrever como se construíram nossas relações de pesquisa.

Bárbara é uma mulher branca de 42 anos de idade, pernambucana, natural de Recife. Vem de uma família de classe média formada pela sua mãe e mais dois irmãos. Tem um filho adulto, de 26 anos. Morou em diversas cidades durante sua vida, como Curitiba e Buenos Aires, e atualmente reside sozinha em João Pessoa. Trabalhou com audiovisual e produção cultural grande parte de sua vida, e há alguns anos se aproximou do campo da saúde, se formando no Ensino Técnico de Enfermagem, e atualmente faz curso de Graduação em Psicologia.

Bárbara transita entre os diagnósticos de transtorno afetivo bipolar (TAB) e transtorno de personalidade do tipo *Borderline*, tem uma trajetória de internações em hospital psiquiátrico desde a adolescência, bem como tentativas de suicídio e uso abusivo de drogas.

Bárbara foi minha primeira interlocutora; a conheci, como já mencionado, em agosto de 2019 durante o curso de extensão “Feminismos e luta antimanicomial”, em que ambas fomos participantes. Lembro-me que na rodada de apresentações Bárbara se colocou enquanto pessoa diagnosticada como “*borderline*”, e relatou resumidamente sua história de vida. O que me chamou atenção na época foi, para além do conteúdo de sua fala, a expressão de empoderamento e superação que dava sentido ao seu posicionamento durante a apresentação. Interagimos durante o curso em momentos pontuais e a convidei na ocasião para participar das reuniões de organização do I Encontro de usuários da saúde mental de João Pessoa.

Bárbara participou de uma reunião, novamente com uma postura ativa, enérgica e empoderada, porém, devido à dinâmica do grupo, não houve mais reuniões. Após o término do curso e daqueles encontros, nos vimos algumas vezes pela UFPB, nos cumprimentando brevemente, ou trocando algumas palavras. Retomei o contato meses depois a partir do grupo de *WhatsApp* do curso de extensão; mandei mensagem particular a ela de forma a me reapresentar e perguntar se ela gostaria de participar da pesquisa. Bárbara aceitou e escolheu a UFPB como local para nossos encontros.

Nessas ocasiões, Bárbara se mostrava enérgica e assertiva; contou sua trajetória com riqueza de detalhes e em um tom bem-humorado, inclusive ao contar situações críticas trágicas. Mostrou-se disposta a contribuir com a pesquisa; se colocava enquanto estudante, profissional da saúde e militante da saúde mental; e falava com domínio sobre grandes nomes e momentos históricos da área.

Como já descrito, nossa relação pelo *WhatsApp* foi de grande relevância. Pelo aplicativo, fizemos combinados e Bárbara pôde inclusive sinalizar desconfortos e o desejo de interromper a pesquisa²⁷. Em determinado momento Bárbara retornou o contato para retomar nosso diálogo, mas pouco tempo depois parou de responder, inviabilizando a continuidade da interlocução.

A segunda interlocutora, Marcela, é uma mulher negra de 32 anos, solteira, nascida em João Pessoa. Marcela passou por diversas situações em sua trajetória que lhe trouxeram muito sofrimento, possui imobilidade parcial no braço esquerdo, devido a uma complicação no parto, o que lhe acarretou a vivência de discriminações desde a infância. Precisou lidar com o falecimento de sua mãe quando tinha sete anos, e cerca de um ano depois mudou-se com seu pai, sua madrasta e os irmãos para Campina Grande.

Marcela tem um histórico de violência e de abuso sexual na infância, bem como de relações familiares abusivas durante a adolescência e a fase adulta. Vem de uma família de classe social baixa, passou por situações de precariedade na infância e adolescência e começou a trabalhar como babá aos 13 anos de idade – situação que lhe fez mudar-se novamente para João Pessoa, na casa da família para quem começou a trabalhar.

Em sua trajetória, ela transita entre João Pessoa e Campina Grande, ora morando sozinha, ora com sua curadora, ora com seus tios, ora com o pai e a madrasta, e por um curto período de tempo reside com seu ex-companheiro em uma cidade do interior. Atualmente, Marcela mora sozinha em João Pessoa, acompanhada de sua cachorra de estimação Esperança.

27 Como forma de proporcionar uma relação ética de pesquisa, nos momentos de contato inicial, em que expliquei a metodologia da pesquisa, explicitiei que a mesma poderia ser interrompida caso fosse da vontade da interlocutora, tendo em vista que revisitar a história de vida pudesse causar algum tipo de *violência simbólica* (BONET, 2018) aos interlocutores, ou por quaisquer outros motivos que lhes fizessem querer interromper a interlocução.

Marcela teve seu primeiro diagnóstico psiquiátrico, *depressão com surto psicótico*²⁸, em 2010, quando tinha 23 anos, e passou por dois diagnósticos: Esquizofrenia, diagnosticado em 2014, e o atual, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), diagnosticado em 2016. Marcela se identifica e faz referência a si mesma nos relatos escritos e orais enquanto uma pessoa bipolar, frequenta grupo de apoio para TAB vinculado à UFPB e faz acompanhamento semanal com psiquiatra e psicólogo particular.

Como já mencionado, o encontro com Marcela foi facilitado pela sorte ou pelo acaso. Após o intermédio de sua psicóloga, a qual conheci durante o curso de extensão sobre saúde mental e feminismos, Marcela aceita participar da pesquisa e mostra-se receptiva desde o início, em que combinávamos de nos encontrar. Ela escolheu sua própria casa como local de encontro, e não foram percebidos entraves na formação de vínculo e no diálogo durante a relação de pesquisa.

A relação com a interlocutora foi por ela constantemente expandida; Marcela espontaneamente me mostrou fotos, vídeos, me enviou escritos e áudios por *WhatsApp*. Interessante como partiu dela essa expansão dos limites de nossa relação, enquanto eu permanecia ainda insegura, preocupada em estar sendo incisiva, ou prejudicial para as/os interlocutoras/es, uma vez que estava tocando em questões íntimas e particulares de sua história, e, no caso de Marcela, fazia-o dentro de sua própria casa.

A pandemia de Covid-19, ao interromper abruptamente o campo de pesquisa presencial, restringiu o número de interlocutores. A proposta de análise do material de campo foi redirecionada, levando à escolha da priorização para o aprofundamento em uma história de vida. A história de Marcela foi escolhida, nesse contexto, como fio condutor para a análise do material produzido, em razão de que dessa interlocução derivaram informações, relatos e transcrições em volume e, principalmente, em profundidade.

O material de campo vindo da relação com Marcela se concentra em duas principais fontes: nossas conversas e encontros, em que ela me relatava

28 Nome aludido pela interlocutora; pode ter se referido ao CID F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos.

oralmente sua história de vida, e relatos e reflexões escritos por ela, os quais ela enviava pelo *WhatsApp* durante certo tempo.

Os escritos, enviados também durante o trabalho de campo, o antecedem. Marcela começou a escrever, como veremos no terceiro capítulo, como forma de aliviar seus sentimentos e emoções, e motivou-se a criar uma apostila²⁹ sobre sua história de vida com base nesses escritos que vinha desenvolvendo desde então. Ela tem a pretensão de divulgá-la a seus amigos e família e, quem sabe um dia, publicá-la.

Durante a pandemia, não pudemos mais nos encontrar pessoalmente e o contato foi mantido pelo *WhatsApp*. Com as dificuldades desse formato de interação, não foi mais possível dar continuidade à história oral de vida, nossa relação se movimentou para a retomada do projeto da apostila. Auxiliei, então, no processo de materializar esse projeto, do ponto de vista editorial: a pedido de Marcela, corriji alguns erros de digitação e gramática, uni e organizei os relatos na sequência solicitada por ela, fiz a formatação da apostila, adicionando as fotos que me enviava, e depois de algumas semanas finalizamos o projeto.

Sua apostila, intitulada “Em busca da felicidade” contém 37 relatos e oito fotos, divididos entre 62 páginas. Cada relato conta de um trecho de sua história e dialoga com temas que foram também presentes nos relatos orais. Marcela escreve sobre as dificuldades que enfrentou nesses 32 anos de vida, relacionadas ao diagnóstico em saúde mental, às relações familiares, à questão financeira e aos abusos diversos que sofreu em sua trajetória.

Os relatos orais tocam nessas questões de grande sofrimento em sua vida, mas mostram também um lado afetuoso e criativo de Marcela, que não é tão perceptível em seus escritos. Como se verá no decorrer dos próximos capítulos, Marcela se mostrou uma pessoa inteligente, expressiva, divertida, que estabelece fortes vínculos de amizade, e com coragem e criatividade para lidar com essas diversas adversidades de sua vida.

O terceiro interlocutor, Roberto, é um homem pernambucano branco de 55 anos, é casado e tem três filhos, de 18, 11 e 9 anos. Vem de família tradicional

29 Marcela é enfática nesta nomenclatura – apostila – pois preocupa-se que nomear enquanto livro possa lhe trazer riscos com relação à perda de sua aposentadoria. Retomaremos essa questão no capítulo segundo.

e conservadora de classe alta, envolvida com o mundo da política e do comércio. Foi criado em uma fazenda com seus pais e irmãos, e seguiu a carreira política, como seus familiares. Roberto, além de ter trabalhado em diversos setores do comércio, foi também vereador em uma cidade do interior da Paraíba.

A questão do trabalho é muito importante para Roberto; esse ponto é trazido pelo interlocutor em diversos momentos, e seu maior desejo é de poder voltar a essa ocupação. Teve sua primeira internação psiquiátrica com cerca de 26 anos, e foi diagnosticado, assim como Bárbara e Marcela, com transtorno afetivo bipolar. Continuou trabalhando por anos, mas atualmente está aposentado. Roberto frequenta o CAPS diariamente de segunda a sexta-feira, faz uso de medicação e faz acompanhamento com outros profissionais dentro do próprio CAPS.

Roberto conversa abertamente sobre questões familiares, de trabalho, de autoestima e sexualidade e procura estar em espaços em que sinta sua história de vida sendo valorizada, daí seu interesse em participar da pesquisa. Roberto já fez falas em eventos acadêmicos, atua na Associação de Usuários e Familiares da Saúde Mental (ASSUFAM) e tem um canal de *Youtube* com sua esposa, em que apresenta e discute temas relacionados à vivência com transtorno mental.

Conheci Roberto na primeira reunião de organização do I Encontro de usuários de Saúde Mental de João Pessoa de que participei. Nesse dia, e também em nossas conversas posteriores, Roberto demonstrava uma postura determinada e de liderança, se posicionava com frequência e mostrava-se envolvido com as falas dos demais. Estava, na ocasião, na companhia de sua esposa, Suzana, pessoa que eu reencontraria no curso de extensão “Feminismos e Luta Antimanicomial” e seria minha intermediadora com Roberto.

Ambos são envolvidos com o protagonismo dos usuários da saúde mental no município, e pareceram ter o reconhecimento e respeito dos participantes da reunião do I Encontro. Esse reconhecimento também se expressou entre os profissionais da saúde mental durante o curso de extensão; Suzana e Roberto pareceram ser figuras conhecidas e mencionadas frequentemente também nesse ambiente.

Roberto escolheu que nossos encontros se realizassem em um *shopping center* localizado próximo ao CAPS o qual o interlocutor frequenta diariamente. Roberto é expressivo e eloquente, fala sobre si e sobre sua história com riqueza de detalhes e entonações, que conferem emoção a sua narrativa. Infelizmente, foi necessário interromper nossos encontros devido à situação de pandemia. Permaneci em conversa ocasional pelo *WhatsApp* com Suzana, sua esposa, a qual me informava sobre a saúde de Roberto e sua família, porém não foi possível dar continuidade ao campo da pesquisa em si, pois Roberto não utiliza o celular, impossibilitando nosso diálogo.

Pesquisa online

No Brasil e em todo o mundo, passamos pelo significativo acontecimento da pandemia de Covid-19, ou como frequentemente era chamado, “o novo coronavírus”. Em razão da alta transmissibilidade do vírus, em pouco tempo nos deparamos com um cenário mundial de milhões de infectados e milhares de mortes. A proporção que a doença tomou internacionalmente levou à adoção de medidas radicais para contenção de seu rápido contágio, sendo a principal delas o isolamento social.

O isolamento social pode provocar situações e emoções complexas. Estávamos, especialmente no Brasil, em uma situação de completa instabilidade no campo político, econômico, social e da saúde, bombardeados por incontáveis notícias de conteúdo no mínimo desconfortável, combinado com as condições muitas vezes desfavoráveis de moradia, renda, dificuldades relacionais dentro de casa, ou, em diversos casos, a ausência de relações presenciais, principalmente no caso de pessoas que moravam sozinhas.

A sensação de medo, incerteza e estresse era geral, e permanecemos nessa atmosfera por muitos meses. Na Paraíba, o isolamento iniciou-se no final de março de 2020 e se estende até os dias atuais – fevereiro de 2021. Esse movimento de nível nacional – e mundial – provocou severas modificações no calendário de pesquisa, sendo necessária a interrupção abrupta do campo: os encontros presenciais foram suspensos e a relação com interlocutores/as,

quando possível, passou a ser remota, através do aplicativo de comunicação *WhatsApp* – uma alternativa para não perder o vínculo construído até então.

A relação online conta com diversos entraves, como a inescapável dependência de aparelhos eletrônicos que comportem o aplicativo, sinais de internet, acesso a *wi-fi* ou a franquia de dados de internet, habilidade e condições corporais e cognitivas para lidar com os dispositivos eletrônicos, entre outras.

Superadas essas questões e estabelecida a comunicação *online*, outras dificuldades se introduzem: adaptar a linguagem falada à escrita, um estranhamento ao aguardar respostas e a insegurança com relação ao tom da conversa³⁰. Com isso, me via muitas vezes sentindo ansiedade ao esperar respostas; com a sensação de que estaria sendo incisiva caso após alguma espera tornasse a chamar a pessoa no aplicativo; ou de estar sendo inoportuna, visto que as pessoas poderiam estar passando por situações complicadas, principalmente no plano emocional, e poderiam se sentir impelidas de alguma forma a me responder.

A relação com os interlocutores se construiu dessa forma instável, porém necessária devido ao contexto que se instaurava. Entretanto, elementos que surgiram timidamente no momento anterior – presencial – tornaram-se mais emergentes, possibilitados justamente pela relação *online*, como o envio de vídeos, áudios, escritos, fotos e a possibilidade de conversarmos em horários variados. Um novo formato, que apesar de não ser o preferível, trazia possibilidades.

Vejo esse momento da pesquisa como a abertura de um terceiro território de relações, que se desvincula de limites temporo-espaciais. Ao mesmo tempo que restringe o face-a-face, o digital amplia novas formas de relacionar-se com os interlocutores: um distanciamento que nos permite o alcance a outra faceta da relação.

Dessa forma, o campo de pesquisa presencial foi finalizado em março de 2020, visto que a política de distanciamento social se mantém até os dias atuais, e não há segurança sanitária de estarmos em presença um do outro desde

30 O tom da conversa é de difícil percepção nos aplicativos *online*, devido à ausência do tom de voz (na escrita), de expressões faciais e de outros indícios que na relação presencial são manifestos.

então³¹. Sendo assim, não foi possível retomar os encontros presenciais com Bárbara, Marcela e Roberto para a continuidade da pesquisa, tampouco expandir o número de interlocutores, como estava previsto.

31 O Brasil se encontra ainda num momento de aumento de número de casos e mortes por Covid-19. No dia 11 de fevereiro de 2021 o Brasil contava com o registro oficial de 9.659.167 casos confirmados de Covid-19 e 234.850 óbitos (BRASIL, 2020a).

CAPÍTULO II: EXPERIÊNCIA DE CRISE EM SAÚDE MENTAL E CONSTRUÇÃO DE SENTIDO

Este capítulo tem como objetivo abordar o universo da crise em saúde mental, buscando compreender as múltiplas racionalidades que compõem esse entendimento e explorar a construção de sentido atribuído à crise pelos/as interlocutores/as da pesquisa em suas narrativas.

Para isso, partiremos de uma reflexão sobre os sentidos de crise, feita por mim enquanto trabalhadora da saúde mental, que foi o cerne de toda a ideia e a motivação para a realização desta pesquisa. E em seguida, caminharemos pela trajetória de vida da interlocutora Marcela como um fio condutor para abordar algumas questões acerca dos sentidos da crise, que dialogam com o relato dos demais interlocutores – Roberto e Bárbara – e com outras experiências sociais.

2.1 Do que estamos falando quando falamos em crise?

Situada enquanto trabalhadora da saúde mental, estive por cinco anos em contato com pessoas que experienciavam o sofrimento mental. Era comum no cotidiano de trabalho ouvir histórias de crise e surtos, que muitas vezes marcavam o início do acompanhamento nos serviços de saúde mental. Nesse mesmo contexto estive em contato com familiares, trabalhadores de diferentes núcleos profissionais e gestores dos serviços. E, como explicitado no primeiro capítulo, o conceito sobre crise nesses ambientes de trabalho era dinâmico, mesmo entre profissionais orientados pela mesma perspectiva teórica.

Tal dinamicidade se ouvia em falas de colegas trabalhadores de outras instituições, se lia em artigos científicos e livros acadêmicos, e também estava presente em eventos e congressos relacionados à saúde mental. Todas essas pessoas tinham suas próprias narrativas de experiências de crise – suas próprias crises ou as de terceiros –, fossem elas cuidadoras ou estivessem elas em relação terapêutica com pessoas em crise.

Isso igualmente me ocorreu fora do ambiente de trabalho, no contato com escritoras/es literários, diretoras/es de cinema e compositoras/es musicais que,

em contextos lúdicos ou em suas obras artísticas³², também me proporcionaram acompanhar narrativas de experiências e situações de crise em saúde mental diversas. De maneira complementar, comecei a notar inúmeras notícias de jornal que afirmavam possíveis “comprometimentos mentais” ou surtos daqueles que eram agressores ou envolvidos em situações trágicas aparentemente incomuns.³³

Em minha própria família, de tempos em tempos contavam-se histórias de crises de familiares, antepassados, vizinhos ou conhecidos. Percebi que essa tal de “crise” e esse “surto” pareciam ser de domínio público, se faziam presentes nos mais diversos ambientes e relações – e todos pareciam ter algo a dizer a respeito.

E tão diversos quanto os contextos em que essas experiências eram ouvidas eram as próprias narrativas! De histórias trágicas como suicídios, assassinatos ou situações de tortura, passando por histórias de separação amorosa ou mudança na carreira, até anedotas envolvendo cortes de cabelo ou algum mal-estar gerado em um ambiente de festa familiar – todas essas narrativas poderiam ser caracterizadas por seus narradores enquanto crises e circulavam entre as pessoas com familiaridade.

Já a nomeação de uma experiência enquanto surto aparecia nas narrações com mais cautela e aparentemente com maior contorno em sua definição, sendo mais comum ser utilizada ao se referir à ideia de doença mental, ou a uma situação limite em que alguém se torna um “paciente”, inicia tratamento com remédios “tarja preta” ou é internado em hospital psiquiátrico ou clínicas. Apesar disso, não é incomum ouvir pessoas dizendo que surtaram ou que irão

32 A questão da crise e do surto em saúde mental é explorada direta ou indiretamente em inúmeras obras de cinema, música e literatura, em destaque para filmes longas-metragens de ficção, biografia e documentários. Alguns exemplos de filmes que abordam a questão são: *Nise: o coração da loucura* (2015), *Uma mente brilhante* (2001), *Camille Claudel* (1989), *Cisne Negro* (2010), entre outros de ficção, *Amy* (2015), *What happened, Miss Simone?* (2015), entre outros filmes biográficos, *Holocausto Brasileiro* (2016), *A casa dos mortos* (2009), *A Ponte* (2006), entre outros documentários.

33 Um exemplo desse ponto podemos encontrar em uma notícia de outubro de 2020: um homem tendo levado uma facada durante uma discussão no metrô em São Paulo, coloca-se em questão a pré-existência de transtorno mental no agressor (BALBINO, 2020).

surtar ante determinadas experiências na vida, sem necessariamente se referirem ao adoecimento mental em si, mas a uma sensação de terem ultrapassado os limites do bem-estar.

Nos ambientes de trabalho em que atuei, falar de “surto”, referindo-se diretamente ao adoecimento mental, era quase condenável; corrigíamos uns aos outros quando alguém da equipe mencionava o termo, dizendo que o correto era dizer “em crise”, temerosos em estigmatizar os usuários do serviço de saúde.

Pensando nisso, passei a problematizar se o conceito de surto e principalmente de crise eram realmente compartilhados; ou se por outro lado todos nós nomeávamos como crise/surto experiências das mais variadas naturezas e comunicávamos a terceiros com o pressuposto de que falávamos de algo comum.

Interessante apontarmos neste momento que o *terreno da crise* (BORDONARO et al., 2009) é utilizado em diversos campos, não sendo exclusivo ou mesmo originário do campo da psiquiatria ou da saúde mental. Nos campos político-econômico e de saúde pública, por exemplo, usa-se o termo “crise” para descrever situações-limite de escalas mais amplas, chegando até a processos de nível global, como guerras, pandemias, desemprego em massa e/ou miséria³⁴.

Segundo Fassin (2020), a expressão “crise” toma nas sociedades contemporâneas uma forma genérica, com a finalidade de nomear situações das mais diversas naturezas que implicam a noção da existência de uma ruptura com uma situação anterior, de suposta normalidade. Dialogando com o contexto da pandemia de Covid-19, Fassin aponta alguns riscos do uso trivial desse termo, principalmente relacionado à sua implicação com a ideia de normalidade. Aponta, assim, a necessidade de colocar em questão o uso da noção de crise e suas implicações para o entendimento de determinados fenômenos.

34 No contexto brasileiro da pandemia de Covid-19, por exemplo, associa-se à ideia de uma crise generalizada, pois este momento alia uma crise sanitária, política, institucional e econômica, engendrando no país “crises dentro da crise” (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Segundo Moebus e Fernandes (s.d. *apud* FERIGATO et al., 2007), o termo “crise” foi apropriado pela psiquiatria na década de 1940, em que foi utilizado para descrever o adoecimento mental após a vivência de situações catastróficas ou de tragédias de ampla escala. Pouco a pouco, tal uso teve seu diâmetro conceitual ampliado, e a psiquiatria passou a aludir a situações “críticas” de risco para o adoecimento – não apenas aquelas de grande escala, mas também questões *estressoras* cotidianas, como a passagem por rompimentos amorosos, perda de emprego, entre outras situações.

Essas reflexões foram centrais em minha decisão de deslocar-me para a Antropologia, como exposto no capítulo inicial, e serão o tronco da análise do material de campo nesta segunda seção. Iremos explorar os sentidos de crise empregados, percebendo alguns atravessamentos ou racionalidades que compõem essa noção, para refletir sobre o que chamamos neste trabalho – e em tantos outros contextos – de “crise em saúde mental”.

Para isso, conheceremos mais a fundo as narrativas de vida das/os interlocutoras/es, produzidas durante o trabalho de campo etnográfico. Neste próximo tópico, caminharemos desde o ponto escolhido pelas interlocutoras como ponto de partida narrativo, até a primeira experiência nomeada por elas como de crise.

2.2 Narrativas de vida e as primeiras crises em saúde mental

Cheguei até Marcela por meio de sua psicóloga Bárbara, a qual conheci no curso de extensão sobre feminismos e luta antimanicomial. Fizemos os primeiros contatos pelo *WhatsApp* e ela escolheu que nossos encontros etnográficos fossem realizados em sua casa. No primeiro encontro, Marcela me recebeu em sua porta com um sorriso no rosto, e segurava no colo uma criança de 2 a 3 anos. Perguntei se era sua filha, e ela me respondeu que era da vizinha, mas que eram muito próximas; e a criança de fato se mostrava bastante vinculada a ela, a chamava de tia e relutava em voltar para o colo da mãe.

Marcela morava aos fundos, em uma casa antiga, simples, bastante organizada, fresca e limpa. O espaço estava mobiliado e vivo, havia quadros,

fotos, enfeites. A disposição dos móveis e outros elementos mostravam ser aquela uma casa *habitada* (SARACENO, 2001). Marcela preparou o espaço para nossa conversa, posicionou um ventilador em minha direção e colocou à mesa uma garrafa de água gelada e uma vasilha de vidro com doce de leite feito por ela. Senti-me à vontade nesse estar com ela.

Marcela morava em companhia de sua cachorra, nomeada por ela de Esperança, devido às circunstâncias em que ela entrou em sua vida: Marcela ganhou Esperança de uma amiga durante uma crise depressiva e relatou ter sido a companhia da cachorrinha que a salvou daquele momento e da sombra da ideia suicida. “Ela até lambia minhas lágrimas”, Marcela relatou³⁵.

Para minha surpresa, Marcela relatou morar naquela casa há apenas um mês e ter ganhado Esperança há apenas sete meses. Chamou minha atenção esse vínculo tão bem estabelecido entre ela, a casa, Esperança e os vizinhos, em tão pouco tempo. Da mesma forma, Marcela estabeleceu vínculo comigo quase instantaneamente, a conversa se desenvolveu com fluidez, e ela me narrou sua história com riqueza de detalhes e emoções.

Marcela é uma mulher, negra, paraibana, de 32 anos, com deficiência física e diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Sua narrativa de vida é marcada pela violência e pelo sofrimento: relatou ter sofrido preconceito desde a infância pela deficiência que possui no braço esquerdo devido a uma complicação no parto. O preconceito foi sentido fortemente dentro do ambiente familiar, sendo chamada de *aleijadinha* até por sua mãe.

Sua mãe faleceu quando Marcela tinha sete anos, e pouco tempo depois seu pai se casou novamente e se mudou de João Pessoa para Campina Grande com a família. Habitaram casas de situação precária. Inicialmente, viveram em uma cocheira de boi revestida com lona; depois, em uma casa feita com papelão e telha *Brasilit*; em seguida, em uma casa de taipa; e por fim, em uma casa de alvenaria, todas elas construídas pelo seu pai.

Marcela disse que desde cedo precisou lidar com a fome. Frequentava a escola principalmente em função de se alimentar, pedia esmolas junto com seus

35 Esse tema será retomado no terceiro capítulo.

irmãos e chegou a pegar comida do lixo. Relata ter sofrido diariamente violência física e psicológica por parte de sua madrasta. Aos 13 anos fugiu de casa e conseguiu um trabalho como babá. Relatou que adorava cuidar de seus irmãos mais novos, então ficou animada em trabalhar como cuidadora de crianças.

Passou a morar na casa dos patrões, em João Pessoa, onde cuidava de crianças, fazia o serviço doméstico e estudava. Uma vez ao mês voltava a Campina Grande para visitar a família, e foi durante esse deslocamento, parte dele realizado a pé, que passou por uma situação de violência sexual por parte de um desconhecido.

Marcela continuou trabalhando como cuidadora e empregada doméstica em João Pessoa na “casa de família”. E aproximadamente aos 15 anos, teve uma experiência que hoje, 17 anos depois, ela interpreta e nomeia como sintomas de uma crise. Ela relata que começou a sentir alterações em seu corpo e nos hábitos cotidianos: “irritações fáceis, insônia, prisão de ventre terrível, crises de ansiedades e mudança de humor constante”.

Marcela interpreta que essas manifestações de seu corpo eram sintomas da doença mental, e que ela estava vivendo sua primeira crise depressiva, mas na época não entendia dessa forma. Ela se sentia “no fundo do poço”. Em determinado dia, gritou com a criança pequena que estava no berço sob seus cuidados e, ao ver a criança chorar, encostou-se na parede, chorando, e desejou sumir, ir embora e não mais voltar.

Entretanto, ponderou que se deixasse o local de trabalho, teria que voltar para a casa de seu pai, o que lhe traria ainda mais sofrimento. Conversou com sua patroa na época, que a levou a um psicólogo, mas Marcela desconfiou de que o profissional relataria à sua patroa tudo o que fosse conversado em terapia, e, assim, desistiu de ir ao psicólogo. Pouco tempo depois pediu para sair do trabalho e retornou à casa de seu pai.

Numa primeira avaliação, podemos tender a ver o conceito de crise como um evento em que se rompe bruscamente algo que se vivia em estado de normalidade. Isso se daria, por exemplo, se interpretássemos a narrativa de Marcela de maneira a entender que esta trabalhava “normalmente” como babá,

até que aos poucos foi invadida por um estado de crise – uma ruptura de seu estado natural –, que se fez persistente, que a alterou e a submeteu a um outro estado de ser e agir no mundo.

Porém, proponho uma perspectiva longitudinal na abordagem dessa instalação da crise, de modo a problematizar a suposta normalidade que foi rompida. Vimos na história de Marcela, e veremos nas dos demais interlocutores, que se trata de formas de estar no mundo vividas por um longo processo de violência social, muitas vezes presente desde a infância.

Nesse sentido, sugiro nesta análise o entendimento da crise como processo, entendendo que ela pode se revelar como o resultado de processos permanentes ou prolongados de violência, opressão, estigma e pobreza (BORDONARO et al., 2009; CASTRO et al., 2018; VIGH, 2008).

Para pensar a questão, proponho uma aproximação do que chamo de crise em saúde mental com as ideias de crise-processo, crise-evento (VIGH, 2008) e vidas críticas (BORDONARO et al., 2009). Tais noções se originam de discussões sobre contextos políticos transnacionais, como movimentos de imigração, pobreza e guerras. Penso ser possível essa aproximação com meu campo de pesquisa porque os autores citados dialogam com a dinâmica entre a dimensão sociopolítica de contextos de violência crônica e a dimensão pessoal da vivência localizada de crise.

Nas narrativas ouvidas durante esta pesquisa, a própria ideia de crise em saúde mental, entendida pelas interlocutoras como a expressão de uma doença ou transtorno mental, se funde com a história de vida. Ela é indissociável de seus contextos sócio-econômico-políticos específicos, de forma interseccionada por questões de gênero, raça, sexualidade, deficiência, classe e geração.

Nessa relação entre as dimensões sociopolíticas da existência e a experiência particular de sofrimento, a chamada crise em saúde mental parece se inserir. Com isso, não busco desconsiderar a existência, no sentido biomédico, da doença mental; mas defender que é impossível desvincular a ‘doença’ da experiência social – o que fica claro na narrativa biográfica, durante a qual os sentidos são construídos.

Segundo Maluf (1999) a possibilidade de contar uma história biográfica implica a existência de uma mudança ou transição temporal e identitária. As experiências de sofrimento e de busca por cuidado conferem sentidos à própria história de vida, e a ela se embaralham. Dessa forma, crise em saúde mental, crise biográfica ou crise pessoal se fundem e se retroalimentam. Portanto, neste trabalho, o intuito não poderia ser promover cisões, categorizações ou definições de causalidades, mas justamente compreender essas interconexões.

Veremos, então, os processos sociais implicados na experiência de crise em saúde mental que se revelam pelo relato biográfico, e refletiremos sobre os sentidos dados àquela experiência. Tais contornos são construídos em um exercício de autorreflexão sobre o próprio processo de adoecimento e de trajetória de vida. Veremos como esses sentidos são produzidos nas relações cotidianas e nas itinações por busca de cuidado em contextos de sofrimento.

Marcela, por exemplo, relata uma história de vida marcada pelo sofrimento, pela discriminação e pela violência desde sua infância. Entendemos essa narrativa não somente como elemento pré-crise, ou seja, acontecimentos que antecederam o evento da crise em si, mas como um processo de permanência de crise(s) de longa duração. Como aponta Vigh (2008):

A suposta existência de uma ‘situação de estresse pré-traumático’ de normalidade precedendo a variante ‘pós-traumática’ não deve, como tal, ser considerada como dada. Em uma perspectiva das ciências sociais, a crise nem sempre é o resultado de uma ruptura repentina dentro do tecido da normalidade cotidiana, mas sim o resultado de processos lentos de deterioração, erosão e mudança negativa – de múltiplos traumas e atritos. Na mesma linha, deve ser enfatizado que as guerras não começam com o primeiro tiro, nem terminam com o último. Elas podem estourar e cessar na definição de pontos no tempo, mas os fatores subjacentes que levam à luta e à guerra não são pontuais (VIGH, 2008, p. 9, tradução livre).

De forma similar, observamos na narrativa da interlocutora Bárbara processos de crises prolongadas desde a infância. Ela considera o período que se estende até a adolescência como a época mais “complicada” de sua vida, devido a diversos fatores. Um destes foi a relação com sua mãe.

Bárbara relata que sua mãe foi uma referência muito forte em sua vida, e a convivência com ela pode ter influenciado diretamente em alguns

comportamentos que ela considera como “de risco”. Considera sua mãe como “a filha da sobrevivência”, pois resistiu a uma grave tentativa de suicídio, realizada dois anos antes do nascimento de Bárbara, que lhe deixou muitas queimaduras em diversas regiões do corpo. Ela também fazia uso abusivo de medicamentos, o que fez com que Bárbara tivesse contato com a experiência de sofrimento desde cedo.

A interlocutora também considera que foi uma criança e adolescente “diferente”. Aponta que nos anos 1980 e 90, período em que viveu sua infância, havia outra concepção de saúde em nossa sociedade e que, portanto, o entendimento sobre seu comportamento foi diferente do que poderia ser hoje em dia. Considera que se houvesse crescido em tempos mais atuais ela provavelmente teria tido algum diagnóstico psiquiátrico na infância.

Como eu era um pouco diferente e muito cedo comecei a usar algumas substâncias, porque minha mãe usava, então comecei a usar remédio [...]. Aí que começou essa seção de internamentos, que foram a maioria das minhas internações devido a surtos mesmo. E eu fui internada 14 vezes...

R – Como eram esses surtos?

Não lembro exatamente, mas eu lembro que foram surtos sempre assim, que eu me batia muito, tinha uma reação de violência contra mim mesma, tanto que um dos diagnósticos que eu tive foi autismo, e depois passou pra bipolar, e depois passou pra bipolar e borderline e o [CID f]12. Sou enquadrada em três artigos agora atualmente, uma loucura isso né? (Interlocutora Bárbara).

Dos 13 aos 15 anos, Bárbara passou por quatorze internações psiquiátricas devido ao que ela chama de surtos. Assim como na narrativa de Marcela, o período da infância se mostra como um espaço de tempo em que a violência social e o sofrimento são intimamente presentes e interligados. Ela relata, inclusive, que gostava de ficar internada, pois era um ambiente mais agradável de estar do que a casa de sua mãe.

Vemos nessas narrativas que a crise guarda em si uma trama de outras crises não reveladas em sua superfície (FASSIN, 2020; OUTHWAITE, BOTTOMORE, 1996). Não raro, encontramos uma história de vida marcada pela permanência prolongada dessas crises e de contextos de sofrimento. Bordonaro et al. (2009) utilizam o termo *vida crítica* para se referir a essa experiência

prolongada e processual de acumulação de crises muitas vezes invisíveis perante a sociedade.

Nesse sentido, a vida crítica de Bárbara se ancora no corpo. Apesar de a vida crítica poder ser invisível socialmente ou até mesmo esquecida, no corpo ela se memoriza. É no corpo que o sofrimento invisível perdura e deixa suas marcas, e é no corpo e pelo corpo que a crise se expressa e passa, então, a ser visível.

Com relação ao seu corpo, vemos que a expressão do sofrimento se dá por meio da agressão ao próprio corpo e do consumo de substâncias que promovem alterações da experiência corporal. O mesmo se passa com o corpo da mãe, em que as marcas do sofrimento e da tentativa de suicídio ficam presentes em forma de cicatrizes. Em determinado momento de nosso encontro, inclusive, Bárbara me mostra uma cicatriz em todo o seu antebraço. São as marcas de uma tentativa de suicídio, um corte cuja sutura demandou posteriormente 38 pontos.

A ideia de *vida crítica* (BORDONARO et al, 2009) se adequa para pensar os processos de crise das interlocutoras. Quando criança e adolescente, a vida de Marcela, por exemplo, já se tornara crítica: passou pela fome e pela miséria, pela morte de sua mãe, por mudanças de cidade, por maus tratos, por violência sexual e pelo trabalho infantil. Na verdade, podemos pensar em um *corpo crítico*, uma vez que, *socialmente informado* (CSORDAS, 2008), carrega em si as marcas da vida crítica atravessada pela experiência de ser mulher, com deficiência, negra e pobre.

Como veremos a seguir, os momentos nomeados pelas interlocutoras como de crise e surto foram plurais. Inclusive veremos que empregaram diversas “subcategorias” para o que mais amplamente é chamado de crise – crise psicótica, crise de ansiedade, crise de euforia, surtos, entre outros. Em que pese essa variedade, um elemento comum a todos os episódios assim nomeados foi

o sofrimento latejante, que beirava o insuportável e que transbordava³⁶ para o corpo.

Esses pontos corroboram com o apontado por Andrade (2012). Em sua tese realizada com *experientes* da saúde mental, a autora aponta que seus interlocutores empregaram os termos “crise” e “surto” para nomear experiências de sofrimento e de angústia limites, que beiravam ou ultrapassavam o tolerável, tornando-se intoleráveis (ANDRADE, 2012).

Abordaremos o sofrimento dessas experiências plurais nomeadas como crise, entendendo-o como um *sofrimento social* (KLEINMAN et al., 1997 apud CARVALHO, 2008)³⁷; e situando a crise enquanto um processo de violência também social, prolongado, que é sentido e expresso no corpo. Nesse sentido, como aponta Vigh (2008), a crise deixa de ser vista em um contexto e se torna o próprio contexto do sofrimento.

O sofrimento social expresso em uma circunstância processual de violência social se naturaliza à medida que restringe a dimensão social da crise às sensações e desconfortos de seu corpo, ou seja, restringe-se à *corporalidade* (CSORDAS, 2013) da experiência. Assim, a crise corporifica o sofrimento social vivido de forma longa e permanente.

Entretanto, na construção da narrativa, tanto Bárbara como Marcela apontam essa experiência como um indício do transtorno mental, que estaria em si previamente como que em um estado de amortecimento; e interpretam a crise como sua primeira manifestação dessa doença que estaria por vir. No caso de Bárbara, ela chega até a considerar que, se tivesse nascido em um período mais recente, poderia ter sido diagnosticada ainda criança.

36 A ideia de um sofrimento que transborde para o corpo não é mobilizada no sentido de corroborar com a dualidade corpo/mente, mas para ressaltar a dimensão corporal – tanto de corporalidade como de corporeidade – e a materialidade da experiência (CSORDAS, 2008; 2013) dentro do campo da saúde mental.

37 No campo da saúde mental e da saúde pública é comum a utilização do termo “sofrimento mental”. A escolha da utilização do termo “sofrimento social” foi feita em razão da discussão anterior acerca da vida crítica e da compreensão social da experiência da crise.

Essa construção narrativa indica uma forte captura biomédica psiquiátrica na construção de sentido da experiência. Os próprios termos que Marcela utiliza para nomear a descrever suas experiências de sofrimento durante a crise, como “irritação”, “insônia”, “prisão de ventre”, “mudança de humor”, “ansiedade”, “depressão”, “crise”, “sintomas”, soam como ecos de significação proferidos por um/a psiquiatra. Esse aspecto nos leva a questionar sobre uma possível produção de sentido quanto à experiência de sofrimento e à crise baseada na itinação em contextos clínico-terapêuticos em que predomina o saber psiquiátrico.

Devido a essas considerações, ainda durante o trabalho de campo eu percebera uma das conclusões desta pesquisa. Isto é, minha tentativa de estar “fora” das instituições de psiquiatria e de saúde mental havia me permitido enxergar, nesse caso, em vez de um esperado enquadre não psiquiátrico ou não institucional da crise, justamente o alcance desses discursos para além dos muros institucionais.

Ademais, a captura da experiência pelo discurso psiquiátrico – expresso pela ideia da doença mental e de seus sinais e sintomas – parece ser um importante elemento na normalização da vida crítica, uma vez que cria um sentido para o sofrimento e para a experiência como sintomas da doença mental. Conforme aponta Silveira (2000, p. 71), acerca do discurso psiquiátrico sobre os nervos e nervosas:

Como parte da prática discursiva, a categoria nervos ameniza o peso político dos sintomas da fome, que exigiria a redistribuição de comida, riqueza e poder. Tratar o sofrimento como ansiedade emocional, patologia individual, e prescrever terapia tranquilizante servem ao ocultamento da miséria, patologia social (SILVEIRA, 2000, p. 71).

Roberto, meu interlocutor, também constrói sentido à sua experiência de crise justificando a presença de uma doença “adormecida”, que segundo ele “começou a aflorar” devido a alguns acontecimentos de sua vida. Esse olhar pessoal sobre sua trajetória revela, não somente, mas também, um similar enquadre biomédico da experiência.

O interlocutor cresceu em uma família de classe alta, em uma fazenda no interior do estado da Paraíba. Segundo ele, teve uma infância “muito cheia de

gosto". Aos 13 anos de idade tinha mesada e seus próprios cavalos; aos 14, ganhou de seus pais um carro e um revólver. Ele relata que sua vida era de muito "prestígio", até que passou por um grave problema financeiro, como descreve:

Até então em [19]91 do nada, muito estresse, eu abri uma empresa de mineração, com meu irmão como sócio, e aí eu vendi 100 mil paralelepípedos pra uma indústria em Pernambuco, e o cara não pagou, deu o cano na gente e eu quebrei, e eu era cheio de amizade, com promotor, com juiz, tinha contato, eu vivia na roga da sociedade. Quando minhas finanças foram embora, foram embora com ela meus amigos, isso me deu um pânico! Eu tinha uma lancha, tive que vender pra pagar meus cheques. Tive que vender meus cavalos nas carreira pra fazer pagamento, e até que não aguentei mais e quebrei, isso me trouxe um transtorno que não foi fácil. (Interlocutor Roberto).

Para Roberto, essa conjuntura o deixou "sem pé". Sem amigos, sem sua estrutura financeira e seu "prestígio" na cidade, ele relata ter buscado na bebida alcoólica um alívio ao sofrimento. Foi levado por seu irmão a um atendimento médico quando começou a sentir uma forte falta de ar. Essa sensação corpórea se atrelava à insônia a ao sentimento de "estresse".

Meu irmão me levou num conhecido, um médico, quando chegou lá o médico disse que eu precisava era de psiquiatra, eu retruquei, tratei mal e vim embora. Com a mesma falta de ar, no outro dia fui no outro médico, o médico falou a mesma coisa, precisava de um psiquiatra... e eu fiquei internado, revoltado, muito triste, foi uma vivência assim, pra mim, isso não foi fácil, levar esse rotulo de transtorno bipolar! (Interlocutor Roberto).

A internação relatada ocorreu em Recife (PE), em uma clínica particular. Roberto conta que se revoltou contra a internação e se opôs às terapias propostas pela instituição, inclusive à terapia medicamentosa: "fiquei muito revoltado, não fazia terapia, não tomava remédio, botava remédio na minha boca, eu guspia, até que foram pra injeção, eu sofri muito! Não foi fácil!".

Segundo Roberto, a clínica era análoga a um hospital psiquiátrico, diferenciando-se, em sua visão, apenas pelo valor cobrado pela internação. Ficou internado por trinta dias e relata ter presenciado situações extremamente marcantes relacionadas à violência de outros internos:

Era uma clínica de pessoas de médio porte, mas com um grau de explosão muito alto, pessoal muito bravo, pessoal filhinho de papai, quebra tudo e tal. [...] Eu presenciei um cara arrancando um olho, um cara jovem, 20 e poucos anos. E essa cena, eu convivo com ela até hoje, uma coisa muito forte que aconteceu. (Interlocutor Roberto).

Roberto relata que essa internação causou uma virada em sua trajetória de vida, devido a dois motivos principais. O primeiro deles foi a aproximação afetiva com seu pai:

Eu tinha um grande sonho, que era de dar um cheiro no meu pai, que era mais fácil conseguir uma usina do que pedir pra papai um cheiro, eu morria de vontade! Isso pode ser besteira pra você, mas nos do interior, macho demais, quatro homem, eu sou o mais velho, fazendeiro, isso dá um certo vazio (Interlocutor Roberto).

No último dia de internação, conforme me narrou Roberto, ele conseguiu expressar a seu pai a falta que seu afeto lhe fazia. E, então, após a alta, pôde passar alguns dias com o pai na fazenda, andando a cavalo, e recebendo, inclusive, abraços e “cheiros” de seu pai.

O outro ponto de “virada” que ocorreu após a internação de Roberto foi sua decisão de dedicar-se à carreira política, como forma de sentir-se útil, apesar do diagnóstico de TAB, ou, como ele chama, do “rótulo de transtorno bipolar”.

Ao invés de eu murmurar, eu tá murmurando, reclamando, da vida, eu podia ser uma pessoa que podia ainda ter alguma utilidade, e eu me tornei o que? Eu vou lhe dizer! Eu dei a volta por cima, eu me candidatei a vereador da minha cidade, fui o segundo mais votado do meu partido! (Interlocutor Roberto).

A narrativa de nosso interlocutor nos suscita diversas reflexões, mas neste momento gostaria de ressaltar que as categorias de *crise* e *surto* não foram empregadas por ele, mas sim a de *estresse* – que, segundo ele, se deu devido ao grave problema financeiro que enfrentou.

A categoria estresse não se contrapõe necessariamente à de crise – utilizada por Bárbara e Marcela –, se entendermos ambas como um sofrimento crítico. Entretanto, a utilização do estresse parece ser bem localizada com relação à sua causalidade. Roberto, nos trechos acima transcritos (e também em outros), localiza que foram o ambiente de trabalho e a questão financeira que o deixaram *estressado* a ponto de desenvolver uma doença. Ao passo que, para Marcela, por exemplo, a categoria crise surge de forma muito mais difusa, que relacionei às ideias de vida crítica e ao corpo crítico, ou seja, ao sofrimento social prolongado e socialmente situado.

Segundo Silveira (2000), a categoria estresse está associada às classes sociais médias e altas, enquanto para camadas populares, sobretudo para as mulheres, outras categorias entram em jogo, como nervos. O estresse, segundo a autora, tem um alargamento conceitual, tornando-se uma categoria de utilização cotidiana; entretanto, o entendimento como uma questão de saúde/doença se dá quando a situação estressora excede os recursos de enfrentamento da pessoa.

A percepção da crise como um evento de ruptura ou como um processo é entendida, nesse sentido, como uma percepção *socialmente situada* (HARAWAY, 1995). Dessa maneira, para grupos vulneráveis a crise pode ser um processo longitudinal – de *permanência* – enquanto para pontos de vista privilegiados pode ser percebida num caráter de excepcionalidade.

Durante a narrativa de Roberto, outros eventos foram ditos como geradores de estresse, e como predecessores de momentos de internação psiquiátrica. Por exemplo, causavam-lhe estresse certas situações de quando trabalhava como vereador: recebendo constantemente pessoas em sua casa com pedidos de ajuda, sentia-se impotente diante das dificuldades de concretizar o apoio à população na dinâmica da vida política. Nessas ocasiões em que me contava sobre esses momentos estressores, notei, contudo, que o interlocutor não utilizava os termos “crises” e “surto” para dar sentido à experiência de sofrimento, apesar de narrar situações por vezes análogas às descritas pelas outras interlocutoras.

Na busca de compreender a construção de sentido pela inescapável captura psiquiátrica, realizei uma pesquisa no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)³⁸ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) sobre as categorias “crise”, “ansiedade” e “estresse”, tão marcantes nas narrativas. Surpreendentemente, a categoria *ansiedade* é mencionada no DSM-

38 O DSM-5 é um sistema de classificação e categorização dos chamados “transtornos mentais”, que teve seu primeiro esboço realizado em 1844 e atualmente encontra-se em sua quinta edição. O manual apresenta critérios diagnósticos para a prática clínica psiquiátrica e nos auxilia a entender a perspectiva biomédica frente à crise.

5 1.377 vezes, aparentemente presente em grande parte – senão em todos – dos mais de trezentos diagnósticos presentes no manual.

Com relação à categoria de crise, noto que, diferente do que eu supunha, ela é pouco presente no manual, constando apenas seis menções: uma delas nomeando uma disfunção ocular (*crise oculogírica*, 2014, p. 771) e as outras cinco se referindo a situações externas que podem ser *estressoras* para o indivíduo. Ou seja, na perspectiva biomédica, a crise não se classifica como um ou parte de um transtorno mental³⁹, mas como uma incisão externa que pode levar, entre outros fatores, a um quadro psiquiátrico.

O estresse, citado 239 vezes no manual, segue a mesma linha da representação da crise, no sentido de ser entendido como uma perturbação exterior ao indivíduo. Entretanto, o estresse parece ter contornos e relações causais mais definidas, o que permite a identificação eventual do “estressor”, agente perturbador do funcionamento normal do indivíduo.

Nessa busca das categorias psiquiátricas, encontro uma interessante de ser abordada: o *episódio agudo*. O termo compreende a existência de um curso da doença mental, em que há um momento de agudização, ou intensificação de sintomas, que pode ter diferentes características, a depender de qual transtorno mental se trata.

No discurso psicológico e psiquiátrico presente nas narrativas que constroem sentido à experiência do sofrimento social de Marcela e também de Roberto, o emprego da categoria *crise* parece se fundir com essa ideia de agudização. Tal momento, compondo uma parte do curso da doença mental,

39 O próprio DSM-5 aponta que não há uma definição de transtorno mental que dê conta da pluralidade dos diagnósticos do manual, entretanto propõe a seguinte definição: “Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 20).

indicaria sintomas de uma doença que estaria por vir, em indícios que só podem ser percebidos retrospectivamente, mas que não deixam de estar presentes, ainda que adormecidos.

No caso de Bárbara, ela traça a construção de sentido sobre o vivido na perspectiva de um processo crítico, de vida crítica, elencando elementos que possam ter contribuído para o que ela chama de surto. Mas isso não exclui a presença da *captura biomédica da experiência de loucura* (CIELLO, 2020, p. 239). Aliás, este parece ser um dos focos principais na construção de sua narrativa: a lembrança e o narrar parecem se demorar mais e traçar com mais detalhes a construção dos diagnósticos e a experiência com a medicação e com outros tratamentos, do que a crise ou o surto em si.

No próximo tópico, serão levantados os sentidos da ideia de surto. Sobre a organização deste trabalho, vale ressaltar que, inicialmente, a abordagem das narrativas acerca dos cuidados e intervenções relacionados à crise estaria exclusivamente alocada no terceiro capítulo desta dissertação. Porém, essas narrativas suscitaram a reflexão sobre como e em que medida os espaços de atendimento à saúde mental entram na dinâmica da crise. Assim como seus profissionais, “pacientes” e suas lógicas de funcionamento, tais instituições se provaram cruciais para a construção de sentido sobre a própria experiência, em especial quando se trata do que os interlocutores chamam de surto⁴⁰.

Sendo assim, neste próximo tópico iremos visitar principalmente a experiência dentro de hospitais psiquiátricos, pois esta foi a principal forma de resposta aos momentos entendidos como de crise para as interlocutoras, e porque tais eventos impactaram profundamente a construção de sentido dado ao vivido. Daremos continuidade, então, à história de Marcela como condutora das reflexões, interconectando-a com as narrativas dos demais interlocutores.

40 Por uma questão de organização da dissertação, grande parte dessas intervenções à crise se preservam no capítulo terceiro, em que iremos, justamente, entender de que forma o cuidado se estabelece durante essas experiências de crise e também como forma de buscar uma prevenção de novos episódios.

2.3 Surtos e internações psiquiátricas

Marcela relatou que sua *segunda crise* foi novamente uma *crise de ansiedade*. Entretanto, desta vez, tal acontecimento precedeu uma experiência que ela chamou de seu primeiro *surto*.

A interlocutora trabalhava como *telemarketing* em uma instituição voltada para pessoas com deficiência – esse foi seu primeiro emprego de carteira assinada, muito valorizado por Marcela durante sua narrativa. Sua função consistia em pedir doações para a instituição, por meio de ligações telefônicas, atingindo metas de captação em dinheiro:

Eu tinha minha meta sempre alta e minha meta estava baixando, eu não sabia por que não tava conseguindo bater a meta. Não sentia sono, necessidade de sono, só sentia aquele cansaço físico, mas não sentia necessidade de sono e daí meu patrão ele veio falar comigo, porque... o que que tava acontecendo que minha meta tava baixando? e eu disse a ele que eu não sabia o que era e eu pedi pra conversar com o psicólogo. Lá é uma associação que apoia pessoas com deficiência, então lá tinha atendimento médico, e ele me cedeu esse espaço psicólogo. Quando falei com a psicóloga, que foi a primeira psicóloga, ela falou para mim que tava com ansiedade, crise de ansiedade... forte... e que eu só tinha que tomar uma medicação.

Só que eu fiquei pensando: “psiquiatra ia passar remédio e eu não vou tomar remédio que eu não sou doida, então eu não vou” e eu não fui... até que um dia eu surtei, eu tava dentro do ambiente lá, ligando para pessoa porque eu ligava para as pessoas pedindo dinheiro ou brinquedo para a instituição, e nossa meta era sempre pedir dinheiro, pedir dinheiro, pedir dinheiro, quanto mais dinheiro, mais nossa meta batia... tipo se nossa meta fosse 600, a gente tinha que bater a meta de 600 em dinheiro, não em brinquedo.

Aí teve um momento que eu tava ligando e eu comecei a escutar vozes, muitas vozes, e aí e depois eu comecei a olhar pro lado e vi tipo um trem vindo na minha direção e várias informações ao mesmo tempo... era como fosse cartas que vinha em minha direção, cartas em forma de fotos, passava fotos da minha madrastra, que faleceu, foto da minha mãe, era bem ligeiro, como se fosse um trem passando... e as cartas vinha... e eu comecei a gritar, me tiraram de lá e eu acordei no hospital [...]

(Faz um movimento rápido e alternado com os braços que vai da altura do peito até a lateral da cabeça, mostrando as cartas que vinham rapidamente de frente e passavam pelo seu rosto e iam para trás.)

R - E essas vozes eram mais ou menos como?

Eu escutava vozes, gargalhadas, “você não vai conseguir”, “você é uma idiota”, pessoas me xingando, entendeu? E vinha de fora para dentro como se fosse uma pessoa no meu ouvido e dizendo isso... eu olhava e não era ninguém perto de mim, eu tava na minha cabine, eu olhava e não tinha ninguém e eu comecei a amassar as folhas.

(Enquanto relatava, algumas vezes virou o rosto para o lado rapidamente, simulando um gesto que passa uma sensação muito nítida de medo e de busca por alguém que pudesse estar proferindo as acusações naquele ambiente.)

Eu lembro que eu amassei um monte de folha. Eu não lembro quando eu saí do meu escritório né, quando eu acordei já tava no hospital, no Trauminha, Giovana tava comigo, minha psicóloga, aí foi quando eu tive meu primeiro surto psicótico.
(Interlocutora Marcela. Em itálico são descrições do diário de campo, e o “R” indica fala da pesquisadora).

Os desconfortos emocionais e corporais transbordam no contexto da pressão por produtividade no trabalho. E, apesar de a interlocutora pontuar algumas vezes o “bater meta” e o “pedir dinheiro” num ritmo de fala que realmente remete a aceleração e pressão, ela não traz a problematização ou a suposição de que o ambiente de trabalho possa ter tido uma influência em sua crise de ansiedade.

Novamente, foi em um contexto de trabalho que a interlocutora teve o que chamou, ou melhor dizendo, o que foi chamado pela psicóloga e pela psiquiatra, de *surto*. Atrelada à ideia de crise, essa categoria sintetizou e se tornou marco de uma série de sensações e estranhamentos corpóreos: enquanto a crise se relacionou, por exemplo, a um forte cansaço em conflito com a falta de necessidade de sono, o surto se relacionou ao ouvir risadas e frases sem que houvesse outras pessoas presentes.

As ideias de surto e surto psicótico surgiram na narrativa como uma forma de nomear essas sensações corpóreas que extrapolaram os limites compreendidos – ou compartilhados – dos sentidos, culminando com a perda da consciência e o “acordar no hospital”. Marcela diz ouvir, ver e sentir algo exterior, e parece haver uma memória do corpo, observada pelos movimentos que Marcela realiza durante a narrativa, transmitindo a emoção principal de medo – movimentos que complementam o domínio da linguagem na descrição dessa experiência.

O surto parece surgir como uma culminação, um ápice do momento de crise. Enquanto a crise pode ser vista como um processo, o surto é visto, pela narrativa de Marcela, como um evento – de intenso sofrimento corporal –, que por meio de sensações, sons e imagens, apresenta um eco no corpo. O mesmo corpo que sentiu e viveu a violência prolongada expressa o sofrimento social

pela síntese corporal, que vai para além das possibilidades antes conhecidas da organização dos sentidos.

Esse sofrimento corporificado, que até então era invisível para terceiros, passou a ser percebido no momento em que impactou a produtividade, no caso do que Marcela chamou de crise de ansiedade, ou quando transbordou para as relações de trabalho ao gritar e amassar as folhas, no que ela chamou de primeiro surto. Então as situações culminaram, naquele ambiente, em uma intervenção hierárquica e posterior inserção no circuito psiquiátrico.

Já com Bárbara, conforme descrito na seção anterior, a categoria *surto* surge como uma agressividade com o próprio corpo; e há uma indefinição na descrição da experiência do sofrimento, que chega a confundir-se com a própria internação psiquiátrica. Se por um lado ela relata que as dezessete internações se deram devido aos surtos, por outro, as próprias internações foram momentos críticos e de intenso sofrimento, como podemos ver no trecho a seguir:

Naquela época nas clínicas públicas a gente era dividido por pavilhão, meio que como ainda é hoje, que nem no Juliano Moreira, só que hoje é bem menos [gente], naquela época era bem mais. O tratamento era aquele mesmo: contenção nas clínicas públicas, grades, muitas mulheres, muita medicação, muita falta de higiene, profissionais despreparados com tratamento despreparado. Eu sofri um bocado, sofri de tudo que uma pessoa pode sofrer dentro de uma internação. Dentro das internações eu sofri de abuso sexual a tudo que você pode imaginar, a privação de comida, eu só não passei por eletrochoque, mas todos ou outros tipos de contenção eu passei. Isso nesses três anos [dos 12 aos 15 anos de idade] (Interlocutora Bárbara).

O hospital psiquiátrico, como vimos nesse trecho e veremos nos próximos, produz uma certa compreensão da crise, pelo mecanismo de controle e sujeição dos corpos, e do que é entendido como sintoma da doença psiquiátrica: agressividade, periculosidade e indisciplina (WILLRICH, 2009; WILLRICH et al., 2012). E dessa forma, o próprio hospital em suas relações de poder é um agente de *produção de verdade e de subjetivação* (FOUCAULT, 2009; RABINOW; ROSE, 2006), compondo sentido para a experiência.

R - Você tem uma lembrança bem viva das coisas né? Você contando parece que consigo ver as coisas, vendo um filme, sabe? Isso porque tem muita história que eu não lembro, mas que as pessoas me falam. Tipo... surto psicótico. Eu cheguei muitas vezes a presenciar lá no hospital cinco, seis homem pra amarrar uma pessoa no seu perfil e eu perguntar “por que tem que ser tanto para amarrar essa mulher?”

Aí a enfermeira dizia pra mim “olha... tá vendo aquela mulher ali magrinha? A força dela? Você fica pior do que ela”. Então eu fico me imaginando... como é que eu fico, a força que eu fico, né? (Interlocutora Marcela).

A memória é entendida como um importante elemento na construção da identidade (MENEZES et al., 2004). No caso do relato de Marcela, a memória se mostrou socialmente construída pelo relato dos profissionais de saúde no ambiente de internação. Nesses relatos, os profissionais descrevem a Marcela o que ocorreu quando ela estava “fora de si”, nas circunstâncias de surto.

O discurso do medo e a ideia de periculosidade (SILVA, 2018; WILLRICH, 2009) também foram presentes na fala desses profissionais e dos familiares de Marcela. Essas descrições muitas vezes entram em conflito com o próprio conhecimento que a interlocutora tem de si, suscitando a dúvida – e em alguns momentos até a certeza – de que ela se torne outra, “fora de si”, uma outra violenta e perigosa quando em surto.

O trecho a seguir nos mostra uma passagem da narrativa de Marcela em que pergunto a ela qual a diferença de quando ela fala em surto psicótico e quando ela fala em crise. A resposta que segue é uma narrativa que denuncia as condições do hospital psiquiátrico, nos fazendo pensar na produção de sentido sobre a experiência de crise e, principalmente, de surto que foi construída nesse ambiente.

R – Marcela, qual a diferença de quando você fala de crise e quando você fala de surto psicótico?

Todas as duas são crise, mas crise depressiva você fica depressiva só, deprimida, e crise de surto psicótico você fica agressiva, num surto psicótico você nunca vai ficar quietinho, deprimido, você vai ficar super agressivo, muito agressivo... Não deixa de ser crise né, mas a diferença é essa pro surto psicótico.

R – O surto psicótico pra você durou quanto tempo?

Depende, já teve crise minha que eu passei três meses sem reconhecer ninguém, e eu com surto psicótico achando que era Jesus Cristo, que eu tinha superpoderes. As pessoas ia me visitar e eu não reconhecia. Tinha que ficar contida numa sala bem reforçada mesmo. E depois quando passou eu ficava perguntando “ninguém veio me visitar?” e a enfermeira dizia “todo dia vinha gente te visitar, você não tava ciente de si, mas acho que mais tarde vem gente visitar você”. Aí chamaram a família, a família no caso era minha curadora. Minha curadora foi e me viu, mas eu era um tipo de pessoa que se vacilou eu avançava no pescoço, vacilou eu fugia do hospital. Eu tava numa cela... numa cela não (risos), eu digo numa cela porque em 2010 era

numa cela que a gente ficava, tipo numa prisão. Nunca entrei numa cadeia, mas acho que ali era tipo uma cadeia, que a gente vivia.

R – Por quê? Como que era?

Era uma grade, era uma grade e um tapete grosso pra você deitar, um cantinho de cimento, e o colchonete fino pra se deitar, só. Ali a gente tomava banho, fazia xixi, fazia coco e comia. Não tinha banheiro.

R – Isso onde?

No Juliano Moreira. Não sei se cadeia é desse jeito, não sei, se é cela desse jeito. Aí em 2012 eu tive lá também, mas já fiquei numa parte já diferente, fiquei num canto que tinha uma porta, mas só que tinha uma janela, e na janela tinha uma tela de plástico, a tela de plástico eu cortei todinha, com as mãos, com os dentes. Aí eu vivia contida, direto. Nesse tempo eu passei três meses no Juliano Moreira. Tomei choque em 2010, mas 2012 não, passei três meses lá. Final de 2012 dei outra entrada lá, mas aí eu só passei quinze dias.

R – Como era a rotina nesse tempo que passou lá dentro?

Os quinze dias a gente ficava num canto, tinha um refeitório, tinha o espaço de brincar, de dominó, damas, se quisesse, baralho. Eu ficava sempre perto de umas meninas que gostava de cantar, eu gostava de ouvir a voz delas cantando, aí elas cantava e eu ficava escutando. Tinha uns rapaz evangélico lá que ficava lá junto, eu ficava lá escutando. De noite, primeiro tinha a janta, 5 horas da tarde era janta, 8 horas era lanche da noite e depois recolhia e ia dormir.

R - Você entrava no hospital porque tinha acontecido alguma coisa, como me contou, mas o que determinava quando você iria sair? Ir pra casa?

Eles viam que eu tava ciente já. Eu entrava em surto ou em crise depressiva demais, ou... na maioria das vezes eu entrei no Juliano Moreira porque tava em crise com surto psicótico. Só entra no Juliano Moreira com surto psicótico, sem surto psicótico não entra. Ou grave, ou leve ou moderado, mas entra. Eu entrei nesse último dia com grau leve. Eu entrava na realidade e depois saía. Aí eu ficava sendo observada direto.

R - Quando você falou dos três meses lá dentro, você sente que ficou os três meses em surto?

Não, fiquei três meses, mas não foi os três meses de surto, passei dois meses e meio em surto, e os outros dias eu fiquei em observação. Porque sai do setor de surto, que fica contida, e vai pro pátio. Porque lá, se entrar hoje só sai depois de quinze dias. Não sai com menos de quinze dias, não sai com menos não. Isso se o paciente for bem educado, bem quietinho, daí sai. Se o paciente for agressivo, se o paciente ficar chorando, nem se iluda que ele sai antes.

Eu acho o Juliano Moreira muito ruim. Por mais que tenha mudado, mas eu acho muito ruim lá, o PASM é menos, menos... como é que se diz... deixa eu pensar numa palavra... menos agressivo o PASM... mas o Juliano Moreira é muito ruim, muito ruim mesmo. Às vezes eu digo que quem quer conhecer o inferno vá ao Juliano Moreira, o pessoal vai lá de visita, mas entra lá pra ver o que tem...

R– O que o PASME tem de diferente pra ser menos agressivo?

Primeiro porque é um lugar pequeno, segundo que tem lugar divisório, homem não fica com mulher, só fica quando tá na refeição, e os apoio

fica tudo perto da refeição. Segundo que ele não exige a gente ficar perto deles. Se a gente não quer comer, eles dá comida pra gente no quarto mesmo, e terceiro que a gente fica num quarto reservado. Eu tenho medo dos outros paciente, mulher agredir a gente, não por causa delas, mas das crises que elas têm, e eu não consigo dormir quando eu tô lá. Por mais que eu esteja grogue com medicação eu não consigo dormir. Eu tenho medo. Lá no Juliano Moreira, uma paciente queria me sufocar com o travesseiro, aí eu fiquei com trauma. Eu dizia pra enfermeira, aí a enfermeira brigava com ela, depois ela ia lá de novo, ficava já com o travesseiro na mão quando eu deitava, aí já me sentia ameaçada, aí não dormia. Não dormia de jeito nenhum. (Interlocutora Marcela. O “R” indica fala da pesquisadora).

Marcela percebe o ambiente como agressivo, e em sua fala vemos uma organização do hospital que aglomera e propicia a violência e a invasão da privacidade e dos corpos. A captura biomédica pode, por um lado, dar legitimidade social ao sofrimento ao caracterizá-lo como doença e oferecer uma resposta pragmática às sensações corpóreas enquanto sintomas (SILVEIRA, 2000); por outro lado, ela não problematiza ou atua diretamente na resolutividade do processo crítico que pode ter contribuído fortemente ou intensificado o sofrimento.

Podemos pensar, inclusive, em uma resposta hospitalar à crise que produz ainda mais sofrimento. Vimos nos relatos acima que o sofrimento vivido durante a internação se acrescenta e se funde com o próprio sofrimento advindo da crise. Dessa forma, o hospital psiquiátrico se mostrou agente de produção de uma experiência de sofrimento a qual ele próprio havia se proposto a suprimir, contribuindo para a dependência e a construção de um ciclo vicioso de crise-internação-crise.

Essa questão aponta mais uma vez para a necessidade de, como aponta Fassin (2020), colocar em crítica a ideia de crise. Nesse caso, trata-se de questionar se nomeamos como crise e depositamos na doença um rol de experiências de sofrimento, sem questionar os contextos de produção e intensificação dessas experiências.

Apesar da massiva vivência de internação, Marcela, num *ato de resistência* a essa verdade que se impõe sobre ela (FOUCAULT, 2009; 1988; MALUF et al., 2020), identifica outras identidades de mulheres que estavam com ela na internação, ao dizer que *estavam* agressivas devido à crise, e não que

eram agressivas; ou seja, identifica o *caráter circunstancial daquela identidade agressiva* (REDKO, 1991).

Bárbara também realiza um ato de resistência micropolítica à captura hegemônica (ANDRADE; MALUF, 2014) acerca da identidade de “bipolar” que carrega devido ao diagnóstico psiquiátrico. No início de sua narrativa, ela me apresentou diversos exemplos de pessoas que foram diagnosticadas com TAB ou outros transtornos mentais e que fizeram grandes contribuições à sociedade. Desde o início de nossa relação, então, Bárbara desvincula sua pessoa de uma identidade estigmatizada de doente, frágil ou incapaz: *“tem umas criaturas, que assim, dentro do contexto [da doença], elas conseguiram manifestar outras coisas, principalmente mulheres, que me inspiraram muito a seguir na luta”*⁴¹. Ela afirma e produz, assim, sua identidade enquanto sujeito.

A narrativa de Marcela também nos oferece a oportunidade de refletir sobre o assunto. Quando ela narra seu retorno para casa após sua internação decorrente de um surto, podemos identificar outras racionalidades compondo sentidos para sua experiência, expressas na voz de seu pai e de seus tios.

Quando começou a trabalhar com telemarketing, Marcela morou por algum tempo com os tios. Após seu primeiro surto no ambiente de trabalho, seus familiares a pressionaram a voltar à igreja, pois, segundo eles, o “demônio” seria o responsável pelas alterações corporais de Marcela, já que esta não frequentava mais a igreja. Nessa circunstância, Marcela discorda dos parentes, age também em forma de resistência e se decide por morar sozinha.

Para seu pai, o sentido para os surtos e a crise se relaciona com a sexualidade de Marcela. Para ele, a falta de relações sexuais heteronormativas ocasionaria agressividade e outros tipos de perturbações de ordem mental. Ele utiliza a expressão “o queijo subindo pra cabeça”, como um modelo explicativo para tal acontecimento.

41 Bárbara cita Marsha Linehan, criadora da terapia comportamental dialética; Kay Redfield, autora do livro *Uma mente inquieta*, que aborda a vida sob a perspectiva de uma pessoa com TAB; Camille Claudel, famosa escultora francesa; e Austregésilo Carrano, escritor e militante da luta antimanicomial. Todos eles, pessoas diagnosticadas com transtornos mentais.

Além disso, tanto para seu pai, quanto para outros familiares, há também a ideia de “safadeza”, no sentido de que Marcela estaria inventando uma situação para evitar ou se esquivar de trabalhar, cuidar da casa ou de casar – ou seja, de desempenhar as ocupações esperadas para ela, enquanto uma jovem mulher. Nesses casos, Marcela também faz um movimento de resistência, afirmando para si outras identidades, que ultrapassam as expectativas dos familiares.

A resistência, porém, não deve ser romantizada ou heroicizada, pois envolve o sofrimento e a tomada de atitudes desesperadas que colocam sua vida em risco:

Minha medicação faltou, e eu tive uma recaída de depressão, e essa depressão minha foi mais forte, que eu emagreci, fiquei sem conseguir comer, comecei a usar sonda pra se alimentar, usei fralda descartável porque não tinha força pra levantar da cama, passei um tempo desse jeito, e lá ele [meu pai] me ajudava né, dar banho em cima da cama, botar comida na sonda, me levou pro hospital ainda.

Fiquei muito debilitada, tive que levar soro, esses negócio, os médico disse que eu não sobrevivia, aí foi quando fui melhorando, voltei para casa mas ainda voltei com sonda, voltei usando fralda, fiquei um tempão, tipo uns três meses desse jeito logo depois quando eu melhorei da sonda, das fraldas, eu tentei o suicida, tomei remédio pra morrer, porque meu pai não entendia, ele achava que era só safadeza, como até hoje ele acha.

Então assim eu me sentia presa dentro de mim e presa dentro da minha família, ele dizia que não tinha pra que eu ir para onde tá os meninos doido, que eu não era doida, não tinha precisão, eu só ia ficar mais doido ainda, eles [a família] ficavam criticando as medicação que eu tomava, que eu dormia até tarde, dizia que era safadeza, as vezes eu rebatia, e eu percebi que quanto mais eu rebatia mais pior ficava.

Então eu já sentia dor dentro de mim porque eu já tinha isso, eu procurava cura e não achava, e meu pai não entendia, então a minha solução era morrer... eu não queria tirar minha vida eu queria tirar minha dor. Então peguei vários remédios e tomei 135 comprimidos (Interlocutora Marcela).

Além de todo o sofrimento e a força de resistência que Marcela exerce para não pertencer a essa identidade a qual lhe é dada, a dúvida fica no ar... “Como será que sou quando estou em crise?”, “será que o demônio vai me atacar agora de noite?”. As incertezas revelam que, mesmo resistente, ela não está imune à construção social da crise, expressa pelas falas de seus familiares e também dos profissionais dentro do hospital. Recorde-se que no ambiente hospital, os discursos da moralidade e da disciplina igualmente estiveram

presentes, nas ideias de educação e de silêncio, que garantiriam maiores possibilidades de alta e retorno para o lar.

Marcela traz ainda um relato de uma crise que foi acolhida em um CAPS de Campina Grande. Ela começou a frequentar o serviço após a tentativa de suicídio. Esse trecho nos ajuda a pensar outras formas de entendimento e de produção de sentido sobre a crise:

Comecei a frequentar o CAPS, frequentei o CAPS e tudo, quando cheguei lá era muito calada, não falava quase nada, tudo que eu fazia era desenhar, desenhar... ou desenhava ou escrevia, eu não falava, e quando desenhava eu desenhava uma pessoa dentro de um quadrado, e eles perguntaram o que era aquilo ali... Nem todas as psicóloga eu respondia, mas teve uma lá que é uma psicóloga combinativa... comportamental, um negócio assim... aí ela conversando, puxando assunto direto comigo, eu estava em crise, dizia que eu era o patinho feio, eu não lembro dessas coisas, mas ela dizia para mim, ela dizia que eu tava presa dentro do quadrado.

Aí ela disse “Que quadrado é esse?”, aí eu disse “o quadrado, tô presa”, só que eu estava presa dentro de mim e presa dentro do quarto. Eu vivia dentro do quarto, ele [seu pai] começou a me manter presa dentro do quarto, pra mim não sair falando o que que acontecia dentro de casa comigo. Fui mantida em cativeiro também, meu pai muitas vezes me manteve em cativeiro, só abria para mim almoçar, e me entregava o prato do almoço, me dava um balde lá, me deixava dois balde: uma pra mim urinar, outro pra defecar, e a garrafa d’água lá e a refeição, e abria a porta e dava para mim comer.

De noite quando ele abria a porta, eu ia tomar banho, saía, ia tomar banho e entrava de volta dentro do quarto. Era o castigo porque eu falei no hospital que a culpa [da tentativa de suicídio] era dele. Então meu pai ficou com mais revolta ainda de mim, porque eu joguei a culpa em cima dele.

Pra ele foi dolorido. Hoje eu entendo assim: tanto sofre a gente que tem o transtorno como sofre quem tá do nosso lado. Hoje eu vejo dessa forma um pouco, sabe? Mas é difícil... é difícil quem tem transtorno... é difícil acordar, é difícil manter o equilíbrio, não é fácil (Interlocutora Marcela).

A noção de crise na perspectiva psicossocial, que orienta o modelo de cuidado dos CAPS e de toda a Rede de Atenção Psicossocial, advém da reforma psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial, em crítica ao saber psiquiátrico instituído. A crise, nessa perspectiva, é entendida como uma situação existencial e relacional, a partir do reconhecimento de pelo menos três dos seguintes parâmetros:

[...] grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; recusa de qualquer forma de contato; e situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda,

impossibilidades pessoais de enfrentá-las (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005, p. 59).

Essa noção identifica a existência e a participação de outros atores numa dinâmica da crise, como a família, a equipe de saúde e outros sujeitos das relações cotidianas, como que em um processo dialético, pois ao mesmo tempo que a situação existencial e relacional pode levar a uma crise, aquela também se produz nesta. Assim, entende-se a crise como uma experiência social imbricada.

Isso implica uma outra forma de o cuidado à saúde mental relacionar-se com a pessoa em sofrimento crítico, e também uma outra maneira de produzir sentidos sobre essa relação. Uma das propostas da reforma psiquiátrica foi justamente a de atuar no que Amarante (1995) chama de *dimensão sociocultural da loucura*, ou seja, a partir da reforma do modelo de cuidado à saúde mental, alcançar efeitos epistemológicos e de transformação cultural da relação de nossa sociedade com a loucura.

A reforma psiquiátrica pode, nesse sentido, promover outras narrativas sobre o sofrimento social, ao dar novos sentidos para a experiência, nesse caso, de crise. Na fala de Marcela, vimos, inclusive, um marco temporal no processo de modificações do atendimento à crise no hospital psiquiátrico, quando ela compara as experiências de 2010 e 2012, confrontando as experiências que ocorreram antes e após as primeiras legislações da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2011a; 2011b). Tais modificações nas diretrizes governamentais atuaram na reformulação direta das condições de tratamento, com o objetivo de extinguir um modelo de tratamento que nossa interlocutora caracterizou como “agressivo”.

No capítulo a seguir, aprofundaremos as dinâmicas de cuidado diante da crise em saúde mental, estabelecidas pelas interlocutoras em diferentes dimensões da vida cotidiana. Além disso, serão abordadas também ações de cuidado de si, de prevenção à crise e de manutenção do bem-estar.

CAPÍTULO III: "TOCANDO EM FRENTE" - ITINERAÇÕES DE CUIDADO, EXPERIÊNCIAS E TEMPORALIDADES

Após explorarmos os sentidos sobre a experiência de crise em saúde mental no segundo capítulo, compreenderemos agora como as interlocutoras construíram, com base na experiência, formas de cuidar de si⁴² nos momentos de crise.

Para isso, exploraremos os diferentes elementos presentes nas narrativas acerca do estabelecimento e da construção do cuidado, entendendo-o em uma concepção ampliada. Segundo Bonet:

Já não estamos aludindo [quanto ao cuidado] meramente a uma dimensão biológica ou terapêutica no sentido biomédico, associada à saúde, mas a ações realizadas pelos usuários e que não são consideradas como ações de saúde, mas de cuidado. Nessas ações, mobilizam-se não somente os serviços de saúde, mas também a vizinhança. Com essa plasticidade ampliada o cuidado abrange, também, a dimensão política das ações cotidianas do cuidar, sejam dos profissionais ou dos usuários. (BONET, 2014, p. 337).

Abordaremos então as *itinerâncias* (BONET, 2014), os espaços, as relações e os objetos que compõem o cuidado em suas diferentes facetas. E notaremos as formas como, com base na experiência de longa duração da doença (FLEISCHER; FRANCH, 2015), os/as interlocutores/as construíram conhecimento e desenvolveram estratégias de autocuidado. A partir dessa aproximação, entenderemos como as diversas facetas e elementos do cuidado são integrados, compondo novas possibilidades particulares e aprimoradas de lidar com seus momentos de crise.

O capítulo se divide em três tempos. Primeiramente, faz-se uma discussão sobre a construção do cuidado à saúde mental dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em seguida, abordam-se as diferentes temporalidades do cuidado. Por fim, reflete-se acerca das diversas estratégias realizadas pelas interlocutoras num sentido de autocuidado à saúde mental.

42 Serão debatidos adiante os conceitos de *cuidar de si* e de *autocuidado*.

3.1 De usuários a experientes⁴³: a construção do cuidado à saúde mental

Durante o segundo capítulo, pudemos acompanhar algumas experiências das interlocutoras denominadas como crises e surtos, e vimos alguns atores e espaços de cuidado que estiveram envolvidos nesses momentos e participaram da construção de sentido ao sofrimento relacionado à crise, com destaque para os ambientes institucionais de cuidado – os CAPS, os hospitais psiquiátricos e pronto-atendimentos em saúde mental.

Num movimento dialético, essas instituições orientaram e produziram tanto a construção de sentido, quanto formas definidas de cuidado à crise, sob lógicas e éticas específicas de compreensão da saúde mental e da crise. Esses espaços compõem a Rede de Atenção Psicossocial, que determina um cuidado institucional à crise em saúde mental pré-estabelecido, a princípio. As pessoas em sofrimento que frequentam esses serviços, como já mencionado, são nomeadas e entendidas como usuárias destes, o que reforça a noção de que haja um cuidado pré-estabelecido oferecido, dos quais as pessoas fazem uso.

Os resultados desta pesquisa apontaram, além da existência de espaços de cuidado pré-estabelecidos, para que esse plano de fundo “oficial” da RAPS não é um *a priori* uniforme, fixo, unidirecional e equacional. Tratou-se de uma dinâmica construída na particularidade das relações de cada caso, de cada profissional e de cada gestão, ou seja, o cuidado à crise foi circunstancial, ainda que houvesse certa delimitação dada pela estrutura dos equipamentos e dos núcleos profissionais.

Ouvimos nas narrativas *itinerâncias* em busca de cuidado à crise. Esse agir se dá no desenrolar do próprio percurso e não segue a lógica de “uso” de um sistema de cuidado dado; tampouco configura-se como uma entidade, mas sim uma construção de um cuidado durante a relação circunstancial entre os sujeitos, ambientes e objetos envolvidos (BONET, 2014).

Segundo Bonet, a itinerância:

É um movimento para frente e que envolve criatividade e improvisação.
A itinerância não conecta pontos, mas consiste em um sistema aberto

43 Conceito formulado por Andrade (2012). Será abordado ao longo do capítulo.

de improvisações (porque acontecem no desenrolar da ação) e ao longo da qual a vida é possível. As itinações não se dão em um mundo em rede que preexiste, mas em uma malha de linhas de vida que se produzem na mesma itinação [...] se os itinerários estão sujeitos a constantes improvisações dos agentes, então não se pode falar de percursos previstos e, portanto, de uma rede que preexista aos movimentos dos agentes, mas de uma malha de linhas que vai sendo construída nos fluxos e nos processos. (BONET, 2014, p. 336-337).

Durante a narrativa, Marcela fala de diversas situações de crise em que foi cuidada dentro de instituições de saúde mental, e nesses relatos vemos uma diversidade de itinações, numa rede de ambientes, de profissionais, de relações, que mostram uma pluralidade de como o cuidado se constrói.

Em seu primeiro surto psicótico, em 2010, Marcela é levada ao pronto socorro de saúde mental de João Pessoa, o PASM ou “Trauminha”⁴⁴. Ela não se lembra como ocorreu esse deslocamento, mas sabe que foi a psicóloga da instituição de trabalho que a acompanhou até o Pronto Socorro.

A terceira vez em que Marcela teve um surto foi muito semelhante à primeira, tanto pelas características das alucinações e sensações corpóreas, quanto pelo contexto em que o surto ocorreu – também na instituição de trabalho. Mas ela não foi encaminhada ao “Trauminha”; foi acolhida e medicada pela psiquiatra da instituição e levada pela empresa para a casa dos tios, com quem morava na época.

Na crise seguinte, Marcela já estava afastada do trabalho devido à ocorrência de três surtos num curto período de tempo, e havia voltado a morar com seu pai e a madrasta em Campina Grande. Nessa ocasião, foi levada ao pronto atendimento em saúde mental da cidade e em seguida ao hospital psiquiátrico pelos familiares.

Em outros momentos, Marcela diz que já foi levada até o hospital psiquiátrico por amigas dentro de um *Uber*⁴⁵, também já foi levada tanto ao

44 O Pronto Atendimento à Saúde Mental de João Pessoa é chamado popularmente de “Trauminha” devido à sua localização: encontra-se em um anexo do hospital de ortotrauma do município.

45 Trata-se de uma forma de transporte privativo semelhante à lógica de funcionamento de táxis, porém realizado por intermédio de aplicativo de celular.

PASM como ao hospital psiquiátrico por meio de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelo carro de amigas, e com o SAMU acompanhado de viatura de polícia.

As decisões de levá-la a determinado equipamento de saúde mental e por qual via foram tomadas por pessoas presentes durante a crise. Marcela não demonstrou ter autonomia nesses momentos. Em geral, as narrativas se centram na experiência da crise, sobretudo na experiência chamada de surto. Então, há uma lacuna na descrição e a narrativa retorna para o “acordar no hospital”; parte das histórias parecem ser construídas posteriormente, pelo relato das pessoas que estavam presentes. Dessa forma, Marcela reconstrói a lembrança, e assim me informa os trajetos e as pessoas envolvidas nas decisões.

As escolhas do equipamento de saúde e da forma de encaminhamento parecem ser feitas, como aponta Bonet (2014) em *improvisação* na circunstância da crise. Mas segundo as narrativas dos interlocutores desta pesquisa, não se trata de uma improvisação “cega”, e sim em consideração de vários aspectos sobre as características da crise, as circunstâncias contextuais e o campo de possibilidades reconhecidas pelo conjunto de pessoas envolvidas.

Considero essa tomada de decisões como uma improvisação experiente, pois foi feita com base na experiência de outras itinações em busca de cuidado vividas por esse conjunto de pessoas envolvidas, ou seja, tanto a pessoa a quem se destina o cuidado, quanto outros engajados diretamente nesse cuidado.

A cada vivência de crise e itinação em busca por cuidado, novos espaços e pessoas são reconhecidos, incluídos no campo de possibilidades de cuidado. Eles podem ser acionados em outra crise futura, ou, num movimento contrário, quando há más experiências, podem se subtrair às possibilidades de cuidado. Pouco a pouco, criam-se referências de quais locais, pessoas, vias de transporte e outros recursos podem ser úteis e viáveis em determinadas situações, e a cada experiência esse campo de possibilidades e referências é mobilizado e se renova mediante as circunstâncias.

Dessa forma, cria-se um corpo de conhecimento sobre o próprio processo de adoecimento e o estabelecimento de cuidado que faz sentido para a

circunstância de vida. Como apontam Fleischer e Franch (2015), a pessoa que passa pela experiência prolongada com a doença torna-se íntima conhecedora de todos os desdobramentos e as condições delicadas que esta lhe impõe. Nas narrativas ouvidas nesta pesquisa, esse íntimo conhecimento também se aplica a uma construção experiente do cuidado.

Visando ao reconhecimento dessa dimensão, reconhecemos os interlocutores desta pesquisa como *experientes* (ANDRADE, 2012), ou seja:

Não se trata apenas de substituir mecanicamente a expressão “usuária/usuário” por outra que pareça politicamente mais correta, mas de instituir um modo de relação capaz de considerar com seriedade as experiências destas pessoas e suas perspectivas e, assim, atribuir um estatuto epistemológico ao conhecimento produzido por elas. A ideia também é deslocá-las dos lugares comuns que costumam ocupar nas suas relações, entendendo que elas fazem muito mais do que apenas “usar” os serviços de saúde mental (ANDRADE, 2012, p. 48).

Destaco dois momentos advindos das narrativas de Marcela e Roberto que suscitaram a discussão acima. Marcela relata que, após passar por situações de surto num curto período de tempo, foi afastada do trabalho e voltou a morar com o pai na cidade de Campina Grande, no interior do estado da Paraíba.

Nessa época, Marcela se aproximou do CAPS do município para dar seguimento ao acompanhamento em saúde mental. No entanto, a continuidade do tratamento foi interrompida devido a uma dificuldade de acesso ao serviço de saúde mental. A interlocutora identifica duas razões para essa interrupção: o traslado entre a casa de seu pai e o CAPS era dificultado, pois exigia a utilização de dois transportes públicos por trajeto; e uma das condições para a utilização desse CAPS era que o usuário estivesse acompanhado de um responsável durante a permanência no serviço.

Marcela, então, interrompeu o tratamento, pois não foi possível dispor de um familiar para acompanhá-la ao CAPS. Algum tempo depois, a interlocutora viveu o que chama de sua pior crise de depressão, relata ter perdido a força para sair da cama inclusive para realizar atividades de manutenção da vida, como a alimentação, a higiene pessoal e as necessidades fisiológicas. Os familiares, especialmente seu pai, cuidaram de Marcela em casa, até que em dado

momento, devido à gravidade de sua condição clínica, decidiram por levá-la ao hospital geral.

Marcela relata ter retornado para a casa de seu pai em recuperação, ainda em uso de fralda e sonda alimentar, e demorou cerca de três meses para se recuperar completamente nesse sentido. Após essa melhora, Marcela tentou o suicídio, ingerindo todos os comprimidos psiquiátricos que tinha. Foi encontrada desfalecida pela irmã, que desconfiou que Marcela pudesse ter cometido suicídio após ter recebido uma mensagem de texto dela via *WhatsApp* em tom de agradecimento.

A tentativa de suicídio para Marcela é um momento em que o sofrimento se torna insuportável, e tirar a própria vida parece ser a única solução para parar de sentir a dor. Marcela, apesar de identificar o impulso para o ato suicida como parte da doença mental, vê a motivação ou a causa desse desejo atribuídas à falta de compreensão e apoio familiar diante dos problemas enfrentados durante a crise de depressão.

Marcela ficou quinze dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e depois em enfermaria no hospital geral. Após sua recuperação clínica, recebeu alta e voltou para a casa de seu pai. Posta a gravidade dessa vivência, Marcela relata que o CAPS de Campina Grande passou a disponibilizar um carro que a buscava para fazer as terapias e a levava para casa, de maneira a viabilizar seu acompanhamento; e também lhe foi permitido que permanecesse no CAPS sem acompanhante.

Vemos, então, que havia condições pré-estabelecidas pelo CAPS para sua utilização. As necessidades de saúde mental caracterizavam Marcela como uma possível “usuária” desse serviço, porém essas configurações de uso do CAPS inviabilizaram sua permanência, a princípio, visto que Marcela não disponibilizava de um acompanhante e de um acesso facilitado ao local em que o serviço se localizava.

Entretanto, após o estabelecimento da crise de extrema gravidade, o CAPS realiza um novo movimento, criando um plano de possibilidades de cuidado para Marcela, e, conseqüentemente, para o próprio serviço. A

especificidade da circunstância de Marcela promoveu a construção da possibilidade de cuidado pelo CAPS sem acompanhante e a disponibilidade de um transporte que viabilizasse o acesso ao cuidado em saúde mental.

Além dessa questão, vemos a mobilização de diversas pessoas e ambientes no cuidado: o pai que alimenta a filha e dá banho na cama, a irmã que interpreta uma mensagem e socorre Marcela a tempo, os profissionais do SAMU, da UTI, da enfermaria do hospital geral e do CAPS; e diversos objetos também nessa dinâmica de cuidado: sonda, automóveis, celular, medicamentos (ora como forma de cuidado e ora como forma de realizar suicídio), entre outros.

A outra passagem narrativa que suscita um debate nesse sentido foi de Roberto contando sobre sua relação com o CAPS de João Pessoa, em que ele faz acompanhamento. Roberto já havia tido sua primeira crise, depois da qual foi internado em uma clínica particular, havia trabalhado como político em sua cidade natal, e vivia agora com a esposa e filhos na cidade de João Pessoa. Ele relata, então, que passou por uma situação que denomina de *estresse*: apresentava noites de insônia, sentia tristeza, angústia, chorava de uma forma que não conseguia controlar – em situações que em outros momentos lhe trariam muita alegria –, e estava fumando quatro carteiras de cigarro por dia.

Dada essa situação, sua esposa o levou ao PASM/Trauminha, e após três dias de internação, ele foi encaminhado para um CAPS do município. Roberto passou a frequentar o CAPS para realizar atendimento com médico psiquiatra e para passar por outras terapias. No momento em que a entrevista foi feita, Roberto relatou que lhe foi indicado, provavelmente pela equipe profissional, frequentar o CAPS duas vezes por semana; no entanto, por escolha própria, frequentava o CAPS diariamente.

Roberto enfatiza:

De paciente eu virei psicólogo, terapeuta, psiquiatra, xerife, padre, pastor [...]. Lá no CAPS, como doente, mesmo doente sou psicólogo, empresto meu ombro, empresto meu ouvido, meu abraço pra quem tá precisando, virei um psicólogo assim na prática [...] cada pessoa dessa que eu ajudo, eu recebo 30% da carga que vem pra mim, pra carregar minha bateria. Quando eu olho e vejo uma pessoa muito sofredora e que eu vou arrancar um sorriso, cada sorriso desse vem pra mim de forma triunfal. Eu preciso fazer essa pessoa sorrir, respirar, pra que eu me sinta bem. Então eu escuto a tarde toda, a manhã toda, enquanto ela não disser “ô Roberto, tô me sentindo tão bem”, eu não paro. Hoje o

CAPS é um referencial pra mim, eu vou todo dia, diz que é pra eu ir duas vezes por semana, eu vou todo dia... eu me sinto bem na instituição! (Interlocutor Roberto)

Nesse trecho, vemos uma expansão e constante construção de novas possibilidades de cuidado dentro do espaço a princípio pré-estabelecido do CAPS. Três elementos chamam atenção nessa passagem. Um primeiro ponto diz respeito aos diversos papéis sociais aos quais Roberto se identifica no ambiente do CAPS: lá, para Roberto, ele é “psicólogo, terapeuta, psiquiatra, xerife, padre, pastor”. O interlocutor se vê para além de um paciente ou usuário; ele ocupa outras dinâmicas relacionais dentro do espaço em que, a princípio, ele estaria presente exclusivamente para ser cuidado.

Outro ponto é o tempo de permanência no serviço. Segundo seu relato, foi indicado que comparecesse no ambiente para os atendimentos duas vezes por semana, no entanto ele teve autonomia em decidir por frequentar diariamente o serviço. Ainda que nesses dias adicionais não participe de terapias com profissionais, ele permanece no ambiente do “fumódromo”.

Isso nos leva ao terceiro elemento de sua fala: ele destaca como a dinâmica do “fumódromo” lhe proporciona bem-estar, pois nessa interação de “ajudar” outros usuários em forma de diálogo, escuta, abraços e sorrisos, ele sente “recarregar a bateria”.

Observamos, nesses pontos, que o cuidado dentro do CAPS não se mostrou unidirecional (profissional-usuário), tampouco tem sociabilidades definidas exclusivamente pelas relações terapêuticas profissionais, mas sim constitui-se em uma interação e em suporte mútuo entre aqueles que o frequentam, com base no diálogo, na escuta e no afeto.

Segundo Bonet (2014), as formas particulares com que as pessoas constroem o cuidado no serviço de saúde produzem histórias e formas de *habitar* os equipamentos. Em nosso caso, o estar com o outro no *habitar* o CAPS cria relações de cuidado tão relevantes para Roberto, que ele – alguém com uma trajetória dentro de espaços políticos – cria com a esposa uma associação de usuários da saúde mental, amigos e familiares, a ASSUFAM, e se insere como militante antimanicomial no município. Assim, nas entrevistas desta pesquisa, o

CAPS, a ASSUFAM, uma associação de apoio a pessoas com TAB de que Marcela faz parte e outros lugares de cuidado identificados pelas/os interlocutoras/es são produzidos e unidos pelas histórias daqueles que os habitam (BONET, 2014).

Além da associação, Roberto cria também um canal de *Youtube* dedicado a produzir material de caráter jornalístico e informativo acerca de assuntos relacionados à saúde mental, como a cobertura de eventos, entrevistas, conteúdos sobre luta antimanicomial e direitos das pessoas com transtorno mental. O canal do *YouTube* foi criado há dois anos, possui mais de 700 inscritos e 48 vídeos publicados.

Como apontam Fleischer e Franch:

A longa convivência com uma doença oferece a possibilidade de conhecer outras pessoas com experiências semelhantes. Esses encontros frequentes têm potencial de politização da experiência, que deixa de ser apenas individual e alça níveis de demandas por direitos específicos para aquela comunidade de adoecidos (FLEISCHER; FRANCH, 2015, p. 21-22).

Assim o ambiente de sociabilidade do CAPS propicia que Roberto atue na militância e contribui para o fortalecimento político do grupo das pessoas com transtorno mental. Como aponta Fraser (2001), esse fortalecimento pode ocorrer por meio do reconhecimento da diferenciação de um grupo a partir da especificidade da experiência – nesse caso, de sofrimento mental.

Marcela também desenvolve um bom relacionamento com uma coletividade formada em torno da vivência de experiências semelhantes da doença. No seu caso, ela participa de uma associação voltada para pessoas diagnosticadas com TAB, e esse grupo tornou-se atualmente sua principal referência de cuidado.

A associação foi formada em 2016 e se propõe a prestar apoio emocional a pessoas com TAB e seus familiares. O grupo promove encontros quinzenais em um espaço cedido pela UFPB, entretanto a associação não possui vinculação à universidade.

Marcela estabeleceu forte relações de amizade com algumas integrantes do grupo e recorre a elas para receber certos tipos de cuidado. Dessa forma,

mesmo morando sozinha, Marcela pode por meio de mensagens ou ligação de celular entrar em contato com essas referências, que se deslocam até sua casa.

A associação também promove encontros presenciais quinzenais para debater sobre assuntos relacionados à convivência com TAB. Um dos encontros mensais é restrito a um grupo fechado de participantes da associação e o outro encontro mensal é aberto a participantes externos, familiares e outros interessados, e conta com a presença de profissionais da saúde para debater questões levantadas pelos participantes da associação. Marcela relata sobre o grupo fechado quinzenal: *“é um grupo que não tem profissional, só são a gente que conversa o que a gente sente, o que a gente tem, se apoia um no outro, nas experiências de vida”*.

Um outro recurso promovido pela associação de que Marcela participa foi a criação de um grupo de *WhatsApp*, em que se acolhem novos membros e se compartilham mensagens, fotos e vídeos acerca de experiências e formas de manter a esperança em meio a tantas dificuldades encontradas no enfrentamento à doença.

Segundo Mon (2014), tanto o aprendizado sobre a doença, quanto os significados sobre cuidado são construídos em ações sociais e coletivas, sendo, portanto, a experiência grupal um fator de suma importância para constituição do próprio cuidar de si. Refletindo sobre o processo coletivo de pessoas com diabetes, a autora aponta que:

Em seus relatos, os cuidados pensados a partir da responsabilidade individual antes da experiência grupal eram vividos com culpa e muitas vezes não chegavam a ser incorporados porque se encontravam sem sentido (MON, 2014, p. 13, tradução livre).

Marcela conheceu a associação por intermédio do centro espírita que frequentava. No centro, conheceu uma mulher que fazia parte da associação, e que a convidou para participar do grupo do *WhatsApp*. No grupo online, ela se sentiu acolhida e em um espaço confiável para compartilhar sua experiência sem se sentir julgada. Ela relata ter se sentido curiosa em participar do grupo presencial e assim o fez. Participou dos encontros quinzenais e neles teve contato com as profissionais que hoje são sua psicóloga e sua psiquiatra.

Atualmente, Marcela atua na associação como uma referência de cuidado com outras pessoas, estando sempre disponível no *WhatsApp* para conversar com qualquer integrante do grupo que a solicite. Em sua casa, tem um retrato em posição de destaque contendo várias fotos, entre elas algumas de Marcela com o grupo de apoio. Em uma das visitas que fiz, ela me mostrou cada uma de suas amigas e me descreveu os contextos das fotos, mostrando a importância desse vínculo para seu bem-estar.

Assim como Roberto, contribuir com o coletivo do qual se sente pertencente é decisivo no bem-estar de Marcela com relação à doença. Bárbara, por sua vez, faz outro caminho, que não deixa de se relacionar com a questão. Após uma crise, ela decide fazer o curso de graduação em Psicologia, e estava no momento da narrativa em vias de concluí-lo. Seu objetivo é trabalhar numa perspectiva comunitária de atenção à saúde.

Dessa forma, o cuidado à crise se mostrou polissêmico. Deu-se numa relação fluida entre os papéis de cuidar e ser cuidado. E o apoio emocional foi encontrado em diversos ambientes e relações (LONGHI, 2015), a partir da itinação em instituições de saúde e em outros espaços da vida cotidiana, numa dinâmica com diferentes tipos de conhecimentos e profissionais.

3.2 Temporalidades do cuidado

O cuidado à crise no caso das interlocutoras se estabeleceu em diversas formas e temporalidades. Parece existir um cuidado imediato principalmente quando relacionado ao chamado surto e à tentativa de suicídio, que implicam muitas vezes a ação de preservação da vida da pessoa; e essas intervenções em geral envolveram uma menor autonomia da pessoa em crise.

A internação parece ser uma resposta familiar a esses momentos. Ela foi recorrente no relato das interlocutoras, principalmente quando a crise alcançou patamares que transbordaram para os ambientes de sociabilidade. E as experiências de internação, como mencionadas no capítulo anterior, carregam sentimentos de medo, revolta, solidão e falta de sentido.

Uma outra temporalidade do cuidado à crise estava ligada à cotidianidade, um cuidado longitudinal do dia a dia, dedicado a crises mais longas. Sua dissolubilidade no cotidiano, entretanto, não significava que houvesse menor sofrimento, mas sim uma experiência diferente da vivida durante um cuidado latitudinal.

O ambiente doméstico foi o principal lócus do cuidado longitudinal, com proeminência da presença de familiares e amigos mais próximos, mas também de profissionais que se deslocam ao ambiente doméstico para realizar o cuidado.

Vimos essa questão quando por meses os familiares cuidaram da manutenção da vida de Marcela, garantindo que ela se alimentasse e realizasse sua higiene pessoal. Além disso, permaneceram atentos aos sinais do corpo de Marcela, acionando o cuidado hospitalar em dado momento.

No momento da entrevista, a interlocutora estava já há meses morando sozinha. Nesse novo contexto, ela relata que quando notou a “chegada” de uma crise depressiva de maior gravidade, percebida pela falta de força para levantar-se da cama, ela acionou sua psiquiatra pelo *WhatsApp*, que lhe enviou uma “pessoa de sua confiança” para ser cuidadora de Marcela até que ela melhorasse da crise.

Essa cuidadora dá um contorno para a manutenção da vida orgânica, estabelece regras e limites para promover a alimentação, o asseio, a movimentação corporal e a garantia de que a medicação prescrita pela psiquiatra seja ingerida de forma correta. A psiquiatra recomendou à cuidadora, por exemplo, que sempre que possível mobilizasse Marcela a alimentar-se sentada à mesa; e Marcela relata que, durante a crise, essa relação de cuidado suscitava emoções e sentimentos de raiva, irritação e revolta, pois, segundo ela, no momento da crise de depressão, esse tipo de atividade demandava um esforço descomunal.

Suportar o ritmo que a manutenção da vida exige no dia a dia é um intenso gerador de sofrimento. E segundo a interlocutora, ter paciência é o fator principal para suportar a experiência de crise e para o cuidado que se faz necessário

nessas situações: paciência da cuidadora com ela e vice-versa, paciência consigo mesma, e paciência com o próprio tempo da crise.

A medicação representou nas narrativas um papel polivalente no cuidado doméstico cotidiano. Por um lado, ela parece ditar o tempo da crise: é depositada na medicação a confiança de controle da crise e de sua provisoriedade. Por outro lado, a medicação ocupou nas narrativas um lugar de permanência, repercutida na frustração sobre a falta de perspectiva de uma vida sem os remédios e na consideração sobre seus efeitos indesejados.

Bárbara relata uma enorme frustração nesse sentido: “sabe, essa coisa de ser pro resto da vida é uma coisa que te fode, entendeu? Psicologicamente, quimicamente”. Segundo ela, é preciso lidar constantemente com os efeitos colaterais de cada medicação; e, ainda, aponta que há um entrelaçamento entre suas próprias características e os efeitos da medicação, o que faz parecer, dessa forma, que há um embaçamento de sua identidade.

Assim, ela faz uma gestão da medicação, fazendo pausas e administrando as doses. Mas quando se sente, segundo ela, “exacerbada” e “perdendo o controle”, retoma o uso das medicações indicadas pelo psiquiatra, pois, por sua experiência, esses modos de atuar no mundo indicam que ela está se aproximando de uma crise. E, nesse caso, ela entende a medicação como necessária, apesar dos efeitos indesejados.

Para Marcela, essa questão do uso de medicação psiquiátrica sem perspectiva de redução ou encerramento do uso é vista como desmotivadora. No momento da entrevista ela me mostra uma caixa de sapato e uma sacola que continham todas as medicações de uso diário. Segundo ela, são 22 comprimidos por dia: “olha... uma caixa de remédio, mais esses daqui [da sacola] pra tomar durante o dia, não é fácil você tomar e chega para a médica e a médica quer aumentar mais, ou permanecer e nunca diminuir!”. Mas, conforme me contou, Marcela segue tomando os remédios, pois identifica ser a medicação a principal forma de fazer com que suas crises e os surtos cessem e com que ela se “equilibre”.

Também foi presente nas narrativas um cuidado cotidiano e longitudinal, com o sentido de manutenção do bem-estar e de prevenção, tanto de experiências mais dramáticas de crise ou surtos, quanto de situações que envolvam terceiros e a intervenção imediata e longitudinal de cuidado.

Nessa forma de cuidado, evidenciaram-se uma maior autonomia da pessoa em sofrimento e a agência em articular diversas relações, técnicas, objetos e ações, com a finalidade de criar formas autorais e ajustadas à particularidade da experiência da doença de cada pessoa.

Chamarei essa dimensão de cuidado autoral de *estratégias de autocuidado*.

3.3 “É como se eu tivesse tirado dez sacos de cimento de cima da cabeça”: experiências e estratégias de autocuidado

A escolha do termo “autocuidado” foi feita, não em um sentido de desprezar o caráter social e relacional do cuidado à crise, ou de contradizer a ideia de itinerância que constrói possibilidades de cuidado, mas sim de afirmar um arranjo particular e autorreferenciado de cuidar de si.

A noção do cuidado de si, segundo Foucault (1985), tem base na filosofia antiga, e adota dimensões e significados mutáveis ao longo da história. Em suas diferentes formas, cuidar de si diz respeito à relação dos sujeitos consigo próprios e com a própria construção social do que é “cuidado” e o que é o “eu”.

Implica, dessa forma, uma ideia de ocupar-se consigo, dedicar tempo a si mesmo por meio de tarefas práticas constantes, denominadas por Foucault (1985) como *práticas de si*. Trata-se de mecanismos de existência experienciados pelos sujeitos em sociedade:

[Práticas de si são] práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se. Modificar-se em seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 1985, p. 198-199).

As práticas de si atuam como formas de produzir a si mesmo cotidianamente e implicam uma busca de conhecer e reconhecer a si mesmo, constituindo-se enquanto sujeito.

As narrativas mostraram que o cuidado que os interlocutores estabeleceram consigo mesmos se configurou pela interconexão de diversas técnicas, orientações e ideias, vindas de diferentes pontos de suas itinações. Disso decorreu não apenas uma agregação de possibilidades de cuidado, mas também o aprimoramento e a recriação de um arranjo particular do cuidado, com base na experiência própria da doença.

Bárbara, por exemplo, relata uma forma que desenvolveu de cuidado consigo mesma, a de administrar a própria medicação, interrompendo o uso provisoriamente quando pretende utilizar drogas ilícitas. Segundo ela, com o passar do tempo, por sua própria experiência, percebeu que esta é uma forma de redução de danos, de manter a saúde, apesar do uso de substâncias.

Ela relata que desenvolveu essa decisão de administração sobre o próprio corpo num período em que estava cursando graduação em medicina na Bolívia. Ela conta que aliou (1) o conhecimento que adquiriu em seminários e congressos de psiquiatria enquanto estudante; (2) a experiência de adoecimento vivenciada ao utilizar concomitantemente medicação psiquiátrica e drogas ilícitas; e (3) o reconhecimento da precariedade do sistema de saúde mental boliviano, identificando que existia a possibilidade de em algum momento ser internada em hospitais psiquiátricos de modelo manicomial.

A partir dessas ponderações, a interlocutora passa a desenvolver estratégias para driblar efeitos indesejados, manter o melhor possível sua saúde, apesar do uso de drogas, e evitar a inserção no circuito psiquiátrico. Bárbara relata que além de ser uma maneira de ter mais cuidado consigo mesma, esta é também uma forma de “autocontrole” sobre o próprio corpo e sua circulação no sistema de saúde.

Marcela também diz que algumas vezes altera as doses e/ou horários de certas medicações, como forma de lidar com os efeitos indesejados. Um dos efeitos que mais a incomoda e interfere diretamente na realização de algumas

atividades é o sono exacerbado; então, por tentativa e erro, aprendeu qual medicação produz esse resultado em seu corpo e se programa para não o tomar quando no dia seguinte precisa manter-se acordada durante um longo período, ou quando precisa acordar cedo. Ela também diz já ter negociado com sua psiquiatra outras medicações que não produzam esse efeito em seu corpo. Dessa forma, passou a utilizar uma medicação com a qual se adaptou melhor – mas que não excluiu completamente esse efeito colateral.

Roberto, por sua vez, não mencionou realizar alterações na administração das medicações. Em razão da consciência dos efeitos de sonolência produzidos pela medicação, ele aceitou a impossibilidade de acordar antes de determinado horário e programa seus compromissos diversos sempre pela tarde.

Ao mesmo tempo que determinadas ações podem ser consideradas como preventivas e de manutenção da saúde mental, também podem ser vistas como ações de vigilância à própria saúde mental. Vigilância, pois, em reflexão acerca do próprio agir no mundo, as/os interlocutoras/es procuram perceber nuances em sinais cotidianos já conhecidos, que possam indicar a aproximação a uma crise, para então poder acionar suas referências de cuidado.

Essa vigilância se relaciona com o permanecer reflexiva/o e atenta/o a sinais diversos que possam indicar um retorno à crise. Tal atenção se volta às emoções, aos desejos e às ações muitas vezes automáticas do cotidiano e que, em seus detalhes, podem ser considerados pelos/as interlocutores/as como indícios de que uma nova crise possa estar se aproximando.

Para Certeau (1996, p. 31):

O cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente. Todo dia, pela manhã, aquilo que assumimos, ao despertar, é o peso da vida, a dificuldade de viver, ou de viver nesta ou noutra condição, com esta fadiga, com este desejo. O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada.

Foucault (1985) aponta que o cuidar de si pressupõe uma atitude permanente de controle e exame sobre si e sobre o próprio corpo. E, segundo Andrade (2012), “ter” um diagnóstico psiquiátrico significa passar a viver num

estado permanente de iminência de crises e surtos, o que demanda a vigilância constante: “ainda que o sujeito saia da crise, do seu surto, ele parece estar sempre sob o risco de ter outros e é nessas condições que passa a se experimentar no mundo” (ANDRADE, 2012, p. 156).

Marcela relata, por exemplo, que certo dia se deu conta de que havia realizado faxina em sua casa durante a madrugada, e a partir de um estranhamento sobre a própria ação, reflete se este poderia ser um sinal da aproximação da chamada crise de euforia: “eu tava deitada e tava me perguntando ‘Por que eu arrumei a casa durante a noite, pela madrugada?’. Isso é uma crise de euforia também. Já tô saindo da depressão, então isso já é um alerta”.

A partir desse estranhamento, entrou em contato com sua psiquiatra por meio de mensagem de *WhatsApp*, e aguardou sua resposta, indicando se seria necessário passar por uma consulta ou não. Segundo a interlocutora, foi um combinado entre ambas que Marcela poderia enviar mensagem ou ligar caso entrasse em crise e precisasse de cuidado, visto que mora sozinha.

Outro recurso interessante utilizado como forma de manutenção do bem-estar e prevenção do agravamento de crises foi a produção de vídeos. Roberto e Marcela utilizam esse recurso. Roberto mantém seu canal no *Youtube*, já mencionado, para o qual produz material jornalístico e informativo sobre a vivência com o sofrimento mental, e se sente bem ao contribuir com a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais e com o compartilhamento de experiências. Marcela produz vídeos informativos, assim como Roberto, para compartilhar sobre sua experiência. Em seu caso, os vídeos são publicados em seu *Facebook* pessoal, e também direcionados para o grupo do *WhatsApp* da Associação de apoio ao TAB. Esse cuidar e ser cuidado pelo coletivo revela uma dimensão do cuidado que promove uma função social e política na cultura (BONET, 2014), como discutido anteriormente acerca do fortalecimento dos grupos de pessoas com transtornos mentais e a militância.

Outros vídeos produzidos por Marcela são direcionados a si mesma. Quando está em boas circunstâncias emocionais, ela grava esses vídeos simulando um diálogo consigo, em que ela se chama na terceira pessoa e mostra

a si mesma como está se sentindo bem, ou feliz. Os vídeos são armazenados em seu aparelho celular para que ela possa revê-los quando estiver em crise.

Faço vídeo quando eu tô bem, faço o vídeo para mim ver quando eu tô mal. São coisas que me faz crescer um pouco, me incentivar um pouco num momento difícil... fazer vídeos. Quando eu tô triste eu vou lá e vejo, e me vejo... que eu posso ser feliz também, que aquilo é só uma fase, que vai passar. (Interlocutora Marcela).

Nesses vídeos, Marcela se lembra de que não é a primeira vez que ela passa por aquilo, e de que nas vezes anteriores, ela se recuperou, e tudo ficou bem. Assim, ela se conforta, dizendo para si mesma que aquela crise – a crise futura, no caso – também irá passar. Os vídeos a auxiliam a dar uma perspectiva temporal, cíclica e de provisoriedade a uma circunstância de crise que, por sua experiência, é atravessada pelo sentimento de não haver “luz no fim do túnel”, ou seja, marcada pela falta de esperança de alívio e conclusão.

Outro recurso que Marcela mobiliza nesse sentido é a escrita. A interlocutora começou a “desabafar” sobre suas emoções e sobre passagens de sua história por meio dessa linguagem graças à indicação de sua psicóloga. Como já foi dito, a identificação com essa expressividade foi tanta que Marcela começou o projeto da escrita de um livro de suas memórias, que ela chama de “apostila”. Atualmente, essa atividade ocupa um papel importante em suas estratégias para lidar com as emoções e com a aceleração do pensamento.

Segundo Marcela, quando sente uma “perturbação” – seu pensamento direcionado ou disperso para múltiplas questões concomitantemente, de forma a sentir-se confusa e sobrecarregada –, ela recorre à escrita. Ela relata que essa ação é feita especialmente quando está “em crise”, e que mantém um caderno exclusivo para “desabafar” nesses momentos.

A escrita também é acionada como forma de planejamento e organização para o que pretende para o futuro. Dessa maneira, a interlocutora aborda todos os assuntos e as lembranças que povoam seu pensamento e suas emoções, até se sentir aliviada. O alívio é sentido no corpo como a retirada de “*dez sacos de cimento de cima da cabeça*”.

Assim como nos vídeos autodirecionados, a escrita também parece atuar na construção de perspectivas temporais: ao escrever e ao ler escritos anteriores se faz possível dimensionar a dinamicidade dos processos de vida e da doença, percepção pouco presente durante a vivência da crise. Nesse mesmo sentido, Marcela escreve em um quadro branco diversas frases com afirmações que lhe trazem bem-estar e o posiciona na porta do guarda-roupa, de forma que seja a primeira coisa que vê pela manhã.

Esse quadro também é mobilizado quando Marcela sente que está começando a perder a motivação para levantar da cama. Então, ela passa a anotar no quadro uma lista de afazeres diários, como tomar banho, almoçar, caminhar, entre outros, e estabelece de forma lúdica uma competição entre Marcela 1 e Marcela 2. Quando ela consegue desempenhar alguma tarefa, é “ponto” para Marcela 1, e quando não consegue, é “ponto” para Marcela 2. Ao final do dia, ela pondera qual Marcela venceu e, caso seja a sua “versão” que não conseguiu realizar a maior parte das tarefas, ela vai dormir mentalizando que no dia seguinte será a vez da outra Marcela ganhar.

Ela diz que sua psicóloga a ajudou a tornar essa estratégia lúdica, para que a “competição” não gere uma maior ansiedade quando Marcela não conseguir realizar atividades. Evita-se assim que essa proposta, a princípio destinada a motivar, prejudique ainda mais o estado emocional: *“Quando Marcela não ganhava eu dizia ‘hoje Marcela não ganhou, mas amanhã pode ganhar!’”*.

Essa forma de autocuidado corrobora com o apontamento de Foucault acerca do cuidar de si como uma prática de produção e formação de si próprio: “um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (FOUCAULT, 2012, p. 259).

Uma outra forma encontrada por Marcela para lidar com as emoções, recomendada por sua psiquiatra e utilizada no cotidiano, foi torcer e morder panos, dar socos e gritar em almofadas, bem como jogá-las pelo quarto, como forma de se expressar e exteriorizar o sofrimento, evitando causar ferimentos em si mesma ou agredir terceiros.

Por fim, outro elemento que compôs esse conjunto de estratégias de cuidado de Marcela foi a realização de uma tatuagem na parte interior do punho, com o seguinte trecho da música “Tocando em frente”, de Almir Sater: “*É preciso amor pra poder pulsar, É preciso paz pra poder sorrir, É preciso a chuva para florir*”. Marcela relata que quando está em crise e sente vontade de se ferir, ela se dirige geralmente aos punhos, e ao ver sua tatuagem, ela consegue respirar, lembrar que fora dos momentos de crise ela não quer fazer essa ação, e concluir que essa crise, como as outras, irá passar.

O corpo aparece como principal expressão do sofrimento, e de maneira análoga, as formas de alcançar bem-estar, ainda que momentâneo, parecem também estar ligadas a exteriorizar no corpo e atuar intencionalmente com ele, se expressando, se movimentando e se sentindo. E essas ações muitas vezes são mediadas por objetos, como papéis, canetas, aparelhos eletrônicos, entre outros.

As experiências de sofrimento são expressas também na coletividade, por meio do compartilhamento com os pares, produzindo sentido e criando vínculo e suporte mútuo entre pessoas com experiências semelhantes. Essas estratégias de lidar com as emoções, cuidar de si e das crises têm principalmente o sentido de prevenir o sofrimento e de manter um estado mais próximo de um bem-estar e de perspectiva de um futuro melhor.

Durante as entrevistas, o estar com o outro e aprender com o outro se mostrou constitutivo para o desenvolvimento de uma autonomia de autocuidado. Segundo Foucault (2012), cuidar bem de si implica, necessariamente, o relacionamento com outros. Como já mencionado, essa questão também é discutida por Mon (2014), que aponta em sua pesquisa a construção social e coletiva do autocuidado por meio da experiência grupal.

Dessa forma, o cuidar de si na crise abarcou relações familiares, de vizinhança, espiritualidade, religiosidade, e ainda o campo de relações e dispositivos *online*. Apesar de, a princípio, esses recursos poderem ser entendidos como “alternativos” ao instrumento “oficial” que é a RAPS, na pesquisa todos esses aspectos do cuidado estiveram intensamente entrelaçados e adquiriram funções diversas na constituição das estratégias

autorreferenciadas de cuidado à crise. A RAPS ocupou, nesse sentido, um papel não apenas de *lôcus de cuidado*, mas de *processo de saúde* (BONET, 2014).

As estratégias também pareceram formas de estabelecer a autonomia que é perdida quando em crise. É o caso de uma escolha feita antecipadamente com relação ao que, pela experiência, compreende-se que pode acontecer. Marcela, por exemplo, experiente de que o impulso de se cortar nos punhos costuma aparecer na crise, descobriu uma forma de comunicar-se consigo mesma, e lembrar-se de que aquela não seria a sua escolha.

Essas formas de cuidar de si não se configuram como alternativas de cuidado, no sentido de contraporem ou serem paralelas ao cuidado “oficial” (BONET, 2014; CARDOSO, 2002), mas são formas compostas nas itinerâncias. Nessas trajetórias, os profissionais e a RAPS têm um papel decisivo, mas há igualmente uma costura autoral de vários elementos das itinerâncias e da própria experiência de sofrimento.

Esses arranjos particulares e autorreferenciados de cuidado se deram, nesse sentido, a partir da mobilização e da criação dentro desse espaço-*entre* diversos ambientes e relações de cuidado (BONET, TAVARES, 2007), e se recriaram a partir do momento em que se adaptaram ao conhecimento e domínio construído no tornar-se *experiente* (ANDRADE, 2012) sobre o próprio corpo, o ambiente que o cerca e o processo de adoecimento.

Tornar-se experiente requer tempo. Tempo para aprender a conviver com o sofrimento, tempo para buscar cuidado, tempo para descobrir sobre o próprio corpo, tempo para tentar, ter sucesso, errar, tentar de novo, tempo para conhecer pessoas que passam por experiências similares, tempo para se situar relativamente às mudanças que o adoecimento impõe, tempo para viver crises e superá-las, tempo para seguir com a vida.

Essa temporalidade, que compõe uma dimensão de suma importância das narrativas, nos faz refletir sobre os processos de aceitação dessas “novas condições” que se colocam em momentos de crise. O tempo exigido nesse processo de tornar-se experiente ilustra também a força das interlocutoras para enfrentar a experiência de sofrimento prolongada e toda a esfera de cuidados

administrada por elas e por suas referências – amigos, familiares, esposa ou outros.

Essa força em tensão com a temporalidade comprida se expressou por meio de dois sentimentos: a paciência e, principalmente, a esperança. Como aponta Fleischer (2020, p. 331) acerca da experiência de mães de crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika, “a esperança se torna um vocabulário de sobrevivência”.

Com esperança, as interlocutoras suportaram a constante vigilância, os cuidados com a saúde mental e a baixa perspectiva de cura ou de alta do tratamento⁴⁶. A esperança parece trazer para o cotidiano uma perspectiva de um futuro de maior bem-estar.

Marcela possui uma cachorra de estimação nomeada de Esperança. A cachorrinha foi um presente que ganhou de uma amiga do grupo de apoio a pessoas com TAB durante uma forte crise de depressão. A interlocutora relata ter sido “salva” pela cachorrinha, que lambeu suas lágrimas e lhe fez companhia. Marcela me mostrou diversas fotos e vídeos delas juntas e incentivou que a cachorrinha ficasse conosco durante as entrevistas. Segundo a interlocutora, Esperança foi adotada adulta e possui algumas doenças, como arritmia e problemas uterinos, demandando atenção diária especial.

Pelos seus relatos, esse compromisso de cuidado com Esperança – alimentação, higiene, passeios e medicações – contribui para que Marcela mantenha um certo ritmo cotidiano, questão que, como já abordado, em outras circunstâncias pode ser sentida com muito sofrimento.

Um outro ponto da narrativa de Marcela em que também é presente a questão da esperança é a ideia da trajetória como um túnel. Para ela, viver com a doença muitas vezes significa estar em um túnel escuro e sem saída. Os cuidados, o apoio, a esperança e a mudança de perspectiva são as formas que ela encontrou para perceber que, por mais que ela não consiga enxergar em alguns momentos, há saída desse túnel.

46 Segundo o relatório de monitoramento da saúde mental do estado da Paraíba, no segundo semestre de 2018 a taxa de alta dos CAPS de todo o estado foi de apenas 3% (PARAÍBA, 2020).

Segundo ela, o motivo de não conseguir ver a saída é por se tratar de um túnel curvo. Assim que ela fizer a curva, verá a luz e, portanto, a saída ou a resolução para o sofrimento.

Sabe aquela luz que a gente vê no fim do túnel? Quem tem depressão, a gente não vê essa luz... a gente não consegue enxergar, mas se a gente perseverar, as pessoas que tiver com depressão, se perseverar, pode entrar no túnel, mesmo escuro, com medo. Entra no túnel, vai adiante, lá na frente tem uma curva, naquela curva a gente encontra uma luz... e lá a saída, o cano de escape, né? [...] Então sempre procuro me espelhar nesse túnel sem saída e nessa curva, principalmente nessa curva... eu tô começando a ficar nessa curva, eu sinto que eu tô começando a querer ver essa curva (interlocutora Marcela).

3.4 “Quando tô em crise eu acho ela pelo zap e ela me socorre” perspectivas e reflexões sobre o cuidado online

Em vias de finalização do capítulo, gostaria de fazer algumas considerações acerca da existência de uma dimensão de cuidado que se estabeleceu *online*. A participação em grupos de *WhatsApp* foi um elemento importante nas narrativas, pois proporcionou aos interlocutores a possibilidade de compartilhar a experiência cotidiana com relação à doença. Vimos essa questão com o grupo de apoio a pessoas com TAB, mencionado por Marcela.

Roberto, por sua vez, relata a participação em um grupo de *WhatsApp* com outras setenta pessoas, em que recebe e envia vídeos e mensagens de texto e áudio, compartilhando as dificuldades e, sobretudo, suas superações, como forma de inspirar-se e ser inspiração para outros que passam por dificuldades semelhantes. Ele conta com o apoio de um de seus filhos para facilitar o acesso ao aplicativo:

[...] a maioria é [gente] evangélica... a gente bota hino, a gente canta, a gente dá testemunho, a gente chora junto, a gente ri, tem uma coisa que... essa terapia eu copiei do CAPS, eu tenho minha própria terapia, meu próprio CAPS. (Interlocutor Roberto).

Roberto associa os efeitos da participação nesse grupo com sua experiência em terapia no CAPS, por lhe proporcionar um espaço relevante e confiável de sociabilidade, expressividade, bem-estar, afetividade e trocas de

experiência, o que se alia às dimensões da espiritualidade e da religiosidade, visto que o elemento da religião evangélica é central no grupo.

Apesar de não ter sido mencionado nas narrativas, gostaria de apontar o movimento de formação de uma rede de apoio a pessoas com sofrimento mental em grupos do *website Facebook*: em uma rápida busca no *site*, é possível encontrar dezenas de grupos reunindo milhares de pessoas em sofrimento e familiares.

Geralmente são grupos fechados, em que é preciso pedir permissão para moderadores para o aceite da participação, e ao solicitar o acesso, é preciso concordar com as regras do grupo, como, por exemplo, não realizar intervenção profissional ou divulgação de terapias, atendimentos e outros. Ou seja, ainda que se nomeiem e se dividam numa lógica psiquiátrica/diagnóstica, são exclusivos para o compartilhamento das dificuldades, experiências, estratégias e formas de superação entre as próprias pessoas que vivenciam e seus familiares.

Chama atenção a quantidade de pessoas reunidas nesses grupos. Os grupos “depressão e ansiedade” e “transtorno bipolar, borderline, depressão e outros transtornos”, por exemplo, contam, respectivamente, com 152 mil e 32 mil participantes de todo o Brasil. Ainda que as interlocutoras da pesquisa não tenham mencionado a participação em grupos de *Facebook* como esses, é importante salientar sua existência e magnitude.

Retornando à questão do *WhatsApp*, além da formação de grupos de apoio, há também trocas de mensagem e ligação por esse mesmo aplicativo entre interlocutoras e suas referências de cuidado. Nesse sentido, foi mencionada a mensagem de Marcela para sua irmã, causando a desconfiância da possibilidade de uma tentativa de suicídio e a decorrente decisão de prestar socorro a ela.

Mas há também uma terceira relação realizada pelo *WhatsApp*, mencionada por Marcela, em que gostaria de centrar nossa atenção: a mediação online entre a relação terapêutica com psiquiatra e psicóloga particulares. A interlocutora entra em contato pelo aplicativo com essas profissionais quando tem indícios de que possa estar próxima ou instalada uma crise: “[a psiquiatra]

me acolheu e ela me atende semanalmente. E me acolhe também através do zap, quando tô em crise eu chamo ela pelo zap, ela me socorre, já veio aqui em casa também me socorrer”.

Coloca-se então a necessidade de uma reflexão sobre essa dinâmica: quais são as possibilidades e limitações desse tipo de interação, especialmente quando estabelecida com profissionais da saúde? Um ponto levantado por essa questão é que a interação via aplicativo online facilita a relação de cuidado, dando autonomia para que a pessoa promova uma aproximação, ainda que virtual, com pessoas de confiança que possam oferecer cuidado, acolhimento e compartilhamento da vivência de sofrimento. Ter essa disponibilidade de amigos, profissionais e/ou cuidadores em situações em que a pessoa mora sozinha, por exemplo, pode ser decisivo inclusive para a manutenção da vida: *“Se vier pensamento [suicida] forte eu ligo para minha psicóloga, eu ligo para Julia minha psicóloga e desabafo por telefone. Ligo pra alguém para vir para aqui para casa”* (interlocutora Marcela).

Numa relação com psicóloga e psiquiatra geralmente se agenda uma consulta e a pessoa paciente/usuária relata suas experiências e sofrimentos vividos desde a última sessão com a profissional; caso haja necessidade de um cuidado imediato, sem agendamento, geralmente a paciente/usuária recorre a serviços de emergência em saúde mental, como o já mencionado PASM/Trauminha, comumente não sendo atendida pela profissional com quem já tem vínculo estabelecido.

Pelo *WhatsApp*, há uma disponibilidade, ou pelo menos a sensação da disponibilidade, visto que não necessariamente há uma resposta rápida, o que parece adicionar um tempo-presente nas relações de cuidado que tradicionalmente tinham um caráter retrospectivo. Como o relato pode ser feito no momento, o profissional pode ter acesso a outras facetas do sofrimento, a que não teria pela narrativa em consultório, e a paciente/usuária pode ter o acolhimento com maior rapidez.

Com isso, por um lado, essa nova modalidade da relação terapêutica pode até ser considerada como uma ação de redução de danos, uma vez que evita que a pessoa precise se deslocar até serviços de urgência e emergência em

situações de menor gravidade. Entretanto, por outro lado, o profissional tem acesso apenas ao enquadre ou às informações que o formato do aplicativo provê.

Como vimos anteriormente em um trecho de diário de campo em que a pesquisadora se questiona sobre as informações disponíveis numa relação online, o profissional não terá acesso aos elementos corporais e dependerá exclusivamente da expressividade escrita e/ou oral da usuária/paciente para avaliar a situação.

Dessa forma, há o risco de subestimar uma situação, uma vez que não há condições de uma avaliação integral, e as próprias ações de cuidado do profissional ficam limitados aos recursos do aplicativo. A própria ideia de uma disponibilidade imediata pode se tornar um fator de intensificação do sofrimento, quando a expectativa de comunicação rápida é frustrada.

Marcela relata que tinha o costume, por exemplo, de deixar disponível em seu *status*⁴⁷ do *WhatsApp* frases que expressavam seu sofrimento, como um “chamado de socorro” (em suas palavras), na expectativa de que as pessoas que fazem parte de seus contatos no aplicativo pudessem notar que ela passava por uma depressão e oferecessem acolhimento ou outro tipo de cuidado. Percebendo essa ação infrutífera e ponderando que a frustração lhe causou ainda mais sofrimento, fez um “combinado” consigo mesma de que não iria mais se expor às pessoas na expectativa de receber cuidado.

Assim, a dimensão “virtual” do cuidado se mostrou relevante e instigante das narrativas. Aqui foram propostas algumas reflexões incipientes acerca da questão, mas considero necessário um maior aprofundamento – teórico e etnográfico –, que pretendo realizar em trabalhos posteriores.

47 O *status* do *WhatsApp* é uma ferramenta do aplicativo que permite que o usuário possa deixar visível para todos seus contatos uma mensagem de até setecentos caracteres. É possível acessar essa mensagem ao clicar no perfil do contato no aplicativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu contribuir para o entendimento sobre as experiências sociais nomeadas como “crise em saúde mental” a partir das narrativas dos próprios sujeitos que a vivenciam, tendo como objetivo discutir a construção de sentido de crise e a experiência de cuidado quanto a esse sofrimento.

O percurso teórico metodológico foi iniciado no acompanhamento de reuniões e eventos de usuários de serviços de saúde mental. Em seguida, foram realizadas entrevistas em profundidade com três sujeitos, na perspectiva de narrativas de vida. Os três interlocutores – Marcela, Bárbara e Roberto – relataram histórias de vida marcadas pelo sofrimento psíquico e por trajetórias de tratamento à saúde mental.

Um primeiro aspecto da metodologia que retomo nestas considerações finais foi a escolha de realização do campo fora dos muros institucionais. Essa decisão foi amparada pelo desejo de estar em contato com narrativas que extrapolassem o contexto clínico-terapêutico, e, assim, ter acesso a construções de sentido outros, não hegemônicos.

No entanto, essa escolha metodológica nos levou a refletir sobre a zona de confluência (MALUF; SILVA, 2018) e sobre a fluidez e permeabilidade dos efeitos do Estado (TROUILLOT, 2001) na cotidianidade dos sujeitos, visto que as construções de sentido se mostraram fortemente compostas por tais racionalidades institucionais.

O conteúdo das narrativas foi trabalhado por duas aproximações. A primeira delas, abordada no Capítulo II, corresponde a uma reflexão sobre os sentidos atribuídos à experiência do *estar em crise*. A outra aproximação, que corresponde ao Capítulo III, relacionou as formas de cuidado que se estabeleceram a partir da vivência da crise, bem como as pessoas, os objetos e os locais envolvidos nesse cuidado.

Sobre os sentidos da crise, vimos que o termo foi empregado pelas interlocutoras para nomear um rol de experiências que envolveram um

sofrimento beirando o insuportável, e que a palavra também dizia respeito a momentos que se embaralhavam com outras crises biográficas. Crise em saúde mental e crise biográfica (ou pessoal), nesse sentido, se fundiram e se retroalimentaram, de forma que a crise em saúde mental pode ser vista nas narrativas como um processo que carregou em si diversas outras crises.

Com isso, a ideia de vidas críticas (BORDONARO et al., 2009) e de crise como processo (VIGH, 2008) nos auxiliaram a refletir sobre os atravessamentos sociais na experiência de adoecimento, ou seja, sobre o entrelaçamento da experiência de sofrimento com questões de gênero, raça, sexualidade, classe e geração.

A itinação em busca de cuidado (BONET, 2014) se mostrou um elemento importante da construção de sentido à crise, pois as narrativas apontaram que, em busca de um alívio para o sofrimento, as interlocutoras tiveram acesso a diferentes interpretações e possibilidades de cuidado. O hospital psiquiátrico e o CAPS foram componentes de destaque nesse movimento.

Por essas itinações que se estabeleceram, os cuidados à crise foram compostos por diversos espaços, dinâmicas relacionais e objetos; e nesta ação, as interlocutoras extrapolaram estruturas pré-estabelecidas e cocriaram possibilidades de cuidado. Nessa dinâmica, houve um fortalecimento de relações que se tornam referência para momentos posteriores de crise.

Os resultados apontaram também para o desenvolvimento de estratégias para lidar com o sofrimento, reestabelecer condições satisfatórias de vida e prevenir novas crises, que dialogaram com o cuidado biomédico e psicossocial oferecido pelos equipamentos de saúde mental, mas também produziram novas formas autorais de cuidar de si.

As estratégias e relações de cuidado desenvolvidas pelos sujeitos para lidar com os momentos de crise foram criadas pela mobilização e interconexão das diferentes dimensões da vida cotidiana – relações, locais e ações desenvolvidas no campo religioso/espiritual, familiar, laboral, de vizinhança, de amizade e no campo doméstico. Nesse sentido, as/os interlocutoras/es

desenvolveram e aprimoraram mecanismos de controle e cuidado ancorados na própria experiência, que, ainda que corporificada e singular, mostrou-se resultado também de lógicas sociais mais amplas.

Neste trabalho, foi possível apreender trajetórias que foram marcadas, por um lado, pelo sofrimento e por violências de diversas naturezas; mas, por outro, pela riqueza afetiva e criativa, em forma de estratégias e relações de cuidado, que proporcionaram a reinvenção dos modos de ser e estar cotidianos.

Os resultados indicaram também uma forte agência dos sujeitos que vivenciam a crise, numa construção ativa e constante de formas e relações de cuidado, não só no momento de crise, mas também para a manutenção e a vigília da saúde mental e para a prevenção de novos episódios de crise.

A pesquisa aponta, dessa forma, para um caminho de valorização da condição de *experientes* (ANDRADE, 2014) das interlocutoras de pesquisa, visto que, numa temporalidade comprida de convivência com o sofrimento (FLEISCHER; FRANCH, 2015), construíram extenso conhecimento acerca do próprio processo de adoecimento, do ambiente em que vivem e dos sinais e sensações do próprio corpo.

O campo da saúde mental é composto por múltiplos discursos, tensionamentos e conflitos latentes, assim como pelo envolvimento de decisões governamentais que implicam cotidianamente a dignidade e a qualidade de vida de milhares de sujeitos e seus familiares. Nesse sentido, discutir conceitos-chave, como o conceito de crise, e refletir sobre estratégias e possibilidades de cuidado equivalem a pensar no cuidado também sob um ponto de vista político.

REFERÊNCIAS

A CASA dos mortos. Direção: Débora Diniz. Produção de Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Brasil: 2009.

A PONTE. Direção: Eric Steel. Produção de Easy There Tiger Productions. Estados Unidos: RCA, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMY. Direção: Asif Kapadia. Produção de Focus Features. Estados Unidos: M3 Film, 2015.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Sujeitos e(m) movimentos**: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes. 2012. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 251-270, mar. 2016.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (org.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamonde, 2014, p. 33-56.

BALBINO, Rodrigo. Homem leva facada dentro da estação Tatuapé do Metrô de SP. **R7**. São Paulo, 8 out. 2020. Disponível em: <https://noticias.r7.com/sao-paulo/homem-leva-facada-dentro-da-estacao-tatuape-do-metro-de-sp-08102020?fbclid=IwAR029cmusVtNqlwyrAQU8vH8l-45uklxOGJbzI5_tY7sNOErueImIZo708g>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BECKER, Howard Saul. A história de vida e o mosaico científico. In: **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 101-115.

BERTAUX, Daniel. A vingança do curso de ação contra a ilusão científicista. Dossiê: Narrativas. **Civitas Porto Alegre**, v. 14 n. 2, p. 250-271, 2014.

BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 51, nº 2, 2008.

BONET, Octavio. Antropologia da e na saúde: ética, relações de poder e desafios. In: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa. (org.) **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018, p. 97-108.

_____. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, outubro, 2014.

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. O cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.), **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc. 2007, p. 263-278.

BORDONARO et al. **A crise é a vida normal: a antropologia face à crise**. Fundação Calouste Gulbenkian. Programa Próximo Futuro, 2009.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes. **Usos e abusos da história oral**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 183-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. In: **Painel Coronavírus**. [S. l.], 5 ago. 2020a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2020b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2507502399067&VListar=1&VEstado=25&VMun=250750>. Acesso em: 25 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.088**, de 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. Diário Oficial da União 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011b.

CAMILLE Claudel. Direção: Bruno Nuytten. Produção de Les Filmes Christian Fechner. França: Lilith films IA, 1987.

CARDOSO, Marina. Psiquiatria e Antropologia: Notas sobre um debate inconcluso. **Ilha**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 85-113, jul. 2002.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. A antropologia na saúde. In: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa. (org.) **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018, p. 87-96.

CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. **III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial**. 1993.

CARVALHO, João Eduardo Coin de. Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. **Saúde sociedade.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 9-18, set. 2008.

CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa. Introdução. Crise por quê? Crise para quem? In: _____ (org.) **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018, p. 12-23.

CERTEAU, Michel de. **A Invenção do cotidiano**. Vol. 2, Morar, cozinhar. Petrópolis: Vozes, 1996.

CESARINO, Letícia. Antropologia multissituada e a questão da escala: reflexões com base no estudo da cooperação sul-sul brasileira. **Horiz. antropol**, v. 20, n. 41, p. 19-50, 2014.

CHAVES, Lilian Leite. Loucura e saúde mental na antropologia brasileira: quatro décadas de dissertações e teses. **BIB**, São Paulo, n. 92, p. 1-22, 2020.

CIELLO, Fernando José. Por uma Retórica do Extraordinário: loucura, cultura e experiência. **Ilha**, v. 22, n. 1, p. 234-241, junho de 2020.

CISNE negro. Direção: Darren Aronofsky. Produção de Protozoa Pictures. Estados Unidos: Fox Film do Brasil, 2010.

CSORDAS, Thomas. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. **Educação**, v. 36, n. 3, p. 292-305, 2013.

_____. A Corporeidade como um Paradigma para a Antropologia. In: _____ **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008. 463 p.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, Paulo (Org.), **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 53-79.

FASSIN, Didier. Pensando criticamente sobre crises. Dossiê Covid-19, crises e crítica: Visões/abordagens do Sul-Global. **Dilemas**: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. Rio de Janeiro, Reflexões na Pandemia, p. 1-3, 2020.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. O atendimento à crise em saúde mental:

ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (org.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. 360 p.

FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mónica. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. **Rev. de ciências sociais – Política & Trabalho**, v. 1, n. 42, 2015.

FOOTE-WHYTE, William. Treinando a observação participante. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1980, p. 77-86.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos e escritos, volume V: Ética, Sexualidade, Política**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, p. 258-280.

_____. **História da Loucura**. 9ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva: 2010.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, p. 231-249.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

_____. **A Microfísica do Poder**. Organização e Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 11ª edição, 1979.

FRANÇA, Irvaete Guimarães de. Reflexões acerca da Implantação e Funcionamento de um Plantão de Emergência em Saúde Mental. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 25, n. 1, 146-163, 2005.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era 'pós socialista'. In: SOUZA, J. (org.). **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília: EdUnB, 2001.

GALÁN, Beatriz Pérez. Y esto, a mi, para qué sirve, señorita? Implicaciones éticas y políticas e la etnografía en contextos de violencia, pobreza y desigualdad. In: **Ankulegi Revista de Antropologia Social**, v. 15, p. 103-114, 2011.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 3-21.

GUERIOS, Paulo Renato. O estudo das trajetórias de vida nas ciências sociais: trabalhando com as diferenças de escalas. **Campos**, v. 12, n. 1, p. 9-29, 2011.

GÜNEL, Gökçe; VARMA, Saiba; WATANABE Chika. **A Manifesto for Patchwork Ethnography**, jun. 2020. Disponível em <<https://culanth.org/fieldsights/a-manifesto-for-patchwork-ethnography>>. Acesso em: 6 ago. 2020.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, v. 5, p. 7-41, 1995.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha; VASCONCELOS, Wagner. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, ago. 2020.

HOLOCAUSTO Brasileiro. Direção: Daniela Arbex; Armando Mendz. Produção de Vagalume Filmes. Brasil: MAX, 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019, João Pessoa**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joaopessoa.html>>. Acesso em: 9 fev. 2021.

INGOLD, Tim. Etnografia não é antropologia. In: _____. **Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição**. São Paulo: Vozes, 2015.

JOÃO PESSOA. **Carta de Serviços**. Site oficial. 2020. Disponível em <<https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/?p=todas&group=sauude>> Acesso em: 25 nov. 2020a.

_____. **Rede de saúde mental do município de João Pessoa**. Informação solicitada via Serviço de Informação ao Cidadão, recebida via e-mail da pesquisadora em 21 dez. 2020b.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cínthia Mendonça. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KOFES, Suely. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. **Cadernos Pagu**, v. 3, 2007, p. 117-141.

LONGHI, Márcia Reis. “Eu cuido dela e ela cuida de mim”: reflexões sobre o cuidado a partir de narrativas de casais homossexuais sorodiscordantes. **Política&Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, n. 42, p. 91-109, jan./jun. 2015.

MALUF, Sônia Weidner. Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, Sônia Weidner; SILVA, Érica Quinaglia (org.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018, p. 15-44.

_____. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999.

MALUF, Sônia Weidner; BRITTO, Mirella Alves de; BARBOSA, Inaê label; SILVA, Camila Andressa Dias da. Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários. **Anuário Antropológico**, v. 45, n. 2, p. 54-75 maio/ago. 2020. Universidade de Brasília. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/aa/5799>> Acesso em: 11 jun. 2020.

MALUF, Sônia Weidner; SILVA, Érica Quinaglia. Apresentação. In: _____. (orgs.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018, p. 7-14.

MARTINS, Aline Gomes. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, jan./jun. 2017, p. 226-242.

MENEZES, Maria Aparecida de; AIRES Lúcia Marcelle Arnaud; SOUZA, Maria Rodrigues de. Construindo narrativas orais: interações sociais no trabalho de campo. **Cadernos de campo**, n. 12, 2004.

MON, Ana Beatriz Dominguez. ¿Cuidados o auto-cuidados em salud? Prácticas cotidianas de personas con diabetes (DBT) en un grupo de pacientes de un centro de atención primaria en José León Suárez, provincia de Buenos Aires. **XI Congresso Argentino de Antropologia Social** (anais). 2014.

NADEL, Simone. Compreendendo os povos primitivos. In: **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987, p. 49-71.

NISE: o coração da loucura Direção: Roberto Berliner. Produção de Tv Zero. Brasil: Imagem filmes, 2015.

OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni da Silva; LEME, Fernanda Ribeiro da Gama; GODOY, Kathia Regina Galdino. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Revista Mental**, Barbacena, ano VII, n. 12, jan./jun. 2009, p. 119-138.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, out./dez. 2009.

OUTHWAITE. William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro, Zahar, 1996.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de Monitoramento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Paraíba de 2018.2**. João Pessoa, 2020. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/relatorio-do-monitoramento-da-rede-de-atencao-psicossocial-na-paraiba-2018-2.pdf>> Acesso em 25 nov. 2020.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política e Trabalho**, v. 24, 2006, p. 27-58.

REDKO, Cristina Pozzi. Loucas, Agitadas, Doentes, ou Perigosas: representação e cotidiano das internas do Hospital de Juqueri. **Cadernos De Campo**, São Paulo, v. 1 n. 1, p. 17-26, 1991.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção do social. In: _____. (org.). **Jogos de Escalas: A experiência da microanálise**. Rio de Janeiro: FGV. 1998.

RODRIGUES, Nubia; CAROSO, Carlos Alberto. Ideia de sofrimento e representação da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias, LEAL, Ondina Fachel (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível**. Rio de Janeiro: Te Cora. 2001.

SARETTA, Mário. A verdade que está aqui com a gente quem é capaz de entender? Uma etnografia com participantes de uma Oficina de Criatividade em um Hospital Psiquiátrico. In: FLEISCHER, Soraya.; FERREIRA, Jaqueline (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamonde, 2014, p. 57-80.

SARTI, Cynthia. Prefácio. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamonde, 2014. p. 7-10.

SILVA, Érica Quinaglia. A política pública de saúde mental e a construção do indivíduo “perigoso” no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal. In: CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa. **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018, p. 74-85.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. Nervos e nervosas na biomedicina. In: **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença** [online]. Antropologia e saúde Collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 61-82.

STRATHERN, Marilyn. Partial connections. **Savage**: Rowman and Littlefield, 1991.

_____. **O gênero da dádiva**: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia. Campinas: Ed. Unicamp, 2006.

_____. **Fora de contexto**: as ficções persuasivas da antropologia. São Paulo: Terceiro Nome, 2013.

TAVARES, Raquel. Imagens de mulheres em contexto de cuidado à saúde mental. **Áltera**, João Pessoa, v. 3, n. 11, p. 258, jan./jun. 2020.

TROUILLOT, Michel-Rolph. La antropología del Estado em la era de la globalización. Encuentros cercanos de tipo engañoso. **Current Anthropology**, v. 42, n. 1, 2001.

UMA mente brilhante. Direção: Ron Howard. Produção de Universal Pictures. Estados Unidos: Universal Pictures do Brasil, 2001.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 123.

VIGH, Henrik. Crisis and Chronicity: Anthropological Perspectives on Continuous Conflict and Decline. **Ethnos**, v. 73, n. 1, 2008. p. 5-24, DOI: 10.1080/00141840801927509.

WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi**, v. 12, n. 22, p. 250-269, jan./jun. 2011.

WHAT happened, Miss Simone?. Direção: Liz Garbus. Produção Radical Media. Estados Unidos: Netflix, 2015.

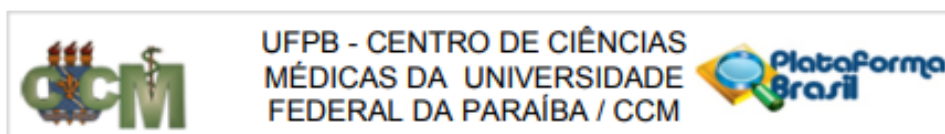
WILLRICH, Janaína Quinzen. **Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial**. 2009. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger; CORTES, Jandro Moraes; ANTONACCI, Milena Hohmann. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 657-63, 2013.

ZAMBONI, Marcio Bressiani. AIDS, longa duração e trabalho do tempo: narrativas de homens que vivem com HIV há mais de 20 anos. **Revista Política e Trabalho**, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, João Pessoa, v. 1, n. 42, p. 69-90, 2015.

ANEXOS

Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência de Cuidado e Itinerários Terapêuticos de Crise em Saúde Mental no município de João Pessoa - PB

Pesquisador: RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26608519.2.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.789.223

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa é sobre sua experiência de cuidado à saúde mental e está sendo desenvolvida por Rafaela Porcari Molena Acuió, do Curso de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dra. Márcia Reis Longhi.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem teórico-metodológica etnográfica, inscrita no campo da Antropologia da Saúde, que tem como objetivo compreender a experiência de cuidado à crise em saúde mental e a construção de itinerários terapêuticos de usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa, PB. Pretende-se, a partir das narrativas de vida, reconstruir os itinerários terapêuticos de crise

em saúde mental vivenciados, os atores e espaços mobilizados, e a lógica de cuidado estabelecida, em diálogo com o fluxograma de cuidado oficial da RAPS do município e com as políticas públicas vigentes acerca do tema. Utiliza-se a perspectiva ecológica de Tim Ingold para discutir a composição dos itinerários e sua configuração nas linhas de vida dos indivíduos, bem como a autonomia no agenciamento da própria linha de vida no processo de cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 3.789.223

Compreender a experiência de cuidado à crise em saúde mental e a construção de itinerários terapêuticos de usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa, PB

Objetivo Secundário:

Identificar atores e espaços de cuidado à crise; Compreender como usuários e familiares agenciam os momentos de crise; Identificar potenciais e lacunas nas políticas públicas de saúde mental no que tange à crise; Conhecer a crença dos usuários sobre o conceito de crise

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco potencial a ser considerado nesta pesquisa é de, ao entrar em contato com sua história de vida e relembrar momentos críticos de desestabilização da saúde mental e dificuldades enfrentadas, os sujeitos sintam desconforto emocional, cansaço, alterações em sua percepção da história de vida. As entrevistas ocorrerão em locais escolhidos pelos sujeitos e, portanto, num espaço seguro e confortável para os mesmos. Neste caso o pesquisador poderá realizar acolhimento dos sentimentos revelados e apoio emocional, e, caso haja situações de maior desestabilização, poderá acionar equipamento de cuidado à saúde mental de referência do sujeito, visto que um dos critérios para participação na pesquisa é a vinculação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. A integridade dos sujeitos é a prioridade do estudo, sendo possível a desistência destes em qualquer momento da pesquisa e também há a possibilidade de interromperem as entrevistas caso se sintam desconfortáveis, bem como será aceito a presença de um familiar ou outra pessoa de confiança no momento da entrevista, caso seja do desejo do sujeito de pesquisa.

Benefícios:

Com relação aos benefícios, devido às especificidades de sua abordagem – qualitativa, etnográfica e narrativa- a pesquisa poderá contribuir também para construir conhecimento e dados de substância sobre a real vivência da saúde mental pública, sensível à qualidade e à efetividade do cuidado à crise. Nesta perspectiva, se prevê benefícios em diversas ordens: acadêmica (1), pois irá reunir e sistematizar conteúdos importantes sobre o tema de crise em saúde mental, entendidos como insuficientemente discutido na academia, visto a

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 3.789.223

relevância da temática.

Poderá contribuir para o melhoramento de políticas públicas (2) pois irá discutir potencialidades e distanciamentos entre os itinerários terapêuticos reais/vividos pelos sujeitos e os fluxos oficiais/previstos de cuidado à crise em saúde mental. Trará benefícios também para o cuidado no município de João Pessoa (3), pois o trabalho entrará na discussão sobre o que foi previsto nas políticas públicas e o que de fato está sendo desenvolvido no município e vivido por seus cidadãos e usuários dos serviços. E, por fim, poderá contribuir para os sujeitos de pesquisa (4), pois, ao reconstruir com sua história de vida e identificar os momentos de crise e os atores e espaços de cuidado possa ter um potencial de reflexão sobre seus processos de vida e de saúde, e, porque não, possibilidades de empoderamento dos sujeitos com relação à sua própria história de vida e aos seus processos de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho de campo será realizado com sujeitos maiores de 18 anos, inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa – PB. A captação de sujeitos de pesquisa será realizado a partir da rede de contatos da pesquisadora, enquanto participante do projeto de pesquisa e extensão Loucura e Cidadania da UFPB, e, por meio do método bola de neve, será realizada a ampliação dos interlocutores de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória constam, em sua íntegra, na proposta de Projeto analisada.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável ao desenvolvimento da investigação. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa foi APROVADO, em Reunião Ordinária realizada no dia 12 de dezembro de 2019, no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos -CEP/CCM/UFPB, conforme recomendações contidas na Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013, CNS.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 3.789.223

Lembramos que, após o término da pesquisa, o pesquisador responsável, em atendimento à Resolução 466/2012, do CNS/MS, deverá anexar (via online) na Plataforma Brasil, através do ícone "notificação", o Relatório Final da pesquisa.

Informamos que este parecer não precisa de oposição da coordenadora, por ser emitido pela Plataforma Brasil com certificação digital.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1480354.pdf	27/11/2019 15:48:59		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoRafaela.pdf	27/11/2019 15:47:48	RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	trabalhocompletorafaela.pdf	27/11/2019 15:37:06	RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2019 15:31:45	RAFAELA PORCARI MOLENA ACUIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 23 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

MS. Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre sua experiência de cuidado à saúde mental e está sendo desenvolvida por Rafaela Porcari Molena Acuió, do Curso de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Márcia Reis Longhi.

O objetivo do estudo é entender como o (a) senhor (a) tem cuidado de sua saúde mental desde que descobriu a doença até os dias de hoje, e que lugares e pessoas têm sido importantes neste cuidado. A finalidade deste trabalho é contribuir para o melhoramento das políticas públicas de saúde mental.

Solicitamos a sua colaboração para participar de entrevistas com tempo médio de 40 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e das ciências sociais e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa pode trazer desconfortos, pois iremos relembrar de momentos da história de vida que podem ser delicados, caso isso aconteça a pesquisadora poderá dar acolhimento e apoio emocional e, caso seja necessário, pedir apoio ao serviço de saúde que o (a) senhor (a) está vinculado. 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. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora 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, ____ de ____ de ____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Rafaela P. M. Acúio, (83) 98209-1689 ou para Comitê de Ética do 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