



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

CAMILA ALVES SOARES

**EXPERIÊNCIAS DE CRISE: NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS
DE SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

FORTALEZA

2016

CAMILA ALVES SOARES

**EXPERIÊNCIAS DE CRISE: NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS
DE SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S653e Soares, Camila Alves.
Experiências de crise : narrativas autobiográficas de sujeitos em sofrimento psíquico / Camila Alves Soares. – 2016.
187 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.
1. Crise. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Saúde Mental. 4. Narrativas. I. Título.

CDD 610

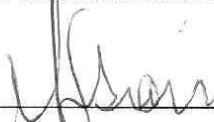
CAMILA ALVES SOARES

EXPERIÊNCIAS DE CRISE: NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS DE SUJEITOS
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

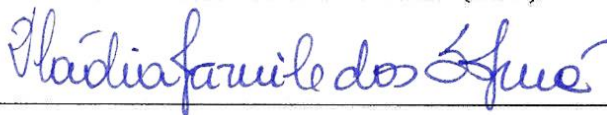
Defesa de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

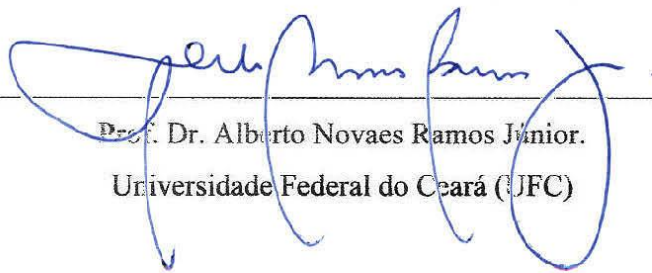
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá
Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior.
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Aquilo nos move, ao sagrado e místico da vida.

À minha família, pela minha existência e suporte de vida.

Ao meu companheiro, Tiago Mendonça, pelo amor, confiança e paciência nos momentos de aperreio das escritas deste trabalho.

Às minhas amigas de graduação e de trabalho, em especial, Nara Goes, Luisa Cela, Carolina Aires, Rafaella Medeiros, pela ajuda na travessia, acompanhando meus dilemas pessoais e profissionais. Pelos momentos de diversão quando era preciso me distanciar deste trabalho para depois recomeçar.

À minha orientadora, Malu, pela liberdade e aposta na licença poética para a “feitura” desta dissertação.

À querida professora Vlândia Jucá, minha orientadora de TCC da graduação, por quem tenho grande apreço e admiração.

Ao professor Alberto Novaes, que gentilmente aceitou participar desta banca depois de tanta insistência de minha parte.

Aos LAPQS, pelas trocas e aprendizado coletivo nos últimos três anos.

À minha turma do mestrado da UFC 2014, em especial: Andrezza, Susy, Edgar, Carol, Thayse, Herley, Ana Luísa, pelo carinho, apoio e respeito diante de tanta diversidade.

Ao Guilherme Heinn, a quem prometi um agradecimento especial por me ajudar prontamente com meu abstract.

À CAPES, pelo financiamento da minha bolsa de mestrado e pelo incentivo à docência, apesar do peso burocrático das exigências quanto aos prazos que fazem os pós-graduandos correrem contra o tempo.

Ao CAPS Geral da Regional II, pela abertura e disponibilidade para a realização do meu campo de pesquisa.

A todos os usuários da saúde mental, em especial aos que participaram desta pesquisa, minha eterna gratidão pela partilha das histórias de vida.

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver, são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente- o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

— Guimarães Rosa

RESUMO

Objetivamos, neste estudo, compreender as experiências de crise de sujeitos em sofrimento psíquico por meio de suas narrativas autobiográficas, identificando as concepções, conhecendo as explicações atribuídas ao surgimento das crises; e analisando as estratégias de cuidado buscadas para essas situações. Historicamente, as crises foram consideradas experiências predominantemente negativas que precisavam ser eliminadas dos sujeitos e o “elemento concreto” da doença mental. Com a contribuição do movimento da Reforma Psiquiátrica, e a premissa de por a “doença mental entre parênteses”, as crises buscaram ser compreendidas numa perspectiva contextualizada, inseridas na história de vida das pessoas. Diversos estudos apontam dificuldades das equipes de saúde no manejo das crises nos serviços, reforçando a “necessidade de hospital psiquiátrico”, principalmente para essas situações. Na literatura, identificamos as situações de crise como momentos de solidão, medo, despersonalização, incompreensão, alteração da percepção do tempo e espaço, por outro lado, as crises podem ser momentos de passagem, que levam ao aprendizado e transformação. Em termos metodológicos, trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, delineada como um estudo biográfico, vinculado a uma perspectiva narrativista, centrada na experiência e orientada sócio culturalmente. Para os procedimentos de coleta de dados empregamos como instrumento a Entrevista Narrativa e, para o processamento do material empírico, utilizamos como lente a perspectiva hermenêutica contemporânea de Hans-George Gadamer, de modo a compreender o texto e os sujeitos envolvidos nesse ato de interpretação, voltado à compreensão do nosso objeto. Quanto aos resultados, encontramos três dimensões principais de análise: concepções de crise; origem das crises; e cuidado e tratamento. Percebemos que as experiências de crise são de difícil nomeação, dada sua complexidade, porém identificamos características importantes de despersonalização, urgência, inevitabilidade e fragmentação da identidade nessas situações. Os sujeitos atribuem seu surgimento a condições biológicas e experiências relacionadas à pobreza e vulnerabilidade, principalmente as que envolvem a violência contra a mulher. Em busca de ajuda, os sujeitos recorrem à família, ao poder da religião e da espiritualidade, ao remédio, e aos serviços de saúde mental, CAPS e hospitais psiquiátricos, atribuindo-lhes lugares e importâncias distintas. Concluímos, com este estudo, a necessidade da valorização da experiência e do saber de experiência sobre as crises pelos próprios sujeitos em sofrimento psíquico e reafirmamos os serviços substitutivos em saúde mental como lugares estratégicos de cuidado, na promoção de espaços de ressignificação dessas experiências.

PALAVRAS-CHAVE: Crise. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Narrativas.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the crisis experiences from subjects in psychological distress through their autobiographical narratives, concepts identification, knowledge of the explanations attributed to emergence of the crises, and analysis of the care strategies sought for these situations. Historically, crises have been considered to be mainly negative experiences that had to be eliminated from the subjects and the "concrete element" of mental illness. With contribution from Psychiatric Reform movement, and the premise of putting "mental illness in parentheses", it has been sought to understand crisis in a contextual perspective, inserted in people's life history. Several studies point to problems of healthcare teams in crises management in services, strengthening the need for psychiatric hospital, especially for those situations. In the literature, crisis situations are identified as moments of solitude, fear, depersonalization, misunderstanding and altered perception of time and space; on the other hand, crises can be moments of passage that lead to learning and transformation. In terms of methodology, this was a qualitative research, designed as a biographical study, linked to a narrativist perspective, focused on experience, through a socially contextualized way. We used narrative interview as tool, and for empirical material processing, the contemporary hermeneutic perspective of Hans-George Gadamer was used, in order to understand the text and the subjects involved in this act of interpretation, aimed at the understanding of our object. As for the results, we found three main dimensions of analysis: crisis conceptions; origin of the crises; and care and treatment. We realized that the crisis experiences were difficult to nominate, given their complexity; however, we were able to identify important features of depersonalization, urgency, inevitability and identity fragmentation in these situations. The subjects attribute their rise to biological conditions and experiences related to poverty and vulnerability, especially those involving violence against women. In search for help, they turn to family, religion and spirituality, medicines, and to mental health services, CAPS and psychiatric hospitals, assigning them different roles and values. We concluded, with this study, that there is need to valorize the experiences and experience knowledge of the crises by the subjects themselves, when in psychological distress, and reaffirm substitutive mental health services as strategic places of care in order to promote reframing spaces for these experiences.

KEYWORDS: Crisis. Psychiatric Reform. Mental Health. Narratives.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Fluxograma de assistência à crise em Fortaleza.....	p. 42
FIGURA 2- Esquema simplificado de atenção às crises.....	p. 44
FIGURA 3- Divisão da capital por Secretarias Regionais.....	p. 76
FIGURA 4- Bairros que compõe a Regional II do município de Fortaleza (CE).....	p.77
TABELA 1- Fases principais da Entrevista Narrativa.....	p.85
QUADRO 1- Problemas no atendimento da crise nos diversos pontos da RAPS de Natal/RN.....	p. 40
QUADRO 2- Rede de Significados.....	p. 108

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. CRISES AO MEU REDOR E A CONFIGURAÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DE PESQUISA.....	17
3. CAPÍTULO 1 – REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E O CUIDADO EM LIBERDADE DOS SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	23
4. CAPÍTULO 2- DESAFIOS DO CUIDADO ÀS CRISES NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	34
5. CAPÍTULO 3- CONTORNOS CONCEITUAIS: AFINAL, O QUE É CRISE?.....	45
6. NARRATIVAS COMO CONSTRUÇÃO DE SI	
6.1 Estudos sobre a linguagem e as perspectivas Narrativas.....	58
6.2 Por que histórias? Contribuições do olhar narrativo.....	60
6.3 As narrativas e as experiências de doença.....	65
7. DELINEAMENTO METODOLÓGICO: CAMINHOS PERCORRIDOS	
7.1 Acerca do enfoque qualitativo na pesquisa em Saúde	69
7.2 Contexto da pesquisa: Fortaleza e a Regional 2.....	72
7.3 Cenário da pesquisa: O Centro de Atenção Psicossocial Geral Dr. Nilson Moura Fé.....	75
7.4 Aproximação ao campo de pesquisa: o processo de inserção.....	76
7.5 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	78
7.6 Produção negociada de evidências.....	79
7.7 Processamento e interpretação do material empírico.....	82
7.8 Aspectos éticos em pesquisa.....	84
8. RECONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS	
8.1 História de Juliana- “Eu cresci na Faixa de Gaza”.....	89
8.2 História de Amélia- “é como se eu tivesse uma morta-viva assim...”.....	90

<i>8.3 História de Jacinta- “Contar a minha vida, ave maria, é um sofrimento”</i>	92
<i>8.4 História de Rafael- “Dizem que o seu coração, voa mais que avião, dizem que o seu amor só tem gosto de fel, vai trair o marido em plena lua de mel...”</i>	94
<i>8.5 História de Luciana- “eu sou uma celebridade internacional”</i>	95
<i>8.6 História de Naomi- “Eu nunca mais vou ser normal, nunca mais...”</i>	97
<i>8.7 História de Sâmia- “Aí tudo bem...”</i>	99
<i>8.8 História de Célia- “eu não tenho vontade de viver”</i>	101
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
<i>9.1 “Um carro riscando para lhe pegar”:</i> concepções sobre crise.....	104
<i>9.2 “O que causa o ser humano ter isso?”</i> Acerca das explicações estabelecidas pelos participantes para o surgimento das crises.....	112
<i>9.3 “É fé em Deus e adesão ao tratamento”:</i> o cuidado e o tratamento nas situações de crise	
9.3.1 O cuidado de si e pela família	122
9. 3. 2 O lugar da espiritualidade e da religiosidade.....	127
9. 3. 3 A primazia da medicação.....	129
9. 3. 4 Percepções sobre os serviços de saúde mental: hospitais psiquiátricos..	133
9. 3. 5 Percepções sobre os serviços de saúde mental: CAPS.....	144
10. À GUIA DE CONCLUSÃO (POSSÍVEIS, MOMENTÂNEAS...)	154
REFERÊNCIAS	159
APÊNDICES	175
ANEXOS	177

1 Introdução

O objetivo deste estudo foi compreender as experiências de crise de sujeitos em sofrimento psíquico em um CAPS Geral tipo III do município de Fortaleza. Para tal, nos propomos a: identificar as concepções de crise; conhecer as origens da crise na perspectiva desses sujeitos; e analisar como eles compreendem o cuidado nessas situações.

Nossa pesquisa se insere no campo de saúde mental que, enquanto campo plural e multifacetado, tem realizado um movimento de afastamento da centralidade da doença e privilegiado aspectos subjetivos e sociais da existência concreta dos usuários, demarcando assim um campo que dialoga com várias áreas, não restrito à medicina ou aos saberes psicológicos tradicionais.

O termo “Saúde Mental” engloba muitos significados, mais recentemente, tem sido reconhecido como um campo de práticas e de conhecimentos, e que possui interfaces com outros saberes e disciplinas como a Medicina, Psicologia, Psicanálise, Filosofia, Antropologia, Sociologia, dentre outros. “Falar em Saúde Mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial” (LANCETTI E AMARANTE, 2012, p.616).

Neste estudo tratamos, então, da aproximação entre dois campos amplos de conhecimentos e práticas, a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, uma vez que um não está contido no outro, mas que podem e vêm fazendo aproximações para fazer e pensar saúde, entendendo também que ambos têm princípios confluentes, embora, por vezes, pareçam estar bem distantes nas lutas políticas e nas ações de saúde do cotidiano.

Nessa aproximação, podemos identificar alguns aspectos em comum: a necessidade do reconhecimento do protagonismo dos sujeitos em suas vidas; a importância da subjetividade nos processos de adoecimento e de cuidado em saúde; a influência dos fatores históricos, políticos e sociais, não apenas como determinantes e condicionantes em saúde, mas como fatores de “atravessamento” que se traduzem nas relações de poder expressas nas ações de saúde; o reconhecimento da importância da participação social na garantia dos direitos de cidadania; a necessidade de superar estigmas e preconceitos geradores de exclusão e segregação, dentre outros. Acreditamos que os conceitos-ferramentas Humanização,

Acolhimento, Cuidado, Subjetividade, Integralidade, Desinstitucionalização, são caros aos dois campos e traduzem um pouco as aproximações citadas.

Nos últimos anos, os temas relacionados à saúde mental têm sido cada vez mais pesquisados no campo da saúde coletiva, principalmente por teóricos relacionados aos eixos das Ciências Sociais e Humanas e da Política e Planejamento em Saúde, que constituem esse campo, gerando discussões importantes sobre a subjetividade e o cuidado (CARVALHO; BOSI, FREIRE, 2008; AYRES, 2009) sobre avaliações qualitativas das redes de atenção e das ações dos serviços de saúde (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; DIMENSTEIN *et al*, 2012; NUNES; JUCÁ, VALENTIM, 2007; ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Reconhecemos que nosso objeto de estudo, *experiências de crise*, é complexo, a partir da definição de Morin de complexidade (1990 *apud* ALMEIDA FILHO, 1997), pois é “sintético, não linear, múltiplo, plural e emergente” (p.11). Um objeto complexo é um “objeto-modelo sistêmico”, pois ao mesmo tempo em que ele é sistema, também é parte de um sistema de totalidades parciais. Além disso, sua explicação é impossível a partir de modelos lineares de conhecimento, posto que não é previsível. Por operar em distintos de níveis de realidade, ele pode ser apreendido de diversas formas de existência, produzindo vários olhares e discursos que não cabem unicamente um único recorte disciplinar. “Daí que para construí-lo como referente é preciso operações de síntese, produzindo modelos sintéticos, e para designá-lo apropriadamente é necessário o recurso à polissemia resultante do cruzamento de distintos discursos disciplinares” (p.11).

Em nosso exame de qualificação, uma das contribuições da banca foi questionar a necessidade de situar, na revisão de literatura, os processos históricos, sociais e políticos da Reforma Psiquiátrica e das transformações dos serviços de saúde advindas desse processo, uma vez que esses não eram nossos focos principais de estudo. Aqui, reafirmamos que nosso objeto de estudo situa-se no seio de “outras crises”: a crise de conhecimento (saber psiquiátrico), que buscou por muito tempo dar conta das psicopatologias; e a crise de um modelo de saúde, que ainda traz resquícios esses de busca de normalidade e enquadramento dos sujeitos. Assim, essa posicionalidade se fez necessária, situando-nos no campo da Saúde Coletiva.

Passando às justificativas do tema estudado, a escolha se pauta em distintos níveis de análise: pessoal; social, político e ideológico; institucional; e científico (CAMPOS, 2004). Concordamos com Minayo (2013), ao reconhecer que a escolha de um tema não emerge

espontaneamente, mas advém de interesses e circunstâncias socialmente “condicionados”, frutos de determinada inserção no “real”, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

No âmbito social, político e ideológico reconhecemos nosso compromisso com os pressupostos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, movimentos que indicam a necessidade de avançar e aprofundar as discussões relativas à qualidade do cuidado, principalmente nos momentos nos quais os sujeitos precisam de cuidados contínuos e intensivos, como nas situações de crise. Pensar possibilidades para o manejo das crises nos serviços substitutivos, considerando os saberes e práticas das equipes, parece-nos um horizonte ético deste trabalho.

Ainda nesse nível de análise, tivemos acesso, através do compartilhamento de materiais sobre saúde mental em um grupo de trabalhadores da rede, a uma reportagem (março de 2015) de um jornal de grande circulação na capital sobre a grave situação dos serviços de saúde mental de Fortaleza.¹ Nesta reportagem, apesar do caráter evidentemente biomédico das reivindicações, considerando o título, são trazidos pontos importantes para reflexão também no que tange ao acolhimento das crises.

Notícias desse tipo, veiculadas nos diversos meios de comunicação, são lugar-comum para os trabalhadores dos serviços públicos de saúde e outros que também lidam diretamente com os serviços de saúde mental (estágios, supervisão clínico institucional, programas de residências multiprofissionais em saúde).

Dentre as inúmeras dificuldades que circulam nos discursos dos trabalhadores, há o reconhecimento da fragilidade no acolhimento das crises, sendo boa parte dos casos encaminhados aos hospitais psiquiátricos. Reconhece-se, portanto, um grande descrédito no caráter substitutivo dos serviços e das práticas dos profissionais e um visível retrocesso da reforma psiquiátrica na capital cearense.

Valemo-nos também de estimativas da Organização Mundial da Saúde (2001) para ressaltar a pertinência do tema em questão. Segundo dados recentes, no mundo, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais e/ou comportamentais e, em decorrência do envelhecimento da população e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de aumento no número de diagnósticos. Segundo estimativas, uma em quatro

¹ DIÁRIO DO NORDESTE. **Sem estrutura, rede carece de médicos, leitos e remédios.** Disponível em:< <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/sem-estrutura-rede-carece-de-medicos-leitos-e-remedios-1.1239235>> Acesso em: 10 de maio de 2015. ANEXO A

famílias tem, pelo menos, um membro que sofre com transtorno mental ou comportamental. Ressalta-se, portanto, não só o aumento dos custos econômicos na saúde e das incapacidades para o trabalho com o aumento dos diagnósticos, mas principalmente um grande impacto em termos de sofrimento e incapacidades em geral.

Na realidade brasileira, estima-se que 3% da população necessita de “cuidados contínuos em saúde mental”, ou seja, são diagnosticados com transtornos mentais severos persistentes, 10 a 15% de atendimento eventual para transtornos leves e moderados ou comuns e 80% apresentam algum sofrimento psíquico com tendência à remissão espontânea (BRASIL, 2003).

Esses fatores nos remetem diretamente à relevância concernente aos aspectos institucionais, uma vez que falar de dados epidemiológicos, de denúncias de usuários utilizando diversas mídias e da pressão dos movimentos sociais para dar visibilidade à degradação dos serviços da saúde mental, implica repensar estratégias de ação no âmbito da formulação das políticas do sistema de saúde.

Considerando também que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das redes prioritárias do SUS, a partir da lógica de cuidado em rede reformulada pelo Ministério da Saúde a partir de 2011 (BRASIL, 2012), não podemos nos furtar a uma análise crítica dos diversos dispositivos que constituem a RAPS, essenciais para os cuidados em saúde mental no Brasil numa lógica antimanicomial.

Quanto à relevância do tema de pesquisa para a produção de conhecimento, ancoramo-nos nas lacunas apontadas pelos levantamentos realizados nas bases de dados nos planos regional, nacional e internacional sobre a temática desta pesquisa. Examinando as bases bibliográficas com os descritores *crise*, *Reforma Psiquiátrica* e *Saúde Mental*, de maneira isolada, percebemos que há centenas e, em certas combinações, milhares de artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e PEPSIC, por nós consultada na fase exploratória deste estudo (APÊNDICE B). No entanto, ao cruzarmos os descritores entre si, verificamos que havia poucas publicações indexadas sobre saúde mental que abordam as crises no campo da saúde mental e na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Identificamos algumas dissertações e teses nos repositórios das bibliotecas universitárias, vinculadas, em sua maioria, aos departamentos de Psicologia e, em minoria, aos departamentos de Saúde Coletiva. Boa parte desses estudos se ancorou na perspectiva da pesquisa qualitativa e se interessou, basicamente, pela produção dos discursos em torno da crise; pela perspectiva da avaliação dos serviços de saúde e da articulação das redes de

atenção; e pela identificação da concepção e manejo das crises pelos trabalhadores dos serviços substitutivos, indicando a quase ausência da posicionalidade dos sujeitos diretamente envolvidos nesse processo de cuidado.

No nível pessoal e subjetivo, concordamos com Minayo (2013), ao afirmar que nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Considerando isso, e a necessidade de contarmos também nossas histórias e de como fomos atravessados pelas experiências de crise das pessoas, bem como dos discursos e das situações que circulam no meio social em relação às crises, sentimos necessidade de aprofundar as aproximações com nosso objeto de pesquisa em um tópico à parte, logo a seguir.

Nosso trabalho se estrutura, em termos de revisão de literatura, em um capítulo inicial que busca contextualizar os processos de reformas psiquiátricas no mundo e no Brasil e o conseqüente surgimento dos serviços substitutivos de saúde mental. Em seguida, passamos a uma reflexão sobre a estruturação desses serviços e os desafios encontrados no cuidado às crises no âmbito da atenção psicossocial, o cuidado em liberdade. O terceiro capítulo busca realizar algumas aproximações sobre o conceito de crise, resgatando como esse circula nos diversos campos de saber, como historicamente foi tratado em psiquiatria até nos aproximarmos de algumas leituras a partir da psicanálise e fenomenologia.

Dedicamos um capítulo também ao estudo das narrativas, pois consideramos que escutar os sujeitos é também escutar suas histórias de vida, de alegrias e de dificuldades. Assim, filiamo-nos às perspectivas narrativistas em pesquisa, nas quais as narrativas são consideradas formas de dar coerência e sentido ao vivido. Assim, narra-se vivendo, vive-se narrando. As narrativas relacionadas aos processos de adoecimento são particularmente importantes, pois resignificam as experiências de fragmentação provocadas pela doença. O adoecimento (psíquico) e não o adoecer (físico) também será destaque em nosso trabalho (KLEINMAN, 1988). Numa concepção de experiência de adoecimento orientada culturalmente, concordamos também que há formas de se perceber e de se dizer adoecido na nossa sociedade.

No percurso metodológico, explicitaremos brevemente a proposta da pesquisa de base qualitativa, situando a importância da primazia do significado e da interpretação (MINAYO, 2001). Em seguida, abordaremos o processo de “produção negociada de evidências” (BOSI, 2012), no qual utilizamos a Entrevista Narrativa, que se estrutura, em

linhas gerais, por meio de uma questão geradora de narrativas. Para a etapa de análise dos dados, valemo-nos da hermenêutica crítica de Hans-George Gadamer para compreensão e análise dos textos produzidos. A utilização do olhar Hermenêutico se justifica pelo fato de reconhecê-lo como possibilidade de pensar novos modelos de saúde-doença-cuidado que buscam recuperar a dimensão experiencial relacionando-as com dimensões psicossociais (CAPRARA, 2003).

Na sequência, como forma de apresentar os participantes da pesquisa ao leitor e inserir nosso objeto de estudo em histórias reais e concretas, elaboramos um capítulo no qual resgatamos e reconstruímos, sinteticamente, as histórias de vida dos entrevistados. Isso surgiu da necessidade de dialogarmos um pouco mais com as experiências de vida, que pareciam não caber apenas em categorias sistematizadas nos resultados.

Em resultados e discussão, traremos os principais achados desta pesquisa com uma articulação possível revelada nos discursos dos sujeitos em sofrimento psíquico sobre suas crises, para em seguida passar às conclusões, ainda que provisórias e pertinentes apenas para esse momento, uma vez que uma pesquisa de base hermenêutica precisa sempre possibilitar a produção de novos sentidos sobre o tema.

2. As crises ao meu redor e a configuração de uma situação de pesquisa

Escrevo. E pronto.
 Escrevo porque preciso,
 preciso porque estou tonto.
 Ninguém tem nada com isso.
 Escrevo porque amanhece,
 E as estrelas lá no céu
 Lembram letras no papel,
 Quando o poema me anoitece.
 A aranha tece teias.
 O peixe beija e morde o que vê.
 Eu escrevo apenas.
 Tem que ter por quê?

Razão de ser- Paulo Leminski

Para iniciar a fala sobre nosso tema de pesquisa precisamos, primeiramente, situar o leitor e também o autor, sobre sua vida, os caminhos percorridos, as andanças. Dizemos isso porque consideramos muito brusca a forma como as pesquisas, de uma forma geral, costumam ser apresentadas: o objeto de pesquisa parece brotar do trabalho, bruscamente, e sem nenhuma relação com a subjetividade do sujeito-pesquisador, o que parece improvável em nossa leitura.

Necessitamos falar de histórias, do contexto, do pano de fundo do qual tudo emergiu, pois falar desta pesquisa é falar também de nós. Dessa forma, convidamos o leitor a fazer um breve passeio conosco, de forma a compreender como fomos atravessados por essa temática. Início, agora em primeira pessoa...

Elaborei um projeto para a seleção do mestrado no qual “a crise” dos sujeitos em sofrimento psíquico seria meu “objeto de estudo”. Esse tema tem chamado minha especial atenção há alguns anos, principalmente a partir do processo de formação enquanto residente multiprofissional em saúde mental pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais-ESP/MG, em parceria com a prefeitura do município de Betim/MG.

Na residência, pude aprender e vivenciar, durante dois anos, o cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico em diversos contextos. O cenário de prática da residência envolveu diferentes equipamentos de saúde da rede de saúde mental do município, referência de cuidado no âmbito da Atenção Psicossocial para todo o Brasil. Nessa experiência, pude aprender e trabalhar nos Centros de Atenção Psicossocial infantil, adulto, álcool e outras drogas, centro de convivência e equipe de saúde mental na atenção primária à saúde, além da participação em movimentos sociais locais.

Durante esse tempo, fiquei integralmente no Centro de Atenção Psicossocial tipo III, que tem como principal proposta o cuidado intensivo em regime de atendimento de 24 horas. Esse trabalho incluía o acompanhamento de usuários como profissional de referência, as ações de “busca ativa” de usuários, a visita domiciliar, o acolhimento, o acompanhamento do plantão noturno na semana, e os plantões aos sábados, nos quais priorizávamos atividades artísticas, lúdicas, e de convivência, dentre outras atividades.

Nesses lugares aprendi diagnósticos (CID-etc e DSM-etc), sintomas, fluxos, protocolos, rotinas, conheci formulários, e principalmente, aprendi a conversar com as pessoas. Dentre essas pessoas estão os profissionais “de nível superior”, o porteiro, o motorista, a cozinheira, a recepcionista e tantos outros, com os quais convivi diariamente, mas também e, principalmente, o Lôro, o Ricardo, a Margarida, o Elmo, o Júlio, o Claudinei, o Paulo, a Rosana, aqui não chamados de usuários, mas sim de pessoas queridas com as quais ri, tomei café, joguei damas, cantei junto, dancei...

Foram essas pessoas que me encantaram nas conversas banais do dia a dia e me intrigaram naqueles momentos mais difíceis, as quais por vezes recorriam a mim para compartilhar experiências alegres e sofridas. Todos eles estavam naquele espaço por algum motivo: pegar a medicação, encontrar amigos, indicação de permanência-dia, problemas em casa, primeiro episódio de crise, etc.

Durante essa experiência, algumas situações, particularmente, me chamavam mais atenção. Eram momentos de sofrimento intenso de algumas pessoas que chegaram ao serviço se denominando ou sendo denominadas por terceiros como em crise. Essas pessoas chegavam de diversas maneiras (sozinhas ou acompanhadas), quietas, amuadas, contidas pela ambulância do SAMU, falantes, isoladas, agressivas (quebravam algo no serviço intencionalmente ou tentavam agredir pacientes e/ou profissionais).

Eram as mais diversas situações denominadas como “crise”, pois na experiência da loucura vários tipos de ruptura são feitas para lidar com aquilo que é insuportável. Nessas situações o termo crise estava sempre presente e circulava sob diversas conotações, como exemplifico abaixo, a partir de algumas situações guardadas na memória ou resgatadas por meio de anotações em diário de campo.

Veza por outra, algum profissional fazia alguma observação sobre o comportamento “diferente” de algum paciente: “Margarida hoje está colorida dos pés a cabeça, de batom

vermelho, cantarolando, falando alto, toda saliente-risos” (referência a uma paciente de cerca de 50 anos, diagnosticada com transtorno bipolar do humor, nesse momento supostamente em episódio maníaco).

Em outra situação, acompanhávamos o sofrimento que viviam alguns usuários em momentos mais delicados, como Júlio que, mesmo contido mecanicamente no leito (pulsos e tornozelos imobilizados por meio de faixas de contenção), não conseguia impedir o impulso de enviar o dedo no olho (o rapaz ficava com a mão dobrada para cima com o indicador voltado para o rosto enquanto sua cabeça ficava tensa para baixo, os olhos vidrados na mão localizada logo abaixo). Júlio tinha um belo par de olhos azuis, adornados por longos e volumosos cílios pretos, mas tinha perdido boa parte da sua capacidade visual devido a tentativas (e acertos) anteriores de colocar os dedos nos olhos.

Claudinei era um usuário que gostava de *rap* e de fazer rimas. Vestia-se ao estilo *hip hop* e normalmente circulava pelo serviço com certa liberdade. Morava com a tia, com quem, de vez em quando, entrava em conflito. Em determinadas situações, costumava ficar muito atordoado com fenômenos que parecia não compreender. Por vezes, o encontrava quieto em um canto do pátio, com o olhar perdido de medo. Certo momento, compartilhou comigo: “Tem umas vozes (ele sabiam que eram “só” vozes) que ficam caçoando de mim, dizendo pra eu matar minha tia. Eu tô com medo” (seus olhos marejavam).

Jaime era um rapaz jovem magricela e que, segundo a equipe, teve seu primeiro surto aos vinte e poucos anos. O rapaz, durante o acompanhamento intensivo no serviço, acreditava que eu era Marina, sua mulher com quem vivia na cidade de Janaúba. Outra vez, chegou com seu caminhar arrastado e lento em minha direção e disse: “Vamos voltar pra nossa fazenda, com nossas 500 cabeças de gado...” e, quando contrariado, se enfezava e resmungava: “Como é que um homem pode querer uma mulher que não sabe lavar e passar?”.

Rosana era uma moça negra, simples e simpática que, segundo a família, em momentos de crise costumava “pregar a bíblia” (Rosana era evangélica) fosse dia ou noite (ou mesmo madrugada), falando sem parar em casa e na vizinhança. Começou a causar desconforto nos familiares e vizinhos sua “falação” desmedida e logo veio a suspeita de que a moça não estava bem. Quando tinha indicação para estar no serviço, eu sempre a encontrava com sua bíblia debaixo do braço e essa quando me via citava um trecho da Bíblia e ao final me interrogava: “amém?”.

Por várias vezes voltei para casa com esses rostos e essas histórias, “matutando”, tentando compreender (se é que é possível) o que poderia acontecer na vida daquelas pessoas, como seria conviver com “aquilo tudo”, que eu nem sabia dimensionar. Estar junto dessas situações me fez perceber o quanto o humano é um infinito de possibilidades, desde as mais agradáveis até as mais obscuras.

Diante desses incômodos, meu trabalho de conclusão da residência (TCR) foi sobre a percepção dos profissionais acerca da crise, de identificar suas concepções e modos de cuidado para esse momento. Alguns anos se passaram após a conclusão da residência, e essas experiências ainda me intrigavam e inquietavam.

No segundo semestre de 2014, pude participar do II curso de Supervisores Clínico Institucional das RAPS, no qual, além do conteúdo teórico, realizamos uma prática de supervisão em saúde mental com uma equipe de um CAPS Geral de uma regional de Fortaleza. Tivemos alguns encontros em que foram trabalhados pontos fortes e frágeis do serviço. Dentre os últimos, o acompanhamento dos casos intensivos, usuários em situação mais delicada e com indicação de permanecer mais tempo no serviço foi o que surgiu da equipe. Posteriormente, decidiu-se que seria importante a discussão de caso de G., paciente naquele momento dito em crise e que aguardava internação solicitada pela equipe do CAPS.

G. era um homem de pouco mais de 40 anos, diagnosticado com esquizofrenia há muito tempo, histórico de várias internações em hospital psiquiátrico e, até aquele momento, morava apenas com a mãe, uma senhora de 70 anos. A equipe resolveu trazer “o caso de G.” naquele momento por considerar que o rapaz estava em crise, e que a mãe afirmava que “nunca tinha visto crise igual àquela”.

Os relatos eram de agressividade, direcionada principalmente à mãe e aos objetos de casa (G. costumava quebrar a televisão). Alguns profissionais relatavam também uma agressividade de G. para com eles, por meio de ameaças, mas que, ao longo da discussão do caso, percebemos que nunca foram efetivadas. G. tampouco quebrou objetos no serviço, ou seja, aquele espaço e aquelas pessoas ainda eram respeitados por ele. Em vários momentos, percebi que mesmo considerado em crise, manifestada principalmente por características agressivas, G. era abordável, pois mesmo com certa limitação, conseguia travar uma conversa “de negociação” (certa contratualidade), desfazia seu pensamento agressivo por meio de intervenções dos profissionais.

No mesmo dia da discussão em equipe sobre o caso ao me direcionar para a saída do CAPS encontrei G. e tivemos uma breve conversa, juntamente com uma profissional do serviço social. Abordou-me: “você torce Fortaleza ou Ceará?” (G. usava a blusa de um time de futebol carioca). Afirmando: “não sou muito fã de futebol, mas simpatizo com o Ferroviário”. Ele riu. Após alguma conversa, compartilha: “tem gente atrás de mim, a polícia, querendo me matar...” (fala com a expressão séria, em tom de medo). Retruco, tentando banalizar a situação: “Você fez algo errado? Se não, nem precisa se preocupar, porque polícia vai atrás é de bandido...”. Reconhece, pensativo: “ai é né?” (ri).

Compartilhando meu tema de pesquisa do mestrado com uma amiga da época da universidade, ela rapidamente se lembra da situação da mãe de outra amiga, a qual teria passado um momento grave de crise há pouco tempo. Relatou episódios de perda de memória, perda de apetite, confusão mental, desorientação.

Comentou que a família tem buscado várias alternativas, mas mesmo com certa estabilidade financeira não tem sido fácil encontrar um acompanhamento satisfatório pela rede de saúde pública ou privada. Um hospital privado de renome na capital se recusou a atendê-la na urgência, mesmo em situação de desidratação severa (a senhora parou de beber água totalmente) e com evidente perda de peso, pois a consideravam paciente “da psiquiatria”.

Essas situações da vida “real” são apenas algumas ilustrações da crise apresentada em diversos contextos, nos quais atuei como profissional, amiga, estudante. Não é raro escutar em algum círculo de conversa o comentário: “fulano estava bonzinho e surtou “do nada”. Levava uma vida normal...” Daí em diante começa uma série de especulações das possíveis causas do evento e, poucas vezes ou quase nunca, se chega a alguma conclusão definitiva.

Percebemos que, diante dessas situações, há a necessidade de explicar o que parece inexplicável, de dar um sentido àquela experiência da outra pessoa, de aliviar nossa culpa enquanto ente próximo. Talvez, em determinada medida, a busca de uma causa “concreta” nos deixe menos vulneráveis enquanto humanos, pois sabendo as causas do problema supostamente saberíamos driblar o imprevisível. Talvez no fundo persista uma dúvida: Será que todos estamos suscetíveis?

Longe de querer dar respostas definitivas para essa experiência, pois não acredito que haja nada definitivo no que é humano, desejei apenas, mais uma vez, me aproximar dessas

peças e suas histórias, por vezes, de sofrimento, por vezes, alegres, por vezes, uma miscelânea de sentimentos.

3. Reformas Psiquiátricas e o cuidado em liberdade dos sujeitos em sofrimento psíquico

Como capítulo inicial, temos o objetivo de contextualizar os discursos sobre a loucura ao longo dos séculos e compreender de que forma as práticas de “Reformas Psiquiátricas”, nos diversos contextos, influenciaram o cenário brasileiro até o processo de implantação dos serviços substitutivos, por meio de conquistas legais, políticas, sociais.

Na Idade Clássica, pelo olhar de Foucault (2005), a partir do livro “História da Loucura”, esse se interessou basicamente em compreender as condições que possibilitaram a constituição de um saber sobre a loucura. Nesse período, os loucos tinham uma existência errante, estavam ligados ao trágico e ao mágico, e não eram vinculados a nenhuma instituição específica de enclausuramento, uma vez que o hospital ainda não havia sido capturado como lugar-símbolo da medicina.

Apenas no século XIX, a psiquiatria é inaugurada com Philippe Pinel, que delimita seu objeto de estudo e tratamento, a partir do discurso científico das ciências naturais, com as premissas de isolamento do fenômeno, observação constante, separação e, conseqüente, classificação das características apresentadas. Nessa lógica, a alienação mental, compreendida como desrazão, surge como objeto de intervenção da psiquiatria e o tratamento moral seria o antídoto indicado.

No contexto pós-segunda guerra, o mundo vivia com as conseqüências do holocausto e do enorme contingente de “traumatizados de guerra”, pessoas em plena idade ativa, porém improdutivas para a sociedade. Os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade, a chamada “Psiquiatria Reformada”, como diz Amarante (1995) a partir de Rotelli (1990), surgem nesse contexto, tanto de não aceitação de experiências que se assemelhassem, de alguma maneira, aos campos de concentração, bem como da necessidade de recuperar os enfermos, vítimas dos cenários de guerras.

De acordo com Amarante (1995), podemos dividir os processos de reformas psiquiátricas em três grandes eixos:

- 1- Experiências restritas ao espaço asilar, que visavam a resgatar sua função terapêutica, nelas estão inseridas a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional;

- 2- Experiências que iniciaram um processo abertura para a comunidade, como a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor;
- 3- Experiências de rompimento total com o espaço asilar e com o saber psiquiátrico, como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

É importante destacar que essas experiências de reforma não aconteceram temporalmente nessa sequência, algumas foram concomitantes, como as Comunidades Terapêuticas e a Psiquiatria Preventiva (década de 50), e outras foram desdobramentos umas das outras, como as transformações em Gorizia realizadas pelo próprio Basaglia, que inicialmente se configurava como Comunidade Terapêutica para, posteriormente, evoluir para os serviços comunitários de saúde mental, próprio da Psiquiatria Democrática Italiana.

Iremos, sucintamente, descrever algumas dessas experiências de reforma, como forma de aprofundar algumas características desses movimentos e contextualizar as influências dessas no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, identificando práticas ainda presentes em saúde mental.

As Comunidades Terapêuticas (CT) surgiram na Inglaterra, no final da década de 50, inicialmente por T. H. Main e consagradas por Maxwell Jones. A designação “Comunidade Terapêutica” foi utilizada para descrever um lugar “organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura” (RAPAPORT, 1960, p. 10 *apud* DE LEON, 2003, p. 14).

Assim, a principal característica dessa experiência de reforma foi a adoção de uma série de medidas administrativas e relacionais visando à transformação e “resgate” da função terapêutica do hospital, possíveis através de premissas de reabilitação ativa, democratização, permissividade e comunalismo (AMARANTE, 1995).

Influenciados pelas práticas grupais de Hermann Simon, Sullivan e Menninger, as Comunidades Terapêuticas buscavam uma nova cultura terapêutica a partir da horizontalidade das relações, buscando romper com as estruturas hierárquicas próprias dos processos institucionais. Na prática, esses modos de organização mais democráticos se traduziam na realização de assembleias diárias, na livre comunicação entre pacientes e profissionais e pelo incentivo à expressão de sentimentos.

Apesar do caráter inovador, inclusivo e democrático dessas práticas, a experiência inglesa de comunidade terapêutica restringiu-se ao ambiente hospitalar, ao considerar que aquele espaço protegido e apartado da sociedade seria suficiente para transformar a relação com a loucura, não foi questionado, portanto, a raiz da exclusão social da loucura nem o saber psiquiátrico, que justifica a existência da própria instituição.

A experiência francesa de Psicoterapia Institucional surgiu no final da década de 50, liderada por François Tosquelles no hospital de Saint-Alban. Baseado no princípio da “terapêutica ativa”, seu idealizador acreditava, como nas CT’s, no resgate da função terapêutica do hospital, e que assim como as pessoas, as instituições também tinham características doentes que deveriam ser tratadas para melhor funcionar, pois “num hospital reformado, eficiente, dedicado à terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada, e o doente devolvido à sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 34).

Influenciada fortemente pela psicanálise lacaniana, esse movimento acreditava que a instituição era um campo ao qual os sujeitos psicóticos poderiam se referenciar, já que os mesmos não tinham essa possibilidade fora dali. O limite dessa experiência se deu, pois, devido à centralidade da instituição em si mesma e pela impossibilidade de “dialetrizar a relação entre o dentro e o fora” (p. 35).

Iniciando o movimento de saída da instituição asilar, correspondendo ao segundo eixo, conforme exposto anteriormente, surge também na França o movimento da “Psiquiatria de Setor”, que tem em Bonnafé seu principal representante. Em um contexto de onerosos gastos aos cofres públicos para a manutenção da instituição asilar, bem como de uma suposta inadequação hospitalar às novas questões patológicas oriundas do capitalismo, essa experiência buscou realizar uma “terapia *in situ*”, na qual as pessoas seriam tratadas no próprio meio social (AMARANTE, 1995).

A setorização correspondia, então, ao esquadramento do hospital e das áreas do território como forma de aproximar os serviços de saúde das pessoas. Nessa experiência, a internação no hospital era considerada apenas uma passagem, pois o tratamento continuado seria na própria comunidade, considerada “fator terapêutico”. Os limites dessa experiência esbarraram na concepção de setores conservadores, a quem incomodava uma possível presença dos loucos na rua, bem como de grupos de intelectuais que a consideravam uma investida política e ideológica da psiquiatria.

Semelhante a esse movimento, surgiu, contemporaneamente, nos Estados Unidos, a “Psiquiatria Preventiva ou Comunitária”. Considerada política de destaque do governo Kennedy no combate às péssimas condições de assistência psiquiátrica, bem como às inúmeras “desordens” advindas do meio social, resultantes da segregação social, privilegiou estratégias de intervenção nas causas e/ou no surgimento das doenças mentais. Nesse momento, o objeto da psiquiatria é totalmente substituído, passando do tratamento e busca da cura da doença mental para a promoção e prevenção dessa, instaurando, nesse momento, o termo “saúde mental”, tal como hoje o empregamos.

Com essa compreensão, a psiquiatria preventiva estabeleceu três níveis de prevenção, que mereciam estratégias e serviços distintos para abordá-las.

1) Prevenção primária: compreendida como um conceito comunitário, suas práticas eram destinadas a promover a saúde mental das populações. Na definição de Caplan (1980):

Envolve a redução da taxa de novos casos de distúrbio mental numa população durante um certo período, neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham oportunidade de causar a doença. Pelo contrário, procura reduzir o risco em toda a população de modo que, embora alguns possam adoecer, seu número seja reduzido (p. 40).

2) Prevenção secundária: intervenção que possibilita reduzir os danos dos transtornos mentais, através de diagnóstico precoce e tratamento eficaz;

3) Prevenção terciária: seriam as estratégias de reinserção social e minimização do processo de cronificação dos pacientes, que tinham como objetivo “reduzir na comunidade a taxa de funcionamento defeituoso devido a distúrbios mentais” (p. 129). Algumas das ações sugeridas pelo autor, nesse nível de prevenção eram: o diagnóstico como reabilitação; a neutralização da alienação devido ao preconceito; a manutenção da comunicação com a rede social; a evitação do hospitalismo; a reabilitação ocupacional; a existência de instituições de transição na comunidade e para deficientes crônicos;

É no bojo da psiquiatria preventiva americana e do movimento de saúde mental comunitária, que Caplan (1980) elabora sua “Teoria da Crise”, na qual afirmava que as crises surgiam frente a situações novas nas quais o sujeito “não foi capaz de enfrentar rapidamente com seus mecanismos existentes de defesa e interação” (p.49). Aprofundaremos um pouco mais da visão do autor sobre crise no capítulo referente à discussão conceitual do termo.

As experiências em Antipsiquiatria surgiram na década de 50, nos Estados Unidos, com Ronald Laing e, no Reino Unido, com David Cooper e Thomas Szasz, a partir de um movimento político de rejeição do saber psiquiátrico (VÁSQUEZ ROCCA, 2011). Em um contexto de pós-guerra, marcado por uma crise nas ciências, na arte e na ideologia, a sociedade ensaiava normas formas de pensar a si própria. Foram tempos de revolução de maio de 68, do movimento hippie, e de vários outros movimentos de contracultura.

Influenciados, epistemologicamente, pelo existencialismo de Sartre, sustentado no conceito de liberdade enquanto condição humana por excelência (SPOHR; SCHNEIDER, 2009), esse movimento de contestação surgia como prática alternativa à psiquiatria tradicional, marcada pela violência institucional e pela instituição asilar como *locus* privilegiado de tratamento, e aspirava a um clima de liberdade para os pacientes, sem qualquer tipo de restrição, condizente com o que se defendia socialmente na época (DESVIAT, 2006).

Nesse contexto, tudo que representasse ameaça à liberdade e fizesse alusão à captura dos sujeitos pelo discurso psiquiátrico era rejeitado pelo movimento. As ditas patologias psiquiátricas eram, portanto, negadas, por serem consideradas elaborações da sociedade. Para Szasz (1974), a partir do seu livro “O mito da doença mental”, os diagnósticos psiquiátricos foram considerados etiquetas estigmatizadoras dadas às pessoas que causam algum incômodo social. Em sua concepção, não há doença mental e, tampouco, tratamento para ela (VÁSQUEZ ROCCA, 2011).

Como não havia doença, o método terapêutico privilegiava o discurso por meio da metanóia (AMARANTE, 1995) e a compreensão para os processos da loucura eram consideradas “viagens” que precisavam ser vividas em sua totalidade, inclusive com certa dose de romantismo, e apenas acompanhadas pelos terapeutas.

La psicosis, en especial una de sus expresiones, el delirio, se divulga como una creación lírica, como una vía sagrada que el hombre transita después de romper las cadenas de la razón. La esquizofrenia, es para Laing y sus compañeros de la Philadelphia Association, una tentativa triunfante para no adaptarse a las pseudo realidades sociales. Radical Psiquiatría que acusa a la sociedad alienante. Se produce una mitificación de la locura: el loco que en realidad está sano y del sano que está loco (DESVIAT, 2006, p. 11).

Desviat (2006) faz uma crítica contumaz a esse modo de ver da Antipsiquiatria, pois o sujeito considerado doente mental não seria o representante da liberdade e genialidade, pelo contrário, ele carregava consigo uma dupla carga, a da fragilidade imposta pela doença e do

abandono e estigma que essa produz. Em suas palavras: “La locura no es genial, todo lo contrario: lleva al sufrimiento y la devastación mientras domina el episodio o la enfermedad se cronifica en el deterioro psíquico” (p. 12).

A Antipsiquiatria foi um movimento de vanguarda crítico que pôs em questão a razão psiquiátrica, ao sustentar uma doença forjada pela sociedade capitalista. Sua contribuição principal foi essa radicalidade da denúncia, ao dar visibilidade às construções sociais das enfermidades. Contudo, foi com o movimento italiano que se pensou em como, em termos assistenciais, concretizar essas transformações já lançadas pela Antipsiquiatria.

A experiência da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) vem de um processo de transformações asilares iniciadas por Franco Basaglia, na década de 70, nas cidades de Gorizia e Trieste. Inicialmente, com transformações nos moldes da Comunidade Terapêutica, começa-se um movimento de superação da simples humanização do espaço manicomial, passando-se a um questionamento de como a sociedade se relaciona com o sofrimento e com a diferença. Nesse sentido, a PDI era um movimento eminentemente político, que questionava não só os pilares do saber médico, mas também pensava a reinvenção concreta do espaço institucional. Ela “traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça” (AMARANTE, 1995, p. 52).

Em Trieste, a PDI conseguiu efetivar, verdadeiramente, uma operação de deslocamento nas estratégias de reinvenção da assistência, a partir constituição de uma rede de serviços comunitários de saúde mental, residências terapêuticas e cooperativas de trabalho, dentre outros serviços. Além disso, promoveu uma mudança legislativa por meio da implantação da “Lei Basaglia”, que previu a suspensão de qualquer tentativa de institucionalização da loucura.

A maior contribuição desse movimento foi, portanto, o paradigma da Desinstitucionalização, compreendido como transformações em diversas dimensões: na mudança de objeto da psiquiatria, da perseguição da solução-cura para o sofrimento enquanto existência; nas relações de poder entre instituição e os sujeitos; na desmontagem da instituição psiquiátrica “a partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe” (p. 35); e na criação de serviços substitutivos para evitar a necessidade de internação (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001).

Influenciada organicamente por essa experiência, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira adotou alguns de seus princípios para iniciar uma radical mudança nos discursos e práticas realizados, até então, no campo da Saúde Mental, a partir dos princípios de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início na década de 70, concomitantemente ao processo de Reforma Sanitária Brasileira, no qual se questionou, principalmente, a ineficiência do modelo hospitalocêntrico curativo e privatista, e a precária assistência à saúde prestada à população. No que concerne ao campo da Saúde Mental, as críticas se dirigiam: aos maus tratos e ao abandono dos pacientes, infringindo claramente os direitos humanos; a estrutura precária dos hospitais psiquiátricos e sua lógica adoecedora; e as péssimas condições de trabalho dos profissionais (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto político e histórico, os até então chamados “pacientes psiquiátricos”, que viviam literalmente dentro dos hospitais, passaram doravante a serem reconhecidos como sujeitos de direitos e como tal passaram, juntamente com seus familiares, a se organizarem em torno dos movimentos sociais atuantes na luta por outro tipo de assistência e cuidado, como, por exemplo, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).

Para que tais mudanças se concretizassem, tornou-se imperativo uma reformulação no ordenamento jurídico que embasava essas práticas, para que fosse possível garantir uma progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos de Saúde Mental sustentados em novos modelos de cuidado. Em tramitação no congresso por quase dez anos, em 2001, tivemos a Lei 10.216 finalmente promulgada, porém com inúmeras alterações em comparação a seu texto original. Com essa lei não tivemos a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas se redirecionou o modelo assistencial, bem como foram reguladas as internações.

As conquistas legais e políticas, principalmente a partir dos anos 90, no campo da Saúde Mental possibilitaram a gradual redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, ou mesmo o fechamento de alguns desses, e a implantação, em âmbito nacional, de um grande número de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao final do ano de 2011, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), tem-se o registro de 1.742 CAPS implantados no país.

Os avanços quantitativos dos números de CAPS, até meados do ano 2000, foram inegáveis, contudo, percebemos nos últimos anos uma completa estagnação no processo de ampliação da rede substitutiva, ou seja, ela está muito aquém do que seria necessário para continuar o processo de desospitalização e desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Além disso, tem-se reduzido o cuidado em saúde mental unicamente à criação de novos CAPS, em detrimento de outras estratégias de desinstitucionalização previstas, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, os leitos em Hospitais gerais, dentre outros. Isso vem ocorrendo mesmo com a publicação da portaria 3.088 de 2011, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS “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.

Ao iniciar o financiamento uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico pelo Ministério da Saúde, permitiu-se a criação de um novo modelo assistencial de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Por modelo assistencial, Paim (1994) compreende:

[...] combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (PAIM, 1994, p. 457).

Os modelos assistenciais, que tem como referência a teoria do processo de trabalho em saúde, compreendem não apenas uma reformulação e reorganização administrativa, através da criação de estruturas burocráticas para lidar com a saúde, mas uma mudança que visa a transformar as práticas de saúde para que realmente atinjam as necessidades sociais, considerando os problemas de saúde da população (PAIM, 1994).

Seguiremos a designação adotada por Costa-Rosa (2003) para analisar o contexto atual das práticas em saúde mental que estão pautadas em dois modos de organização: o modo asilar e o modo psicossocial. Para tal compreensão, o autor advoga, inicialmente, em torno de três conceitos fundamentais para compreender as práticas no atual contexto, são eles: Paradigma, Alternatividade e Instituição.

O primeiro conceito se refere aos parâmetros básicos que serão analisados em torno de “unidade jurídico-ideológica e teórico-técnica de ação sobre a demanda” que compõe cada modo de atuação, sejam eles asilar ou psicossocial. Os parâmetros utilizados são:

- a definição de ‘seu objeto’, e dos (meios) teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional);
- as formas da organização dos dispositivos institucionais;
- as modalidades do relacionamento com os usuários e a população;
- as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos (p. 143).

Já o conceito de Alternatividade propõe uma compreensão de contradição. Para o referido autor, as práticas só podem ser consideradas alternativas às outras quando rompem radicalmente o instituído e instalam novos modos de ser e estar. Considerando esse aspecto, “só é possível que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares” (p. 144).

A instituição pode ser considerada, nessa perspectiva, um dispositivo social composto por saberes e práticas diversas e, às vezes, divergentes em torno de um discurso ideológico e lacunar. A instituição comporta tensionamentos decorrentes das relações de poder e dos discursos a ela relacionados. Assume uma função positiva enquanto produz saúde, alivia os sintomas, acolhe os sofrimentos, facilita uma inserção dos sujeitos, dentre outros aspectos; e uma função negativa quando expressa os interesses socialmente subordinados.

A partir da compreensão dessas premissas, Costa-Rosa (2003) nos convida a refletir sobre as características de cada modo de atenção e cuidado. O modo asilar tem como objeto o predomínio da determinação orgânica dos problemas e a medicação como meio de restabelecimento do indivíduo. Há, ainda, o predomínio da estratificação de poder e saber, centrado na figura do médico, e uma relação de trabalho, quando multiprofissional, baseada na “linha de montagem”. A instituição atua como depositário de pessoas e de forma assistencialista “agenciando de suprimentos”.

Já o modo psicossocial compreende o sujeito influenciado por fatores políticos e biopsicosocioculturais. Com essa visão ampliada de sujeito, ele se torna coparticipante do seu tratamento, promovendo-se uma horizontalização nas relações de poder, não apenas entre os profissionais de saúde, mas também nas relações profissionais-paciente. Através dos mecanismos de participação da população e de autogestão, instituem-se espaços de interlocução e abertura para o livre trânsito das pessoas. Em termos terapêuticos e éticos, trabalha-se com o reposicionamento subjetivo dos sujeitos perante sua vida.

Os modos de fazer saúde mental nos convidam a (re) pensar os discursos e práticas realizadas atualmente nos serviços substitutivos, a partir da indagação feita pelo próprio autor: “Até que ponto uma determinada prática corresponde ao modo asilar ou é alternativa a ele?” (p.166). Complementamos a reflexão: Até que pontos os atuais serviços substitutivos têm atuado em direção ao modo asilar ou em direção ao modo psicossocial?

Faz-se necessário perguntar o que os Centros de Atenção Psicossocial vêm substituindo, uma vez que percebemos que, em muitos lugares do Brasil, o poder do hospital-manicômio ainda é forte e hegemônico, coexistindo mesmo com a proposta dos serviços substitutivos, relegando-os a uma assistência complementar e insuficiente nos parâmetros preconizados pela atual Política de Saúde Mental, como é o caso dos serviços do município de Fortaleza.

Os serviços substitutivos, sem investimento político para aumentar sua capacidade para lidar com as diversas configurações do sofrimento humano, acaba por deixar várias lacunas no âmbito do cuidado, o que nos remete ao descrédito da população que busca seu apoio, reforçando o imaginário do hospital como lugar efetivamente capaz de atender às necessidades “reais” de cuidado e, conseqüentemente, ao questionamento da existência dos serviços abertos em saúde mental e da atual Política de Saúde Mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados no contexto de substituição ao hospital psiquiátrico como *locus* de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico. Segundo a portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPS devem se responsabilizar pela demanda e pelos cuidados em saúde mental no âmbito do seu território e priorizar o atendimento a “casos graves e severos ou persistentes” de sua área territorial, priorizando atividades de caráter multiprofissional que promovam reinserção social e a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2004).

De acordo com essa normativa, são previstos três tipos de CAPS, como forma de atender às diferentes realidades dos municípios, divididos utilizando como parâmetro o número populacional dos municípios: CAPS I para municípios com até 20.000 habitantes, CAPS II para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes e CAPS III para acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2004).

Além dessa divisão, conforme o número populacional, são previstos também três tipos de CAPS de acordo a oferta de cuidado prestada. O CAPS infantil tem seu atendimento

voltado para crianças e adolescentes até 18 anos incompletos; o CAPS Geral para adultos com transtornos mentais em geral; e o CAPS Álcool e outras drogas voltado para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de drogas (BRASIL, 2004).

É preciso enfatizar que a Reforma Psiquiátrica não acontece somente com a transformação dos serviços de saúde e com a criação dos serviços substitutivos. Concordamos com Yasui (2010) quando esse afirma que “o CAPS é meio, é caminho, não fim” (p. 107). Dessa forma, torna-se necessário a visão do CAPS como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza e que se traduz por meio de práticas que buscam romper com a lógica asilar, como afirmamos anteriormente.

Como podemos perceber, são inúmeros os desafios postos atualmente para que os CAPS possam atuar como é preconizado, algumas dessas frentes de trabalho são pontuadas por Hirdes (2009): a necessidade processos formativos para os operadores da política; a interlocução com a Estratégia de Saúde da Família; a adoção, nas práticas, dos princípios da reforma psiquiátrica; a articulação entre tratamento e reabilitação psicossocial; ampliação da clínica; elaboração de projetos terapêuticos individualizados, construídos coletivamente, mediante abordagens inter/transdisciplinares; a avaliação das práticas em curso; e a produção de estratégias de respostas às crises, um dos focos do nosso estudo.

Quanto a esse último ponto, sabemos que os projetos de reforma não são homogêneos, e as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental, ou seja, existem princípios orientadores gerais, mas que, em última análise, estão subordinados aos *settings* específicos onde ocorrem as práticas. Assim, a atenção à crise, por não haver nenhuma orientação específica a nível ministerial quanto a seu manejo, fica a cargo das equipes se organizarem para atendê-la, promovendo arranjos nem sempre condizentes com a política de saúde mental, como abordaremos no capítulo que segue, especificamente sobre os desafios do cuidado à crise pela Rede de Atenção Psicossocial.

4. Os desafios do cuidado às crises na perspectiva da Atenção Psicossocial

Neste capítulo, temos o intuito de identificar algumas premissas do trabalho na perspectiva da Atenção Psicossocial, a partir da implantação dos CAPS, e discutir alguns desafios e possíveis caminhos no cuidado às crises nesse âmbito.

Na busca por assegurar uma ampla rede de cuidados em saúde mental, concordamos com Yasui (2010) que se torna preciso operar com alguns conceitos e ferramentas para compreender a práxis na Reforma Psiquiátrica, são eles: acolhimento; projeto terapêutico singular (PTS); reconhecimento do território e seus recursos; e a responsabilidade pela demanda dos sujeitos em sofrimento.

O acolhimento tem sido uma estratégia operacional para mudança do modelo technoassistencial que propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Pauta-se nos princípios da qualificação da relação trabalhador-usuário, da reorganização do processo de trabalho e da garantia do acesso universal às pessoas que buscam os serviços de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), como o próprio conceito aponta, demarca um plano a ser desenhado considerando os aspectos singulares dos sujeitos envolvidos. Responsabiliza as equipes no cuidado por meio da equipe/técnico de referência e constitui uma das principais ferramentas de manejo dos casos (individuais e coletivos) no território de atuação (CAMPOS; DO AMARAL, 2007).

O território se apresenta, nessa concepção, como *lócus* principal de atuação dos serviços substitutivos, em seus aspectos não apenas físicos, mas principalmente sob um olhar relacional, afetivo, no qual são feitas as trocas simbólicas, onde surgem os elementos de memória, assim como também os aspectos disruptivos, de violência e de segregação.

Frente a esses territórios diversos, os CAPS geralmente são “convocados” pela população e pela gestão a darem respostas sobre as diversas demandas que se apresentam. Compreendemos a responsabilização como um aspecto a ser considerado em qualquer trabalho em saúde, não unicamente pelo olhar de adscrição de clientela, mas uma forma de implicação ética com o cuidado dos sujeitos.

Seguindo a visão de Nicácio (1994), citada por Yasui (2010), sobre a responsabilização pela demanda na Saúde Mental, duas questões básicas merecem destaque: o

atendimento da crise e a inseparabilidade entre prevenção, tratamento e reabilitação. Dessa forma, não se escolheria o que atender, toda a demanda que viria do território precisaria ser escutada, e alguma resposta poderia ser dada nas mais diversas situações.

Diante desses conceitos-ferramentas sugeridos *no* e *para* o trabalho no campo da Saúde Mental ressaltamos também a importância do cuidado como um *conceito-ferramenta-modo de ser* elemento basilar no trabalho-encontro que se dá em relação, que pressupõe um vínculo, na qual há um Outro a ser considerado. Para que o Acolhimento, o PTS, a Responsabilização e a Territorialização possam existir é necessário, primeiramente, essa convocação relacional, na qual me afeto e sou afetado.

O cuidar envolve, portanto, não apenas os aspectos técnicos do atendimento, mas o cuidado como dimensão ontológica do ser (HEIDEGGER, 1989). Como nos alerta Ayres (2009) ao afirmar que “a instrumentalidade, em seu *para que*, sempre traz um *para quem* e um *de quem* conjuntamente” (p. 656).

Na compreensão Heideggeriana de estar-no-mundo, no qual somos lançados e estamos em constante relação, “entender o cuidado como uma dimensão constitutiva da condição humana implica *ocupar-se* ou *pre-ocupar-se* com o outro desvelado a mim sempre em relação, ou dizendo de outro modo, é a partir da nossa relação com o outro que se dá nossa constituição no mundo, enquanto condição de possibilidade” (CARVALHO, 2014, p. 47- grifo no original).

Precisamos resgatar e reafirmar, portanto, esse sentido mais profundo de cuidado no campo da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, transcendendo essa perspectiva técnica que reduz o cuidar a tratar (ESTELITTA-LINS *et al*, 2009), coisificando os sujeitos e reduzindo a protocolos os atos de cuidado.

Sobre o cuidado, Carvalho (2014) nos fala do *modo éticopolítico de cuidado*, que prevê essas duas dimensões por envolver a produção de novos modos de estar no mundo. Influenciada pela perspectiva Levinasiana de ética, que considera uma escuta e uma ética do humano a partir de *relações desinteressadas*, ética para a autora vai além da sistematização de normas de condutas de como viver em sociedade, seria da ordem da relação. A política é referente à capacidade de participar nas ações do cotidiano, assumindo uma tomada de posição e uma abertura ao diálogo.

Assim, para a autora “o cuidado é eminentemente uma questão ética, que não pode dissociar-se da perspectiva política, interessado na transformação dos modos de estar no mundo enquanto condição de possibilidade potencializadora de vida” (p.33).

Partindo dessa concepção de cuidado como encontro, adentramo-nos agora em outros desafios atuais no campo da Saúde Mental para a atuação numa lógica de acordo com o modo psicossocial, conforme apontado por Costa Rosa (2003), que refletem diretamente nas práticas de cuidado ofertado pelos CAPS.

O CAPS enquanto serviço substitutivo de saúde mental assume a função de ponto estratégico na reinserção social dos usuários através do princípio da Reabilitação Psicossocial, ou seja, deve desenvolver também intervenções na comunidade, fora do espaço institucionalizado do serviço de saúde e também deve garantir o atendimento clínico e acompanhamento dos “casos graves e severos” (BRASIL, 2004), incluindo os casos graves de manejo complexo em situações de urgência.

Nesse contexto, percebe-se que geralmente as situações de crise ficam “sem lugar” nos serviços substitutivos, por diversas razões que citaremos adiante. Conseqüentemente, ela acaba reencontrando um lugar nem tão desconhecido assim: o hospital psiquiátrico, com uma nova roupagem, suficientemente travestida de cuidados humanísticos para permitir a continuidade de sua existência. Assim, o hospital se perpetua e se consolida como instituição “verdadeiramente eficaz” nas práticas de cuidado no momento em que a desorganização psíquica está mais presente, subjugando os serviços substitutivos a cuidados paliativos.

Nas situações de crise um atendimento imediato e intensivo se faz urgente e necessário, e é nesse momento que os CAPS precisam se mostrar resolutivos como cuidadores estratégicos. Dessa forma, assumir-se-ia a corresponsabilidade do cuidado de toda uma clientela que costuma endossar a “necessidade de hospital psiquiátrico” (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Essa realidade é a que encontramos em muitos municípios do Brasil e também em Fortaleza, local no qual se realizou nosso estudo. Sem a devida retaguarda assistencial para as situações de crise, esses sujeitos reforçam a “porta giratória” dos hospitais em busca de cuidado e um lugar onde possam minimizar seu sofrimento e de seus familiares.

A estagnação na expansão da rede substitutiva tem reforçado o imaginário da ineficiência dos serviços que deveriam ser substitutivos e tem, na verdade, potencializado o hospital psiquiátrico como único local de amparo para os sujeitos em crise. Essa precariedade na assistência faz com que os familiares e cuidadores desses sujeitos não se mostrem favoráveis ao processo de desinstitucionalização por entender esse processo como transferência de responsabilidade do Estado para a família (SOUZA, 2013).

Temos, contudo, experiências interessantes de acompanhamentos de sujeitos em crise psíquica em serviços substitutivos bem estruturados, como é a realidade do município de Belo Horizonte. Esses usuários, mesmo com toda a gravidade de suas limitações, conseguem ser acompanhados no território com um apoio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nas situações de crise contam com o serviço de urgência psiquiátrica (SUP) na retaguarda de todos os CAPS tipo III, que funcionam à noite e nos finais de semana (SOUZA, 2008).

Concordamos com Lima *et al* (2012, p. 424) que “dar conta de usuários em crise, ou seja, não se esquivar do cuidado em situações de grave sofrimento psíquico, tornou-se o principal desafio desse modelo substitutivo”. Nessa mesma perspectiva, Souza (2008) considera o momento de crise como o desafio estratégico da Reforma Psiquiátrica brasileira.

[...] Este desafio não é somente uma prioridade estratégica, mas funciona como um analisador dos processos de Reforma Psiquiátrica. Analisa a sua amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento mental, num sentido quantitativo e, a sua consistência política em termos de capacidade de desinstitucionalização (p.112).

Para o autor, o que se percebe no cotidiano dos serviços é que os CAPS, de uma forma geral, ainda tem o hospital psiquiátrico como retaguarda especializada para as situações de crise, responsabilizando-se apenas pelos casos considerados “estabilizados”. Nos diferentes serviços, tanto entre os trabalhadores e gestores da saúde mental, não há clareza e consenso sobre a atribuição dos CAPS para atender os casos de sofrimento intenso, como nas situações de crises.

É nesse processo de invenção cotidiana dos serviços, que se propõem a serem abertos, territoriais, com atendimento 24 horas, e substitutivos que é necessário problematizar a questão da atenção à crise. Nessa perspectiva, não se trata de desvincular a atenção à crise da multidimensionalidade do sujeito, ou mesmo de considerá-la como uma entidade abstrata e de maior importância, que precisa de intervenção para além das que já são feitas com o sujeito. Muito menos se trata, ainda, de criar uma organização assistencial tendo a crise como foco. Trata-se, portanto, de pensar, dentro do contexto de políticas públicas em saúde mental, novas

formas de produção em saúde que se traduzam em acolhimento responsável, em garantia de direitos, em tratamento em liberdade, e não na reprodução da desassistência e do abandono. Para construir novos projetos e possibilidades é necessário decodificar e transformar a “demanda de hospital psiquiátrico” em novas formas de cuidado (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Tal prerrogativa implica um posicionamento ético-político dos atores sociais envolvidos, no qual sejam favorecidos vínculos e sejam pensados novos modos de cuidado em saúde mental, que se traduzem na produção intersubjetiva tendo por base o princípio de *estar-com*, da relação pautada no diálogo e no acolhimento à pessoa em experiência de adoecimento; bem como pela escuta atenta e interessada, na qual o Outro pode emergir; e pela possibilidade de encontros verdadeiros entre pessoas. A urgência é por um novo *ethos*, uma nova atitude para com esse usuário, favorecendo a emergência de um novo sujeito (BOSI *et al*, 2011).

No âmbito das práticas, acolher a crise e responsabilizar-se pelos sujeitos em processo de sofrimento requer um olhar e um manejo diferenciado na equipe multiprofissional de saúde, que deve estar atenta não somente aos sintomas, mas principalmente ao sujeito que sofre.

Além desse desafio de mudança no olhar, encontramos dificuldades na gestão do cuidado para o manejo de crises nos CAPS, como apontado por Lima *et al* (2012). Algumas dessas são: falta de preparo dos profissionais para lidar com as situações de crise; falta de retaguarda e rejeição no atendimento por parte de outros equipamentos de saúde; insuficiência da capacidade institucional para a atenção à crise ou situação de emergência; dificuldades de ordem material, social e/ou afetiva, por parte das famílias, de “suportarem” a crise dos seus membros familiares.

Para o cuidado às situações de crise no âmbito da Atenção Psicossocial, além da estruturação dos serviços substitutivos aos manicômios, torna-se necessário o cuidado em rede, nas quais diferentes componentes de cuidado também estão presentes.

Em 2011, através da portaria 3.088 do Ministério da Saúde foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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 (BRASIL 2011). Com a criação dessa rede foram estabelecidos pontos de atenção à

saúde mental que incluem: unidades básicas de saúde, hospitais gerais, UPAS 24 horas, SAMU 192, CAPS nas diversas modalidades, serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência, dentre outros, integrando dessa forma outras redes de atenção à saúde no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico.

Apesar da instituição dessa portaria, que foi um enorme avanço no reconhecimento da implicação e da responsabilização das redes de atenção à saúde no cuidado em saúde mental, sabemos que a maioria dos serviços de saúde se esquivam da oferta desses atendimentos, principalmente nas situações de crise, seja por falta de preparo da equipe, seja pela compreensão equivocada de que esse cuidado ainda concerne apenas aos serviços de saúde mental.

Em estudo sobre o atendimento da crise na Rede de Atenção Psicossocial de Natal/RN, Dimenstein *et al* (2012) identifica vários problemas nos diferentes pontos da RAPS. Elaboramos na tabela abaixo uma síntese dos resultados do estudo como forma de visualização dos principais problemas analisados pela autora.

Item 1	Estrutura e funcionamento dos serviços, recursos materiais e insumos disponíveis	<p>Rede precarizada (número e distribuição dos serviços que acolhem crise)</p> <p>Problemas de acessibilidade</p> <p>Estrutura física inadequada</p> <p>Falta de integração dos componentes da RAPS</p>
Item 2	Composição e qualificação das equipes	<p>Reduzido número de profissionais</p> <p>Formação inadequada</p> <p>Ausência de processos de educação permanente</p>
Item 3	Processo de trabalho e gestão	<p>Inexistência de linhas claras de cuidado e diretrizes sobre manejo da crise</p> <p>Ausência de apoio institucional e supervisão do trabalho</p> <p>Sobrecarga de atribuições</p> <p>Centralidade na figura do médico</p> <p>Fragilidade dos processos coletivos</p>
Item 4	Clínica e continuidade do cuidado	<p>Tripé do cuidado: contenção, medicação e encaminhamento</p> <p>Dificuldade na realização do diagnóstico clínico e situacional</p> <p>Ausência de planos de ação e tratamento (PTS)</p> <p>Falta de orientação às famílias sobre crise</p>

Quadro 1: Problemas no atendimento da crise nos diversos pontos da RAPS de Natal/RN (DIMENSTEIN ET AL, 2012)

Como podemos ver, são identificados problemas de vários níveis de complexidade relacionados às situações de crise nos serviços de saúde, que envolvem elementos de ordem macro e micropolítica. Apesar de ser uma análise dos problemas de uma capital do nordeste, ela traz aspectos comuns a várias realidades do território nacional, inclusive de Fortaleza/CE.

Neste trabalho dialogamos principalmente com o item 3 e 4, referente aos processos de trabalho e gestão e à Clínica e continuidade do cuidado, uma vez que essas dimensões tangenciam o objeto desse trabalho que são as experiências de crise dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Sobre o cuidado na RAPS, é possível perceber que diante do reconhecimento dos primeiros sinais da crise nos sujeitos inicia-se uma verdadeira peregrinação dos familiares por apoio terapêutico nos serviços de saúde. Remetemo-nos, então, ao conceito *itinerários terapêuticos*, compreendido como o percurso feito pelos sujeitos em busca de cuidado, a procura pelo tratamento e por processos de cura nos diferentes serviços de saúde mental, a partir das concepções que esses têm sobre saúde e doença mental e o modo de endereçamento a esses serviços, as demandas socialmente construídas (MOREIRA, 2014).

Além dos percursos nos diferentes serviços de saúde, os sujeitos realizam estratégias individuais ancoradas no saber popular e comunitário para apaziguar o sofrimento e a angústia vivida nesses momentos. Nesse sentido, os familiares e cuidadores de sujeitos em crise recorrem aos conhecimentos trocados na vizinhança, como a utilização de banhos frios e mornos e o oferecimento de chás e sucos considerados calmantes. Outra estratégia utilizada pela família é a busca pela via religiosa, principalmente sessões de descarrego e exorcismo praticadas, sobretudo, pelas religiões de matrizes neopentecostais (SOUZA, 2013).

Em relação aos serviços de saúde e a conhecida fragilidade dos serviços substitutivos para a atenção à crise, a porta de entrada na busca por ajuda nas situações de crise tem sido o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192. A Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros também são chamados em situações específicas ou mesmo quando o SAMU não comparece ao local (BONFADA; GUIMARÃES, 2012 e SOUZA, 2013).

Uma esquematização desse itinerário em busca de cuidado em Fortaleza foi elaborada para ilustrar esses percursos e estratégias.

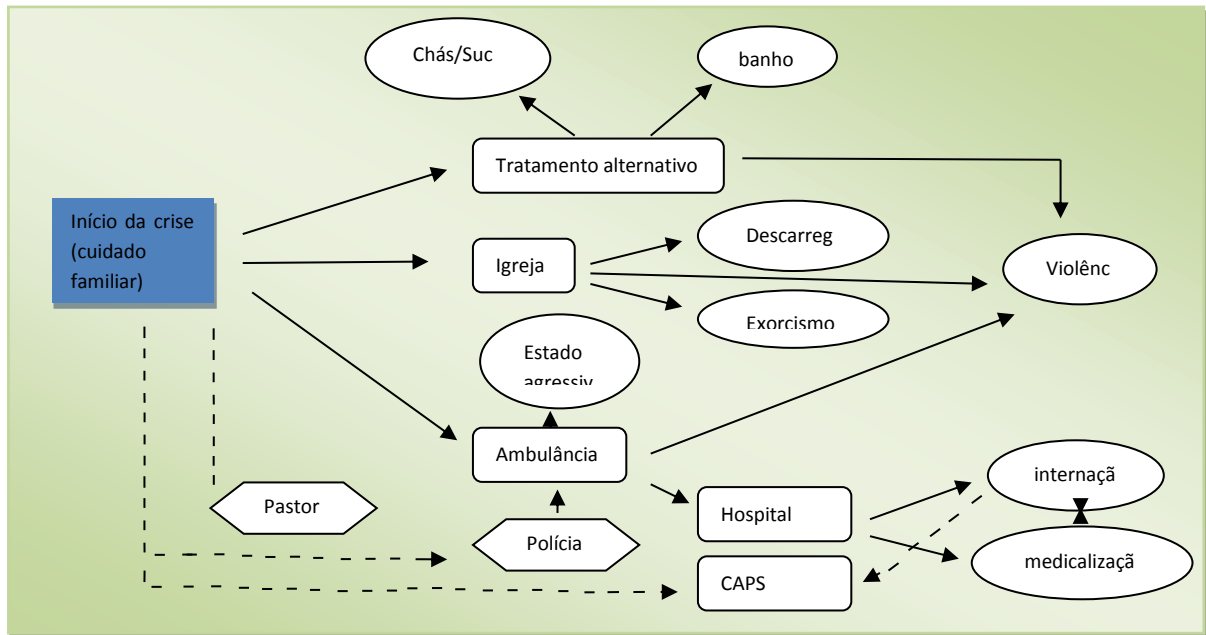


FIGURA 1- Fluxograma de assistência na crise em Fortaleza. Elaborado por Souza (2013, p.104).

Percebemos, então, que os momentos de crise vivenciados pelos sujeitos reforçam o estigma da periculosidade quando, nessas situações, são convidados a entrar em cena também a polícia militar e o corpo de bombeiros, que na prática contam com a força física e a intimidação pelo poder para “negociar” com os sujeitos. Comprendemos também que esses familiares acionam esses serviços como último recurso, quando já não tem a quem recorrer nos serviços de saúde.

Pelo fluxograma, podemos identificar que as condutas no manejo da crise realizadas no âmbito da saúde mental ficam restritas à emergência hospitalar psiquiátrica realizando ações de internação e/ou medicação. Na verdade, uma se mostra indissociável da outra, na qual se reduz internamento à medicação e vice versa.

Ainda sobre a ilustração, o CAPS se apresenta como recurso pós-internação em hospital, na maioria das vezes quando os sintomas agudos já estão sob controle ou envolvendo riscos menores, ou ainda em um acesso direto remoto e frágil, traduzido por uma linha pontilhada e comprida.

Na realidade de Fortaleza, o SAMU, mesmo diante de toda sobrecarga de ocorrências, é quem ainda faz um primeiro contato em caso de “crise mental”, termo utilizado no protocolo do serviço (BRASIL, 2014). Contudo, Jardim e Dimenstein (2008) em estudo sobre as crises e a Rede de urgência e emergência- REUE, na qual está inserido o SAMU, apontam

para o distanciamento das propostas da RAPS e da REUE dificultando o trabalho de atenção à crise, uma vez que ambas “tem linguagem, *timing* e aparelhagem muito diferentes e que, em vários momentos chegam a ser discrepantes, dificultando seu diálogo” (p. 151).

O SAMU trabalha com a objetividade, a luta contra o tempo, a missão de salvar vidas, a concepção de clínica tradicional e a centralidade da figura do médico, enquanto a saúde mental se debruça sobre a subjetividade, a multicausalidade do sofrimento, a escuta, a reinserção social e as formas de reprodução da loucura na sociedade.

Sobre como esse distanciamento de propostas e posturas se traduzem nas práticas e fazeres cotidianos, a abordagem do SAMU recebe duras críticas quanto ao manejo realizado nas situações de crise, conforme vemos na passagem abaixo:

“O tom do diálogo com o sujeito em crise é impositivo, a forma de aproximação com sua realidade é dominadora, de forma a instalar tensão e terror na relação [...], ou seja, o serviço não apresenta respostas às reais demandas da população e, ainda, é prestado sem profissionalismo” (SOUZA, 2013, p. 107)

Consoante a essa preocupação, em estudo sobre os conhecimentos dos profissionais do SAMU do município de Natal/RN sobre a Reforma Psiquiátrica, Bonfada *et al* (2013) identifica que esses profissionais apresentam concepções “deturpadas e reducionistas” sobre esse processo, atribuindo a desassistência nos momentos de crise à ineficiência dos serviços substitutivos e considerando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira promotoras de desospitalização, gerando necessidade de internação dos sujeitos pelas famílias.

Nesse sentido, questiona-se, portanto, essa posição estratégica do SAMU como primeiro atendimento aos usuários em crise, uma vez que o serviço tem sido considerado como mero transporte na condução aos hospitais psiquiátricos, tornando-se incentivador das condutas de internação nesse espaço (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; SOUZA, 2013; ALMEIDA *et al*, 2014).

A lógica de atenção às crises na rede de saúde tem se resumindo, de forma geral, ao esquema:

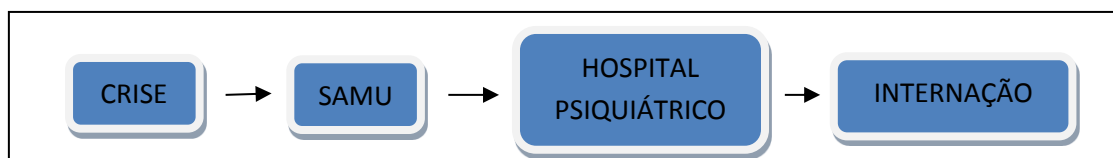


FIGURA 2: Esquema simplificado de atenção às crises.

Dessa forma, concordamos com Jardim e Dimenstein (2008) que “o atendimento delegado à REUE começa e termina em si mesmo. Pode-se dizer que um circuito fechado é um circuito mortificado” (p. 156). Assim, restam poucas linhas de fuga quando os sujeitos se tornam reféns desse circuito. Com essas práticas de supressão de sintomas, reforçam-se, ainda mais, a centralidade na figura do médico nas situações de crises, já que “muito ainda gira em torno do psiquiatra quando nos reportamos à crise” (p.157).

Essa circularidade dos sujeitos no circuito psiquiátrico e a recorrência no mesmo itinerário terapêutico revelam mais a ausência de outras possibilidades de cuidado do que propriamente do reconhecimento dos benefícios provenientes dos recursos e terapêuticas ofertadas, alerta Dalmolin (2006).

Analisando o fenômeno da reinternação em um hospital de Natal/RN como um desafio à Reforma Psiquiátrica, Bezerra e Dimenstein (2011) identificam que os principais fatores para as recidivas são a ausência de acompanhamento, os conflitos familiares, a comorbidade ao uso de drogas, uso irregular da medicação, desinformação sobre os transtornos mentais e seus comprometimentos e os problemas relacionados ao imaginário social de periculosidade do louco.

Torna-se fundamental, portanto, a atuação nos serviços substitutivos no sentido de se aproximar desses fatores que levam os sujeitos à busca da internação psiquiátrica bem como da realização de um projeto de alta assistida, que levem em conta as dificuldades diárias do processo de sofrimento. O retorno à internação psiquiátrica surge, então, da necessidade de respostas positivas para as exigências que as situações de vida impõem.

É importante ressaltar também que não é unânime a visão da necessidade de internação pelos sujeitos e familiares. Ambos revelam sentimentos e posturas contraditórias a esse respeito, pois por um lado a internação garante o cumprimento de horários de refeições, de sono e de higiene, o uso regular e correto da medicação e, por vezes, realiza um afastamento necessário do convívio familiar, por outro lado promove condutas iatrogênicas e padronizadas, afasta o sujeito de sua rotina e dos seus pertences (SALLES; BARROS, 2007).

As situações de crise e as respostas padronizadas, as internações, têm colocado os serviços substitutivos no lugar de impotência, reforçando o hospital psiquiátrico “espaço de escoamento de fracassos da atenção à crise nos serviços substitutivos” (p. 40). Nesse sentido, percebemos ainda certa idealização na capacidade resolutiva do hospital, mesmo que esse

ainda traga a marca da contenção química ou física como recurso estratégico de cuidado (SILVA; DIMENSTEIN, 2014).

Percebemos, nesse capítulo, que algumas dificuldades dos serviços substitutivos no sentido de efetivar um cuidado à crise, devem-se, muitas vezes, a uma incompreensão acerca do fenômeno e do desconhecimento de respostas diferenciadas às crises na perspectiva da Atenção Psicossocial, rompendo com a lógica asilar. Considerando essas dificuldades, passamos então a discussão conceitual sobre crises.

5. Contornos conceituais: afinal, o que é crise?

“Que eu desorganizando posso me organizar”

Da lama ao caos- Chico Science

A origem do termo crise vem do grego *krisis*; que em português significa, distinção, decisão, sentença, juízo, separação (WIKIPEDIA, 2015). Para Boff (2012), citado por Lima et al (2012), temos o *kri* na etimologia da palavra crise, significando limpar, desembaraçar e purificar.

Já conforme o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2010), o termo crise traz as noções de:

1. Manifestação súbita, inicial ou não, de doença física ou mental.
2. Manifestação repentina de ruptura do equilíbrio.
3. Fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos acontecimentos, das ideias.
4. Manifestação violenta de um sentimento.
5. Período de instabilidade financeira, política ou social. (p. 209)

Como podemos perceber, o termo crise é de forma geral atribuído a situações nas quais houve alguma interrupção no fluxo contínuo dos eventos. Uma situação de alteração e/ou ruptura numa cadeia de situações que se desenrolavam ao longo do tempo, assumindo um caráter negativo ou positivo dependendo dos rumos da mudança.

A crise é, portanto, um conceito complexo e polissêmico, utilizado para explicar fenômenos diversos em várias áreas do conhecimento como a Economia, a Política, a Sociologia, a Filosofia, a Medicina, a Psicologia, a Psiquiatria, dentre outras.

Em Medicina, geralmente a crise aparece como sinônimo de agudização de sintomas, no âmbito anátomofuncional do corpo, como a crise epiléptica, a crise asmática, a crise de gota, a crise hipertensiva, a crise de sinusite, etc. Em Psiquiatria, em virtude da imprecisão de seu “objeto” de estudo, costuma-se falar em “crises psiquiátricas” ou “urgências psiquiátricas” para se referir a uma série de situações que envolvem sintomas como: agressividade dirigida a si ou a terceiros, agitação psicomotora, ideações ou tentativas de suicídio, presença de delírios e/ou alucinações, ansiedade, quadros de intoxicação e de abstinência de álcool e outras drogas, ou qualquer outro sintoma que se apresente de forma excessivamente aumentada ou diminuída (KAPLAN; SADOCK, 2010).

Em Psicologia, costuma-se falar em “crise existencial” para fazer referência a um indivíduo que se “perdeu em sua própria vida”, que está repensando certos pensamentos e

atitudes, que está sofrendo por alguma mudança brusca, uma perda ou mesmo por razões que próprio sujeito ainda desconhece.

No senso comum, corriqueiramente as pessoas dizem que alguém “deu crise”, “surtou”, e por isso “começou a ficar doido”. Aqui a crise aparece como um evento desencadeador da loucura: “Fulano era bonzinho, mas determinado dia, surtou”.

Considerando todos esses contextos, as situações de crise que se revelam nos serviços de saúde são uma mistura de todas essas formas de dizer, de perceber e de lidar com a loucura. Recorro a uma fala de Sáez (1959, p. 01), que aqui assume uma função metafórica por não se tratar diretamente da crise a qual nos referimos, mas suscita um pouco do incômodo que “a crise” tem me colocado enquanto profissional atuante no campo da Saúde Mental:

Crise? Que crise? Desde que tenho uso de razão venho ouvindo usar a crise como um bordão aplicado a tudo, da economia ao teatro passando pela mídia impressa e a *haute cuisine*. Tudo estava em crise o tempo todo: uma contradição no termo, já que a crise é por definição um momento, não um estado. Enquanto isso, o Ocidente aperfeiçoava o seu esforço titânico para não mover um palmo de suas raízes. Talvez um universo tão ansioso de permanência só seja possível com a ajuda dessa invocação obsessiva.

Antes de adentrarmos-nos nas diversas compreensões teóricas de crise e suas interrelações no discurso da saúde, gostaríamos de tecer algumas breves considerações sobre experiência, conceito que está embutido em nosso objetivo geral de pesquisa, experiências de crise, e que também será aprofundado no próximo capítulo, relativo às narrativas. Articularemos, por ora, esse conceito com as considerações de Bondía (2002) em seu belíssimo texto sobre experiência e saber de experiência.

O termo experiência, na etimologia da palavra, em suas matrizes germânicas e latinas, carrega consigo a dimensão de travessia e perigo, o que já de início nos aproxima do que vem sendo discutido como crise, colocando os conceitos em profunda sintonia e conexão. Para o autor, em nossa vida muitas coisas “passam”, porém apenas poucas verdadeiramente “acontecem”. Em uma sociedade onde há muita informação disponível, a experiência tem se tornado cada vez mais rara, por excesso de opinião, de trabalho e por falta de tempo.

A experiência, aquilo que acontece a nós e só a nós, enquanto fenômeno singular, contingente e pessoal, surge em outro contexto, àquele que pede interrupção, lentidão, profundidade, silêncio, calma e um olhar atento aos detalhes. Ademais disso, os sujeitos da

experiência seriam aqueles que tem abertura à transformação, pois, para Bondía (2002), “é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se ex-põe”.

O saber da experiência encontra lugar, portanto, no entrecruzamento da experiência com o sujeito da experiência, nos acontecimentos da vida e os modos de apropriação desses ou nas palavras do autor: “o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece” (p. 27)

Desse modo, compreender as experiências de crise, é buscarmos nos aproximar dos “acontecimentos” desses sujeitos, relacionados principalmente ao processo de adoecimento/sofrimento. É uma leitura parcial e inacabada, visto que nossa, de como as crises os afetam, que relações de motivação e antecedência estabelecem para o surgimento dessas, como esses momentos se entrelaçam com suas histórias de vida, quais os sentimentos envolvidos, quais as dificuldades encontradas no cotidiano.

Em termos históricos, o momento de crise sempre foi inerente à experiência humana. Tradicionalmente na filosofia, o sentido originário do termo nos remete à ideia de mudança, de instabilidade, de desequilíbrio provisório, de possibilidades, de novos arranjos positivos ao sujeito, de novas experiências e, conseqüentemente, de favorecimento do processo de crescimento (FERIGATO; CAMPOS; BALLERIN, 2007).

Contudo, a partir do século XIX com Philippe Pinel e seus estudos sobre as etiologias, as nosologias e conseqüentes classificações psiquiátricas e esquadramento da alienação mental, a crise passou a ser o elemento “visível” da doença mental. Ela seria o indicador mais concreto de desorganização, de patologia, de anormalidade, de disfunção, e de vivências ruins que precisavam ser eliminadas dos sujeitos “doentes mentais” (FERIGATO; CAMPOS; BALLERIN, 2007).

Apesar das inegáveis contribuições desses tipos de estudos para o conhecimento do campo da psicopatologia psiquiátrica clássica, é necessário reconhecer a limitação de compreensões pautadas unicamente em suas classificações, uma vez que os referidos estudos não consideram a crise como elemento constitutivo do sujeito, e não contribuem para pensar estratégias possíveis para lidar com o sofrimento, que não correspondam somente ao enfrentamento ou à supressão de sintomas. Isso nos aproxima da visão de Canguilhem (2014)

afirmar que um determinado sintoma não é patológico em si; torna-se patológico numa relação.

Em Caplan (1980), a partir do movimento de psiquiatria preventiva, as crises poderiam ser prevenidas nos níveis primário e secundário através de intervenções precoces para evitar o surgimento de doenças. Assim, influenciado por teorias sociológicas, o conceito de crise se aproxima dos critérios de adaptação e desadaptação social. É possível perceber também a aproximação teórica do modelo de Leavell e Clark (1976) sobre a história natural das doenças, que pressupõe uma relação de causalidade e uma concepção de linearidade do processo saúde-doença (AMARANTE, 1995).

Faz-se necessária a diferenciação das crises do tipo evolutiva e de desenvolvimento, circunstancial e acidental. Em Sá, Werlang e Paranhos (2008), as “crises evolutivas” dizem respeito à passagem não satisfatória das etapas do desenvolvimento do indivíduo (infância, adolescência, juventude, maturidade e senescência). Essas costumam ser mais frequentes e ocorrem na maioria das pessoas. Essa visão se aproxima da concepção de Caplan (1980) sobre as “crises de desenvolvimento”, que seriam geradas pelos processos “normais” do desenvolvimento físico, emocional e social na passagem das fases do processo evolutivo.

As crises circunstanciais são aquelas provocadas por fatores externos do ambiente, como traumas decorrentes de eventos raros e de grande impacto, como os fenômenos relacionados às catástrofes naturais, às situações de guerra, de acidentes, dentre outros (SÁ, WERLANG e PARANHOS, 2008).

Já as “crises acidentais” ou imprevistas são aquelas desencadeadas por situações de ameaças de perdas ou por perdas já concretizadas. Ou seja, são decorrentes de período de alteração psicológica, comportamental e até biológicas decorrentes da associação de situações de acontecimentos inesperados da vida com o aumento de exigências de adaptabilidade ao sujeito. Nesse tipo, as crises geralmente tardam a cessar, durando dias ou até mesmo semanas (CAPLAN, 1980).

Trouxemos também algumas contribuições teóricas de alguns autores de base psicanalítica e fenomenológica que nos ajudaram a aprofundar e interrelacionar as diversas concepções de crise. Por influência dessas áreas, a sintomatologia psiquiátrica foi, aos poucos, deixando de ser o único enfoque para se compreender as crises e outros importantes fatores de caráter subjetivo, processual e relacional foram sendo incorporados nos discursos e práticas

em saúde mental. Apesar disso, ainda persiste na atualidade uma visão negativa da crise, particularmente no campo da Psiquiatria clássica.

Muitos autores de orientação psicanalítica relacionam o conceito de crise ao conceito de trauma, que para Maldonado e Cardoso (2009) “é precisamente a impossibilidade de acesso à simbolização o que se coloca no primeiro plano de uma reflexão psicanalítica voltada para a noção de trauma” (p. 46), caracterizando essa experiência como “indizível”.

Nessa linha de pensamento, para Knobloch (1998), citada por Campos, Ferigato e Ballarin (2007), a crise é considerada uma “experiência limite”, não por desafiar os limites, mas por extravazar o delimitado. É o momento em que há a vivência de algo insuportável para o sujeito, que extravaza o sistema de representação e que se instala de forma brutal, trazendo angústia e sentimentos desconhecidos para si próprio.

A crise representa, portanto, o “ponto de corte”, um arranjo subjetivo provisório a qual o indivíduo recorre quando os todos os outros recursos psíquicos já foram utilizados. Representa também um momento de inconsistência subjetiva, quando o indivíduo é colocado em questão (VIDAL; BRAGA; SODRÉ, 2007)

Assim, elas não têm hora nem lugar marcado para acontecer, sua imprevisibilidade se torna um dos maiores desafios para quem vivencia e para quem cuida. Quando o imprevisível irrompe se torna não somente uma urgência psiquiátrica, mas uma urgência subjetiva (CALAZANS; BASTOS, 2008) de atenção e cuidado intensivo.

Encontramos no estudo de Pereira, Sá e Miranda (2013) sobre crise na adolescência, importantes contribuições do psicanalista francês René Kaës (1982) para o alargamento do conceito de crise, a partir de uma perspectiva psicossocial, que a compreende na dialética entre individualização e ‘grupalização’, atribuindo seu desenrolar a fatores de ordem inter e intra-psíquicos, sociais e culturais.

Para o autor, influenciado também pelo pensamento complexo, a crise mobilizaria no aparato psíquico, ao mesmo tempo, forças de destruição e transformação, morte e vida, desequilíbrio e equilíbrio, “seria esse antagonismo o garantidor da constância do sistema, já que a estabilidade representaria a morte” (p. 666).

De inspiração fenomenológica, vêm os autores da Reforma Psiquiátrica Italiana, como Dell’Aqua e Mezzina, Rotelli, e o próprio Franco Basaglia, que tiveram forte influência de

posições derivadas do pensamento da filosofia e da Psiquiatria fenomenológica, de Jaspers e Minkowski (PUCHIVAILO; DA SILVA; HOLANDA, 2013).

A relação entre fenomenologia, saúde mental e psicopatologia tem gerado ricas contribuições para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e nos ajuda a compreender as situações de crise, pois resgata o sujeito e a singularidade da experiência para o centro da questão. Com o conceito de “doença entre parênteses”, Basaglia nos convida a resgatar a premissa de redução fenomenológica de Husserl, suspendendo nossas ideias pré-concebidas e nossos pré-conceitos, deslocando o olhar da doença para a pessoa.

No nosso caso, daremos mais um passo, colocando a “crise entre parênteses”, privilegiando o processo de “existência sofrimento”. Essa compreensão não nega a existência da loucura e das crises, mas retira de foco o sujeito fragmentado em sintomas para encará-lo como sujeito em um momento de deslocamento e que precisa de um cuidado mais intensivo. O momento da crise:

(...) pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade da sua existência de sofrimento (DELL' AQUA; MEZZINA, 2005, p.163).

Sob esse prisma, as situações de crise seriam, para a psicopatologia fenomenológica, não um estado de patologia, mas formas singulares de existência e de estar-no-mundo, pois seria “contraditório para a Fenomenologia pensar em uma ciência centrada na patologia ao invés de estar centrada no ser” (p. 234).

A compreensão adotada por nós, neste trabalho, vem dessa perspectiva, pois, acima de tudo, queremos nos aproximar desse sujeito que sofre e compreender “como” se vivem as crises e não “por que” elas acontecem. As *crises*, aqui denominadas no plural, não são situações únicas, que se manifestam sempre no mesmo “formato”, para Dell' Aqua e Mezzina (2005) elas unem aspectos pessoais e sociais, desde uma grave sintomatologia psiquiátrica até uma grave ruptura no plano social.

Assim, de acordo com essa concepção, uma transformação das práticas se tornou um imperativo, necessitando romper com práticas homogeneizantes, abordagens padronizadas e protocoladas, aplicáveis para todos os sujeitos. Vislumbraram-se, então, estratégias de cuidado, pensadas a partir da singularidade e dos problemas e dificuldades postos pelo sujeito,

evitando a simplificação reducionista do sofrimento, próprias do modelo biomédico (DELL’AQUA; MEZZINA, 2005).

Para “dar conta” da complexidade desse momento, é preciso pensar em estratégias de aproximação, de vínculo e de cuidado. Esse é um momento em que a expectativa do sujeito que sofre, juntamente com a expectativa do serviço perante ele e sua vivência subjetiva de sofrimento, podem gerar intervenções possíveis, e isso só é possível a partir de uma relação horizontal em que se evita a sobreposição de um poder sobre outro.

Para alguns teóricos da Reforma Psiquiátrica Italiana:

O conceito de crise em psiquiatria nasce da intenção, correta no plano teórico, de reconsiderar a doença mental através da investigação do sofrimento existencial do sujeito, visto como “unidade biológica” ou “membro de um sistema microssocial”, ou ainda, “sujeito social”, buscando as origens e os condicionamentos daquele sofrimento (DELL’AQUA e MEZZINA, 2005, p. 181).

Falar de crise nos remete diretamente à “produção” de sujeitos e a forma de inscrição desses na sociedade atual. Por vivermos em uma sociedade “normo-neurótica”, os modos de apresentação da loucura, principalmente as experiências da psicose, traduzem as falhas desse projeto de sociedade (SILVA, 2006 apud VIDAL, BRAGA; SODRÉ, 2007). “Os psicóticos, neste processo, são uma crise, a crise dos projetos de sujeito. São a expressão da crise dos modelos de sujeito ideal de nossa sociedade (VIDAL; BRAGA; SODRÉ, 2007, p. 152)

Em estudo de Lima *et al* (2012) sobre os signos, os significados e as práticas de manejo da crise nos CAPS revela que não há muita diferença entre as concepções dos profissionais e familiares sobre a crise. As concepções analisadas sobre a crise geralmente se referiam aos aspectos da descrição da pessoa em si e aqueles que se remetem às consequências decorrentes do seu estado de alteração. As pessoas em crise geralmente eram consideradas como “pessoas em alto nível de sofrimento, porque estão angustiadas, ouvem vozes de comando, necessitam de vigilância contínua, estão confusas, colocam-se em risco de morte, desestruturam as famílias” (p. 428).

Constatou-se, nesse estudo, que os aspectos negativos da crise suplantam os aspectos positivos, trazendo ideias de sujeição à doença, incapacidade de interação social e periculosidade dos sujeitos. Sobre esses aspectos os autores consideram que a crise:

[...] adquire uma temporalidade, no sentido de que, fora da crise, o sujeito é capaz de negociar com alguns parâmetros de normalidade, não estando totalmente dominado pela doença, apresentando uma parte de si que é capaz de interpretar sua situação de

doença, interagir com as pessoas ao seu redor e agir movido por uma motivação consciente (p. 429).

Em estudo com proposta semelhante, Willrich *et al* (2010) ao explorar os sentidos presentes nas práticas discursivas de profissionais do CAPS acerca da atenção à crise, identificou a predominância dos sentidos de periculosidade e cidadania. Ao mesmo tempo em que alguns profissionais entendem que a crise é um momento de sofrimento e que deve ser cuidada, outros ainda trazem sentimentos de medo e insegurança em relação a esses sujeitos.

Com relação às características de experiências de crise, alguns autores costumam relatá-las como uma alteração na noção espaço-temporal, em que a lógica do é que passado, presente e futuro se funde, se mescla, como numa imagem borrada e que se move lentamente (MOFFAT, 1983). A percepção linear dos fatos e do tempo é substituída por flashes de momentos, por sobreposição de imagens.

Encontramos também ideias relativas à sensação de paralisia de si, de prisão interna, de despersonalização, de congelamento e de mortificação do eu, como no trecho abaixo:

El testimonio clínico habla de presente congelado y de vivirse como afuera de sí mismo, se desarma el espacio y el tiempo. La vivencia de soledad es aguda; se perdió el contacto dialógico y aparece la confusión como principal signo externo. El pánico sobreviene como consecuencia de perder el núcleo yoico que referencia, como sistema de coordenadas, las percepciones de la realidad. El paciente en brote se mira al espejo pero no se reconoce, camina pero no sabe “quién camina”, se perdió a sí mismo, por eso se le llama *alienado*, que, etimológicamente, quiere decir extraño, extranjero de sí mismo, está “fuera de si mismo” (MOFFATT, 1983, p.23)

Semelhante reflexão e análise das experiências de crise é feita por um “doente esquizofrênico” de um hospital psiquiátrico, que afirma: “Não sei por que as pessoas concebem o inferno como um lugar onde faz calor e onde há chamas ardentes. Isso não é inferno. O inferno existe quando você está congelado e preso dentro de um bloco de gelo. Lá onde estive” (BRASIL, 2007, p. 37).

São referidas também experiências de crise como situações de extrema solidão: “O que eu considerava mais difícil nos mergulhos, e o que mais me amedrontava, era o estar só” (Beta, protagonista do livro, se referia as suas crises como mergulhos). O sentimento de isolamento e solidão é decorrente principalmente das internações frequentes em hospitais psiquiátricos de assistência duvidosa; do processo de afastamento das famílias devido preconceito e/ou medo da doença; e da descrença pelos sujeitos em crise da compreensão da sua experiência pelas demais pessoas à sua volta (BRASIL, 2007, p.34).

Beta foi uma paciente do IAPB do Rio de Janeiro, que publicou um livro intitulado “A História de Beta”, no qual relata suas experiências enquanto “doente mental” (assim por vezes denominada), inclusive as experiências durante suas crises, com uma riqueza de detalhes importante para nosso trabalho.

Abaixo transcrevemos um trecho no qual Beta descreve em seus escritos o que sente no exato momento em que entra em crise. Ao final do capítulo, colocamos o relato na íntegra para que o leitor se situe nessa história.

[...] Tentava quebrar a televisão e o relógio. [...] tenho um nítido conhecimento de que via saírem da televisão coisas tão terríveis que não suportava olhar. Pensava que iam me destruir, porém não tinha consciência de que aquelas coisas que via saíam de dentro de mim mesma e, não suportando, projetava na televisão o que estava sentindo. Era uma forma de proteger-me. O relógio era o perdido referencial do tempo e espaço reais. O tempo todo vendo coisas do passado e de um provável futuro, porém, sempre dentro de cenas de destruição que, no fundo, penso hoje, eram o estilhaçamento do próprio ego (BRASIL, 2007, p. 46).

Pelo relato de Beta, percebemos o sentimento de invasão do Outro, muito comum em experiências psicóticas, através das “coisas terríveis” que saíam da televisão e que tinham o objetivo de destruí-la, mesmo sem saber como. Pela ausência de fronteiras reais e simbólicas entre o eu e o Outro que tornem as relações suportáveis, os sujeitos buscam se proteger como podem, por vezes até de forma agressiva, de quem olha “de fora” da experiência.

Podemos perceber que a paciente tinha um bom nível intelectual, pois se expressa por meio de um vocabulário claro e eloquente, utilizando termos acadêmicos para expressar o que sente, o que não traduz a realidade da maioria dos pacientes dos serviços públicos como os CAPS, por exemplo, que geralmente possuem uma condição econômica mais restrita e nem sempre se expressam de maneira tão rebuscada.

Independente da forma pelas quais se expressam, podemos perceber que em boa parte dos sujeitos há uma possibilidade de aprendizado e crescimento nas experiências de crise. Alguns usuários costumam identificar sinais referentes ao início das crises, a quem geralmente eles recorrem em busca de ajuda, como compreendem os símbolos que aparecem nessas situações. O sujeito reconhece essa experiência como sua, permeada de significados de sua história pessoal, embora às vezes surjam elementos sombrios, nem sempre claros e que causam medo e estranhamento a eles mesmos.

A partir daí, fui percebendo as ligações entre uma crise e outra e sentindo que poderiam ser traduzidas quando vistas sob a forma de símbolos. E foi dentro desse emaranhado de fatos descritos que se tornou possível a decisão que tomei, de tentar compreender o significado dos símbolos ao descobrir que eles não tinham

importância quando vistos isoladamente, mas que formavam sentido quando ligados entre si. A primeira observação foi que a maioria dos símbolos trazia no seu todo uma ligação do mundo interno com o mundo externo (BRASIL, 2007, p. 29).

Reconhecemos a importância de buscar entender as crises de forma contextualizada com a história de vida dos sujeitos. Os símbolos que surgem aparentemente de forma desorganizada e sem sentido para quem “vê de fora” da experiência subjetiva fazem referência a situações específicas e são, às vezes, pistas que levam a uma compreensão de uma situação mais profunda. Daí a necessidade “de se compreender a crise como um acontecimento em uma sequência histórica, devendo-se desenvolver recursos e estratégias de se apreender o sujeito na sua historicidade” (LIMA *et al*, 2012, p. 430).

As crises são reconhecidas pelos sujeitos também como momentos de transição, de um estado para outro, mas que não correspondem à sua totalidade. Essa forma de perceber vai ao encontro da concepção de que o sujeito não é somente seu sofrimento psíquico, é bem mais que isso, e também não é apenas crise. Há uma aposta na potencialidade, naquilo que há de saudável em cada um, mesmo em situações de extrema desorganização psíquica.

Fui tomando consciência de que, apesar do rótulo de esquizofrênica, dali por diante eu teria que ser eu mesma, um ser ativo, sem esperar que outros agissem por mim. Chegara à conclusão de que não se usa a personalidade esquizóide 24 horas por dia. A parte saudável vai sempre existir e poderá ser reintegrada...(BRASIL, 2007, p.89)

Os sujeitos em sofrimento psíquico costumam desenvolver diferentes recursos de enfrentamento das crises através de uma avaliação individual, daquilo que julgam melhor para si. Considerar e identificar o que há de saudável na decisão dessas pessoas coloca em questão os limites associados a um diagnóstico psiquiátrico. Aponta-se a necessidade de se flexibilizar os parâmetros gerais entre o que é normal e patológico e a adotar parâmetros individuais da ação terapêutica (CARVALHO; COSTA; MALUSCHKE, 2007).

O referencial daquilo que é saudável ou não deve partir, portanto, das próprias pessoas envolvidas na situação. “A recuperação adquire sentido no contexto das aspirações e da autoimagem de cada sujeito, tornando-se parte do modo pelo qual ele avalia sua vida” (JUCÁ, 2005, p. 772).

Considerando esses aspectos, se torna necessário trazer algumas reflexões para o horizonte da terapêutica das práticas dos profissionais quando se fala em acompanhamento das crises no campo da Saúde Mental. Quais horizontes vislumbramos quando nos referimos

ao acompanhamento/tratamento das crises desses sujeitos? O que queremos ao acolher e cuidar das crises? onde queremos chegar com esses sujeitos?

Jucá (2005) traz importantes contribuições para nosso trabalho ao suscitar a reflexão acerca da multivocalidade da cura em Saúde Mental. Para a autora, falar de cura tem sido um tabu no campo, pois traz à tona o passado da psiquiatria que focava unicamente esse aspecto e a impossibilidade, na atualidade, de circunscrever a cura a uma questão técnica.

A autora nos interroga sobre o que seria uma intervenção bem-sucedida e sobre quando seria possível falar em cura em saúde mental, já que predomina nos discursos a expectativa de recaídas, principalmente quando se refere aos casos de esquizofrenia, “a representante-mor da incurabilidade” (p. 773). Costuma-se utilizar o termo “recuperação” para a saída de um estado de crise, não equivalendo necessariamente à noção de cura.

No entanto, a recuperação pode indicar ainda o processo através do qual pacientes, que romperam com um ciclo de crises e internações, tentam reconstruir suas vidas, interrompidas por um período de imersão no ambiente hospitalar. Estes pacientes são geralmente reconhecidos, pelos profissionais, como “estabilizados”, “compensados” ou “em remissão” (p. 773).

Além disso, no discurso da psiquiatria, a perspectiva de cura também aparece diretamente relacionada ao diagnóstico e decorrente prognóstico. Nessa perspectiva, as neuroses teriam mais possibilidade de cura do que as psicoses, por exemplo (JUCÁ, 2005).

Considerando que os diferentes processos de sofrimento psíquico têm consequências limitantes na vida do sujeito, desde um breve afastamento social até tentativas recorrentes de suicídio, o cuidado em saúde mental contribuiria para possibilitar com que essas pessoas tivessem não só uma funcionalidade restabelecida, atendendo a uma expectativa mais da sociedade do delas próprias, mas também a possibilidade de reduzir os fatores de vulnerabilidade aos quais estão expostas e melhorar sua qualidade de vida. Nesse sentido, vemos uma aproximação com o conceito de redução de danos (PASSOS, SOUZA, 2011), geralmente associado ao cuidado no âmbito do uso abusivo de drogas.

Buscamos nesse capítulo fazermos uma aproximação do que seria crise, em termos conceituais, pelos diferentes autores, direta ou indiretamente relacionados com o campo da saúde mental e finalizamos nos questionando o que queremos nesse processo de cuidado, a partir da noção de cura e seus desafios no cotidiano das práticas. Por se tratar de uma pesquisa executada por meio de um serviço substitutivo, achamos importante saber, mesmo que tangencialmente, como esses sujeitos percebem as respostas dadas pelos serviços de saúde mental pelos quais circulam, como discutimos no capítulo anterior.

TRECHO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE CRISE DE BETA

“Mesmo agora, em onda Beta, o que estou tentando fazer é sempre muito doloroso. São coisas muito doídas e difíceis de serem traduzidas em palavras, mas vou tentar descrever o que se passou antes de eu ser internada.

Na minha antiga casa, afastada da cidade, a sala era muito grande. Havia dois ambientes: de um lado, ficava a sala de jantar onde havia uma mesa com oito lugares, uma enorme estante e mais duas arcas antigas; e no outro lado, ficava a sala de visitas com poltronas, sofás, televisão e som. Em toda a sua volta, estavam quadros, com Rugendas do Rio antigo, estampas de caçadas inglesas, quadros pintados por amigos, dos mais diferentes tipos. Descrevo este salão porque foi nele que rodei o tempo todo, parando diante de cada quadro, fazendo gestos dentro dos mais estranhos rituais. Deve ter sido terrível para meus familiares assistirem àquela cena, que não tinha qualquer explicação dentro de um raciocínio lógico. Minha mãe não podia se aproximar, pois eu a afastava chamando-a de feiticeira e exigia que a trancassem no seu quarto. Pedido imediatamente atendido. A sede que sentia era terrível, incontornável. Por fim, meus parentes resolveram trancar a cozinha, pois parecia não ser possível saciar tamanha sede, já que eu bebia sem parar.

A sede era insaciável. Depois de algum tempo, cansados de tanto andar atrás de mim, eu consegui burlar a vigilância e, quando perceberam, eu estava bebendo água de um jarro de flores que se encontrava em cima da arca, depois de jogar fora as folhagens que eu mesma havia colocado com tanto carinho. Tentava quebrar a televisão e o relógio.

Comento esses fatos porque, atualmente, tenho um nítido conhecimento de que via saírem da televisão coisas tão terríveis que não suportava olhar. Pensava que iam me destruir, porém não tinha consciência de que aquelas coisas que via saíam de dentro de mim mesma e, não suportando, projetava na televisão o que estava sentindo. Era uma forma de proteger-me. O relógio era o perdido referencial do tempo e espaço reais. O tempo todo vendo coisas do passado e de um provável futuro, porém, sempre dentro de cenas de destruição que, no fundo, penso hoje, eram o estilhaçamento do próprio ego.

No carro, a caminho do hospital, lembro-me de que meu filho mais velho ia segurando minha mão. Na frente encontravam-se meu marido, na direção, e Paulo, psicólogo do Museu que tinha sido chamado porque, àquela altura, a barra estava pesada demais para minha família e porque o trajeto era muito longe. No caminho, ia contando a história de Branca de Neve e achava que, para despertar, eu precisava do beijo que, insistia a todo custo, deveria ser dado por meu filho. Ali do lado, ele representava o príncipe encantado.

No hospital, uma moça de nome Wanda ficou ao meu lado enquanto esperava a parte burocrática ser resolvida para que pudesse subir para a enfermaria. Ela trazia no pescoço uma correntinha com a inicial de seu nome –W. Eu lhe pedi que comprasse uma com minha inicial, para que não mais perdesse a identidade.

Dentro da enfermaria, em altos delírios, via-me tendo um filho para poder dá-lo a uma grande amiga. Chamava aos berros pelo Dr. João, por Dra. Nise e Dr. Bahiense (todos trabalhavam no Museu, na época), para que viessem ajudar, já que a criança estava custando a nascer. A criança tinha até nome: Rubem. Nessa internação, não sei se nas outras também, tomei até choque. As enfermeiras mandaram que tirasse as próteses da boca e as colocasse dentro da fronha do travesseiro.

*Neste **caderno**, que escrevo dentro da enfermaria, estou consciente de que alguns trechos, cujos lapsos serão assinalados por reticências, são verdadeiros hieróglifos.*

Que barra, santo Deus, sair de uma crise... mas lá vou eu levantando. Vou tomar banho frio. Levantei... Antes fiz minha cama e vias roupas. Arrumei a cama com o cobertor em borboleta... Hoje, quarta-feira, tenho psicoterapia de grupo – um bate papo. Acho que vai ser um barato, apesar do Dr. João escalar um time desigual. Na saleta, encontrei com Célia (é a enfermeira chefe), a quem chamei de Márcia... Preciso ter cuidado para não trocar as coisas. Hoje, assisti a uma cena chocante, com uma senhora escura entrando em crise, sendo ajudada por Márcia... Esta doente também tem me ajudado muito. Cruzei com uma enfermeira e ela me chamou de Ernestina, fiquei zangada, fiz ela repetir meu nome e saí gritando para todos aprenderem meu nome verdadeiro: Eu sou Beta...(Depois, peguei o caderno e escrevi meu nome seis vezes).

Ontem, fiz um pouco de tapeçaria e hoje não sei o que vou fazer... Comi a última banana, depois fiz ginástica e dei corridinhas quase no mesmo lugar, sempre em círculo, e agora descobri que fiz uma mandala. Tenho que ficar boa para começar a psicoterapia, vai ser um barato, já fui a uma e gostei muito. O jogo vai ser muito difícil mas eu vou estar lá. Fui tomar os remédios, perguntei o dia de hoje e me disseram ser 10 de maio – quem me disse foi a senhora a quem dei o molde da camisinha. Vou me deitar, a minha cabeça está muito

confusa... Acordei... Estou escrevendo com os olhos fechados. Não sei porque dizem que este hospital não presta. Tomo remédio... e para a luta... de nada... Tomei o remédio, deitei-me outra vez, agora vou tomar café. Acho que a sensação pior passou. Meus olhos fecham, mas tenho que registrar as minhas impressões e sensações... Eu me sinto melhor. Os efeitos do remédio são terríveis...amanhã darei um jeito de fazer mais ginástica pois isto é muito..." (BRASIL, 2007, p. 45-46)

6. Narrativas como construção de si

"- São as minha memórias, dona Benta.

- *Que memórias, Emília?*

- *As memórias que o Visconde começou e eu estou concluindo. Neste momento estou contando o que se passou comigo em Hollywood, com a Shirley Temple, o anjinho e o sabugo. É um ensaio numa fita para a Paramount.*

- *Emília! exclamou dona Benta. Você quer nos tapear. Em memórias a gente só conta a verdade, o que houve, o que se passou. Você nunca esteve em Hollywood, nem conhece a Shirley. Como então se põe a inventar tudo isso?*

- *Minhas memórias, explicou Emília, são diferentes de todas as outras. Eu conto o que houve e o que deveria haver[...]"*

(Monteiro Lobato, 1950,
p.129)

6.1 Estudos sobre a linguagem e as perspectivas Narrativas

Na segunda metade do século XX, decorrente de fatores políticos, econômicos e sociais da época, o movimento denominado “Giro Linguístico” trouxe à discussão duras críticas em relação à Modernidade no que se refere à estruturação do conhecimento, calcada em verdades universais, explicáveis por meio de relações de causa e efeito e sustentadas pelo discurso científico da época. A linguagem, diante desse contexto, era definida na Modernidade, como a representação de algo que já existia em essência, uma realidade objetiva *a priori* (BRITO, 2014).

Ainda no referido século, duas rupturas foram determinantes para uma (re) visão em relação ao papel da linguagem na constituição da cultura e, conseqüentemente, dos sujeitos. A primeira ruptura diz respeito à instituição da linguística moderna, liderada por Ferdinand de Saussure, que refuta a ideia de igualdade entre significante e significado. Ou seja, que um significante não está preso a um único significado, ele é múltiplo e indeterminado. Dessa forma, torna-se impossível reduzir a linguagem à simples representação de algo previamente definido (IBÃNEZ, 2004).

A segunda ruptura, encabeçada por Frege e Russell, lança um olhar mais além na filosofia, inicialmente voltada para as interpretações individuais, “localizadas” no interior de cada sujeito, desloca-se da filosofia da consciência para a filosofia da linguagem. Passa-se, daí por diante, a se interessar pelo sentido público das produções discursivas (IBÃNEZ, 2004).

Nesse contexto de rupturas e com as contribuições do movimento do “Giro linguístico”, a linguagem passou a ser compreendida não como uma ação passiva de reprodução de uma realidade pré-definida, mas como um meio de fazer e produzir “coisas” ou criar estados de coisas, a partir do seu caráter performático. Compreende-se, portanto, que a linguagem passou de concepção de representação para a de coconstrução de realidades.

A linguagem se instituía assim como "constitutiva" das coisas, mais do que meramente "descritiva" delas, deixando de ser palavra acerca do mundo para passar a ser ação sobre o mundo. A linguagem não só nos diz como é o mundo, ela também o institui; e não se limita a refletir as coisas do mundo, também atua sobre elas, participando de sua constituição (IBÁÑEZ, 2004, pag. 39).

Ludwig Wittgenstein estudou com Frege e Russell na década de 1910 e foi um dos teóricos que tiveram forte influência no movimento do “Giro Linguístico”, a partir do seu conceito de “Jogos de Linguagem”, que diz respeito ao conjunto da linguagem e das atividades com as quais está interligada dentro de cada cultura.

A cultura diz respeito, então, às experiências e discursos que são formados no coletivo e que perpassam o campo individual, e não o contrário. Podemos compreender, portanto, de que não existe uma linguagem unicamente privada decorrente de nossas “mentes”, ela é em maior ou menor grau produzida por muitos.

Outro movimento que influenciou bastante os estudos da linguagem foi a chamada “Virada Narrativa”, que se iniciou da década de 60, mas apenas na década 80 influenciou mais fortemente os campos da Ciências Sociais e da Saúde. “A Virada Narrativa”, compreendida como decorrente do movimento “Giro Linguístico”, buscou se aproximar da narrativa enquanto processo de significação e ação humana.

As narrativas possibilitaram a esses campos de conhecimento outras perspectivas, além dos enfoques restritivos ancorados numa perspectiva essencialmente individual, quando buscam compreender como os sujeitos, mergulhados em sua cultura e atravessados por histórias, percebem e dão significado a si e ao mundo.

A necessidade dessa nova perspectiva aponta para algumas limitações percebidas por teóricos de diversos campos de conhecimento, principalmente as Ciências Sociais e da Saúde, no que diz respeito a como compreendemos o fenômeno humano e como a postura científica até então adotada deixava muitas perguntas em aberto.

6. 2 Por que histórias? Contribuições do olhar narrativo

Estamos imersos em um mundo de narrativas, do momento em que nascemos (ou até antes disso, quando os outros projetavam o que seríamos), passando pelas diversas experiências ao longo da vida, até as tradicionais “contação” de histórias dos velhos sábios.

É por meio das narrativas que compreendemos o mundo, nomeando-o, descrevendo-o, explicando-o. É ao mesmo tempo uma necessidade de ordem e de produção de sentido daquilo que vivemos, seja de nossas experiências correntes de vida diária, “ordinárias”, sejam momentos de descontinuidades, desordem e ruptura que evocam novas posturas e novas leituras de si. A narrativa acaba sendo um meio de construção/produção de si, uma vez que, ao narrar minha vida para outrem, me (re) crio e me distingo dos demais.

Para Bruner (1997) “parece-nos não existir nenhum outro caminho para descrever o tempo vivido, salvo sob a forma de uma narrativa. [...] A narrativa imita a vida, a vida imita a narrativa” (p. 12-13).

Como estamos imersos constantemente em um mar de histórias, as realidades narrativizadas geralmente passam despercebidas, por serem demais onipresentes. Seguiremos a pista deixada por Bruner (2001), para frear nosso automatismo de *prise de conscience* e exercitar o “estranhamento do familiar” para nos possibilitarmos enxergar a água que nos circunda, peixinhos desse mar de histórias.

Vivemos em grandes e pequenas narrativas, segundo Castellanos (2013). As “grandes narrativas” dizem respeito aos nossos sistemas explicativos de mundo de ordem filosófica, científica, religiosa; já as “pequenas narrativas” estão relacionadas aos diversos tipos de interações banais do cotidiano, as relações face a face, como nos acontecimentos no âmbito da família, do trabalho, do lazer, dentre outros lugares e instituições.

As pequenas histórias, principalmente aquelas que tinham lugar no mundo do fantástico e do encantado, narradas por pessoas experientes e “vivas” com o dom de contar e de aproximar as pessoas (com dom de ouvir) estariam em vias de extinção nos tempos atuais. A arte de contar histórias tem sido ameaçada em uma sociedade cada vez mais voltada a técnica instrumental e utilitária. Nessa perspectiva, Walter Benjamin (1994), já na década de 30, anuncia a morte do narrador, adiantando o que ainda hoje tem bastante pertinência: o privilégio da informação em detrimento das narrativas.

Para Benjamin (1994), “a experiência que passa de pessoa a pessoa é a fonte a que recorreram todos os narradores” (p.198). Ele identifica dois tipos arcaicos de narradores que colocavam as narrativas em um lugar privilegiado na esfera do discurso vivo, seriam as

histórias “daquele que vem de longe”, representadas pelo marinheiro comerciante e suas histórias de além-mar; e as histórias “daquele que nunca saiu”, representado pelo camponês sedentário. Desses dois estilos de vida se produziram as respectivas famílias de narradores.

Outra característica da narrativa destacada por esse autor seria sua dimensão utilitária, ou seja, o senso prático atribuído à boa parte das narrativas. Elas advinham de narradores natos que as utilizam como forma de dar conselhos aos que lhe conferiam seus ouvidos. Para o autor, “dar conselhos” parece já um pouco antiquado, e isso nos remete à desvalorização da troca de experiências ligada à sabedoria e à pobreza discursiva promovida pela valorização da informação, obtida através da verificação imediata.

Dessa forma, trocam-se cada vez mais os fundamentos miraculosos dos relatos pela plausibilidade das informações. Sobre isso, o autor afirma ainda que a nossa pobreza em elaborar histórias surpreendentes seria devido ao fato das informações já chegarem acompanhadas das explicações.

“A informação só tem valor no momento em que é nova. Ela só vive nesse momento, precisa entregar-se inteiramente a ele e sem perda de tempo tem que se implicar nele. Muito diferente é a narrativa. Ela não se entrega. Ela conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver” (p. 204)

Apesar do referido autor ter vivido em outro tempo histórico e ter tecido uma crítica principalmente às formas das narrativas dos romances burgueses, considerando-as pobres em interpretação e uma experiência solitária de história, em contraposição às narrativas coletivizadas, ele nos aponta inegáveis contribuições sobre a importância da tradição oral na circulação das narrativas de um povo, seu papel agregador, um meio de troca de experiências e das narrativas como abertura ao fantástico.

Há autores, entretanto, que contestam a posição de Benjamin quando afirmam que a possível ameaça à morte do narrador é apenas em relação a esse tipo específico de narrador, e que a narrativa, através da sua capacidade criativa e transformadora resistiria às novas configurações de sociedade.

Na atualidade, ao reconhecer a natureza ontológica das narrativas várias áreas do conhecimento se interessaram por essa perspectiva de estudo como possibilidade de se aproximar da complexidade do fenômeno humano. Assim, as narrativas acabaram se tornando um amplo leque de perspectivas e de conceitos variáveis, embora possuam características próximas.

Segundo Murray (2008), compreende-se a narrativa como uma organização interpretativa de uma sequência de eventos, envolvendo sujeitos dotados de agência e que estabelecem relações de causalidade entre os eventos, podendo ser contada por meio da estrutura básica de uma história com começo, meio e fim.

Em Larrosa (1994), temos o sentido da narrativa como a instituição de algo novo, os rastros deixados na memória daquilo que se viu e viveu:

"Narrare" significa algo assim como "arrastar para a frente", e deriva também de "gnarus" que é, ao mesmo tempo, "o que sabe" e "o que viu". E "o que viu" é o que significa também a expressão grega "istor" da qual vem "história" e "historiador" (p. 65).

Assim, podemos perceber que as narrativas variam do âmbito de análise mais micro, envolvendo uma compreensão pessoal, embora produzida inter-pessoalmente, até um nível macro em se estudam os discursos coletivamente produzidos.

Bruner (2001) tentando responder à sua própria pergunta: “o que de fato, se ganha e o que se perde quando os seres humanos extraem sentido do mundo contando histórias sobre o mesmo, utilizando o modo narrativo para interpretar a realidade?” (p.127), indica nove elementos “universais” das realidades narrativas essenciais à vida em cultura, ou seja, maneiras pelas quais damos forma à “realidade” por meio da interpretação. São eles: estrutura de tempo consignada; particularidade genérica; ações motivadas; composição hermenêutica; canonicidade implícita; ambiguidade de referencia; centralidade do problema; negociabilidade inerente e extensibilidade histórica da narrativa. Explicaremos em seguida.

A *estrutura de tempo consignado* na narrativa se refere ao tempo vivido através das experiências, e não ao tempo de relógio, cronológico. A fragmentação do tempo em começo, meio e fim é apenas uma forma de desenrolar os eventos cruciais de uma história, mas que também podem ser contados por meio de *flashbacks* e saltos temporais. Não há, portanto, apenas um meio de se apresentar a sequência dos acontecimentos em uma história.

Em relação à *particularidade genérica*: a arte imita a vida ou a vida imita a arte? O autor se pergunta se os gêneros narrativos seriam uma representação da “realidade” ou se cada história contada em sua particularidade não conteria elementos de uma história “universal”. Segundo esse autor, os gêneros não existem em si, mas “existem” enquanto percepção de um enredo e nas formas de contar uma história ou na forma de extrair sentido do mundo a partir de uma história. Entretanto, “em qualquer história, qualquer realidade narrativa pode ser “lida” de diversas maneiras, transformada em qualquer gênero” (p. 131), uma vez que a interpretação é circunstancial na cultura e no tempo histórico.

A *ação motivada* faz referência ao reconhecimento de que as ações nunca se dão por acaso, elas são, portanto, motivadas por estados intencionais, explícitos ou não. Torna-se necessário esclarecer que a intencionalidade não determina totalmente o rumo de uma história, pois considera a existência do elemento de liberdade do narrador.

A *composição hermenêutica* é a compreensão de que nenhuma história possui uma única interpretação e que através do mecanismo do “Círculo Hermenêutico” podemos compreender que os significados das partes de uma história trazem um pouco do todo e vice versa. Esse elemento nos ajuda a compreender por que uma história está sendo contada por determinada pessoa e sob tais circunstâncias.

A diversidade de interpretações de um fenômeno podem gerar negociações de interpretações, cada pessoa pode falar o que compreendeu sobre um fato e contestar a história contada do outro. Essa possibilidade de versões concorrentes de histórias é a base da *Negociabilidade Inerente* das narrativas.

Certas histórias possuem alguns aspectos que, de algum modo, são “esperados” pelos leitores, trazendo elementos de obviedade e convenção na estrutura da narrativa. O autor atribui a esse tipo de estruturação da narrativa a característica de *Canonicidade Implícita*. O autor ainda afirma que uma “boa” história deve romper com o canônico para que “valha a pena ser contada”. Uma história interessante e que instigue o leitor deve adotar desenhos sinuosos na narrativa, elementos extraordinários e imprevisíveis no seu decorrer, desfechos nada convencionais como forma de provocar uma sensação de criatividade e novidade para o leitor.

Um aspecto diretamente relacionado ao canônico é a *Centralidade do Problema* como “motor da narrativa”. Nessa linha, todas as histórias “giram em torno de normas violadas” (p.136). Sobre a definição do que é um problema narrativo, Bruner (2001) afirma:

O formato do problema narrativo não é definido nem histórica nem culturalmente. Ele expressa um tempo e uma circunstância; então, as “mesmas” histórias mudam e suas interpretações também, mas sempre com um resquício do que prevalecia antes. Um “consolo da narrativa” pode ser sua própria sensibilidade em relação às normas que mudam. Se sua mesmice arquetípica consola, então o outro lado da moeda pode ser sua qualidade quimérica (p. 137).

Uma história quando elaborada e (re) contada a si e a uma terceira pessoa ganha sempre novos elementos, novas significações. Entretanto, quando se conta uma história vivida (ou não), a narrativa geralmente não se detém apenas aos fatos verídicos e possivelmente comprováveis, mas se importa com a interpretação que o sujeito faz dessa experiência e como

a significa, assumindo assim o caráter de sua “verdade” sobre essa realidade. A *ambiguidade de referência* diz respeito, portanto, à variabilidade de referenciais de realidade e verdade, uma vez que a história que interessa é a história tal qual contada.

As narrativas não são um *continuum* que se encaixam sequencialmente no tempo, mas são histórias de vidas que continuam se expandindo progressivamente. Por meio da *Extensibilidade Histórica da narrativa* nós estruturamos coerentemente nosso passado para transformá-lo em história. Não nos constituímos enquanto história coesa e interconectada de eventos, mas essa possibilidade de expansão se dá por meio de “pontos decisivos de mudança” (p. 138), no processo de “refazimento” do sujeito.

Seguindo um pouco a trilha das características gerais das narrativas, apontadas por Bruner, Gonçalves (1998, p. 131) sugere quatro ideias centrais para uma Psicologia Narrativa, em torno dos conceitos de existência, significação, narrativa e cultura. A saber:

1. Existência como conhecimento;
2. Conhecimento como hermenêutica;
3. Hermenêutica como discursos narrativos;
4. Discurso narrativo como cultura;

Como podemos perceber são premissas organizadas numa trama complexa, onde uma ideia não termina quando outra começa, mas estão dispostas de modo espiralado. Aqui recortadas com fins meramente didáticos.

O primeiro aspecto está ligado à noção de conhecimento como indissociável da própria experiência de vida do sujeito, em contraposição a existência de elementos fundamentais que conformariam sua essência. Conforme Maturana e Varela (1987) citado por Gonçalves (1998) “o conhecimento surge aqui visto numa perspectiva muito mais global, não no sentido da representação do mundo lá fora, mas como um processo contínuo de construção do mundo através da própria vida” (p. 132).

Ao viver e dar sentido à nossa experiência utilizamos nossos sistemas interpretativos nesse processo de construção simbólica das realidades. A função da hermenêutica nesse contexto seria a de criatividade libertadora para a produção de significados múltiplos. Do caos multipotencial do mundo conseguimos dar ordem e regularidade por meio da subjetividade hermenêutica dos sujeitos. Sobre isso Maturana e Varela apontam: “Acreditamos que reside na própria incompreensão natural da existência o elemento desencadeador de uma hermenêutica que remete necessariamente para a compreensão múltipla de uma realidade

multivocal, multilinguística, multicultural e multifrênica” (MATURANA; VARELA, 1987 *apud* GONÇALVES, 1998, p. 133).

Essa multiplicidade de significados proporcionados pelas subjetividades hermenêuticas só são possíveis devido ao poder criativo e amplo da linguagem e do discurso humano, pois “é na linguagem que se constrói o significado” (p. 134). Compreendendo o caráter significador da linguagem, a narrativa surge no estabelecimento de uma matriz narrativa que constitui o meio através do qual os sujeitos criam seus significados múltiplos.

Para finalizar, considerando o caráter dialógico da produção de conhecimento e de significados, a narrativa não pode ser considerada uma ação mental individual e isolada, mas uma produção discursiva de natureza interpessoal visto que ela é produzida e localizada contextualmente na cultura.

Portanto, considerando esse enlace entre existência-conhecimento-hermenêutica-cultura acreditamos que as perspectivas narrativistas em pesquisa contribuem para pensar o discurso enquanto produção coletiva, na medida em que buscam analisar as relações entre sujeito e estrutura, individual e social, ação e experiência (CASTELLANOS, 2014).

6.3 As narrativas e as experiências de doença

Considerando o crescente interesse nas “pequenas narrativas”, como afirmou Castellanos (2014), que nos remete ao micromundo das histórias do cotidiano, e tendo em vista nosso “objeto” de estudo que é a compreensão das experiências de crise dos sujeitos em sofrimento psíquico, dialogaremos doravante com uma perspectiva das narrativas que tratam dos processos de saúde-doença-cuidado, denominadas de narrativas de doença-*Illness narratives* (KLEINMAN, 1988).

Compreendendo a doença, seja ela física ou psíquica, de um modo geral como um momento de fragilização do sujeito, de ruptura de um *continuum* da vida, de alteração da temporalidade, de diferenças no seu jeito de “andar a vida”, de interferências, muitas vezes, até na dimensão corporal, percebeu-se que eram momentos que evocam novas formas de se dizer, a partir de eventos desencadeadores de mudança.

Hydén (1997), tendo como fio condutor as narrativas de doenças e articulando os elementos narrador-narrativa-doença, propõe três tipologias básicas para se compreender essas experiências: “Doença como narrativa”, na qual narrativa, narrador e doença estão intrinsecamente imbricados; “Narrativas sobre doença”, na qual se enfatizam conhecimentos,

concepções e noções gerais dos sujeitos adoecidos sobre sua doença; e “narrativa como doença”, que traz a perspectiva de que a narrativa pode ser afetada em um processo de adoecimento.

Alguns autores clássicos das narrativas sobre adoecimento crônico compreendem esse momento da doença como uma “ruptura biográfica” (BURY, 1982) que possibilitam novas “reconstruções narrativas” (WILLIAMS, 2001), na medida em que essa experiência afeta a elaboração do sentido da vida e do viver. Denzin (1989) traz o conceito de “ponto de mutação” para explicar o momento de uma experiência que provoca um giro na forma como se vive a vida.

Sobre essas narrativas Castellanos (2014) comenta:

[...] as narrativas de adoecimento crônico podem agenciar processos de ressignificação da experiência cotidiana, “reparando” eventos disruptivos que ameaçam as relações entre mente, corpo e mundo, ao apoiar o restabelecimento dessas relações em novos termos e contextos (p. 1073).

Kleinman é considerado um dos principais autores no tema de narrativa de doença com seu livro: *The illness narrative: suffering, healing and the human condition* publicado em 1988. O autor em sua obra demarca algumas diferenças conceituais entre os termos *Illness*, *Disease* e *Sickness*. O primeiro faz referência à experiência humana de adoecimento em suas dimensões individuais e coletivas, os sintomas de sofrimento relacionados a esse momento diferente na vida do sujeito e como as experiências de adoecimento são culturalmente moldadas; em *Disease* são consideradas as alterações do corpo (anatomicamente e fisiologicamente) percebidas pelos profissionais de saúde treinados para tal; e *Sickness* faz referência à desordem em sentido genérico.

Esse mesmo autor traz a importância da interpretação das narrativas da experiência da doença como uma tarefa central no trabalho da terapêutica, uma vez que “damos voz” aos sujeitos, antes denominados “pacientes”, o que retira dos profissionais de saúde o lugar de prescrição “daquilo que é correto” e nos convida mais ao exercício de ser ouvinte.

Ao se colocar nesse lugar de terapeuta (não necessariamente de psicoterapeuta), o sujeito conta sua história, expõe suas angústias, sofrimentos e medos, (re) formula o vivido diante de um processo de adoecimento. Dessa forma, no seu desenrolar, as narrativas de si, muitas vezes, acabam sendo narrativas terapêuticas. Em um processo de acompanhamento clínico e terapêutico no qual o sujeito pode expressar suas percepções e compartilhar suas

experiências através da narrativa cria-se possibilidades de construção “contra narrativas”, que vão no sentido oposto à forma como o sujeito costumava se narrar.

Apesar de isso parecer óbvio em algumas áreas como a Psicologia, por exemplo, que se utiliza tradicionalmente da escuta e do ato de narração do sujeito como forma de “acessá-lo”, no campo da Saúde Coletiva isso ainda merece destaque uma vez que esse campo ainda traz os resquícios de um modelo no qual prevalece a linguagem dos órgãos e tecidos em detrimento do discurso do paciente.

Nunes, Castellanos e Barros (2010) ao realizarem um estudo sobre a vivência de sujeitos e seus enfrentamentos dos problemas das doenças com usuários de um centro de saúde, contextualizando o adoecimento na história de vida dos sujeitos, enfatizaram a importância da narrativa biográfica, como um recurso importante para reflexão e atuação sobre o cuidado prestado aos pacientes.

Para esses autores, as narrativas autobiográficas contribuem para pensar a singularidade do caso e para estabelecer relações com contextos e problemáticas mais amplas, podendo, dessa forma, serem assimiladas na lógica de organização dos atendimentos clínicos dos serviços de saúde.

Cabe lembrar, porém, que mesmo com a mudança de postura dos profissionais dos serviços de saúde, o próprio discurso do paciente costuma ser carregado de conceitos médicos e diagnósticos bem detalhados, uma vez que eles também partilham dos discursos que circulam na sociedade, que atualmente dá muito espaço para falar sobre sua saúde ou sobre determinado tipo de saúde, apenas.

No campo da Saúde Mental, no qual se inclui nosso estudo, é bastante enfatizado, como abordado no capítulo sobre as crises, a necessidade de ir para além de se falar de um diagnóstico. Roberts (2000) afirma que é essencial para uma possível recuperação do enfermo, mesmo que parcial, conseguir construir um sentido sobre si separado do diagnóstico. Além disso, no campo Saúde Mental se busca romper também o caráter histórico preconceituoso que o diagnóstico imprimia nos sujeitos.

Entretanto, concordamos com Valentim (2011) ao afirmar que o diagnóstico acaba sendo um nome que circula no repertório interpretativo dos profissionais da Saúde Mental e que na relação com os usuários possibilita também uma comunicação da sua condição de enfermo. Além disso, seria uma forma de integrá-lo ao corpo social na medida em que é possível falar de algo que se pode nomear e por isso “existe”.

Stone (2004) lança outro elemento importante ao indagar se uma experiência tão diferente como a do “adoecimento mental” pode ser expressa pela forma tradicional da narrativa, um discurso aparentemente racional, ordenado em torno de uma trama histórica, e que se desenvolve em um espaço e em um tempo.

Considerando as ideias expostas e aproximando-nos do nosso foco de estudo caberia nos perguntar: A narrativa seria suficiente para dar sentido a uma experiência de crise? Ou há algo nas crises que extrapolaria o narrável?

Sobre esse aspecto, Grandesso (2006) nos diz que:

“Algumas experiências são rudimentares, no sentido que simplesmente não entendemos o que estamos experimentando, ou porque essas experiências não são narráveis, ou porque carecemos de recursos representativos e narrativos, ou porque nos falta vocabulário” (p.208).

Ao trabalhar com narrativas vítimas do Holocausto, Langer (citado por Salmon e Riessman, 2008) concluiu que em casos de sofrimento intenso pode surgir uma desordem na vivência temporal da vida. Em decorrência disso, surgem dificuldades em narrar as histórias de vida a partir de uma linha cronológica, considerando a experiência do sofrimento e os acontecimentos posteriores a essa. Percebe-se que as narrativas nessas situações parecem retratar uma dupla existência ou uma vida cindida.

Nesse sentido, Frank (1997) aponta que essas experiências de sofrimento intenso fazem parte do que pode ser entendido como uma “narrativa de caos”, que é considerada uma anti-narrativa, marcada por momentos que podem ser mais vividos do que narrados.

Sobre o adoecimento mental, esse autor afirma que esse só pode ser realmente compreendido se adentrarmos imaginativamente em um “mundo sem propósito” ou, como afirma Bohram e Hoyward (*apud* SALMON; RIESSMAN, 2008), que o preconceito sofrido pelo doente mental está calcado na sua dificuldade de apresentar sua vida como um projeto social coerente e inteligível.

7. Delineamento metodológico: caminhos percorridos

*“Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar”.*

Antônio Machado

Conforme já aludido, este estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa em saúde, de natureza compreensiva e exploratória, orientada pelo referencial fenomenológico-hermenêutico. Ancora-se ainda em perspectivas narrativistas em pesquisa, através das quais buscamos compreender e analisar as narrativas de sujeitos em sofrimento psíquico, particularmente no momento da crise. De modo a explicitar o percurso do estudo, neste capítulo, apresentamos os delineamentos metodológicos. Para tanto, apresentamos uma breve caracterização do enfoque qualitativo em pesquisa em saúde (coletiva).

7.1 Acerca do enfoque qualitativo na pesquisa em Saúde

A pesquisa do tipo qualitativa pode ser compreendida a partir de uma ampla gama de vertentes e filiações epistemológicas, não tendo como base um corpo conceitual conceito teórico e metodológico único. Estrutura-se, portanto, como um mosaico, composto por diversos campos do saber, como a Sociologia, a Psicologia, a História, a Filosofia, dentre outras áreas, ancorada, portanto, nas Ciências Sociais e Humanas.

Apesar da aparente confusão acerca da variabilidade da pesquisa qualitativa é possível identificar que a subjetividade, como objeto, é o elemento em comum das pesquisas com esse tipo de enfoque (FLICK, 2004). Minayo (2001) afirma, ainda, que a abordagem qualitativa em pesquisa tem como identidade a existência de uma relação processual, dinâmica e histórica entre o mundo “real”, fenômenos que buscam ser explicados, e o sujeito-pesquisador.

Considerando esses aspectos, a relevância específica da pesquisa qualitativa tem sido, portanto, as suas amplas contribuições à compreensão do fenômeno da *pluralização das esferas da vida*. Tal situação exige maior sensibilidade do pesquisador para tratar desses

aspectos que devem ser compreendidos dentro de um enfoque *local, temporal e situacional* (FLICK, 2004), em contraposição às grandes narrativas e teorias que pretendem tudo explicar.

Concordamos com o autor acima quando esse afirma que:

A mudança social acelerada e a conseqüente diversificação de esferas da vida fazem com que os pesquisadores sociais defrontem-se, cada vez mais, com novos contextos e perspectivas sociais; situações tão novas para eles que suas metodologias dedutivas tradicionais- questões e hipóteses de pesquisa derivadas de modelos teóricos e testadas sobre a evidência empírica- fracassam na diferenciação de objetos (FLICK, 2004, p. 18).

Destarte, o enfoque qualitativo confronta o paradigma cartesiano tradicional nas ciências da Saúde, ciências ditas “duras”, pautado no modelo psico-bio-médico-hospitalar, com foco em resultados mensuráveis e não em processos históricos, ainda predominantes na produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva. Privilegia-se, portanto, certos fenômenos e suas quantificações, em detrimento de investigações profundas que reconheçam a não neutralidade do pesquisador, a historicidade dos processos, a identidade entre sujeito e “objeto” e o caráter ideológico subjacente nos estudos.

Os estudos denominados qualitativos caracterizam-se, portanto, pela primazia da interpretação do significado das ações sociais, desvelando o mundo dos sentimentos, das motivações, dos significados, dos conceitos, das experiências, bem como concepções individuais e coletivas dos sujeitos acerca de determinado tema ou situação.

Sobre a pesquisa qualitativa, mais especificamente sobre a sociologia compreensiva, Minayo (2001) aponta que nesse tipo de estudo interessa, principalmente, o estudo das relações e interações humanas, das vivências e experiências, que são responsáveis e diretamente relacionadas pela formação de atitudes, de crenças e de valores dos atores sociais. Dessa forma, a linguagem e as práticas estão intrinsecamente ligadas.

Por compreender a centralidade da interpretação na pesquisa qualitativa, acreditamos ser esse o enfoque mais adequado ao que propomos nesse estudo, pois os sujeitos em sofrimento psíquico, em momentos de crise, têm seus sentidos e significados sobre suas experiências compartilhados com a sociedade, elaborando assim uma compreensão individual, mas também coletiva, ancorada na cultura. Dessa forma, o significado do processo de “adoecimento” faz parte da própria realidade e a modela (MINAYO, 2001).

Em suma, ainda segundo a autora:

A “abordagem qualitativa”- ao pesquisar os diferentes significados atribuídos ao adoecer, ao ato de cuidar e ao “estar saudável”- pode construir pontes para uma ação dos serviços e dos seus agentes que seja mais pautada no diálogo e no

reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam as ações de saúde (p. 117).

Diante desse contexto, e partir das contribuições da pesquisa qualitativa como uma nova forma de conceber e perceber o homem e o mundo, torna-se possível visualizar possibilidades de enlaces e entrecruzamentos entre a pesquisa qualitativa em saúde e as perspectivas narrativas.

Considerando os pilares da saúde coletiva, e reconhecendo os limites de uma ciência biomédica pautada pelo reducionismo do sujeito a funções biológicas e o cuidado em saúde a intervenções farmacológicas, a pesquisa qualitativa com as contribuições das ciências sociais e humanas trouxe à tona algumas discussões que estavam relegadas a segundo plano, como as formas de interação homem-mundo.

Flick (2004) aponta para o declínio das grandes narrativas como lentes explicativas do mundo, gerando a necessidade de outras formas de compreensão que incluam o homem e a sociedade, através de experiências de mediação simbólica.

Castellanos (2014) se aproxima da visão do referido autor ao afirmar que o crescente interesse pelas “pequenas narrativas” se deu principalmente devido a certo ceticismo em relação às teorias científicas e quadros ideológicos que forneciam “grandes narrativas”. Brockmeier e Harré (2003) enfatizam a contribuição dos estudos de narrativas como necessidade pungente de um caminho alternativo à ciência “pós-positivista”.

Diante dos limites do paradigma de uma ciência pós-moderna amparada em quadros ideológicos restritos e deterministas, e do reconhecimento de outras possibilidades de se construir conhecimento através de contextos locais e situados, as narrativas tem se apresentado como possibilidade de rerepresentar o(s) mundo (s) por meio das histórias.

Por certo tempo o uso das narrativas ou formas correlatas foi utilizado no campo da saúde coletiva, como meio de evocação de histórias e de evidenciar os aspectos subjetivos relacionados a algum tema em estudo, como uma forma alternativa de se fazer pesquisa. Entretanto, é preciso deixar claro que há diferentes usos da perspectiva narrativista em saúde coletiva e que as pesquisas que utilizam a entrevista narrativa, proposta por Schultz, ou mesmo a autobiografia por meio da história de vida, não torna a pesquisa por si só de cunho narrativo. A mera utilização de uma “técnica qualitativa que coleta histórias” não é suficiente para denominar um estudo como de base narrativa.

Atualmente, o reconhecimento das perspectivas narrativistas em pesquisa e suas diferentes possibilidades de uso têm crescido no campo da saúde coletiva, bem como no campo da saúde mental, área na qual se ancora diretamente nosso estudo. Alguns autores tem sido referência nessa produção de conhecimento envolvendo a Pesquisa Qualitativa e Narrativas como Castellanos (2014), Onocko-Campos et al (2013), Caprara (2003), Germano e Castro (2010) e Lira, Catrib e Nations (2003).

Sendo o objetivo desse trabalho compreender experiências de crise através das narrativas de sujeitos em sofrimento psíquico, delineamos a pesquisa como um estudo biográfico, vinculado a uma perspectiva narrativista centrada na experiência e orientada social e culturalmente.

O uso de uma abordagem biográfica está, portanto, em consonância com o objetivo deste trabalho, uma vez que é uma das possibilidades de investigar e analisar processos sociais associados a experiências pessoais de um determinado evento. Segundo Flick (2004) uma característica da abordagem biográfica é partir de um evento específico e focar a atenção nas consequências desse evento na vida das pessoas. No caso desse estudo, nossa atenção estará voltada para o efeito da crise na vida dos usuários em sofrimento.

7.2 Contexto da pesquisa: Fortaleza e a Regional 2

A capital do estado do Ceará, Fortaleza, tem 2.476.589 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2011, sendo a quinta capital do país em termos populacionais. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,76, expressando uma baixa qualidade de vida quando comparada a outras capitais do país, inclusive da região nordeste, mesmo com relativa melhora nos últimos anos (FORTALEZA, 2015).

A cidade é dividida em 119 bairros e se organiza administrativamente por meio da divisão em seis Secretarias Regionais (SR), distribuídas de acordo com figura abaixo:

FIGURA 3-Divisão da capital por Secretarias Regionais



FONTE: Fortaleza (2015)

Em relação à rede municipal de saúde da cidade, ela é por composta por noventa e dois postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, catorze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, e um hospital terciário (Instituto Dr. José Frota). Em 2011, foi registrada uma cobertura de 36% do programa Saúde da Família, o que demonstra ainda a fragilidade do município em relação à adesão à proposta da Estratégia de Saúde da Família (FORTALEZA, 2015).

Neste estudo, descrevemos mais detalhadamente a Secretaria Regional II, território no qual se insere o CAPS estudado. A SR II atende uma população de 325.058 pessoas e é formada por vinte bairros: Aldeota, Cais do Porto, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Joaquim Távora, Manual Dias Branco, Meireles, Papicu, Praia de Iracema, Praia do futuro, I e II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzon (FORTALEZA, 2015).

Como podemos perceber, essa regional condensa os bairros com maior poder aquisitivo da capital como a Aldeota, Cocó, Meireles, Papicu e Varjota, e nela se localizam as principais zonas de interesse turístico, além de concentrar maior adensamento no setor de serviços, gerando, portanto, intenso afluxo de dinheiro para essa área da cidade.

FIGURA 4-Bairros que compõe a Regional II do município de Fortaleza (CE)



Fonte: Fortaleza (2015)

Em relação aos serviços de saúde, a SR II conta com 01 (um) serviço Residencial Terapêutico tipo II, 01 (um) CAPS Ad, voltado para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e 01 (um) CAPS Geral, voltado para adultos com transtornos mentais, 12 (doze) postos de saúde e 01 (um) Serviço Hospitalar de Referência.

O local escolhido para o contato com os usuários colaboradores da pesquisa foi o CAPS Geral dessa regional, um serviço cadastrado na modalidade tipo III, caracterizado principalmente pelo atendimento 24hrs, inclusive em finais de semana. A escolha desse serviço se deu pelo fato de ser o único CAPS Geral do tipo III do município de Fortaleza atualmente em funcionamento, e que segundo as orientações do Ministério da Saúde, através da portaria 335/2002, deve atender situações de crise que chegam do território.

É preciso justificar também: por que escolher o CAPS como local para seleção dos colaboradores da pesquisa e não um hospital psiquiátrico, uma unidade básica de saúde, os ambulatórios de universidades ou mesmo um serviço particular de urgência psiquiátrica?

Com efeito, a chegada aos sujeitos em sofrimento psíquico e que tiveram experiências de crise poderia se dar de diversas formas, de acordo com nosso objeto de pesquisa. Contudo, a escolha do CAPS como primeiro ponto de contato reforça os seguintes aspectos: 1) O reconhecimento desse serviço como espaço acolhedor das situações de crise, mesmo diante de várias dificuldades; 2) Nosso compromisso com os serviços de saúde mental públicos e com

os ideais da Reforma Psiquiátrica; 3) A importância de avaliar, mesmo que indiretamente, como os serviços substitutivos têm cuidado das pessoas em situação de crise; 4) A possibilidade de uma devolutiva construtiva ao serviço e à sociedade a partir dos resultados da pesquisa.

7.3 Cenário da pesquisa: O Centro de Atenção Psicossocial Geral Dr. Nilson Moura Fé

O CAPS Geral da Regional 2 foi inaugurado em abril de 2012 (FORTALEZA, 2012) e leva o nome de Dr. Nilson Moura Fé, médico psiquiatra que foi coordenador de saúde mental do estado do Ceará e grande incentivador da implementação dos serviços substitutivos, falecido em dezembro de 2009.

O serviço tem atualmente 5.768 prontuários no total e 3.449 prontuários ativos em média (dados de outubro de 2015). Dispõe de 10 (dez) leitos para acolhimento noturno, sendo 04 (quatro) leitos masculinos e 06 (seis) leitos femininos. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional de 50 (cinquenta) pessoas, composta por médicos clínicos e psiquiatras, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, artista, auxiliar administrativo, cozinheira, porteiros e auxiliar de serviços gerais (FORTALEZA, 2015, 2015).

De acordo com o Projeto Técnico do CAPS de 2015, o objetivo desse serviço é “oferecer atendimento e acompanhamento psicossocial à população que apresenta sofrimento e/ou transtorno mental em sua área de abrangência e dos serviços referenciados, contribuindo assim para a construção da cidadania, autonomia, inclusão social e superação de estigmas através de ações interdisciplinares e intersetoriais” (p.08).

Esse mesmo documento dispõe ainda sobre a chegada do usuário ao serviço por meio do Acolhimento, as indicações para permanência diurna e noturna, a elaboração de Projeto Terapêutico Singular e os critérios para alta.

Dentre as atividades ofertadas pelo serviço estão: o acolhimento (avaliação inicial e reavaliação); a dispensação de medicamentos; os atendimentos individuais médicos e psicológicos; as visitas domiciliares e a realização de atividades coletivas como: grupo de família; grupo de E.V.A; grupo de terapia cognitivo comportamental (TCC); grupo de terapia ocupacional; grupo de massoterapia; grupo de cromoterapia; grupo de psicomotricidade; terapia comunitária integrativa; grupo de relaxamento; grupo de psicodrama; grupo de arte e saúde; grupo esperança; grupo de mulheres; oficina de costura; grupo de música, canto e

coral; grupo popular/folclore; grupo atenção e memória; oficina de dança do ventre; e assembleia de usuários, familiares e profissionais gerais (FORTALEZA, 2015).

O referido CAPS se localiza no bairro Dionísio Torres, em uma área predominantemente residencial de classe média. A casa na qual funciona o serviço é bastante ampla, porém com pouca área externa. O aspecto da estrutura do serviço, no geral, é satisfatório, porém percebemos a presença em muitas salas de atendimento de mofo e infiltrações severas nas paredes. Abaixo segue foto da fachada do serviço, possivelmente tirada há alguns anos, pois ainda possui logomarca da gestão municipal anterior.²



7.4 Aproximação ao campo de pesquisa: o processo de inserção

O contato inicial com o campo de pesquisa foi realizado após autorização pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS), setor responsável pelas apreciações de pesquisas ligadas à Secretaria Municipal de Saúde-SMS da Prefeitura Municipal de Fortaleza, e após a aprovação do Comitê de ética em pesquisa da UFC.

Inicialmente, conversamos com a coordenação do serviço de saúde mental sobre o projeto de pesquisa e sugeriu-se a participação da pesquisadora responsável em uma reunião de equipe do CAPS para explanação da proposta de estudo. Além disso, esse momento de diálogo objetivava que os profissionais do serviço indicassem alguns pacientes acompanhados por eles, com experiências de crise.

² Foto da fachada do CAPS Geral da regional 2. Disponível em https://www.google.com.br/search?q=caps+geral+regional+ii+fortaleza&biw=1280&bih=709&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi1sOnKis_KAhUIQpAKHeNkDc4Q_AUICSgE&dpr=1#imgrc=WmLZF4xHbW9jXM%3A Acesso em: 29 de janeiro de 2016.

Entretanto, como é esperado em quase todo processo de inserção no campo, tivemos alguns imprevistos quanto a essa forma de contato com os informantes da pesquisa. A coordenação do CAPS em questão saiu de férias na semana seguinte à nossa conversa e não haveria reunião de equipe no período de sua ausência. Diante desse cenário, tivemos que alterar a forma de contato com a equipe para a obtenção das indicações de pacientes a serem entrevistados.

Com o auxílio da assistente de gestão do CAPS, a pesquisadora responsável foi apresentada a alguns profissionais que se encontravam no serviço no momento da visita ao campo e pôde explicar a proposta do estudo, bem como coletar as indicações de pacientes feitas por esses profissionais.

Percebi que alguns profissionais hesitaram em indicar “de cara” pessoas para serem entrevistadas. Eles queriam entender melhor o projeto, saber a que tipo de relações estariam expostas dentro da pesquisa. Acreditamos que devido ao fato de boa parte desses profissionais serem da categoria de psicologia, importava-lhes saber se os sujeitos iriam ser expostos a situações desagradáveis ou se eticamente poderiam fazer essa indicação. Ao entender que iriam exercer papel apenas de mediador e que o usuário necessitaria dar sua anuência para a realização da entrevista, eles se mostravam mais abertos e buscavam indicar os casos que julgavam “mais interessantes”, seja pela gravidade do caso, seja pelo bom vínculo que tinham com alguns desses sujeitos.

Como forma de aproximação dos usuários, alguns profissionais convidaram a pesquisadora para algumas atividades do serviço, como a sessão de curtas no Cine Teatro São Luís e a participação no grupo de corte e costura. Por meio de abordagem no serviço, para os que ali se encontravam em tratamento, os pacientes foram convidados a participar como colaboradores da pesquisa por meio de entrevistas individuais.

Como estivemos circulando pelo CAPS durante uns três meses no total, os usuários me viam naquele espaço com certa frequência, o que possibilitou a demanda de novas conversas e a indicação de entrevistas pelos próprios usuários, ou seja, depois de entrevistados eles comentavam que tal amigo do CAPS poderia “se beneficiar” da entrevista, apontando desde já uma necessidade de escuta.

Todas as entrevistas foram realizadas no próprio serviço de saúde devido à conveniência para os entrevistados e para a pesquisadora.

7.5 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

De posse das indicações dos profissionais, os sujeitos da pesquisa foram incluídos na pesquisa de acordo com os seguintes critérios:

- 1) Ter idade mínima de 18, para se responsabilizar pelos depoimentos prestados, e máxima de 60 anos, excluindo assim os idosos em acompanhamento, que normalmente possuem um quadro demencial associado;
- 2) Fazer referência à experiência de crise no seu histórico de vida;
- 3) Declarar sua anuência ao estudo após ciência e assinatura do termo de consentimento e demais informações sobre a pesquisa (APÊNDICE A);

Como critérios de exclusão, elegemos:

- 1) Estar, no momento da entrevista, fora do período de crise, atestada por meio de conversa com profissionais da equipe e breve conversa antes da entrevista pela pesquisadora.
- 2) Possuir capacidade de compreender o procedimento de entrevista, independentemente da modalidade de atendimento a que estivessem submetidos (intensivo, não intensivo, semi intensivo);
- 3) Estar sem comprometimento psíquico decorrente de fatores orgânicos que causam alterações comportamentais, como epilepsia, tumores, lesões, déficit cognitivo e uso abusivo de drogas.
- 4) Ter mais de 60 anos, conforme já citado;

Os sujeitos da pesquisa pertenciam a ambos os sexos e não foram categorizados por classe social, variáveis decerto importantes na compreensão e análise das situações de crise. Contudo, devido ao tempo exíguo para realização da pesquisa não foram detalhadamente estudados para efeitos de comparação.

No que se refere ao número de participantes entrevistados, concordamos com Minayo (2010) ao indicar que estudos qualitativos não se baseiam em um critério numérico para garantir a “representatividade” da amostra; importa, em realidade, a abrangência ante o problema investigado, nas dimensões demarcadas para análise.

De acordo com essa perspectiva, adotamos o princípio da saturação teórica, que é, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008) uma ferramenta que visa suspender a inclusão de

novos participantes na pesquisa, realizando um fechamento “amostral” na pesquisa qualitativa. Segundo esses autores, em determinado momento da pesquisa de campo, os elementos trazidos nas entrevistas acabam por cair em certa redundância e repetição, seja em seu conteúdo, seja na forma pela qual se constrói a narrativa. Assim, seguiremos os critérios para a saturação apontados pelos autores, são eles: a limitação empírica dos dados, a articulação dos dados com a teoria utilizada e a sensibilidade teórica do pesquisador.

Em termos práticos, ao iniciar as análises constata-se que nenhum discurso é igual ao outro, principalmente no que diz respeito a experiências tão singulares, como as que nos propomos a estudar. Contudo, todos os discursos apresentam elementos comuns com algum outro. No início das entrevistas, as diferenciações nos discursos são evidentes. Posteriormente, as diferenciações vão se rareando até que deixam de aparecer a partir de certa quantidade de entrevistas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). O que não significa que as possibilidades de novas aproximações tenham se esgotado, mas que já se dispõe de elementos para construir uma compreensão densa e sustentada do fenômeno sob estudo.

7.6 Produção negociada de evidências

Para a “produção negociada de evidências”, expressão tomada de empréstimo de Bosi (2012), que a utiliza em lugar de “coleta de dados”, por considerar que esta última vai de encontro a certas premissas do enfoque qualitativo, decidiu-se recorrer nesta pesquisa à perspectiva das narrativas, e como instrumento a entrevista narrativa (EN), consoante as formulações de Schutze.

A entrevista narrativa é uma entrevista não estruturada, em profundidade e com características específicas. A utilização da entrevista narrativa surge motivada por certo ceticismo de alguns autores da área acerca de limitações para o acesso à experiência subjetiva por meio de entrevistas formuladas no estilo perguntas e respostas, mesmo com a postura de abertura e flexibilidade do pesquisador. Assim, as narrativas são, em contrapartida, um modo mais abrangente de abordar o mundo experiencial do entrevistado (FLICK, 2004).

As narrativas suscitadas através desse tipo de entrevista, geralmente seguem uma estruturação geral, divididas basicamente em: delineamento de uma situação inicial (“como tudo começou”), seguida pelo desenrolar dos eventos principais da narrativa de forma progressiva (“como as coisas avançaram”), e, ao final, o desfecho da história (“o que aconteceu”) (HERMANNNS, 1995 apud FLICK, 2004).

Sobre a estruturação das narrativas, concordamos que:

O pressuposto subjacente é que a perspectiva do entrevistado se revela melhor nas histórias onde o informante está usando sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos. Seria, contudo ingênuo afirmar que a narração não possui estrutura. Uma narrativa está formalmente estruturada; [...] a narração segue um esquema autogerador. Todo aquele que conta uma boa história, satisfaz às regras básicas do contar histórias. Aqui surge o paradoxo da narração: são as exigências das regras tácitas que libertam o contar histórias (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008, 95).

A entrevista narrativa é empregada principalmente no contexto de pesquisa biográfica, pois é uma forma de abordar acontecimentos importantes da vida das pessoas. O processo de elaboração de uma narrativa relativamente “coerente” sobre a própria vida adquire caráter particularmente significativo quando se dá em momentos de crise. A descoberta de uma doença qualquer assume um caráter de disrupção na biografia, ao suscitar a necessidade de reflexão acerca desse padecimento, uma problematização a respeito do sentido e do porquê do aparecimento da enfermidade, ao mesmo tempo em que remete o sujeito a (re) pensar a própria trajetória e o seu conceito de *si mesmo* (MOREIRA; BOSI; SOARES, 2015).

Em relação à estruturação da entrevista narrativa, podemos concebê-la em quatro fases: a fase de iniciação, a fase da narração central, a fase de perguntas e a fase de fala conclusiva (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008).

Flick (2004, p. 110) sugere que as entrevistas narrativas se iniciem sempre com uma “pergunta gerativa narrativa”, que deve ser ampla o suficiente para estimular uma produção narrativa e também concentrá-la em determinado tema e período da biografia com os quais a entrevista se ocupa (fase de iniciação). Dessa forma, as entrevistas se iniciaram como um convite à narração: “Você poderia me contar sobre sua(s) experiência(s) de crise?”.

Ao iniciar sua narrativa, adentramos na “fase de narração central”, na qual se sugere que o pesquisador não realize nenhum tipo de interferência verbal na construção da narrativa do usuário até que se dê o momento da coda, momento em que a narrativa “naturalmente” parece ter chegado ao fim. Considerando essa postura do pesquisador e sua influência na construção da narrativa do entrevistado, sugere-se que esse, na qualidade de ouvinte da história, manifeste sua empatia pela história narrada bem como indique que está tentando entendê-la. Assim, se produz um ambiente de estímulo na produção das narrativas (FLICK, 2004).

Na “fase de perguntas”, passa-se ao momento de investigação das narrativas, na qual são completadas as lacunas presentes na história relatada. Elas servem para melhor explicitar

e desenvolver as questões que apareceram ao longo do diálogo e não foram suficientemente compreendidas, podemos utilizar perguntas do tipo: “você poderia falar um pouco mais sobre...?”, “o que exatamente você chama de...”, “você pode me dar um exemplo de...”.

Por fim, o estágio de “fala conclusiva” faz referência ao “equilíbrio da história”, no qual o entrevistado é considerado “especialista e teórico de si mesmo” (SCHUTZE, 1983, p. 285 apud FLICK, 2004). É nessa fase que são sugeridas indagações com o objetivo de argumentação, utilizando perguntas do tipo “por que?”.

Utilizaremos o quadro esquemático abaixo, elaborado por Jovchelovitch e Bauer (2008, p. 97), para ilustrar os principais aspectos no desenvolvimento da entrevista narrativa descritos acima.

Fases	Regras
Preparação	Exploração do campo Formulação de questões exmanentes
1. Iniciação	Formulação do tópico inicial da narração Emprego de auxílios visuais
2. Narração central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração Esperar para sinais de finalização (“coda”)
3. Fase de perguntas	Somente “Que aconteceu então?” Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo “por quê?” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
4. Fala Conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo “por que?” Fazer anotações imediatamente após a entrevista

Tabela 1- Fases principais da entrevista narrativa

Durante a condução da entrevista, utilizamos o suporte da tecnologia por meio do procedimento de gravação de áudio das falas dos entrevistados, para ampliar o poder de registro e captação literal de elementos da comunicação considerados de extrema importância para a pesquisa qualitativa. As pausas de reflexão, as dúvidas, as alterações na entonação da voz, os risos, os choros, dentre outros elementos, tem o objetivo de aprimorar a compreensão

da experiência por meio da narrativa, não apenas em relação ao seu conteúdo, mas também quanto à sua forma retórica.

7.7 Processamento e interpretação do material empírico

Mas já que há de escrever, que ao menos não se esmaguem com palavras as entrelinhas.

Clarice Lispector

Concluída a etapa de campo, iniciamos as transcrições das entrevistas, que foram realizadas por terceiros e validadas pela pesquisadora como meio de garantir uma fidedignidade às histórias narradas, bem como por entender que da própria transcrição já emergem categorias empíricas importantes para a análise.

Seguimos a proposta de Minayo (2012) para a realização do tratamento do material empírico descrita abaixo:

Primeiramente, de posse do material devidamente transcrito, realizamos uma primeira aproximação com o texto a partir de uma leitura geral e flutuante das entrevistas, com o intuito de ter ideia do todo do texto. Nesse momento, tratamos de forma hermenêutica de constituir o *corpus* a ser trabalhado.

Em seguida, iniciamos a classificação de dados em temas e subtemas, por meio de uma leitura exaustiva dos textos, para progressivamente serem construídas as categorias empíricas. Nesse processo, foram necessárias idas e vindas ao material para nos impregnarmos do sentido e dos significados expressos nas falas, bem como para alcançarmos uma lógica unificadora da compreensão.

Por fim, a análise final foi resultante de movimento espiralado que vai do empírico para o teórico e vice-versa, visando alcançar uma compreensão cada vez mais abrangente. Nesse momento organizamos os dados em categorias analíticas e empíricas que melhor expressassem a articulação entre o que foi narrado pelos sujeitos sobre suas experiências, os objetivos da pesquisa, o marco-teórico-conceitual adotado e a interpretação do investigador na composição da rede interpretativa.

Utilizamos como lente de análise dos dados empíricos coproduzidos nas entrevistas narrativas, a perspectiva da Hermenêutica contemporânea de Hans-George Gadamer. O termo

Hermenêutica vem do grego “*hermeneuein*”, que significa expressar em voz alta, explicar ou interpretar, e traduzir. Atribuiu-se ainda esse conceito ao deus Hermes, que expressava os desejos dos deuses para os seres humanos. A tradução latina do grego é “*interpretatio*”, que é raiz da palavra interpretação. Dessa forma, em linhas gerais, hermenêutica significa interpretação (SCHMIDT, 2012).

A hermenêutica é a arte de compreender a linguagem falada e escrita. Schleiermacher afirma que a hermenêutica seria necessária para qualquer caso de compreensão que envolve esses tipos de linguagem. Assim, tradicionalmente a hermenêutica foi aplicada para a compreensão dos textos bíblicos, literários, legais, dentre outros (SCHMIDT, 2012). Mesmo compreendendo que a Hermenêutica não é apenas uma técnica de análise, acreditamos que ela nos ajudou a compreender o texto e os sujeitos envolvidos nesse ato de interpretação, interrogando-nos em alguns aspectos e fazendo-nos avançar para níveis mais altos de compreensão e análise.

Ante a diversidade da proposta e de autores que a estudaram, nesse estudo vamos nos deter às principais contribuições de Gadamer e sua hermenêutica filosófica, a partir das influências dos filósofos Kierkegaard e Heidegger, e da perspectiva da Fenomenologia e Existencialismo.

Para o exercício do ato compreensivo, Gadamer (2007) postula alguns conceitos e pressupostos importantes que ajudam a nos conduzir em direção a uma postura de desvelamento das palavras, pois para a Hermenêutica importa ir além do manifesto e atingir o caráter oculto da linguagem. Expresso de outra forma: “Quem interpreta precisa levar em conta as individualidades contextualizadas das manifestações linguísticas, ou seja, o enigma que se esconde na construção do pensamento e que se materializa através da linguagem e do diálogo” (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012, p.203).

Segundo Gadamer (2007), todo processo de compreensão e interpretação se origina a partir de um dissenso em relação a algum fenômeno da “realidade”. Se diferentes perspectivas dos sujeitos estão em desacordo, esses negociarão sempre seus pontos de vista, podendo ou não entrar em consenso. Para tal, parte-se do primado da pergunta para se aproximar das trilhas do saber. “Para perguntar, é preciso querer saber, isto é, saber que não se sabe” (p. 156). Reconhecendo nossa incompletude, enquanto ser que não sabemos, podemos nos construir na inquietude e humildade do não saber. Isso também nos move em direção ao Outro por meio do diálogo.

Propõe-se também o restabelecimento da tradição, da autoridade e do preconceito (pré-conceitos), como forma de crítica ao pensamento moderno. Os preconceitos seriam nossas formas instrumentais de compreender o mundo, herdadas, construídas e moldadas através da tradição. Isso nos remete à nossa inseparabilidade histórica em relação ao vivido consigo mesmo e com os demais. Ao considerarmos que estamos necessariamente dentro de uma tradição, “a temporalidade da compreensão descoberta nas estruturas prévias da compreensão implica que todos os nossos preconceitos vieram do passado” (p.149).

Toda compreensão acontece por meio do “círculo hermenêutico”, no qual o intérprete acompanha o significado projetado do todo para as partes para depois voltar ao todo. Esse movimento de compreensão aproxima as concepções da tradição e as concepções do intérprete.

O lócus da hermenêutica é este **entre**, entre aquilo que é familiar ou compartilhado e aquilo que é estranho no texto. O valor daquilo que é estranho em um texto permite que o intérprete questione aquilo que é familiar e normalmente aceito sem perguntas (GADAMER, 2009, p. 295 apud SCHMIDT, 2012, p. 151, grifo do autor).

Dessa forma, o intérprete está sempre em um movimento de expansão de horizonte de significados por meio do diálogo com o texto e da dialética da pergunta e da resposta, deixando-se afetar pelos estranhamentos provocados por ele. O texto ao questionar nossos pressupostos herdados pela tradição e os nossos novos conhecimentos adquiridos nos encaminha para outros níveis de compreensão visando à fusão de horizontes.

Considerando esses aspectos da compreensão, concordamos com Caprara (2003) que a abordagem hermenêutica na área da saúde nos possibilita adentrar na experiência humana da doença bem como entender como os usuários/pacientes/sujeitos lidam suas experiências específicas de sofrimento frente aos profissionais de saúde. O olhar hermenêutico também tem implicações na forma como nos relacionamos com esses sujeitos nas práticas clínicas em geral.

7.8 Aspectos éticos em pesquisa

Boff (1999) ao falar sobre a ética do cuidado, afirma haver algo no Humano que nos convoca ao sentimento, à capacidade de envolvimento, de afetar-se e de ser afetado. O mundo

se constrói, portanto, a partir dos laços afetivos, por meio dos quais dedicamos tempo e valor às pessoas, nos responsabilizamos por elas.

A categoria Cuidado envolve, portanto, todo esse modo de ser, intrinsecamente humano. “[...] Constitui, a existência humana, uma energia que jorra ininterruptamente em cada momento e circunstância” (BOFF, 1999, p. 01).

Considerando as relações entre ética e cuidado, na pesquisa os aspectos éticos envolvem toda a realização da pesquisa em si, não apenas o cumprimento de uma formalidade burocrática na etapa metodológica. O cuidado ético perpassa desde a escolha do tema; passando pela relevância do mesmo na sociedade; pelos critérios de escolha dos sujeitos; pela explicação clara dos objetivos da pesquisa na “linguagem” dos entrevistados; pela escuta atenta e cuidadosa das histórias de vida; pelo reconhecimento da “interpretação da interpretação” na análise das entrevistas; até as possibilidades devolutivas da pesquisa.

No decorrer da pesquisa, mais precisamente no momento de realização das entrevistas, reconhecemos que uma característica do processo de construção/produção das narrativas é ser um discurso voltado para um “Outro” ouvinte, que pode ser uma pessoa, um grupo, um profissional, um pesquisador. A presença de outra pessoa já é elemento suficiente para co-construir a história narrada, mesmo sem uma interferência direta por meio da fala.

Uma das premissas da pesquisa qualitativa se refere à impossibilidade de garantir uma postura de não interferência e de neutralidade por parte do pesquisador em um momento de entrevista, mesmo que supostamente não diretiva. Ao lançar uma pergunta para um entrevistado, não só a própria pergunta, mas a sua presença, o seu olhar, ou somente sua existência, já provoca uma intencionalidade de narração. Só há história porque alguém lançou um “disparador” inicial para que ela acontecesse e há alguém disposto a escutá-la.

Valentim (2011, p.112) afirma que “Dentro de um contexto marcado pela interanimação dialógica, ambos os participantes da entrevista concorrem para sua construção, já que neste processo, a posição assumida pelos participantes influencia a narrativa.”

Sobre esse aspecto, concordamos com Cunha (1997) quando afirma que:

A explicitação desta complexa simbiose, acoplada ao necessário distanciamento reflexivo do objeto próprio da pesquisa, requer, do pesquisador de narrativas, uma certa desenvoltura intelectual que lhe garanta o rigor, sem deixar de perceber o entrelaçado de relações. Não deixa de ser um jogo, em que cada jogador tem uma posição. O êxito da partida dependerá da habilidade com que cada um exercerá o seu

papel, mesmo entendendo que é o coletivo que produzirá o intento de chegada (p. 192)

O cuidado ético envolve não só esse momento específico da entrevista, referente à posição de entrevistador e pesquisador. É preciso reconhecer também a influência de nossa própria história de vida ao analisar os fenômenos da pesquisa. Nossa forma de olhar, de avaliar, de dar importância a certos aspectos em detrimento de outros, tudo isso direciona nossas análises. A mudança em nossas experiências nos torna capazes de avaliar nossos dados de forma diferente (ANDREWS, 2008).

Ao falarmos de ética em pesquisa também fazemos referência à função reflexiva da redação de um texto científico, os modos pelos quais nos expressamos em nossas escritas e a que audiência elas estão direcionadas. Bruner (1993, p.1052 apud FLICK, 2004, p. 255) traz a importância da “autoridade do texto”, ao ressaltar que qualquer texto deve ser verossímil e tratar dos interesses não só dos pesquisadores, mas também daqueles que são estudados. Para tal objetivo, ao escrever os pesquisadores devem sempre se perguntar: “Será este um texto fiel ao contexto e aos indivíduos que ele se propõe a representar?”.

Consoante às sugestões de Denzin e Lincoln (2009) a ética é considerada um processo e não apenas um desfecho. Na pesquisa qualitativa ela é cuidadosamente negociada com os participantes, à medida que as situações vão acontecendo.

Ainda segundo esse autor, a pesquisa garantirá o anonimato dos colaboradores, por meio da utilização de pseudônimos para identificação dos relatos, se assim o desejarem; garantirá a confidencialidade das informações prestadas; bem como utilizará o consentimento informado para a explicação dos usos potenciais da pesquisa.

Considerando os aspectos éticos institucionais necessários à pesquisa, seguimos os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). São eles: atender às exigências éticas e científicas fundamentais, observando os possíveis riscos e danos associados ou decorrentes da pesquisa; utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); justificar a relevância social da pesquisa com as devidas vantagens para os sujeitos da pesquisa; garantir a confidencialidade, a privacidade das informações, a proteção da imagem, o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; solicitar a anuência dos participantes; garantir a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado.

Assim, as atividades de coleta de dados só foram iniciadas após o consentimento verbal do colaborador da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a submissão à Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa indicado, com número de parecer 1.233.675.

Comprometemo-nos também, ao final do estudo, com a devolutiva da pesquisa ao serviço de saúde mental que participou indiretamente da pesquisa, por meio da indicação dos sujeitos a serem entrevistados, e com os próprios sujeitos participantes da pesquisa, que serão convidados para participar de uma roda de conversa sobre o tema estudado.

8. Reconstrução das narrativas autobiográficas

“Alguns projetos de pesquisa nos convidam a adentrar em labirintos que abrigam minotauros prontos para nos devorar com suas realidades de vida assustadoras e miseráveis, suas resistências aos nossos objetivos “científicos”, seus idiomas aparentemente indecifráveis, suas aproximações viscosas e seus afastamentos taciturnos. Não nos é delegado o destino de matá-los ou enfrentá-los. Explorar o labirinto é uma escolha do pesquisador” (MIRANDA, 2012, p. 20).

Antes de partirmos para a apresentação e discussão dos resultados, achamos importante reconstruir sinteticamente as histórias de vida dos sujeitos entrevistados e as condições nas quais elas surgiram, de forma a trazer outros elementos das narrativas para a análise, forjados pela situação da entrevista, pelo vínculo gerado entre pesquisador e colaboradores, bem como da necessidade de compreender as situações de crise a partir uma contextualização da vida das pessoas e a forma como se enuncia a história, como apontado pela perspectiva narrativista em pesquisa.

Nessa compreensão, buscamos por meio da reconstrução de histórias destacar os elementos “externos” acima citados bem como os elementos “internos” da narrativa como: a linha do enredo, a demarcação inicial da narrativa, as repetições dos fatos e falas, os momentos silenciados, as conseqüências de um evento na vida do narrador e alguns desfechos da história. Neste nível de análise foi privilegiado o entendimento da forma como narrador interpreta o mundo, como percebe e avalia suas ações dentro do contexto social no qual está inserido (MURRAY, 2000).

Sobre as entrevistas, ao todo foram entrevistados 08 (oito) sujeitos, sendo 07 (sete) do sexo feminino e (01) do sexo masculino, na faixa etária compreendida entre 20 a 54 anos, com diversas hipóteses diagnósticas e em modalidade de tratamento do tipo não intensivo, semi intensivo e intensivo. As informações específicas de cada sujeito entrevistado estão presentes nas narrativas abaixo.

Importante salientar que apenas uma pessoa teve interesse em utilizar nome fictício, as demais queriam usar os próprios nomes, o que demonstra certa afirmação da identidade, o reconhecimento da história contada como sua e uma publicização e valorização do lugar de entrevistado. Contudo, como acordado e assinado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, utilizamos nomes fictícios para todos os sujeitos.

Todas as histórias abaixo estão na sequência em que foram produzidas no campo.

1) História de Juliana- “Eu cresci na Faixa de Gaza”

Idade: 35 anos

Sexo: feminino

Média salarial: 2 salários mínimos

Escolaridade: ensino médio completo

Ocupação: desempregada

Com quem reside: Marido e uma filha

Modalidade de tratamento atual no CAPS: intensivo

Hipótese diagnóstica: esquizofrenia

A entrevista com a Juliana foi indicada por uma enfermeira do serviço e com quem tinha bom vínculo. Ao fazer o convite e me apresentar à Juliana, ela prontamente aceita e diz para a enfermeira: “eu aceito tudo que vem de você”, ri.

Procuramos um lugar tranquilo para conversar e Juliana me apresenta ao “fumódromo”, uma pequena cabana com duas cadeiras e um cesto de lixo, destinada aos pacientes fumantes do serviço, localizado na lateral da casa perto de alguns canteiros com plantas.

Juliana é uma moça jovem e de delicados traços indígenas, tinha uns olhos vivos e arregalados e se vestia com o “uniforme” dos pacientes intensivos do CAPS, uma bata e bermuda azul com o nome do SUS. De caminhar lento e ritmado, possivelmente devido à medicação, contrastava com sua fala, ativa e com desenvoltura.

“*Vou te contar do começo né...*” é assim que Juliana inicia sua narrativa autobiográfica. O “começo” para ela foi a primeira crise aos 15 anos, quando sua “mente fechou” e ela entrou em “desespero”. Esses sentimentos vinham acompanhados de sintomas no corpo, como palpitação no coração e aumento da sudorese. Sua forma de relatar sua história ainda carregava certa angústia desses momentos vividos: “*quando eu falo chega eu me tremo, horrível, eu tenho até medo de sentir*”. Para Juliana, o desespero era tão grande “*que você pensa que se você se matar você pode sair daquele sofrimento*”, justificando suas tentativas de suicídio.

A segunda crise, e a mais forte em sua concepção, veio com o falecimento do pai, há mais de 10 anos. Nessa situação, ela brigava com o pai no caixão, pedindo para ele tomar os remédios. Nesse período teve início seu tratamento no CAPS. A mãe de Juliana também veio a falecer e suas crises se tornaram mais frequentes, estabilizadas com medicação, segundo conta.

Juliana, ao longo da narrativa e como forma de compreender o problema para si mesmo, busca uma relação de causalidade para seu problema psíquico. Acredita que suas crises são “hereditárias”, frutos de “resguardos quebrados” da mãe pelo seu pai, além dessa ter sido vítima de facadas quando estava grávida de Juliana. Esse lar turbulento na infância, entre as constantes brigas entre o pai e a mãe, ela denomina de “Faixa de Gaza”.

Ainda justificando o fator hereditário, Juliana afirma que seus cinco irmãos também apresentam problemas psiquiátricos, porém apenas ela e outra irmã fazem acompanhamento. Apesar do problema comum aos demais irmãos, Juliana diz ter sido rejeitada pela mãe porque tinha um bom relacionamento com o pai “*então ela descontou tudo em mim, botou toda a culpa em mim, disse que toda a culpa era minha, que **tinha me feito à força**, tudo ela botava em mim*”.

Devido às crises, Juliana foi várias vezes a emergências psiquiátricas e afirma que a medicação é a única coisa que resolve suas crises. Afirma que já presenciou muitas situações problemáticas em hospitais psiquiátricos, como maus tratos, e apesar das dificuldades o CAPS é ainda o “melhorzinho”. Já fez denúncia para equipes de reportagem na televisão devido à falta de remédios e profissionais e confessa, com certa vergonha, que mudou de endereço para conseguir tratamento naquele CAPS, pois era o único que atendia 24 horas.

2) História de Amélia- “é como se eu tivesse uma morta-viva assim...”

Idade: 40 anos

Sexo: feminino

Média salarial: 1 salário mínimo

Escolaridade: ensino médio completo

Ocupação: agente de vistoria

Com quem reside: uma filha

Modalidade de tratamento atual no CAPS: não intensivo

Hipótese diagnóstica: bipolaridade

Conheci Amélia na recepção do CAPS, enquanto essa esperava pela consulta do psiquiatra do serviço. Ela iniciou perguntando se eu me tratava ali e eu expliquei que estava fazendo uma pesquisa, da qual a convidei para participar.

Amélia espera a minha afirmativa para iniciar a narrativa: *“Em dois mil e onze né no caso?!”* Demarcado esse período de tempo por ela mesma, sua história é iniciada no ano em que teve sua primeira crise, atribuída ao “estresse” e “descontrole emocional”. Considera ter sido uma crise bem forte, motivo pelo qual foi preciso se ausentar do trabalho e iniciou o uso de medicação psiquiátrica, pois foi diagnosticada com bipolaridade.

Descreve sua crise através de uma série de sintomas no corpo (insônia, indisposição) que a impediam de exercer as atividades normais do cotidiano, como trabalhar e dormir. Diante desse seu quadro se percebia como uma “morta viva” e por isso pensou em “fazer besteira”. Amélia parecia achar seu estado irrecuperável diante de tudo o que sentia naquela época: *“se você na época visse não acreditaria que eu estou hoje aqui falando tudo isso”*.

Comenta que sua família piorava seu processo na crise, pois a achavam “fraca”, e seu marido se utilizou dessa situação para interná-la alegando incapacidade. Nessas situações, obteve ajuda principalmente de terceiros que a levavam para sair e proferiam palavras de ânimo.

Suas experiências de crise têm simultaneidade com as experiências de internação, pois a última, juntamente com a medicação, eram as principais condutas indicadas e realizadas pelos serviços de saúde mental. Nos seus percursos de internação em hospital psiquiátrico presenciou agressões físicas contra outros pacientes, mas preferiu não fazer nenhuma denúncia, pois não seria levada a sério devido a seu estado.

Apesar das dificuldades vivenciadas nas crises, Amélia considera bipolaridade e depressão problemas mentais “controláveis” diferentemente da loucura, pois essa seria a total falta de controle do sujeito, expressa na seguinte fala: *“Loucura é uma pessoa não tem noção total do que fazendo, que é capaz de rasgar dinheiro, de comer cocô”*.

Terminada a entrevista, Amélia sai com sua sacolinha de remédios até a próxima consulta com o psiquiatra, cena bastante comum nos CAPS de Fortaleza atualmente.

3) História de Jacinta- “*Contar a minha vida, ave maria, é um sofrimento*”

Idade: 48 anos

Média salarial: 4 salários mínimos

Escolaridade: ensino superior completo

Ocupação: desempregada

Com quem reside: sozinha

Modalidade de tratamento atual no CAPS: semi intensivo

Hipótese diagnóstica: esquizofrenia

No processo de inserção no CAPS fui convidada por um psicólogo do serviço para participar de uma sessão de curtas metragens no Cine Teatro São Luís, para a qual foram convidados muitos usuários dos serviços. Na saída do cinema, o profissional me apresenta Jacinta, com a qual me deixa conversando enquanto essa fumava seu cigarro. Apresento minha pesquisa a Jacinta e ela concorda em participar. Regressamos ao CAPS após a atividade e ali fizemos a entrevista.

Jacinta é uma senhora jovem, apesar de parecer mais velha que sua idade, devido, principalmente, ao sobrepeso causado pelos remédios e aos desgrenhados cabelos cacheados. Possui um olhar semelhante ao de Juliana, aqueles olhos arregalados e fixos, típico de quem toma antipsicótico. Possui uma fala arrastada e certa lentificação dos movimentos, “culpa da medicação”, justifica. Gosta de escutar música e assistir telejornal.

Jacinta inicia sua narrativa demarcando um período de tempo e a noção de relação entre crise e agressividade, culturalmente empregada. “*crise, crise mesmo de bater nos outros foi em mil novecentos e oitenta e nove que eu batia nas enfermeira do Nosso Lar [hospital psiquiátrico] por causa que elas me deram remédio errado*”.

Ao falar das crises, Jacinta faz uma contraposição na narrativa, ao que foi e não é mais com o surgimento da doença. “*Eu era uma menina bonita como você, bem de cabeça, bem de tudo, eu era pra frente, sonhadora, revolucionária, aí o que aconteceu o meu irmão não me tirava de lá (...)*”.

Busca também uma possível origem do problema, assim como Juliana, correlacionando o que sente à soma de problemas adquirida ao longo dos anos. “*Agora te*

dizer da onde é que nasce, eu acho que nasce fruto de uma série de problemáticas que eu venho carregando esses ano todo, tá entendendo?”.

Ainda tentando definir crise e analisando os fatores de seu surgimento, Jacinta se preocupa em responder da forma que julga correta, querendo ser coerente com sua história e buscando o que eu gostaria de ouvir na posição de quem interpela: *“A crise mesmo, a crise é decorrente de vários setores, tanto de deixar de tomar o remédio até um baque que você possa sentir. É isso que é a crise, **respondi a tua pergunta?**”.*

Considera sua vida um sofrimento devido ao acúmulo de perdas: *“Eu **perdi** um filho, eu **perdi** um marido, a possibilidade de ter um marido, **perdi** um pai com quinze anos de idade”.*

Em certos momentos, tive dificuldade de acompanhar a linha narrativa de Jacinta, que passava de um assunto ao outro com muita rapidez, incluindo detalhes de pessoas e situações a todo tempo na narrativa.

*“Com os próprios familiares, falta de diálogo, falta de entendimento e eu fui internada por impulso, a minha cunhada me bateu nas costas e eu quero ser internada. Porque eu fui lavar um vaso sanitário que tava entupido e era de noite e foi apagão e eu não sabia que a porra da vassoura tinha merda dentro, **ai** eu levei a coisa, **ai** depois eu mesmo limpei a vassoura, eu mesmo limpei o chão, **ai** no outro dia **você sabe que quem toma remédio fica uma certa dificuldade de raciocinar** e ela disse: cadê a quiboa? **E** eu falei assim que tinha acabado de acabar, e a minha mãe tava lá. A mãe tava com mal de Alzheimer e eu pegava todo dia de manhã eu fazia um terço com a mamãe. Mamãe que é Maria da Conceição, dona Chiquita, Isabel e eu botava o nome das pessoas pra ela reconhecer, tá entendendo? **Aí** quando era de tarde ela esquecia de tudo, isso era um trabalho muito árduo e o meu irmão não sabe que eu trabalhei nisso, que fui responsável pela boa parte da recuperação da mamãe e isso eu sou consciente, eu sei da minhas coisa”.*

Em suas vivências de internação, principalmente em hospitais psiquiátricos, Jacinta afirma ter presenciado cenas de morte, de agressão e de “amarrações”. Confessa ter sido “aviãozinho” em algumas situações para trazer droga para dentro do hospital. Tem longo histórico de internação e já frequentou o Nosso Lar, Mira y Lopes e Hospital Mental de Messejana, além do CAPS.

Ao finalizar a entrevista e perguntar se gostaria de falar mais alguma coisa, Jacinta compartilha um sentimento e um desejo: *“A vida do doente é muito dura sabe, e não é só trabalhando e ganhando dinheiro assim com burocracia, com estudo, é muito duro mesmo, você não sabe quanto é uma lágrima rolada, e eu não choro mais, mas quando eu choro também, minha filha, é porque o negócio tá pegando. **E eu espero nunca mais ser internada nem com a morte da mamãe. Desejo a todos muita saúde, muita saúde mesmo pra nunca serem internados**”*.

Ao término da entrevista, Jacinta aceita a carona que ofereço ao saber que vai para mesma direção que eu e continuamos nossa conversa no carro. Percebi que esse lugar da escuta, mesmo que breve, possibilitou uma aproximação entre mim e Jacinta, que chegou a me perguntar se eu iria trabalhar no CAPS. Em outra situação, perguntou se poderia conversar comigo, enquanto eu realizava outra entrevista.

4) História de Rafael- *“Dizem que o seu coração, voa mais que avião, dizem que o seu amor só tem gosto de fel, vai trair o marido em plena lua de mel...”*

Idade: 20 anos

Média salarial: 1 salário mínimo

Escolaridade: ensino técnico

Ocupação: desempregado

Com quem reside: avó materna

Modalidade de tratamento atual no CAPS: intensivo

Hipótese diagnóstica: esquizofrenia

Cheguei até Rafael por intermédio de Jacinta, que me apresentou ao rapaz. Naquela situação, ele se encontrava no serviço juntamente com uma tia para consulta psiquiátrica em busca de tratamento em regime intensivo. De início, hesitei em entrevistar o rapaz pela suspeita de um início de crise. Expliquei a proposta a Rafael e, diante do seu assentimento, marcamos dia e hora da entrevista, que seria no próprio CAPS.

Compareci ao encontro agendado e busco por Rafael nos leitos de observação do CAPS, ao encontrá-lo, perguntei como se sentia e ele, franzindo o rosto, denotava não estar bem, pediu que ficasse ao seu lado no leito e assim fiquei por certo tempo. Indaguei-o se não

queria que chamasse alguém da enfermaria e se queria compartilhar o que sentia naquele momento. Referiu sentir dor (pegava na barriga).

Mesmo ciente do quadro de Rafael, após certo apaziguamento do rapaz, agendo com ele novo encontro naquela mesma semana. Fiquei na dúvida se ele estaria em condições de conversar comigo, mas resolvi apostar e esperar essa nova tentativa.

Rafael é um jovem rapaz de sorriso largo e cabelo castanhos claros. Gosta de ler, comer salgadinhos, ouvir músicas e cantar, principalmente músicas antigas. Foi uma das primeiras pessoas com quem me deparei no CAPS, no primeiro dia de inserção do campo, ainda sem conhecê-lo. Junto à porta de entrada vinha um vozeirão que cantava: “*Volare ô ô, cantare ô ô ô...*”. Lembro disso ter me dado imensa satisfação, ao me reconhecer novamente dentro das liberdades possibilitadas pela loucura nos serviços de saúde mental.

Considero a entrevista com Rafael a mais difícil de ser realizada e também uma das mais breves. O rapaz iniciou sua narrativa autobiográfica aos treze anos quando presenciou o esfaqueamento e morte da mãe por seu pai. A marca desse acontecimento foi tamanha, que seu sentimento pareceu se expandir para uma cidade inteira “*quando ele tacou facada nela por trás e todo mundo se agitou em Fortaleza*”.

Rafael relata que, diante desse acontecimento, os problemas foram só aumentando até chegar à idade adulta. Diz ter muitas dificuldades com a família, mas diz ter uma tia que o ajuda bastante, aconselhando e orientando sobre a medicação e acrescenta: “*Porque a tia diz que eu sou bonito, bonito*”, ri satisfeito.

Rafael estabeleceu uma narrativa breve, precisando ser perguntado novamente sobre situações específicas que havia citado. Muitas vezes, tinha respostas curtas, outras havia amplas pausas ou momentos de silêncio, em outra circunstância se lembrou de músicas e retomava o canto. Em um dado momento pareceu visivelmente incomodado e se queixou de dor de cabeça (pegava na cabeça) e o indaguei se queria continuar a entrevista. Ele retomou a narrativa do mesmo modo que iniciou, falando sobre a morte da mãe e ele finaliza abruptamente: “*É, são poucas palavras. Poucas palavras, porém importantes*”.

5) História de Luciana- “*eu sou uma celebridade internacional*”

Idade: 28 anos

Média salarial: 12 salários mínimos

Escolaridade: ensino superior completo

Ocupação: desempregada

Com quem reside: mãe adotiva

Modalidade de tratamento atual no CAPS: não intensivo

Hipótese diagnóstica: esquizofrenia

Luciana foi indicada para a entrevista por um psicólogo do CAPS, que a acompanha no serviço. Esse, ao indicá-la, afirma se tratar de um caso “interessante”, pois afirma que a moça não reconhecia seu problema, mas que dá várias pistas de incoerência na sua fala.

Luciana é uma moça bonita, de cabelos lisos pintados de louro, vestia-se de formal jovial e casual. É formada em artes cênicas pelo IFCE e parecia ser bastante inteligente. Mostrou-se um pouco desconfiada, a princípio, pois me observava e, antes de começar a gravar, ela pergunta se conseguiria “falar direito”. Tranquillizo-a quanto ao processo da entrevista: será uma conversa.

A moça inicia sua narrativa na situação da sua primeira crise, quando quebrou os cristais de sua mãe e foi levada para internação pela primeira vez em um hospital psiquiátrico, na parte particular.

Luciana relata não ter entendido porque foi levada para internação já que considera que não fez nada fora dos padrões de normalidade, suas manifestações de agressividade acontecem quando ocorrem situações que a convocam a agir dessa forma. Considera-se uma pessoa tranquila e fácil de lidar, mas justifica que sua mãe adotiva quer “conter seu lado agressivo”.

“Tipo, eu tinha agressividade? Tinha, mas era mediante a uma reação contra mim e se alguém tivesse fazendo alguma coisa errada né lógico que eu vou ficar chateada e até mesmo dentro do hospício eu revidei a doido e tudo.

Ao longo da narrativa de suas experiências de crise, ela repete várias vezes que não se considera uma pessoa doente, como estivesse tentando convencer a mim e talvez si mesma disso: *“Porque eu não acredito que eu tenha o problema que eles [médicos] dizem que eu tenho”.*

A segunda crise é relatada em um tom de voz mais baixo, quase de segredo, como se compartilhasse comigo algo que não poderia ser publicizado. Nesse estágio da entrevista percebo que Luciana já se sente mais à vontade com minha presença e se mostra aberta para contar sua história com mais detalhes.

Ela conta que nessa segunda crise surgiram pela primeira vez vozes que falavam muito alto conteúdos depreciativos sempre relacionados a seu comportamento sexual, xingavam-na de “rapariga”, “vagabunda”, “prostituta”, que “não valia nada”. Contraditoriamente, mais a frente no seu relato, afirma que nenhuma mulher é páreo para ela e a nivela com mulheres bonitas e famosas do mundo das celebridades.

Relata que todas as vozes estão a mando de “P. S.”, um cantor com quem teve um relacionamento afetivo, e eram, inicialmente, uma voz feminina e outra masculina, a quem atribui semelhança com um cantor de rap, mc federados. Em 2014, as vozes passaram a ser somente femininas, mas apresentavam mesmo conteúdo depreciativo e de enfrentamento. Certa vez, desceu do prédio em que morava convocando-as para uma briga: *“eu descia pra pegar elas e dar uma porrada, porque elas são covarde fala as coisa e não mostra a cara né”*.

Por sugestão da mãe, Luciana resolveu criar “avatares” das vozes, dar-lhes feições: *“Pra mim uma é loira do cabelo cacheado, baixinha sabe assim meio rechochudinha porque ela tem a voz bem fininha e a outra já é mais lesada e acho que ela é morena, cabelo liso grande”*. Considera que essa estratégia tem ajudado pois, a despeito de sua vontade, as vozes iriam continuar.

Relata também que acredita fazer parte de um projeto científico e que tudo isso que está acontecendo está sendo feito pelo rapaz com quem se relacionou, se sente constantemente vigiada e assemelha sua vida ao “Show de Truman” e “Big Brother”, pois seus pensamentos são de domínio público. Diz que através da entrevista quer que as pessoas saibam quem ela foi e, em um momento de exaltação, afirma ser uma “celebridade internacional”, que cantoras pop famosas como Britney Spears, Rihanna e Jennifer Lopez a odeiam e invejam.

Luciana disse acreditar bastante na ciência, incluindo os remédios e os profissionais, e também em Deus para conseguir ficar bem, e acrescenta: *“Porque a doença mental ela é a mais difícil de se tratar até a pessoa se convencer que tem a doença né?”*.

6) História de Naomi- “Eu nunca mais vou ser normal, nunca mais...”

Idade: 54 anos

Média salarial: 1 salário mínimo

Escolaridade: ensino médio

Ocupação: desempregada

Com quem reside: sozinha

Modalidade de tratamento atual no CAPS: não intensivo

Hipótese diagnóstica: depressão

Naomi foi entrevistada no dia 05 de novembro de 2015 e estava no CAPS prontamente na hora agendada. Com seus 54 anos, Naomi conserva uma beleza sutil, apesar das marcas do tempo em seu rosto. Vestia-se com simplicidade e tinha as unhas pintadas de vermelho, com as quais se incomodou ao longo da entrevista, pois a cor “chamava muita atenção”. Tinha um jeito calmo e parecia um pouco tímida de início. Gosta de ler biografias, ouvir música e ir ao cinema.

A sua história, contada em meio a lágrimas e um ansioso amassado de papel, é marcada por muito sofrimento, decepções e violências de toda ordem, que trouxeram como consequências dificuldades de estabelecer qualquer relação afetiva, um sentimento depreciativo consigo mesmo e uma visão da figura feminina como causadora de problemas. Seu relato é um dos mais demorados, cheio de detalhes ao longo da narrativa. Apesar de doloroso, o ato de narrar sua vida parecia muito importante para ela.

Naomi se preocupa em iniciar sua história no que considera ser o começo, onde sua vida “começou e terminou”. Aos quinze anos descobriu que seu pai a molestava quando criança, sendo por isso rejeitada por sua mãe e levada para morar com a avó. Por volta dos dezessete anos foi vítima de um estupro, no qual engravidou de seu primeiro filho e que, conseqüentemente, não conseguiu criar nenhum tipo de vínculo afetivo com esse: “*eu criei apenas...*”. Atualmente, quase não tem contato com essa filha.

Apesar das dificuldades de se relacionar, ela se casa com um homem que a fez ressignificar muita coisa de seu passado e tem com ele seu segundo filho. O esposo vem a falecer de câncer e Naomi teve sua primeira crise, ainda no Rio Grande do Sul, onde morava até então.

Em 2013, já no Ceará, se envolveu com um homem dono de empresas calçadistas que a transferiu várias dívidas, além de ter abusado sexualmente dela juntamente com outros homens, após embriagá-la. Naomi relata ainda viver com medo e confessa ainda se esconder desse sujeito, que a persegue. Atualmente mora sozinha em uma precária pensão no Centro da cidade e se diz muito solitária, sem nenhum sentido para viver, motivo principal das suas tentativas de suicídio.

“Eu queria que alguém um dia inventar um remédio que a gente esquece tudo na data que a gente quiser, marca lá um troço e apaga, como seria bom [...]Se pudesse filtrar só o que dá dor e deixar só bom né, mas não é, a gente é aquilo tudo né”.

7) História de Sâmia- “Aí tudo bem...”

Idade: 48 anos

Média salarial: 1 salário mínimo

Escolaridade: ensino técnico

Ocupação: cuidadora de idosos

Com quem reside: mãe de 83 anos

Modalidade de tratamento atual no CAPS: semi intensivo

Hipótese diagnóstica: depressão

Sâmia é uma mulher negra, de estatura baixa e franzina. Tem um jeito quieto e tímido, é acessível e educada. Antes de iniciarmos nossa entrevista no “fumódromo”, Jacinta vai até onde estamos e pergunta se pode conversar comigo, acordo de encontrá-la após a entrevista, e essa acrescenta, ao sair: *“vê se consegue tirar algo dela, ela é muito misteriosa...”* comenta, se referindo à Sâmia, que apenas esboça um sorriso desconfiado.

“No início assim eu não sabia que eu tinha depressão”, Sâmia começa assim sua narrativa autobiográfica, onde o desconhecimento da doença a ajudou e a atrapalhou.

A história de Sâmia, e especificamente de suas crises psíquicas, são intimamente entrelaçadas às histórias de suas doenças, sendo impossível dissociá-las. Essa história foi principalmente uma história de dor no corpo e das formas de resiliência que Sâmia encontrou para superá-las. Na condição de ouvinte, me pareceu a mais difícil de acompanhar, talvez por

me colocar na condição de sofrimento e não compreender como Sâmia aguentou passar por todas essas experiências dolorosas.

Sâmia narra cronologicamente seu histórico de doenças, exames e consultas como a história de sua vida, e tudo que isso veio a acarretar depois. Inicia com o aparecimento da hanseníase, que deixou sequelas até hoje no seu corpo, dormência nos pés e impossibilidade de ficar muito tempo de pé, apesar do tratamento concluído com relativo progresso. Em seguida, Sâmia é diagnosticada com calazar, cujo tratamento foi minuciosamente detalhado, entre dores e tentativas de tratamentos, muitas vezes interrompidos devido à rejeição de Sâmia à medicação. Contraiu infecção urinária; uma infecção no braço, devido às agulhadas constantes dos processos de tratamento; uma catarata, como consequência do uso constante de medicação para o calazar; e sífilis.

Essa descrição dos eventos é expressa na fala abaixo. A depressão e a esquizofrenia vêm por último e parece até de importância menor frente ao sofrimento descrito com tanta intensidade pela paciente.

*“Aí **anemia** eu já tive né? aí da anemia passou pra **leucopenia** né? que eu tinha feito tratamento no Hemoce, aí eu tive anemia, aí passou pra leucopenia, aí eu tive a hanseníase, e depois da hanseníase eu tive o **calazar**, e depois do calazar eu tive a catapora, depois da catapora eu tive o **sífilis**, um atrás do outro, e aí eu fiquei com **depressão** e os médicos já constataram que a minha depressão eu tenho um pouco de **esquizofrenia** né? aí eu fiquei me tratando e já tô com quatro anos que eu tô aqui no CAPS e a minha doutora [...] disse que era melhor eu interagir com os grupos porque pra eu voltar a minha vida que eu tinha antes, mas eu acredito **que eu não volte mais do jeito que eu era antes**”.*

Nesse processo de tentar se recuperar, emagreceu, ficou longos períodos internada, teve seus pertences doados ou vendidos pela família, chorava. O que mais me chamou a atenção na narrativa é que Sâmia descrevia todo o seu processo de sofrimento com mistura de apatia e aceitação diante dos acontecimentos. Mesmo diante de todas as dificuldades apresentadas, até as que mais causariam revolta a qualquer pessoa, Sâmia continuava a narrativa com: “aí tudo bem...” ou “tá certo”.

*“Sâmia, foi feito os seus exame e a gente vai só esperar o mielograma ser feito porque você tá com calazar e **o seu calazar já tá bem avançado** e eu disse, **então tá certo**”.*

“Aí teve a imprudência da enfermeira porque era pra ter colocado cem, era cem miligramas e elas botaram só cinquenta e dobrava o horário do medicamento, aí quando terminava o medicamento imediatamente tinha que vir tirar porque senão dava choque e elas demorava muito e eu ficava tomando choque horas e horas, aí era muito duro, aí tudo bem”.

Fiquei surpresa e também satisfeita com a partilha de Sâmia, pois essa de início parecia tímida e no serviço a percebiam como reservada, misteriosa. Ao fim de nossa conversa percebi que Sâmia estava tranquila e parecia satisfeita por compartilhar sua história e disse que conhecia uma pessoa que poderia também interessante ser entrevistada. Chego por sua indicação à Célia.

8) História de Célia- “eu não tenho vontade de viver”

Idade: 42 anos

Média salarial: 2 salários mínimos

Escolaridade: curso técnico

Ocupação: cabeleireira

Com quem reside: mãe, padrastro, duas irmãs e um filho

Modalidade de tratamento atual no CAPS: semi intensivo

Hipótese diagnóstica: Transtorno de personalidade

Célia foi a última pessoa a ser entrevistada no campo de pesquisa, em 19 de novembro de 2015, no “fumódromo” do CAPS. A entrevista com Célia foi sugerida por Sâmia, amiga e colega do grupo de corte e costura do serviço de saúde mental. Célia tem curso técnico em gastronomia e se interessa bastante por leituras na área de psicologia.

Na entrevista, Célia parecia apresentar uma postura desinteressada em relação àquele momento, depois compreendi que essa postura era adotada diante de todos os aspectos de sua vida, retratada inclusive pela frase do subtítulo. Afirma que “há trezes anos luta contra a depressão”, já buscou tratamento fora do estado, mas diz reconhecer que não tem cura e que os remédios são paliativos.

Célia afirma ter crises depressivas nas quais tentou suicídio com a ingestão de veneno e, devido a isso, já foi internada três vezes no CAPS. Relata que tem “*desgosto pela vida*” e que o motivo de sua depressão foi devido ao sofrimento vivido ao longo dos anos, iniciando com alguns problemas na infância: quando seu pai ateou fogo em sua residência, pelas agressões constantes à sua mãe e pelos abusos sexuais pelo pai e padrasto.

Relata que há nove anos, numa situação de assalto, foi estuprada e ferida por punhal por desconhecidos um parque da cidade: “*eu tenho cicatrizes de furada...de punhal e quase que eu perdia minha perna, essa parte aqui todinha e veio até aqui e aqui é porque já fechou mais a cicatriz tá vendo ó [me mostrando as cicatrizes]...Decorei cenas muito marcantes [...] aí de lá pra cá eu me desencantei da vida.*”

Sobre a assistência em saúde mental diz ter passado apenas pelos CAPS e reclama das precárias condições de funcionamento e atendimento do serviço: higienização, falta de profissionais (se queixa muito que está sem psicólogo), falta de materiais para os grupos terapêuticos, qualidade do atendimento principalmente relacionado aos espaços de escuta.

Ao final da entrevista, ao perguntá-la se gostaria de compartilhar algo que não foi conversado, acrescenta: “*Só to precisando da minha psicóloga de volta*”, finaliza.

9. Resultados e discussão

De posse da reconstrução das histórias dos sujeitos entrevistados, passamos, doravante, à apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa. A partir do objetivo geral “*compreender as experiências de crise dos sujeitos em sofrimento psíquico em um CAPS tipo III de Fortaleza*”, por meio da identificação das concepções dos sujeitos acerca das crises vivenciadas; das origens da crise na perspectiva desses sujeitos e da análise de como compreendem o cuidado nessas situações, emergiram algumas dimensões centrais desse estudo: concepções de crise; origem das crises; e, cuidado e tratamento. A primeira dimensão diz respeito às diferentes formas de nomear e descrever as experiências de crise; a segunda, faz referência às explicações dadas pelos sujeitos para o surgimento das crises; e, a última dimensão trata das buscas individuais para amenizar o sofrimento, envolvendo um cuidado formal e informal.

A partir dos objetivos específicos da pesquisa, de nosso quadro teórico e dos trechos das narrativas, elaboramos um constructo, que denominamos Rede de Significados, ilustrado no quadro abaixo, para estruturar nossa análise.

TÍTULO	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	TRECHO DAS FALAS
“Um carro riscando para lhe pegar”	1. Concepções de crise	Desvitalização Inevitabilidade Imprevisibilidade Urgência Despersonalização Identidade	“ <i>Que eu não me via como eu, eu me via como outra pessoa, ali não era a Juliana, ali era outra pessoa, entendeu; porque quando você surta você vê, você pensa que não é você, por isso que muitas pessoas não entendem, quando você está falando, está surtando, você está falando você não se pronuncia como si, você por si mesmo, você se pronuncia como se você fosse outra pessoa, entendeu; É assim</i> ” (Juliana).
“o que causa o ser humano ter isso?”	2. Origem das crises	2.1 Multicausal 2.2 Biológico (hereditário e falta de medicação) 2.3 Violências 2.4 Vulnerabilidade/pobreza	“ <i>mas eu fico pensando assim, o que causa o ser humano ter isso? Será que é o dia a dia? Será que é a rotina da vida? Mas, às vezes, eu penso assim: isso causa vários problemas que a gente tem, acho que já vem de dentro de casa, do dia a dia, acho que muitos tratamentos começam de dentro de casa mesmo</i> (Sâmia)
“É fê em Deus e adesão ao tratamento”	3. Cuidado e tratamento	3.1 Cuidado consigo e pela família 3.2 Espiritualidade e Religião 3.3 A primazia da medicação 3.4 Percepções sobre os serviços de saúde mental: Hospitais 3.5 Percepções sobre os serviços de saúde mental: CAPS	“ <i>Nada. Não ajuda nada. Até pedir a Deus é difícil, porque a crise é tão forte que a gente não consegue pedir nem a Deus, o desespero é tão forte que a gente não consegue nem se pronunciar a Deus, porque é forte demais, o que acalma mesmo é uma injeção de fenergam com haldol. É assim</i> ” (Juliana)

QUADRO 2: Rede de Significados

9.1 Um carro riscando para lhe pegar: concepções sobre crise

“Eu não tenho palavra não, porque é desesperador [...]é tudo do psicológico, você se desespera e você não consegue enxergar mais nada, a pessoa pode estar do seu lado dizendo assim: você está melhor, mas você não consegue enxergar isso aí, a crise pode ser assim como um carro riscando pra pegar você [...] Um carro quando lhe pegar, encostando no seu calcanhar e você não consegue fugir, e você não consegue porque o carro é mais rápido que você” (Juliana);

“Os sentimentos eles atropelam uns aos outros, [...], tanto os sentimentos como os pensamentos, você não consegue sentir nem pensar, vai atropelando um pelo outro, se eu pensar que estou tomando um remédio, meu pensamento já está querendo saber que hora é que eu estou boa, vai atropelando, você não consegue numerar nada, você não consegue botar em ordem nada, você quer sair daquele desespero, você quer sair o mais rápido possível;” (Juliana);

“Que eu não me via como eu, eu me via como outra pessoa, ali não era a Juliana, ali era outra pessoa, entendeu; porque quando você surta você vê, você pensa que não é você, por isso que muitas pessoas não entendem, quando você está falando, está surtando, você está falando você não se pronuncia como si, você por si mesmo, você se pronuncia como se você fosse outra pessoa, entendeu; É assim” (Juliana);

“Desgosto [...] Pela vida, por tudo. Às vezes eu penso que quando as coisas estão dando certo, começa a dar tudo errado, é difícil” (Célia);

“Na porta do quarto às vezes eu olhava tinha um homem em pé né? de noite eu não dormia e andava em casa era como tivesse um monte de gente dentro de casa, aí eu ficava com medo, ficava com muito medo. Me amedrontava porque eu não sabia quem era [...] às vezes falavam né, mas eu não entendia, às vezes ficava me chamando e eu não respondia e muitas vezes eu desmaiava né? minha mãe passava pra lá e pra cá e eu chamava e ela não ouvia né? eu não sei se naquele momento a voz não saía, eu gritava, eu chamava muito por ela e ela não escutava [...]” (Sâmia)

Crise: quem a define? O que a caracteriza? Antes de adentrarmos em busca de algumas respostas e, talvez, algumas pistas apenas, gostaríamos de deixar claro que nosso intuito é perceber como os sujeitos atribuem sentido ao que lhes acontece; a forma como se

posicionam diante de si, dos outros e do mundo. Neste tópico, o que queremos é um olhar atento às palavras, como poeticamente nos incita Bondía (2002):

[...] as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. Eu creio no poder das palavras, na força das palavras, creio que fazemos coisas com as palavras e, também, que as palavras fazem coisas conosco. As palavras determinam nosso pensamento porque não pensamos com pensamentos, mas com palavras, não pensamos a partir de uma suposta genialidade ou inteligência, mas a partir de nossas palavras. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é, sobretudo, dar sentido ao que somos e ao que nos acontece (p. 21).

A difícil tentativa de conceituar crise, tentar fazê-la caber em uma palavra, é o que nos propomos a tratar neste tópico. A possibilidade ou tentativa de nomeá-la, diante da limitação das palavras e da complexidade da experiência, foi proposta aos sujeitos dessa pesquisa que lhe atribuíram múltiplos significados: agressividade, desamor, falta de diálogo, internação, despersonalização, inferno, desgosto pela vida, depressão, desvitalização e algo indefinível.

As concepções dos sujeitos da pesquisa foram definidas, na maior parte das vezes, por caracterização de sentimentos, alterações de comportamento, descrições de sensações no corpo, sintomas e diagnósticos médicos. São muitas percepções quanto a essa singular experiência, que no dizer de Jacinta: *“só quem sabe que tá numa crise ou então vai ter uma crise é a pessoa que se percebe e não o outro”*. Talvez por isso, as emocionadas narrativas contadas, sentimentos revividos com dor e sofrimento, em sua maioria.

Apesar de não pretendermos uma definição única e definitiva de crise neste estudo, visto a complexidade da experiência, buscamos uma aproximação também conceitual para saber o que cabia ou não nas palavras. Sobre a possibilidade de não a dizer, Knobloch (1998), citada por Ferigato, Campos e Ballarin (2007), afirma que crise *“é o irrepresentável, o inominável”* (p. 35). Apesar da dificuldade de dizê-la, tivemos aproximações que possibilitaram refletir sobre algumas de suas principais características.

Em Diaz (2013), na tentativa dos sujeitos de cercar e nomear crise, encontram-se as noções de *“falta, ausência, imensa melancolia, crise existencial, depressão, a vida fugindo de você”* (p. 113). Essa última noção nos chama particular atenção, pois encontramos essa mesma percepção de falta de sentido da vida em alguns trechos das nossas narrativas. A crise seria, então, o esvaziamento da vida; ela, escapando entre os dedos.

Falas como “eu não tenho mais vontade de viver”, “desgosto pela vida”, “eu não tive vida”, “é como se eu fosse uma morta-viva” foram atribuídas aos momentos de crise e nos revelam a importância da categoria Vida no contexto do sofrimento psíquico grave e de como o sujeito se posiciona diante dela, como autor da sua vida ou como expectador, na qual a vida teria “vida própria”, como sugere a frase acima: “a vida fugindo de você...”.

Trabalhar com esses sujeitos o resgate, a aceitação e a transformação de suas histórias de vida, muitas vezes dolorosas, é um caminho a se posicionar de forma diferente diante do vivido. Apesar do sentido de a vida não vir de terceiros e sim de um processo interno, pessoal, único, subjetivo e intransferível, é necessário, no trabalho em saúde mental, mudarmos de eixo de atenção, passando de processos mortificadores para os que envolvem “produção de vida” (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009). Dentro desse contexto de crise, em que tudo o que se percebe é estreitamento de horizontes, essa ideia parece fazer todo sentido.

Outro aspecto da crise, apresentado por Juliana, na sua definição usada como título desse tópico, nos chama particular atenção: “*a crise pode ser assim como um carro riscando pra pegar você*”. Essa definição nos faz pensar na posição dos sujeitos que se sentem ameaçados constantemente pelas crises, as quais parecem impossíveis serem evitadas, de fugir ou escapar, por muito que se antecipe ou que tentemos controlá-la, ela sempre nos alcança. É algo que está ali, à espreita, pronto para eclodir a qualquer momento, a despeito de nossa vontade. Aqui se lança a ideia de inevitabilidade de ocorrência das crises.

Alguns autores (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; KAES, 1982 *apud* PEREIRA, SÁ; MIRANDA 2013) pontuam que uma das marcas das crises seria sua imprevisibilidade, o caráter abrupto no qual emerge o desconhecido, sem hora e local para acontecer. Entretanto, ao longo da história de vida e nas convivências com as situações de crise, alguns sujeitos iniciaram um processo de “aprendizagem” muito peculiar: eles sabem identificar alguns sinais de piora, como tristeza, isolamento social, intensificação ou mudança no teor das vozes, sentimento de inutilidade, vontade de morrer.

Sobre perceber os sinais de suas crises, Célia compartilha:

“Porque eu começo a ficar diferente, eu começo a querer ficar isolada, eu quero só deitar e dormir, me dá vontade d’eu tomar os remédios pra mim não se acordar [...] fico muito chorosa, eu sinto um vazio muito grande, uma tristeza e nada assim consegue me deixar animada, nada, aí é difícil, muito difícil”.

O relato de Célia se aproxima do que Carvalho e Costa (2008) denominam de “pródomos”, que seriam alterações sutis na vivência dos sujeitos, anteriormente à eclosão de uma crise do tipo psicótica. Para os autores, essa fase se caracterizaria por sinais de:

[...] isolamento social, deterioração do funcionamento social, comportamento estranho, deterioração do trato pessoal e higiene, embotamento afetivo ou afeto inapropriado, alteração do discurso, crenças e pensamentos mágicos, percepção incomum das experiências e falta de iniciativa, interesse ou energia (p. 155).

Os profissionais, quando têm certa aproximação com os usuários do serviço, também percebem algumas alterações sutis no comportamento desses, como modificações no cuidado pessoal, algo que é de costume habitual do sujeito e que passa a se configurar como elemento estranho nesse contexto (FONTENELLE, 2010). Desse modo, é importante considerar o que os próprios sujeitos têm identificado de mudança, estimulando a fala sobre suas percepções e sentimentos, e buscando amenizar aquilo que pode irromper de forma mais intensa em um curto período de tempo.

Pela forma como se apresentam, muitas vezes, as crises são consideradas urgências, distintas, contudo, das chamadas urgências e emergências, tradicionalmente utilizadas na medicina. Urgência diz respeito a algo que não pode esperar, nesse caso, que precisa mais do que uma resposta pronta, uma abordagem.

Sobre suas urgências nos momentos de crise, Juliana diz: “você quer sair daquele desespero, você quer sair **o mais rápido possível**” e como forma de aliviar o sofrimento, sugere: “medicar a pessoa **o mais rápido possível**”. Jacinta nos diz: “eu aprendi uma palavra: desfecho. Quem tá em crise a pessoa tem que ter muito cuidado [...] porque tudo tem o seu desfecho na hora”.

Possibilitar e facilitar múltiplos desfechos nas crises e não apenas uma resposta única e padronizada, como perceberemos adiante, parece ser um imperativo ético a ser assumido por quem se compromete a acompanhar esses processos de travessia, é fomentar o que Jardim e Dimenstein (2007) chamam de “ética–cuidado na atenção urgente à pessoa em crise”, em contraposição à lógica de urgência psiquiátrica.

Sobre tempos e desfechos, a aproximação desses sujeitos tem o objetivo de:

trabalhar para que o tratamento inaugure um tempo que não seja o da pressa, mas um tempo de interrogação sobre si próprio através do recurso à palavra, prescindindo das passagens ao ato, que o colocam em risco. A questão em jogo é abrir um espaço de criação para o sujeito, onde ele será convidado a inventar um modo de se haver com o insuportável, uma invenção singular que possa dar contorno

ao real avassalador que se apresenta no momento da sua entrada em emergência. (CALAZANS; BASTOS, 2008, p.642).

Juliana, em sua rica descrição dos processos de crise, nos relata que nessas situações não se via como Juliana, era outra pessoa que olhava a situação de fora do corpo, como uma expectadora de sua vida. *“Que eu não me via como eu, eu me via como outra pessoa”* ou *“ali não era a Juliana, era outra pessoa”*. Essas vivências de despersonalização são extremamente ameaçadoras para a identidade do sujeito, causando mais angústia.

A ideia trazida por Juliana nos aproxima das considerações de Moffatt (1983), que nos fala da crise, como essas vivências de despersonalização e fragmentação de si, na qual o sujeito é “estrangeiro de si” e está “fora de si mesmo”, daí onde surge, etimologicamente, o termo “alienado” que significa estranho, estrangeiro.

Carrozzo (1991, p. 33), ao se referir ao surto psicótico, também aponta ideias semelhantes:

[...] o surto psicótico, é vivido com enorme angústia, é a falência das referências que sustentavam este indivíduo. Esta quebra joga o sujeito no medo, confusão mental, perda dos limites corporais, nem mesmo o tempo como uma dimensão tem consistência suficiente: deixa de existir como tal”. (apud ONOCKO CAMPOS, 2001, p. 104).

Como consequência de vivências fora de um corpo percebido como seu, fala-se também da perda de referência espaçotemporal, nas quais as ideias não têm continuidade e pertencimento, sendo expressas externamente como uma grande confusão mental (MOFFATT, 1983). Sobre isso, Juliana nos explica claramente:

“Os sentimentos eles atropelam uns aos outros, e os pensamentos, tanto os sentimentos como os pensamentos, você não consegue sentir nem pensar, vai atropelando um pelo outro [...] você não consegue numerar nada, você não consegue botar em ordem nada, você quer sair daquele desespero, você quer sair o mais rápido possível” (Juliana).

Essa falta de ordenamento do que se passa consigo, pois não há um Eu, forma uma grande massa indefinida de sensações, pensamentos e sentimentos que lançam os sujeitos para fora do tempo habitual, vulgar, esse que compartilhamos, e os introduz em outro mundo (FERIGATO, CAMPOS e BALLERIN, 2007), separando, portanto, esse sujeito dos demais e do mundo que os cerca, lançando-os em um universo “desesperador”, como refere Juliana, de possibilidades infinitas.

Juntamente com a percepção de um corpo que não é seu e de um mundo não compartilhado, Lobosque (2001) acrescenta, ainda, para crises do tipo psicótica, três aspectos recorrentes às experiências de crise e que parecem estreitamente interligados, que é o sentimento de invasão, de imposição e de perda de privacidade pelo Outro (FERIGATO, CAMPOS e BALLERIN, 2007).

O sentimento de invasão é a percepção de ter alguém constantemente consigo, podendo ser uma ou mais pessoas, como é o caso de Sâmia: “*era como tivesse um monte de gente dentro de casa*” e de Luciana, que tem constantemente a presença de uma senhora e uma moça, à sua revelia. “[...] *era de uma senhora né tipo uma tia e de um rapaz que tinha o mesmo tom de voz do Mc federados, os leleks e a voz era muito parecida com a dele e ele covardemente me chamando de vagabunda, aí eu comecei a revidar*”. É uma companhia, na maioria das vezes, indesejada pelo tipo de sentimentos e atitudes que despertam.

Nessa relação, os estranhos ou intrusos ordenam certas atitudes, as chamadas “vozes de comando”, e aparecem com frequência e de forma agressiva. Essas ordens normalmente podem induzir o sujeito a situações de risco, como jogar-se na frente de um carro, cortar-se, fazer comentários depreciativos, como no exemplo de Luciana ou, simplesmente, comentar sobre assuntos banais do cotidiano. Por isso, ouvir vozes não é por si só um sinal de crise, o conteúdo, a frequência e a forma de contato são importantes aspectos a serem abordados.

A perda de privacidade resulta como consequência do sentimento de invasão e imposição. Por estar sempre em companhia, o sujeito se sente vigiado, perseguido, e seus pensamentos são de domínio público ou podem ser acessados a qualquer momento. Nesse sentido, o sujeito não tem como fugir ou escapar dessa perseguição do Outro. Não pode refugiar-se em si mesmo.

Situados em “outro mundo”, no qual a interação e a comunicação com os demais estão parcialmente comprometidas, e pouco resta a ser trocado, esses sujeitos se isolam. A solidão tem sido marca das experiências de crise, como já anunciou Beta em seu livro, ao se referir a seus “mergulhos” — suas crises (BRASIL, 2007), — pela dificuldade das trocas sociais nessas situações, pela incompreensão da família, pelo medo do desconhecido e pelo novo elemento que se introduz a partir da crise, a internação.

Como apontamos na revisão de literatura, a resposta padrão às crises tem sido a internação, principalmente em hospitais psiquiátricos, uma vez que ainda são poucas as

experiências exitosas e muitas as dificuldades para acolhimento noturno nos CAPS e hospitais gerais (DIAZ, 2013). A transferência ao hospital psiquiátrico, nas situações de crise, acaba promovendo o distanciamento do cuidado do sujeito do seu local de convívio e pertencimento, que seria a comunidade na qual está imerso, além de transferir para a equipe de outro serviço os processos de cuidado, fragmentando o vínculo com o serviço de origem.

A internação surge, então, como mais uma ruptura na vida desse sujeito (SALLES; BARROS, 2007), que já despojado de seus sistemas de referência internos, vê-se boa parte das vezes, à sua revelia, destinado a um espaço no qual perderá mais ainda sua individualidade. Na maioria dos hospitais psiquiátricos, o sujeito não pode levar seus pertences pessoais (roupas, acessórios de beleza, maquiagem, livros, celular etc.), aquilo que poderia conferir certa ligação com sua vida habitual e com o mundo compartilhado, pela justificativa de não ter local adequado para guardá-los, que serão roubados ou serão motivo de conflitos entre os internos.

Nesse espaço, o acesso aos familiares também é limitado às horas da visita; em sua maioria, não é possível a permanência de acompanhante, isso quando os familiares também têm interesse de encontrar seus parentes em crise. Há bem pouco tempo, não era tão incomum o abandono total do sujeito, transformando-se esse em “morador” do hospital psiquiátrico, para terror das assistentes sociais dessas instituições, que necessitavam fazer uma verdadeira peregrinação em busca de um parente disponível para recebê-lo.

Temos, portanto, um isolamento do sujeito em crise que se traduz em sentimentos de profunda solidão. Os sujeitos ficam sós na sua confusão de sentimentos, longe da família e do ambiente domiciliar, em um local onde a indiferenciação é uma marca preponderante.

Se a doença já traz dificuldades de comunicação e de socialização, a psiquiatria e a sociedade terminam por afastar e excluir os loucos com seus estigmas e rótulos, ao invés de proporcionar um ambiente acolhedor e flexível; capaz de ser mais permeável aos comportamentos *diferentes* (SALLES; BARROS, 2007, p.77).

Para acessar esses sujeitos que se encontram fragmentados em sintomas, “desreferenciados”, reduzidos em sua complexidade existencial, torna-se necessário compreender a “crise como evento histórico”, como afirmam Dell’Aqua e Mezzina (2005), para que a história retorne e com a qual o sujeito seja reconectado, facilitando processos de sustentação subjetiva.

A nossa história pessoal circunscreve, minimamente, uma compreensão de identidade, pois nos revela de onde viemos, o que construímos, quais eram as preocupações existentes e os projetos de futuro. As crises podem parecer sem sentido para os que “veem de fora”, mas podem fazer ressurgir símbolos que são familiares para os sujeitos que a vivenciam.

Ainda sobre identidade, aproximamo-nos da concepção de Sardella (2008), que a compreende como “el conjunto de identificaciones del sujeto que lo definen como ser individual y que, al mismo tiempo, le otorga un sentimiento de pertenencia a distintos espacios de la cultura” (p. 05). Influenciado pelo pensamento de Bauman, o autor também a concebe como algo ainda precário e inacabado, a se buscar, por construir.

A identidade se constitui, portanto, como um processo humano básico imprescindível, forjado no contato com a alteridade, gerando sentimentos de pertencimento e diferenciação. Assim, numa situação de crise, essa conformação da identidade encontra-se comprometida (SARDELLA, 2008).

As formas de conceber as crises têm assumido, assim, uma visão predominantemente negativa na perspectiva dos sujeitos que a vivenciam, pelas tentativas de conceituação e descrições relatadas acima. Essa visão se aproxima das concepções sobre crise de profissionais e familiares estudadas por Lima *et aliae* (2012), que atribuem a crise aspectos de sujeição à doença, incapacidade de interação social racional e periculosidade do doente.

As noções de mudança, em um sentido positivo de crescimento e renovação atribuído às crises, apontadas por Ferigato, Campos e Ballarin (2007) e Pereira, Sá e Miranda (2013), não surgiram nos discursos dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, concordando com os achados de Diaz (2013). Essa parece mais uma visão dos profissionais de saúde e das diversas teorias que utilizam para explicá-las do que uma compreensão compartilhada por esses sujeitos. Como consequência disso, temos uma certa “romantização” das crises e um discurso que, muitas vezes, se distancia das dificuldades concretas do cotidiano dos usuários.

Por fim, concordamos com Rabelo (1999), que diz a experiência ser muito mais complexa do que os significados formulados para conceituá-la e descrevê-la, ou mesmo explicá-la, isto é, que essas aproximações oferecem sempre quadros parciais e inacabados de uma realidade subjetiva e em constante transformação.

9.2 “O que causa o ser humano ter isso?” Acerca das explicações estabelecidas pelos participantes para o surgimento das crises

“Agora te dizer de onde é que nasce...eu acho que nasce fruto de uma série de problemáticas que eu venho carregando esses anos todos, tá entendendo? (Jacinta)

“mas eu fico pensando assim, o que causa o ser humano ter isso? Será que é o dia a dia? Será que é a rotina da vida? Mas, às vezes eu penso assim, isso causa, vários problemas que a gente tem, acho que já vem de dentro de casa, do dia a dia, acho que muitos tratamentos começam de dentro de casa mesmo” (Sâmia)

“Foi a morte do meu pai, eu surtei, eu ficava conversando com ele no caixão, eu surtei totalmente, eu fiquei conversando, brigando com ele no caixão, pra ele tomar os remédios, foi a mais e que marcou mesmo, assim, porque todas são ruim, todas, qualquer uma que esteja sentindo é ruim, mas a que eu surtei, eu nunca tinha surtado, nunca, mas a morte do meu pai eu surtei” (Juliana)

“[...] porque com treze anos de idade eu tive um problema de esquizofrenia por causa do meu pai, que matou a minha mãe, [...] ele tacou facadas nela, quando ele tacou facada nela por trás e todo mundo se agitou, em fortaleza”. (Rafael);

“[...] eu já sofri muito na minha vida, então o motivo de eu ter caído em depressão porque fui abusada sexualmente com nove anos no Parque do Cocó, eu fui amarrada, eu fui estuprada, teve abuso sexual de pai, de padrasto, então assim, minha vida toda e eu guardei tudo isso e a minha mãe não sabe até hoje, eu guardei pra mim e comecei, na realidade, eu já tinha depressão desde os cinco anos de idade foi diagnosticado isso né, por causa do meu pai, porque assim, pelo sofrimento do meu pai com minha mãe né? E eu lembro quando eu era pequena, eu tinha cinco anos quando ele tocou fogo na nossa casa e, na época, a gente não tinha condições de ter uma casa e a nossa casa era de palha e ele tocou fogo e várias questões né? foi se agravando, se agravando ao ponto que eu cheguei nessa situação e há treze anos que eu venho lutando contra a depressão” (Célia);

“Isso meu eu acredito muito que foi hereditário, porque minha mãe tinha e minha mãe me rejeitou na gravidez, meu pai ele era muito ruim pra ela, não pra mim, não pra nós, pra ela, e eu cresci num lar muito turbulento, muito destruído, e ela grávida de mim ele esfaqueou ela, ela dentro da rede dela, ele quebrou os dois resguardos dela, então ela descontou tudo em mim, botou toda a culpa em mim, disse que toda a culpa era minha, que tinha me feito a força, tudo ela botava em mim, e lá na minha casa são cinco irmãos, então todas cinco têm, eu e minha irmã nos tratamos, nós duas nos tratamos, os outros três têm mas não se tratam, uma se trata com forró, foi pro forró ficou boazinha, o outro se trata com flash back, as músicas antigas, e a outra num não se trata, ela se treme com os tiques nervosos, mas todos os cinco tem, aí é isso. Eu acho que isso meu é um pouco hereditário, veio do parto mesmo, pelo o que a minha mãe sofreu né, passou tudo pra mim, e eu sempre cresci na faixa de gaza” (Juliana);

O ser humano, na sua aproximação com o mundo, sempre buscou fazer uma leitura de si e dos fenômenos da natureza à sua volta para compreender por que “as coisas são como

são”. Estabeleceram relações dos eventos da natureza que faziam sentido para o tipo de sociedade na qual estavam inseridos. Com o modo de pensamento cartesiano e sua lógica de causa e efeito, discurso fundante das ciências, essas relações foram bastante simplificadas, reduzindo os fenômenos a eventos observáveis e replicáveis.

Distanciando-nos desse aspecto e concordando com uma perspectiva de realizarmos uma leitura parcial e inacabada sobre as experiências de vida de sujeitos em sofrimento psíquico, de suas explicações, leituras e análises sobre suas crises, neste tópico, abordaremos as origens das crises na perspectiva desses atores.

Assim, concordamos com a perspectiva fenomenológica que busca “olhar o homem e seu sofrimento não como um entrecruzamento de múltiplas causalidades que o determinam, mas como uma singularidade que se apresenta à compreensão” (PUCHIVAILO; DA SILVA; HOLANDA, 2013, p. 236).

As “causas” para o surgimento das doenças mentais, dos transtornos, do sofrimento psíquico e das crises sempre foram um enigma para diversas teorias que buscaram, em vão, decifrá-las. Assim, no que se refere a esse tópico específico, não dispúnhamos de categorias analíticas prévias no nosso quadro teórico. Nesse ponto, em especial, colocamo-nos disponíveis ao que iria emergir do campo, indicando uma abertura para o novo na pesquisa.

Nas narrativas de histórias de vida dos entrevistados, mesmo sem serem indagados diretamente sobre o tema, a maioria dos entrevistados se questionava ou trazia elementos de uma possível gênese das crises, como forma de circunscrever o fenômeno em sua história. De forma geral, as crises seriam produzidas por aspectos hereditários; ausência de medicação, imersão em contexto de vulnerabilidade e pobreza, envolvimento em situações de violência, principalmente sexual, e, por fim, uma causa multifatorial, que envolve todos os aspectos anteriores. Uma aproximação com a indagação de Sâmia: “*o que causa o ser humano ter isso?*” é nosso objetivo por ora.

Recorremos a uma consideração de Kaes (1982) citado por Pereira, Sá e Miranda (2013) ao afirmar que, apesar do caráter único e singular da experiência da crise, suas causas e origens, assim como as possíveis soluções, remontam à história passada e às recordações. Desse modo, tratando-se de uma experiência complexa, no sentido mais profundo do termo, as crises conectam o particular e o universal, o singular e o coletivo, a parte e o todo. Assim, o modo como ela se expressa traz elementos da subjetividade do sujeito, mas também toda uma herança histórica, social e cultural.

A etiologia é um ramo do conhecimento que estuda as origens e causas de um dado fenômeno. Falar em etiologia da doença mental e/ou dos transtornos mentais sempre foi bastante controverso, devido à falta de referência anatomopatológica, sustentação própria do modelo biomédico, fato que relegou a psiquiatria durante muito tempo a não ser considerada uma ciência “pura”, por assim dizer.

As observações nosográficas em psiquiatria, a partir das práticas de isolamento encabeçadas por Pinel, buscaram identificar e classificar sinais e sintomas referentes à doença mental que, de alguma maneira, consolidaram o conhecimento em psicopatologia, definida como “um conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano” (DALGALARRONDO, 2008).

Nos últimos anos, temos visto a produção de “novas verdades” sobre o sofrimento psíquico por influência, principalmente, de resultados de pesquisas com base nas chamadas neurociências, que tentam fundamentar o funcionamento psíquico em bases orgânicas (GUARIDO, 2007), evidenciando os locais do cérebro relacionados com as diferentes emoções e o papel dos neurotransmissores nas alterações de comportamento.

A biologia é fundamento incontestável da psicopatologia na atualidade. As neurociências fornecem os instrumentos teóricos que orientam a construção da explicação psiquiátrica. Por esse viés, a psicopatologia pretende ter encontrado finalmente sua cientificidade, de fato e de direito. Além disso, a nova psicopatologia acredita ter encontrado enfim com sua vocação médica, em um processo iniciado no início do século XIX, na medida em que se fundaria no discurso biológico. (BIRMAN, 1999, p. 180, *apud* GUARIDO, 2007, p. 153).

No campo da saúde coletiva, área do conhecimento na qual se insere este estudo, os “determinantes sociais da saúde” (DSS) constituem um dos conceitos centrais para fazer referência à compreensão da relação dos modos de vida de indivíduos e grupos da população e sua situação de saúde. Os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, etnicorraciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam direta ou indiretamente a emergência de problemas de saúde e dos chamados fatores de risco na população, epidemiologicamente falando (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Apesar de um conceito mais amplo, que engloba vários aspectos, percebemos que seu uso ainda é controverso para o campo da saúde mental, uma vez que subjaz ao termo uma lógica de causa-efeito, fatorial, típica da tradição biomédica e cartesiana de conhecimento.

Em saúde mental, temos pouca literatura no âmbito dos determinantes sociais da doença-saúde mental, alguns estudos apontam o sofrimento psíquico como produto de múltiplos fatores e interações complexas, que incluem fatores biológicos, psicológicos e

sociais, como o emprego, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces em ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Nesse aspecto, o campo tem se ocupado mais em dar respostas contextualizadas e singulares, àquilo que surge “caso a caso”, trazendo benefícios e limitações a partir desse posicionamento. Como benefício, podemos pensar um cuidado singular e dirigido aos sujeitos a partir de dificuldades concretas do cotidiano, como limitação temos a dificuldade de elaborar políticas de intervenção a nível de prevenção, diagnóstico e reabilitação, gerando, conseqüentemente, dificuldades de financiamento para essas iniciativas. No âmbito do cuidado, a ausência de um “nexo causal” para o surgimento de quadros psicopatológicos dificulta também a justificativa para condutas, como afastamento do trabalho, pois “as teorias divergem sobre o papel desse trabalho no processo de adoecimento mental, considerando-o como determinante ou como fator desencadeante a partir de uma estrutura pré-existente” (JACQUES, 2007, p.115).

Em um estudo sobre uma concepção popular de etiologia, Minayo (1988) afirma que as “teorias populares” emergem das experiências de vida dos sujeitos e são balizados pelo discurso da medicina oficial e de outros sistemas explicativos. A autora identificou vários domínios de “causação” de doenças, que são distintas, porém vinculadas e não contraditórias.

A *causação natural* é decorrente da interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde, a epilepsia e os problemas nervosos e mentais são atribuídos ao ciclo lunar, por exemplo. A *causação psicossocial* tem como aspecto fundamental a atribuição de sentimentos e emoções prejudiciais à saúde, como raiva, tristeza, susto, angústia, tristeza, forjadas sobretudo em situações difíceis na família, no trabalho, na vizinhança, nas relações entre homem e mulher. A *causação socioeconômica* está relacionada com as condições materiais de existência, como o tipo de habitação, ocupação ou emprego, condições financeiras, acesso à saúde e educação, bem como tipos de relações sociais estabelecidas. Por fim, a *causação sobrenatural*, circunscreve o universo dos espíritos e dos seres transcendentais. (MINAYO, 1988).

Nos depoimentos dos nossos entrevistados, a dimensão psicossocial e socioeconômica foi preponderante: situações como sentir um “baque”, sentimentos como “desamor” e “falta de compreensão” na família foram citados. A dimensão socioeconômica tangencia os problemas familiares, especialmente no que diz respeito às relações sociais estabelecidas, marcadas por episódios de violência e maus tratos, que aprofundaremos adiante.

Compreendendo que as explicações dos sujeitos são moldadas pelos discursos hegemônicos na sociedade, sendo um deles, o da medicina clássica, algumas origens remetem

ao corpo (genes) e a disfunções biológicas, ao atribuir à hereditariedade e à falta de medicamento a causa das crises.

Juliana traz a explicação por meio da hereditariedade numa possível alteração surgida no contexto do seu nascimento: “*eu acredito muito que foi hereditário [...] ela grávida de mim ele [pai] esfaqueou ela, ela dentro da rede dela [...]*” e “*veio do parto mesmo, pelo o que a minha mãe sofreu né? passou tudo pra mim [...]*”. A “comprovação” da hereditariedade se manifesta também nos problemas mentais percebidos nas outras irmãs, ao afirmar:

“e lá na minha casa são cinco irmãos, então todas cinco tem, eu e minha irmã nos tratamos, nós duas nos tratamos, os outros três têm, mas não se tratam, uma se trata com forró, foi pro forró ficou boazinha, o outro se trata com flash back, as músicas antigas. E a outra não se trata não, ela se treme com os tiques nervosos, mas todos os cinco tem, aí é isso” (Juliana).

A explicação de um possível desequilíbrio bioquímico, expresso na necessidade de tomar medicação, também é encontrada nas narrativas: *A crise mesmo, a crise é decorrente de vários setores, tanto de deixar de tomar o remédio até um baque que você possa sentir. É isso que é a crise, respondi a tua pergunta? (Jacinta).*

A relação de interrupção no uso da medicação e o surgimento das crises é um discurso recorrente nos serviços de saúde mental proferido pelos profissionais, muitas vezes até em tom de ameaça velada, como forma de “manter a adesão ao tratamento” pelos sujeitos, com auxílio ou imposição dos familiares. Diaz (2013) aponta um fato decorrente da relação ambivalente dos usuários de saúde mental com a medicação, que, em certos momentos, sua ausência é “causa” para os episódios de crise, porém, em outros, cansados dos efeitos indesejáveis que essas mesmas drogas lhe causam, seu uso é suspenso, gerando um círculo vicioso em torno do remédio. As peculiaridades da relação com a medicação serão aprofundadas no item a seguir, referente a cuidado e tratamento.

Adentramo-nos agora no âmbito da dimensão socioeconômica que, conforme citado, faz referência às relações estabelecidas entre macro–microprocessos, envolvendo principalmente aspectos socioculturais de etnia, gênero, relações de poder, classe social, vulnerabilidades e pobreza.

Nesse espectro de possibilidades e suas inter-relações, iniciamos tratando da questão da violência, que, de tradicional objeto da justiça, passou a ser problema de saúde pública (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999). Nesse quesito, chamou-nos particular atenção o “peso”, literalmente, dos eventos de violência interpessoal contra a mulher, definidos como “todo ato de violência praticado por motivos de gênero, dirigido contra uma mulher” (GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL’AGLIO, 2011, p. 152).

Neste trabalho, destacamos a violência doméstica, psicológica e, principalmente, sexual, identificadas nas práticas de incesto e estupro sofridas pelas entrevistadas. A violência sexual, de forma geral, é definida como uma situação na qual um agressor obriga a vítima, por meio de conduta que a constranja, a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada.

Esses episódios de violência sofridos por nossas entrevistadas são relacionados ao surgimento das crises, momento crítico no qual todo o peso desse sofrimento vem à tona. Percebemos, também, que as práticas de violência, muitas vezes, são acumuladas e silenciadas ao longo da história, tendo seu início na infância e perpetradas por pais e padrastos.

Nos trechos abaixo, tomamos liberdade para expor narrativas mais extensas devido à importância do material emergido nas entrevistas, que trazem detalhes importantes das situações vivenciadas por essas mulheres.

“o motivo d’eu ter caído em depressão porque fui abusada sexualmente há nove anos no Parque do Cocó, eu fui amarrada, eu fui estuprada, teve abuso sexual de pai, de padrasto, então assim, minha vida toda e eu guardei tudo isso [...]” (Célia)

“Com sete pra oito anos a minha mãe chegou da roça, a gente plantava fumo no interior do Rio Grande do Sul e pegou o pobre do meu pai sem roupa também lá fazendo alguma coisa comigo né, a minha mãe me deu uma surra, me mandou ir embora pra casa da vovó e disse que eu queria tomar o lugar dela e ser a mulher do papai. Ali a minha vida começou e terminou porque ali eu matei meu pai e minha mãe dentro de mim” (Naomi);

“E o seu Zildo me ofereceu carona e eu não devia ter aceitado né [...] e eu disse seu Zildo o senhor já pode me deixar aqui que aqui já fica meio caminho e ele botou a mão na minha perna, eu tirei e daí ele não falou nada, a única que eu me lembro é eu virada pro lado de cá e os maricá que é aquela arvore que tem uns espinhozinhos tocando no vidro do carro e se você me perguntar o carro, a roupa dele, a cor do carro, eu não lembro, só me lembro dele vindo em cima de mim, e ele tem uns olho grandão assim, e dizendo: ah se tu gosta de apanhar... e acho que tava, sei lá, me protegendo, e daí ele fez o que ele quis, aí ele me largou nem metade do caminho da vovó e o tanto que faltava né, eu cheguei em casa já chorando, e nós se abraçamos e chorando, chorando e só lembro da frase da vovó “Tomara que você não tenha ficado grávida minha filha”, não deu outra” (Naomi);

“eu fujo dele que nem, a última vez que ele me encontrou eu fujo dele e tenho medo dele me encontrar. Eu fiquei presa dentro de um pavilhão lá Umirim dois dias e o amigo dele vinha me dando uma cachaça assim quadradinha pra eu não gritar e ele sentado lá longe com os amigos [...] – hoje tu vai ser a nossa conta- e fizeram o que quiseram comigo, aí um homem te dá um pulo assim de [som de repulsa]mas, às vezes, eu avancei neles né e daí eles começaram a me dar cachaça e empurrar assim pra mim perder as força de gritar [...]” (Naomi)

“Foi, mas isso foi assim o meu pai, mas isso foi quando eu era pequena e o meu pai, eu tinha nove anos e tava começando a desenvolver o meu corpo e isso na época do meu pai, mas assim, ele não chegou a fazer nada porque eu me soltei dele. E o meu padrasto também mas, nessa que aconteceu isso eu não tinha filho e foi meu pai e meu padrasto [...] Criança né? aí homem tem um taramento com adolescente e essas coisas, mas aí [...] de noite ele vinha pra minha cama atrás de mim e tentava tirar minha roupa e a minha mãe muito cansada porque, trabalhava, não conseguia ver. Ele dava na minha mãe todo dia, ele batia todo dia” (Célia);

“aí o cara foi e me pegou por trás e me arrastou lá pra dentro, aí pronto, foi onde tudo aconteceu.[...] eu tenho cicatrizes de furada de punhal e quase que eu perdia minha perna [...] Eles ingeriram uma seringa com um líquido vermelho e depois eu comecei achar que eu tava com HIV, aí foi daí onde a depressão se agravou, entendeu? Aí eu fiquei em desespero, desesperada. [...] Aí eu fiz o exame de HIV, aí graças a Deus que não deu soro positivo e acho que foi alguma coisa que eles fizeram drogados, botaram revolver na minha cabeça, botaram revólver no meu ouvido, na minha boca, me amarraram com uma corda assim igual quando você vai matar uma vaca: você amarra, estica a perna pro lado e bota de cabeça pra baixo e mete a paulada, pois foi assim que fizeram comigo[...] decorei cenas muito marcantes [...] de lá pra cá eu me desencantei da vida” (Célia)

Como podemos perceber, esses episódios impactantes deixaram consequências psicológicas muito graves para essas mulheres, gerando dificuldades de relacionamentos interpessoais que persistem até a atualidade, manifestados na recusa de contato, desde o mínimo toque até o envolvimento afetivo e sexual com outra pessoa. Outras consequências da violência são percebidas como uma tendência ao isolamento, nojo de si, sentimento de culpa, inutilidade, medo, sensação de uma vida “roubada” e pela presença de ideações e tentativas de suicídio, como foi o caso de Célia e Naomi.

“Tenho vontade de ter minha casa, de ter uma pessoa do meu lado, mas eu não consigo” (Célia)

“eu tenho dificuldade de relacionamento, sexo [...] eu não gosto que homem me cumprimenta. Eu venho lá da Dom Manuel a pé e vou embora a pé porque eu não gosto de andar em ônibus e as pessoas tocam em você e eu tenho esse problema ainda hoje” (Naomi).

“Eu nunca mais esqueci isso, nunca. Tu liga a TV: criança foi estuprada, aquilo acaba comigo e eu evito olhar notícia. Eu penso na dor que aquela criança sentiu. [...] você assim [reproduz a posição do estupro], um cara mandando você fazer sexo oral e o outro fazendo sexo anal em você e você olhar [choro] às vezes eu tomo dez banho por dia, mas não limpa porque é aqui dentro sabe. Eu sei que tem muita gente boa no mundo e eu sei que nunca mais vou ter ninguém porque eu tenho medo. Eu tenho medo, eu tenho medo de alguém me tocar e não consigo nem sentir e às vezes eu sinto até dor hoje. Eu acho que quando você faz alguma coisa dessa com alguém que você gosta deve ser muito bom, mas duas pessoas ao mesmo tempo e do jeito que dá na vontade deles [chorando muito] [...] Ninguém devolve a vida da gente, no momento que faz uma barbaridade com você ninguém devolve. Uma pessoa que é assaltada fica traumatizada e às vezes só por arrancar a bolsa e claro que pra pessoa é importante. Eu tenho nojo de mim. [...] Hoje eu já vou tirar esse esmalte que chama atenção [...]” (Naomi)

Como “devolver” a vida dessas mulheres diante de dificuldades dessa ordem? Como não enlouquecer diante de um sofrimento que está inscrito no corpo? Um corpo que nem mesmo lhes pertence e que deve ser escondido para que não desperte novamente interesse de estranhos. Para varrer as “cenas marcantes” decoradas por Célia, só mesmo a limpeza “de dentro” pode trazer novas perspectivas.

Todo esse caminho de conquistar a sexualidade é interrompido quando há uma violência. É esse lugar - de quem pode, se quiser, oferecer prazer ao outro - que é atingido. O corpo feminino é usado para ser gozado como objeto, que deve se submeter masoquisticamente ao outro, em que só um pode gozar. Não há relação

com o outro, é apenas o homem usufruindo o corpo feminino. Assim, as questões referentes à sexualidade remetem a esse ato de invasão da sexualidade (MIRIM, 2006, p. 275).

Percebemos nas narrativas que, apesar de algumas mulheres não terem sofrido diretamente algum tipo de violência, há graves episódios de violência na família envolvendo a figura feminina, como foi o caso das mães de Juliana e Rafael, que foram “esfaqueadas” pelos cônjuges. A mãe de Célia também foi vítima de violência doméstica quando essa afirma que: “*Ele dava na minha mãe todo dia, ele batia todo dia*”. Por todos esses relatos, identificamos a iniquidade de gênero ainda perpetrada na sociedade, gerando consequências psíquicas graves e, muitas vezes, irreversíveis para essas mulheres.

Em um estudo de Oliveira e Jorge (2007), investigou-se a relação entre violência sexual contra mulheres e o sofrimento e adoecimento psíquico. Para as autoras, essas mulheres recorrem com mais frequência aos serviços de saúde devido às lesões físicas imediatas, como ferimentos, síndromes de dores crônicas e distúrbios gastrintestinais e ao sofrimento psicológico, incluindo-se ansiedade e depressão. São referidas também ao início de um uso abusivo de substâncias psicoativas, como tranquilizantes, álcool, tabaco e outras drogas, em algumas situações, levando a casos de dependência química.

Por esses motivos, o cuidado às mulheres que sofreram abusos e violências sexuais precisa ser merecedor de mais aprofundamento no atendimento psicossocial, na tentativa de ajudá-las a ressignificar essas experiências dolorosas, estando atento também ao tipo de violência sofrida, pois “há uma grande diferença entre escutar uma mulher que sofre violência doméstica e escutar uma mulher que sofreu violência sexual, ou assédio, ou incesto” (MIRIM, 2006).

Propiciar esses espaços de escuta e diálogo por meio de fortalecimento da identidade e de discussões que envolvam a saúde mental e o feminino, desnaturalizando a ideia de “taramento que homem tem por adolescente” e emergindo questões que esclareçam o que leva essas mulheres a se sentirem ameaçadas pelas próprias filhas, como nos diz Naomi sobre a postura de sua mãe diante da tentativa de abuso pelo esposo: “*a minha mãe me deu uma surra, me mandou ir embora pra casa da vovó e disse que eu queria tomar o lugar dela e ser a mulher do papai*”.

Em Freud, a relação mãe-criança é estruturada a partir do Complexo de Édipo e do processo de castração nas meninas, na qual há um deslocamento do objeto de amor da mãe para o pai (FARIAS; LIMA, 2004). Longe de querer explicar os atos violentos dos pais para com as filhas, pela Psicanálise, o que ressaltamos aqui é o caráter simbólico da fala de Naomi,

que independente da vertente teórica adotada, torna imprescindível a compreensão dos afetos que envolvem as práticas de violência, os sentimentos de ciúme, rivalidade e competição gerada na tríade mãe-pai-filha.

Sobre a violência, enquanto objeto capturado pelo setor saúde, Schraiber e D'Oliveira (1999) nos alertam para a simplificação das condutas profissionais da área diante dos casos de violência, na ânsia de respostas imediatas ao caso:

É necessário que a situação enunciada seja acolhida, qualificada e tratada com respeito e sigilo estrito. O grande risco aqui é tratarmos a violência como uma doença ou como um risco em saúde, e deduzirmos imediatamente daí um conjunto de procedimentos e ações que a mulher deve seguir para poder “curar-se” do problema. Se a violência é um problema com sérias consequências para a saúde, ela é uma situação que extrapola em muito esta esfera, e continua sendo uma situação de vida, com toda a complexidade que isto implica (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999, p. 23).

As situações de “violências contra a mulher” (MIRIM, 2006) não podem ser compreendidas isoladamente, como elemento de fragilidade pessoal dessas mulheres, mas como uma situação que ocorre interconectada com resquícios de uma sociedade patriarcal baseada na desigualdade de gênero mantida pelo poder (força) do homem.

Ainda, fazendo referência à dimensão socioeconômica, acrescentamos a marca da pobreza como mais um elemento nesse contexto de vulnerabilidades. A pobreza é um fenômeno complexo e multidimensional, que não se restringe à privação de bens materiais, mas que traz implicações psicossociais no âmbito da produção de subjetividade e nos modos de vida dos sujeitos (MOURA JR *et aliae*, 2014).

O conceito de vulnerabilidades, contudo, parece ser mais amplo e incorpora, inclusive, o fenômeno da pobreza e violências, bem como outros aspectos não abordados neste trabalho. A vulnerabilidade estaria relacionada, portanto, à ideia de exposição ou presença de diferentes tipos de riscos de nível individual, institucional e social, que, combinados de diversas formas, caracterizariam uma situação de alta vulnerabilidade com possibilidade de danos (BOSI; GUERRIERO, s/d).

Sabemos que os usuários de saúde mental dos serviços públicos do Brasil, em sua maioria, são pessoas com longo histórico de exclusão social (DIAZ, 2013), majoritariamente de baixa renda, que vivem em condições precárias de habitação e saneamento, baixa escolarização, acesso restrito à educação e saúde, e que esse processo saúde–doença mental terá peculiaridades quando gestado em um contexto de pobreza.

“por causa do meu pai porque assim pelo sofrimento do meu pai com minha mãe né. E eu lembro quando eu era pequena, eu tinha cinco anos quando ele tocou fogo

na nossa casa e na época a gente não tinha condições de ter uma casa e a nossa casa era de palha e ele tocou fogo e várias questões né foi se agravando, se agravando ao ponto que eu cheguei nessa situação e há treze anos que eu venho lutando contra a depressão” (Célia).

É possível perceber que a situação de pobreza e vulnerabilidade e o surgimento do sofrimento psíquico mantêm uma relação de circularidade, ora como um elemento agravante para o surgimento desse, ora como consequência de alguns aspectos dos quadros de cronificação da doença, como atesta Nepomuceno (2013).

Nas narrativas, são evidenciadas situações de extrema vulnerabilidade decorrente de um contexto de pobreza, como na passagem anterior, algumas delas são: maus tratos, desemprego, constantes internações, barreiras no acesso aos serviços de saúde, bem como episódios de violência psicológica, patrimonial, de gênero e sexual.

Alguns desses mesmos problemas também são agravados quando do adoecimento, pela dificuldade de conseguir ou manter um estudo ou emprego, justificado pelos efeitos da medicação e internações frequentes, como nos disse Célia: “eu não tenho mais cabeça”; abandono pela família ou necessidade de intensificação de cuidados por essa, gerando situações conflitantes; demora ou barreiras de acesso na busca por atendimento em saúde mental, gerando processos de agravamento dos quadros graves, ou mesmo dificuldade de um acompanhamento de qualidade.

Independente da ordem dos fatos, o que queremos destacar aqui, relacionando vulnerabilidade–pobreza e sofrimento psíquico, é que nessa condição de dupla exclusão, de louco e pobre (BASAGLIA, 2008), esses sujeitos encontram poucos espaços de abertura para transformar essas condições objetivas e subjetivas, encontrando na vida mais “muro do que ponte”, como diz Naomi, pois representam tudo aquilo que a sociedade deseja esconder.

Diante das sofridas vivências dessas pessoas, tendemos a acreditar que as crises estejam mais para uma saída, mesmo que vacilante, para se manterem vivas, do que apenas como consequência de uma série de experiências a que foram expostas, pois, ao que parece, diante do insuportável, a loucura se revela como um caminho, uma solução.

9.3 “É fé em Deus e adesão ao tratamento”: o cuidado e o tratamento nas situações de crise

São diversos os modos e os caminhos para amenizar a dor e buscar proteção ante o sofrimento. As pessoas acionam suas defesas para seguir em frente, trilhando caminhos mais suportáveis diante das crises. Neste tópico, exploraremos principalmente as formas de lidar com as crises, identificando o que os sujeitos fazem para se sentir melhor, abordando o cuidado de si e o cuidado pelos outros, familiares e amigos, o lugar da espiritualidade e religiosidade, o papel da medicação e dos serviços de saúde mental em suas vidas.

9.3.1 O cuidado de si e pela família

Fazer caminhada, passear, sair, cozinhar, conversar com pessoas, ouvir música, assistir à tevê, ler, cantar, fazer amizades, estas são algumas das atividades trazidas pelos sujeitos em suas narrativas no leque de possibilidades relativas ao que fazem para se sentir bem. As estratégias são tão diversas quanto as possibilidades de vida e, ao que indica, tudo que elas almejam é, de fato, conseguir uma rotina em que possam realizar as coisas banais do cotidiano.

“eu lembro que nessa época eu tive ajuda dos remédios, mas eu tive uma força muito grande dentro de mim que me fez largar os remédios, inclusive o remédio de dormir foi o primeiro que eu deixei. Eu dormia naturalmente sem precisar de remédio, aí eu fazia caminhadas, eu falava com pessoas, eu saía pra ver pessoas, pra falar com pessoas” (Amélia)

Se o sofrimento psíquico costuma ser sinônimo de dificuldades na realização de atividades do cotidiano, o sujeito em crise retoma duplamente esse lugar de incapacidade, reforçando o estigma e o preconceito. Diante de dificuldades concretas, como constantes reinternações e efeitos colaterais de algumas medicações, esses sujeitos iniciam um processo, muitas vezes crônico, de afastamento do meio social, deixando algumas atividades escolares e laborais.

Em seu histórico de vida e nas convivências com as situações de crise, alguns iniciam um processo de aprendizagem muito peculiar: eles sabem identificar alguns sinais de piora, como tristeza, isolamento social, intensificação ou mudança nas características das vozes, sentimento de inutilidade, vontade de morrer.

Sobre perceber os sinais de suas crises, Célia compartilha:

“Porque eu começo a ficar diferente, eu começo a querer ficar isolada, eu quero só deitar e dormir, me dá vontade d’eu tomar os remédios pra mim não se acordar [...] fico muito chorosa, eu sinto um vazio muito grande, uma tristeza e nada assim consegue me deixar animada, nada, aí é difícil, muito difícil”.

Nesse trecho, Luciana comenta sobre sua segunda crise, com a mudança das características das vozes:

“A segunda já foi por conta das vozes. Eu escutei as vozes falando e tal e não parava e eu rezava e até Aline Barros [cantora evangélica] eu botava pra cantar. [...] era de uma senhora né tipo uma tia e de um rapaz que tinha o mesmo tom de voz do Mc federados, os leleks e a voz era muito parecida com a dele e ele covardemente me chamando de vagabunda, aí eu comecei a revidar. [...] Antes era esse Mc federado e uma senhora e depois entrou duas moças. No réveillon de dois mil e treze pra dois mil e quatorze as vozes mudaram e agora passaram a ser as duas moças e ficava me peitando, me desafiando”.

Nesses momentos, nos quais a crise anuncia sua chegada, algumas pessoas lançam mão de estratégias pessoais que aprenderam em outras situações de crise, buscam locais e figuras de ajuda, como as igrejas e o pastor, seguem conselhos com origem no saber popular e comunitário, baseados nos conhecimentos trocados na vizinhança, como a utilização de banhos frios e mornos e o oferecimento de chás e sucos considerados calmantes, como apontou Souza (2013) em seu estudo junto a usuários atendidos pelo SAMU em Fortaleza.

Em nossa pesquisa, não encontramos relatos da busca por templos e sacerdotes como forma de resolver ou apaziguar as situações de crise, conforme fez referência o autor; geralmente, a busca pela via da espiritualidade e religiosidade vem paralela aos cuidados sugeridos pelos serviços de saúde, em alguns aspectos até de forma secundária. Esses aspectos serão abordados em um tópico específico, logo adiante. Não foi identificada, também, a busca das chamadas Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), embora saibamos que nos CAPS de Fortaleza costuma ter a figura do massoterapeuta como uma possibilidade de cuidado.

Ainda sobre estratégias de autocuidado, Luciana compartilhou conosco uma iniciativa bastante peculiar, sugerida por sua mãe, para lidar de forma menos invasiva com as vozes, que inicialmente “falavam muito alto” e traziam conteúdos depreciativos sobre ela, fazendo com Luciana, algumas vezes, saísse a rua em busca dessas pessoas.

“[...] porque minha mãe vive pesquisando que quem tem esquizofrenia é bom fazer uns avatás com as vozes. Os avatás é tipo um bonequinho que você cria e você vincula com a voz da pessoa, entendeu? Você escuta, eu não sei se aconteceu contigo de tu só escutar uma rádio a gente escuta a voz do locutor, mas a gente não vê quem é né? aí você imagina como ele é, eu fiz com um e com outro. Pra mim, uma é loira do cabelo cacheado, baixinha sabe assim meio rechochudinha, porque ela tem a voz bem fininha e a outra já é mais lesada e acho que ela é morena, cabelo liso grande. [...] Ajuda sabia, porque de uma forma ou de outra você tá na companhia delas né? tá na companhia delas, então como eu tenho que aceitar, eu

sou obrigada, então que seja de uma maneira mais fácil né ?assim tipo aceitando o convívio com elas, entendeu?” (Luciana)

Essa fala nos revela a importância de reconhecer as diversas estratégias que essas pessoas buscam e utilizam como forma de aceitarem melhor sua condição e se posicionarem subjetivamente diante de algumas limitações que o sofrimento psíquico impõe. A participação da família se mostra também como possibilidade de novas respostas e ideias que podem ser positivamente aceitas pelos sujeitos.

Por influência da tradição de Pinel, o sujeito em sofrimento psíquico era separado de seu ambiente domiciliar e recluso em instituições com a justificativa de um “isolamento terapêutico do alienado”, uma vez que a família era considerada um agente patogênico. Respeitando, portanto, as recomendações do saber competente e preocupada com a cura e o bem-estar do familiar, a família assumia uma posição de espera e de informante dos sintomas do paciente, assumindo por vezes um caráter fiscalizatório dos sujeitos (MOREIRA, 2014).

Tradicionalmente alijada do tratamento dos familiares com transtornos mentais e separados por longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, a família participava pontualmente, por meio de visitas esporádicas definidas pela instituição. A mensagem implícita, naquele período histórico, era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais. (NAVARINI, HIRDES, 2008).

No contexto da Atenção Psicossocial, as famílias são convidadas a assumir novos papéis no tratamento, auxiliando os profissionais no cuidado domiciliar, compartilhando as angústias desse processo de cuidar, identificando o agravamento nas situações de crise e acompanhando o familiar nas consultas e atividades de reinserção social. O ranço do modelo pineliano ainda está presente, se configurando como um desafio a ser enfrentado.

Diferentes foram as leituras da relação da família com os sujeitos em sofrimento psíquico ao longo do tempo, dependendo da corrente teórica a qual o estudo sobre família estava relacionado. Com o surgimento das terapias de família, estimulou-se uma identificação do sujeito como “portador da patologia da família”; outras correntes afirmavam a noção de uma “família patológica” (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Independente da perspectiva adotada para a compreensão da relação entre família e sofrimento psíquico, destacamos que, muitas vezes, a discussão se restringe à busca de uma causa ou de um “culpado” pelo surgimento da doença. Ressaltamos que o que parece ser mais

importante nesse contexto é: entender o papel do sujeito em sofrimento na família; como os demais se relacionam com ele; quais os pontos de conflito; quais pessoas possuem maior vínculo; por quem o sujeito tem afeto; quem o irrita; como a crise é abordada no domicílio; dentre outros aspectos.

Em relação à importância da família no cuidado em saúde mental, Da Costa *et aliae* (2014) reconhece que tanto há famílias que buscam estar presentes de forma ativa no tratamento, dando suporte emocional e instrumental, contribuindo inclusive para o baixo número de internações (NAVARINI; HIRDES, 2008), quanto famílias que, por diversas razões, se mantêm distantes.

Esta situação de instabilidade gerada pela crise reflete as dificuldades em lidar com o comportamento da pessoa com transtorno mental, com os sintomas da doença. Na sua maioria, sentem-se sós para enfrentar os problemas e desinformadas quanto ao modo de agir frente a eles, ficando desamparadas, quando aparecem os primeiros sintomas da doença. Sentem-se vítimas do destino (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 684).

Além do sentimento de total desamparo nas situações de crise, as principais dificuldades concretas do cotidiano no trato com a loucura estão relacionadas aos problemas financeiros decorrentes, muitas vezes, do afastamento do trabalho pelo sujeito em sofrimento psíquico; a sobrecarga dos familiares no cuidado diário; a falta de apoio dos serviços de saúde mental, o sentimento de culpa dos familiares com o surgimento do transtorno mental (DA COSTA *et aliae*, 2014; NAVARINI; HIRDES, 2008; DE ALMEIDA COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Lima *et aliae* (2012), acrescentam que, além dos problemas de ordem material, social e/ou afetiva, citadas acima, há a dificuldade de “suportarem” a crise dos seus membros familiares, pois as situações de crise, muitas vezes, mobilizam toda a família, trazem um aspecto de imprevisibilidade, mexem com aspectos subjetivos ainda não totalmente reconhecidos pelos envolvidos, gerando um clima de instabilidade emocional.

Em nosso estudo, as famílias adentram nesse cenário do cuidado às crises, ora como fator desencadeante, conforme relatado pelos sujeitos no item referente às origens da crise, ora como cuidadores estratégicos responsáveis pela melhora considerável dos sujeitos, como no relato abaixo:

“ainda bem que a minha cunhada tava do meu lado e me levava pros médicos, essa pessoa também me ajudava muito e eu só vivia nos médicos. Quando eu adoeci a

primeira pessoa que me rejeitou foi minha mãe, era só eu em casa com ela e ela me rejeitou” (Sâmia)

Na perspectiva dos sujeitos em sofrimento psíquico o que mais os afeta na relação com as famílias são: a falta de envolvimento, a incompreensão sobre a situação, a falta de apoio logístico e, sobretudo, de suporte emocional. Essa postura dos familiares reforçava os sentimentos de solidão vivenciados nos momentos de crise.

“Era lidar com aquela situação sem apoio da família em si, no momento, porque minha mãe tava doente, minha irmã que eu gostava muito morava com a minha mãe lá no interior e cuidava dela e ,a família que eu tinha aqui não me apoiava muito. Ela dizia que eu era doente da cabeça, que eu era uma pessoa fraca, ou seja, ao invés da família me colocar pra cima ela me dizia palavras negativas, pra uma pessoa que já tava totalmente negativa. A única ajuda que eu tive foi de pessoas estranhas que não eram da minha família e que me colocavam pra cima, como uma amiga ela dizia que eu precisava reagir [...]” (Amélia);

“As coisas que me doeram mais foi, sei lá, as pessoas, a crueldade das pessoas né? que no momento que você mais precisa as pessoas lhe dizem não, e eu precisei dele [sobrinho] um dia que eu perguntei a ele se ele podia me deixar de manhã bem cedo lá no HEMOCE e ele disse que não” (Sâmia);

Em um dos casos, após um longo tempo de institucionalização devido a complicações de diversas doenças, um dos entrevistados percebeu que seus objetos pessoais não se encontravam mais em casa, tinham sido doados ou vendidos, gerando sentimentos de negligência e abandono.

“E as minhas irmãs não iam me visitar, elas iam lá, mas elas nunca paravam assim no meu leito pra perguntar o que eu tinha ou então pra ir na enfermaria pra perguntar o que eu tinha, quantos dias eu ainda ia passar lá, não, eu não tinha apoio da minha família não, e quando eu cheguei em casa eu senti muita falta da minhas coisas e a pessoa que eu podia assim perguntar era minha mãe e sempre ela dizia: não mexi e não sei o que...”(Sâmia)

Considerando que a Atenção Psicossocial privilegia o cuidado, preferencialmente, no território, onde as pessoas possam manter laços de vizinhança e parentesco, o acompanhamento para que as famílias possam “suportar” os transtornos e as crises são de fundamental importância.

Sabemos que ainda são poucas as estratégias que privilegiam espaços de aprofundamento para esses cuidadores, que não sejam grupos meramente informativos e fiscalizatórios do uso da medicação e busca de adesão ao tratamento através dos familiares, mas que possam, sobretudo, promover a troca de experiências, acolher os medos, as inseguranças e incertezas frente ao desconhecido; conhecer o domicílio, estar disponível e oferecer respostas no momento que as crises irrompem.

9. 3. 2 O lugar da espiritualidade e da religiosidade

Espiritualidade está sendo compreendida aqui como práticas relacionadas ao sagrado, ao místico, ao mágico, às forças que regem o universo, já a religiosidade está necessariamente vinculada a um sistema religioso, com seus dogmas, princípios e doutrinas, geralmente institucionalizados.

Koenig (2007) revela que têm crescido, nos últimos trinta anos, os estudos que relacionam espiritualidade, religião e saúde mental, atribuindo um aspecto positivo a crenças e práticas religiosas, associadas a um maior bem-estar e uma melhor maneira de enfrentamento de situações de estresse. A espiritualidade e a religiosidade têm sido apontadas também como uma importante dimensão da qualidade de vida (PANZINI *et aliae*, 2007).

O lugar da espiritualidade e da religiosidade tem sido importante para os sujeitos como forma de atravessar os momentos de crise, seja por evocar um ser supremo para pedir força de superação, seja como forma de se tranquilizar nos momentos de angústia.

“Eu confio em Deus, eu acredito e confio em Deus, entendeu? Eu tive participando do Shalom na crisma e tal, mas eu deixei, porque a minha crença mesmo é no Nosso Senhor Jesus, o maior de todos, então pra mim não existe santo, não existe mais ninguém além de Jesus Cristo, pra mim ele é o maior de todos e quando eu quero me resolver eu me resolvo com ele. Mas, acho assim que me deu mais paz, entendeu? Quando eu tô na companhia de Jesus Cristo a pessoa lida melhor com as coisas e tal. (Luciana)

A importância da religião na busca pela cura é percebida em variadas falas. Os usuários, em algumas situações, são levados a diferentes igrejas, na tentativa de resolução de seus problemas. Esse fato tem a ver com as crenças sobre o processo de adoecimento, mas também representa as limitações das práticas tradicionais de atenção à pessoa em sofrimento psíquico (SILVEIRA *et aliae*, 2011), sem querer reduzir a busca de religiosidade pelas falhas do serviço de saúde.

Jesus Cristo, Deus, anjos, santos e santas. São várias as entidades de adoração dessas pessoas, com as quais conversam sobre sua situação. A maioria é adepta do catolicismo ou outras crenças e filosofias, como o espiritismo. Não identificamos em nossa pesquisa a busca ou a participação em sessões de descarrego e exorcismo praticadas, sobretudo, pelas religiões protestantes de matrizes neopentecostais, conforme apontado por Souza (2013).

Apesar do conforto espiritual trazido por essas práticas, a religião também entra como fator de culpabilização dos sujeitos, gerando revolta e incompreensão por parte de Naomi que não aceita algumas doutrinas que pregam a reencarnação.

“[...] daí eu fico com mais raiva quando diz que a gente tá nessa vida pra resgatar vidas passadas e o que tu viveu na vida passada e que culpa eu tenho se alguém errou na vida passada e eu tenho que pagar agora? [...] Eu tenho que perdoar e eu não tenho essa capacidade, eu viveria cem vidas pra perdoar eles. Eu não entendo isso: no momento que você perdoar eles você vai ficar muito bem com você [fazendo referência ao que dizem]. [...] Você não consegue lembrar da tua vida e, no caso eu né? dar risada, não tem como. A fulana, que é negócio de espírita, ela diz: no momento que tu perdoar o teu pai e a tua mãe é que tu vai se sentir melhor. Hurrum... que vou, é capaz” (Naomi)

Em certos momentos, a religião também serviu como meio de trazer sinais divinos em situações de sofrimento intenso, interferindo e evitando a consecução de ideações suicidas, ou anunciando a chegada de uma nova fase na etapa da vida, de recuperação e alta do tratamento.

“Eu sou devota de Nossa Senhora de Fátima e eu fiz assim, eu peguei um dormonid, não sei se você sabe o que é, é um remédio de dormir, e botei junto nas coisas do meu filho, preparei tudo: deixei uma carta escrita pra matar ele e me matar [...] Preparei a faca, preparei tudo e quando eu fui destravar o portão pra botar aquele cadeado lá em casa e, eu caminhando em direção à caixinha do correio embutida, caiu um saquinho amarelo e eu peguei aquilo, tava pesadinho, aí dentro tinha uma coisinha assim, a imagem dela junto né? daí a imagem dela presa nisso aqui, uma imagenzinha de Nossa Senhora de Fátima, um livrinho que eu tenho lá em casa com umas orações e a primeira que vinha na folhinha solta dizia assim “se você tá passando por um momento difícil faça essa oração, papapa, aí eu acabei entrando e não matei ele e não me matei” (Naomi).

“Eu tinha muita devoção com Nossa Senhora de Fátima [...] aí quando ela veio lá de dentro ela veio com a minha alta e isso foi em treze de maio de dois mil e dez né? era cinco e quarenta da tarde, dia de Nossa Senhora de Fátima” (Sâmia)

“Eu digo é que seja feita a vontade de Deus né? se eu sair dessa é porque Deus tem um propósito pra mim” (Sâmia).

Cabe citar também que apesar da relação da religiosidade, espiritualidade e saúde mental se expressar vinculada a aspectos positivos, não é incomum também perceber em situações de crise, dentre outros fatores, a exacerbação de delírios e alucinações de cunho místico e religioso, com a presença de ideias salvacionistas e vozes de comando que instigam a automutilação, no caso dos estudos em questão (NUCCI; DALGALARRONDO, 2000 e DINIZ; KRELLING, 2006).

9.3.3 A primazia da medicação

“Nada. Não ajuda nada. Até pedir a Deus é difícil, porque a crise é tão forte que a gente não consegue pedir nem a Deus, o desespero é tão forte que a gente não consegue nem se pronunciar a Deus, porque é forte demais, o que acalma mesmo é uma injeção de fenergam com haldol. É assim” (Juliana)

“a pessoa que tá em crise não escuta, o melhor conselho mesmo é entrar na sala do médico e ser medicada urgente, porque nada do que você falar, se eu for dizer assim “vai passar”, “você vai conseguir”, “não fica assim”, pior, ai que deixa a pessoa mais agitada, ai que a pessoa se agita mais, irrita [...] Levar pro médico e medicar a pessoa o mais rápido possível [...] Continuar o que eu não fiz, o tratamento com a psicóloga, vim pra consulta frequente, e fazer as atividades se o CAPS disponibilizar, porque ajuda muito. (Juliana)

“A minha tia, os anjinhos, ela me ajuda muito [...] conversando, me aconselhando, me ajudando, ela fala: toma teu comprimido, eu tomo o analgésico eu já falei. Porque a tia diz que eu sou bonito, bonito” (Rafael)

“Eu falaria que tomasse o comprimido que ajudasse, falaria que tomasse o comprimido e ajudasse, que tomasse o comprimido, que faria que tomasse o comprimido eu faria que ficasse calmo”. (Rafael)

“[...] Então é confiar em Deus e acreditar também nos profissionais que trabalham na área né? porque todo mundo tá trabalhando pra seu bem, sua melhora e sua recuperação. É fé em Deus e adesão ao tratamento” (Luciana)

Foi quase unânime o reconhecimento da medicação como principal possibilidade de apaziguamento do sofrimento e angústia trazida pela crise. Como nos disse Jacinta, “o que acalma mesmo é uma injeção de fenergam com haldol”, o famoso “sossega leão”, velho conhecido das urgências psiquiátricas.

Quando Rafael sugere que uma pessoa em crise “tomasse o comprimido e ficasse calmo” ou quando Juliana refere que o melhor nessas situações é “levar pro médico e medicar a pessoa o mais rápido possível” identificamos que essas pessoas têm um conhecimento sobre o que é melhor pra si, sobre o que ajuda e atrapalha nas situações de crise e como gostariam de ser cuidados nesse processo.

Em contrapartida, compreendemos, também, que os sujeitos criam suas demandas a partir de uma leitura histórica e social na sua relação com a doença–sofrimento, na qual são delineadas estratégias de cuidado possíveis e aceitas socialmente e culturalmente, como no diz Franco e Merhy (2005). A medicação atualmente é uma dessas estratégias. Já

não se tem tanta vergonha de utilizar “medicamento controlado”, como faz alusão Amélia, quando diz sair do CAPS com sua sacola transparente, deixando visível todas as medicações controladas de que faz uso.

Reconhecemos o lugar que a medicação ocupa no alívio de alguns sintomas de ordem psíquica, diminuindo o sentimento de invasão, os delírios e alucinações, bem como regulando funções básicas que ficam alteradas nos quadros no sofrimento psíquico grave, como o sono e a alimentação. Não cabe aqui uma apologia ao cuidado dos sujeitos sem o uso total de psicofármacos. O que queremos pontuar para avançar no processo de Reforma Psiquiátrica é o cuidado que vai além da medicação. Nesse contexto em que o uso da medicação é reconhecidamente importante e que também se quer algo mais que medicar, adentramos na questão da medicalização.

Compreendemos medicalização como o processo de banalização do uso de medicamentos de uma forma geral, do “remédio como solução para tudo”, de redução de problemas complexos a problemas (bio) médicos, do uso indiscriminado de medicações e, muitas vezes, sem o devido aprofundamento de outras questões relacionadas à vida dos sujeitos, sem acompanhamento pelos profissionais que prescrevem e acompanham o tratamento.

O fenômeno da medicalização é bastante complexo e pode ser analisado a partir de diversas vertentes e olhares. Segundo Tesser e Barros (2008) a medicalização está relacionada a profundas transformações no âmbito sociocultural, político e principalmente científico, esse último influenciando as normas de conduta a serem adotadas e renomeando experiências a partir da ética biomédica. Para esses autores, “ a medicalização está, assim, ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina. (p. 914).

Calazans e Lustoza (2008), ancorados numa perspectiva psicanalítica, trazem a preocupação com a medicalização do psíquico, tanto pela patologização do social quanto devido à tentativa equivocada de tratar as psicopatologias de forma similar a outras condições orgânicas, pretendendo supostamente “uma objetivação de algo que não é científico: o sujeito” (p. 126).

No campo da saúde mental, a discussão da medicalização tem crescido bastante em torno das crianças e adolescentes e dos supostos desvios de comportamento, fato que tem

levado esse público a, desde muito cedo, ingerir uma enorme quantidade de medicamentos em busca de uma adequação, muitas vezes, ditada por um apelo das instituições de ensino. (LUENGO, 2010). O aumento do uso da Ritalina para os casos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido a grande crítica à medicalização no âmbito infantil. (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013; KAMERS, 2013).

Em raras exceções, entretanto, questiona-se o uso excessivo de medicamentos na fase adulta, principalmente por pessoas acometidas por algum transtorno mental grave, e a quase inexistência de estratégias de empoderamento desses sujeitos em relação ao uso de medicamentos indicados em seus tratamentos. Diante de um cenário de Reforma Psiquiátrica, concordamos com Onocko-Campos *et aliae* (2013) quando, essa, afirma que: “a medicalização se mantém como prática não reformada” (p. 2890).

Considerando essa fragilidade, uma das estratégias criadas no âmbito da saúde mental foi a implantação de grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) nos CAPS de Campinas, iniciativa adaptada de uma estratégia canadense de uso racional de medicamentos e fortalecimento de estratégias de *empowerment* dos usuários.

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental” (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2013, p. 2890).

Nesse estudo, realizado pela referida autora durante a implantação dos grupos de discussão GAM, foi possível identificar muitos pontos críticos acerca do uso da medicação nos CAPS que são comuns a outras realidades dos serviços substitutivos do Brasil, a saber: uso do poder pelos profissionais, principalmente médicos, sobre os usuários, através da administração de medicamentos psicotrópicos; pouco diálogo com os mesmos sobre medicamentos e a existência de espaços de estigmatização onde os direitos dos usuários são inibidos ou aceitos com cautela.

Além desses aspectos, as discussões suscitadas pelos grupos da estratégia GAM evidenciaram a quase equivalência entre tratamento e uso regular de medicamento (ONOCKO-CAMPOS *et aliae*, 2013), também percebida na nossa pesquisa, evidenciando e também confirmando certo empobrecimento nas possibilidades de resposta às crises.

[...] a relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo é abalada pelas situações de crise. E as abordagens psicoeducativas e psicofarmacológicas que predominam nos serviços de saúde mental contribuem para reduzir os espaços para nomear as experiências, elaborá-las e lhes dar um sentido (p. 2893).

Em nossa pesquisa, nenhum entrevistado mencionou espaços de negociação da medicação com os profissionais. Os sujeitos apenas recebem orientações gerais quanto ao uso, mudança na medicação, assumindo uma posição majoritariamente de aceitação do que foi prescrito, reforçando uma posição passiva frente ao tratamento, o que dificulta a configuração de um verdadeiro Projeto Terapêutico Singular, que considera e promove uma atuação proativa do usuário. Acreditamos que isso se deva a uma legitimação do saber dos profissionais de saúde, principalmente a categoria médica, como figuras de poder para definir condutas e a falta de espaço de diálogo, no serviço, para abordar de forma mais crítica os diferentes usos e desejos relacionados à medicação.

Percebemos, também, nas falas dos sujeitos uma relação ambivalente com a medicação, ora indicando um aspecto positivo, no qual apenas o remédio “resolve”, conforme expresso nas falas de Juliana, ora se queixando dos aspectos negativos do uso da medicação.

Algumas queixas nesse sentido são de que a medicação torna o sujeito alheio à sua própria vida, pelo uso excessivo e, muitas vezes, desnecessário; de que, mesmo em doses altas, alguns medicamentos não surtem mais efeito; de que precisam fazer uso contínuo “até o resto da vida”; e, que a medicação tem efeitos colaterais indesejáveis, como a alteração da concentração, do raciocínio, da motricidade, justificando que não conseguem fazer atividades antes possíveis sem o uso. Essas compreensões são ilustradas nas falas abaixo:

“Você sabe que quem toma remédio fica uma certa dificuldade de raciocinar né?”

(Jacinta)

“as outras pessoas através da medicina né elas consigam estabilizar o humor, ficar mais tranquila e levar uma vida normal, agora assim é triste porque é uma doença que não tem cura, então você vai tomar a medicação pro resto da vida e às vezes tem a recaída que a pessoa não quer tomar né o remédio porque acha que já tá bem aí quer abandonar o remédio [...]”. (Luciana)

“Eu tenho a impressão que o médico ele quer fazer de você um zumbi, deixar você meio pra lado e pro outro pra não incomodar ou até pra você não surtar de fato e ter alguma coisa né? Eu acho que eles dão um monte de remédio pra gente tomar, um monte de remédio pra gente tomar. O doutor me deu uma tal de Quetiapina e sabe o que acontecia comigo? e não sei se é da própria Quetiapina e nem sei se a Quetiapina fazia com a pessoa, eu saía na rua eu começava a andar pelo lado esquerdo e aquela cachoeira no meu ouvido me incomodava, eu enchia o ouvido de algodão e ficava apertando o ouvido e eu falei pra ele doutor é esse negócio que eu comecei a tomar diferente que não tá bom, aí ele tirou e meu deu Vinacapicina setenta e cinco miligramas, e o que acontece? eu tomo e aí daqui a pouco tô com um tremor sabe? parece que você não vai conseguir segurar nem um copo d’água, aí passa, uma meia hora depois passa”. (Naomi)

Diaz (2013) encontrou achados semelhantes em sua pesquisa sobre essa postura de ambivalência dos sujeitos na relação com a medicação e nos lança uma pergunta pertinente,

convocando-nos a ampliar o olhar para o fenômeno da crise e nos afastarmos de soluções simplistas e reducionistas, como o sofrimento que escapa do medicamento. “*A medicação controla. Controla até certo ponto*”. E o que fica fora desse *certo ponto*?” (p. 134). A isso acrescentamos: E nos casos que ela deixa de controlar, o que pode ser feito?

“Por um lado, a crise é sinal de que serão medicados, por vezes em grandes doses e até violentamente se necessário; por outro, todos já tiveram a experiência de suspender a medicação com consequências também similares em todos: a crise” (DIAZ, 2013, p. 134). Cria-se, portanto, um círculo vicioso em torno da crise e da medicação, pois uma começa onde a outra termina, parece que há algo errado nessa equação, onde são deixados de fora elementos importantes no âmbito da subjetividade da crise que contribuem para a superação desse momento.

Apostar na medicação para a resolução de todos os problemas tem se mostrado equivocado, arriscado e insuficiente. As falas dos entrevistados apontam também um sentido ainda bem pouco explorado nos serviços e que talvez mereça maior atenção: o desejo dos usuários de suspender o uso do medicamento em algum momento do acompanhamento. Cabe aos profissionais acompanhar esse processo, para que seja feito da forma mais responsável e possível, considerando, inclusive, uma lógica de Redução de Danos.

Evidencia-se, ao longo desse tópico, o papel preponderante da medicação em relação às outras ferramentas oferecidas pelos serviços de saúde mental, seus alcances e limitações, delineando-se algumas dúvidas na sua relação com as situações de crise. No próximo tópico, abordaremos as percepções dos usuários sobre os serviços de saúde mental.

9. 3. 4 Percepções sobre os serviços de saúde mental: hospitais psiquiátricos

“eu achei totalmente descuidado, totalmente desumano, a palavra certa é desumano”
(Amélia)

“Que não mudasse de dois em dois anos os CAPS, que fechasse o [suprimimos o nome da instituição] porque lá tem estupro e tem um bocado de coisa ruim e se não fechar pelo menos mudar pra ser do governo e já que uma entidade filantrópica eu não vejo nada filantrópico ali” (Juliana)

“Eu tomei muito em Messejana, eu ia na crise, porque você sabe que Messejana é um inferno né? [...] Lá eles batem, os enfermeiros batem nos pacientes, os porteiros batem nos pacientes, teve até o relato da morte de uma moça que o segurança bateu tanto nela que ela morreu de hemorragia, lá trata a gente como bicho, bota as pessoas no chão, senhora de idade bolando no chão, fica chamando e dando remédio, chamando e dando remédio”
(Juliana)

“Não, eu fui cinco vezes, e sempre me davam a mesma coisa, haldol e fenergam” (Juliana)

“O pessoal lá tem uma situação mais agravado né? o pessoal lá é mais doente sei lá, tem mais problema, ficam pelado na rua, ficam gritando, mas eu gostei de lá porque lá eu também consegui medicamento de alto custo, entendeu?” (Luciana)

“A gente teve uma discussão no refeitório aí lá vinha as enfermeira né? [...] aí me levaram e quando eu menos esperei cara ela me colocou na cama e me amarrou porque eu peguei uma confusão com a Jacinta [...] Aí eu peguei uma briga com ela só de bate boca, aí eles pegaram e me levaram, e eu pensei que fosse só pra me afastar dela né? quando eu cheguei na intercorrência elas me amarraram e eu chorei tanto, eu clamei a Deus e tudo e pedi, meu Deus, me tira daqui e tal, a minha sorte é que na mesma hora eu desmaiei [...] Eu dormi, porque senão eu não ia conseguir aguentar, quem é que aguenta ficar presa lá?”.(Luciana)

Diante dessas falas, é possível perceber alguns dos aspectos que serão abordados neste tópico, referente às percepções dos sujeitos sobre os serviços de saúde mental de Fortaleza, nas situações de crise, especificamente os hospitais psiquiátricos. Como fizemos referência no início do nosso estudo, esta pesquisa possui contornos avaliativos sobre os processos de cuidado nos diferentes serviços de saúde, especificamente nos serviços de saúde mental do SUS — hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos —, muito embora, o foco principal não seja avaliar a eficácia e eficiência dos tratamentos promovidos por esses serviços.

Contudo, a riqueza do material produzido nas entrevistas traz a importância de tecermos algumas considerações sobre como os serviços de saúde mental têm conduzido, ou não, os processos de cuidado nas situações de crise. Uma vez que eles são uma das alternativas buscadas por esses sujeitos como forma de aliviar o sofrimento e angústia, como já citado no tópico anterior.

As transformações das instituições psiquiátricas a partir dos questionamentos do seu modo de funcionamento, do processo de cronificação dos pacientes, da redefinição do papel do Estado frente à consolidação de uma rede de serviços e, mormente, da chegada de novos atores sociais a esse cenário, como os movimentos comunitários e associações de usuários e familiares, trouxeram grande impacto na redefinição das necessidades das pessoas e na organização do serviço, reconhecendo a importância de colocar o usuário “no centro” e de se trabalhar em continuidade de cuidados (BARRIO *et aliae*, 2004).

os usuários e suas famílias, por meio de suas experiências, são imprescindíveis atores prontamente disponíveis em abrir-nos sua bagagem e em tecer conosco mais uma página de *nossa* trajetória. Deparamo-nos com histórias de luta, de sobrevivência, de experiências cotidianas marcadas pelas estruturas sociais, e de estruturas que foram se transformando a partir da possibilidade de outras formas de existência (DE LIMA; SURJUS; CAMPOS, 2011, p.129).

Diante desses fatores, houve um deslocamento da figura de pacientes e familiares passivos ao tratamento, que assentem todas as orientações sem contestar, para a de usuários e familiares que acessam e usam o serviço de saúde, denunciam e sugerem melhorias, e que também sabem o que é melhor para si, assumindo um posicionamento de protagonismo reivindicador e corresponsável.

Assim, a pergunta “o que você solicitaria às autoridades competentes em saúde mental, se tivesse a oportunidade?” era respondida pelos sujeitos, elevando-se o tom de voz, estufando-se o peito, assumindo, assim, uma posição de importância e de destaque por estarem sendo consultados e tendo suas falas consideradas. As iniciativas de protagonismo dos sujeitos-usuários que surgiram nas entrevistas foram de denúncias à mídia televisiva, por meio de convocação de equipes de reportagem, sobre a situação precária do CAPS do Bom Jardim; de pressões diretas ao Ministério Público do Ceará; e, da utilização do espaço da assembleia de usuários e familiares realizada no CAPS, para cobrar algumas ações do serviço. Essas iniciativas estão ilustradas nos trechos abaixo:

“eu digo porque eu já chamei a reportagem duas vezes pro Bom Jardim, eu chamei a TV verdes mares, e chamei a TV jangadeiro” (Juliana)

“E lá na promotoria é desde a L. até a doutora [promotora da saúde pública] [...] A minha função lá era encher o saco deles todo dia. Eu ia reclamar do meu remédio que não vinha” (Jacinta).

“Toda sexta-feira a gente tem, quando chega a última sexta-feira do mês a gente tem uma assembleia. [...] A gente fala, mas é só por falar. A gente cobra o serviço, mas é só por cobrar porque em prática realmente eles não vão colocar” (Célia).

Como podemos ver, apesar dos espaços de negociação e diálogo abertos com outros setores do poder público — Ministério Público e CAPS — especialmente, alguns sujeitos ainda encontram dificuldades de verem suas demandas atendidas e ficam descrentes de seu protagonismo para alterar as dificuldades que encontram. Importante analisar, também, se os lugares de participação ficam unicamente restritos às assembleias ou se o protagonismo desses sujeitos é incentivado também em outras situações durante seu processo de acompanhamento. Os canais de comunicação e reivindicação para serem potentes merecem continuidade e não se resumir a estratégias isoladas, tutelando-se de um lado e incentivando a proatividade em outro.

Sobre a rede de saúde mental, atualmente, Fortaleza conta com três hospitais psiquiátricos, sendo um deles uma instituição pública estadual (Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto) e duas instituições filantrópicas (Hospital São Vicente de Paulo e

Hospital Espírita Nosso Lar). Esses serviços também recebem pacientes do interior do Estado, pois existe somente mais um hospital psiquiátrico público localizado no Crato, em processo de fechamento.

No Ceará, alguns hospitais psiquiátricos particulares foram fechados e descredenciados do SUS, como foi o caso do Mira y Lopes e o Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC). Sobre o fechamento de um deles, Jacinta comenta: “Tanto rato né minha filha pelo amor de Deus...”. Essa mesma pessoa demonstra certa preocupação com a existência desses hospitais psiquiátricos filantrópicos e recomenda: “que fechasse o [suprimimos o nome da instituição] porque lá tem estupro e tem um bocado de coisa ruim e se não fechar pelo menos mudar pra ser do Governo e já que uma entidade filantrópica eu não vejo nada filantrópico ali”³.

Os trechos das narrativas, dispostos acima, nos revelaram uma grande diferença, em termos comparativos, da postura assumida nos atendimentos nas situações de crise pelos hospitais psiquiátricos e pelos CAPS de Fortaleza, como veremos adiante. Em linhas gerais, os hospitais psiquiátricos da capital são associados, em quase todos os relatos dos entrevistados (exceto um que nunca tinha ido ao hospital), a violências e maus tratos, o que demonstra a permanência da lógica do isolamento, segregação, exclusão e violação de direitos humanos.

Reconhecendo o hospital psiquiátrico como uma Instituição Total, como afirma Goffman (2013), torna-se mais fácil compreender alguns aspectos e fenômenos ocorridos nesse espaço. A Instituição Total, na definição do autor, é “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11). Seu caráter total é simbolizado principalmente pelo seu “fechamento”, pela impossibilidade de livre acesso ao mundo externo.

Algumas características da Instituição Total são:

1. Existência de uma autoridade central que dita todos os aspectos da vida e que são conduzidas no mesmo espaço físico;
2. As atividades diárias da instituição são realizadas coletivamente e seguem uma rotina, gerando práticas uniformes;

³ Não tivemos como comprovar a veracidade das informações da entrevistada. Mantemos o relato por compromisso ético com as falas.

3. Essas atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, com duração e sequências pré-determinadas por um grupo de funcionários;
4. As diversas atividades realizadas estão sistematizadas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 2013).

Por esses aspectos da Instituição Total, como o controle em todas as rotinas em um processo de massificação, visando o “bem” dos sujeitos e da instituição, o hospital psiquiátrico tem perpetuado seu papel iatrogênico de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, porque ali reside supostamente o conhecimento de como tratar as doenças mentais.

O hospital psiquiátrico é definido por uma das entrevistadas como “totalmente desumano”, pois nesse local sofreu ou presenciou violências físicas, como agressões: “os enfermeiros batem na gente”; desassistência e preconceito: “trata a gente como bicho”; e, até acusações de violência sexual: “tem estupro e um bocado de coisa ruim”. Cabe ressaltar que o depoimento não significa correspondência aos fatos, ainda que relatos como esse estejam na base do movimento antimanicomial e de algumas pesquisas de autores da Reforma Psiquiátrica (KANTORSKI, 2006).

Apesar dos inegáveis avanços, no que concerne à redução de leitos, descredenciamento do SUS ou até o fechamento de hospitais psiquiátricos por indicação do Ministério da Saúde, percebemos que alguns desses acontecimentos são frequentes nos discursos dos pacientes que são encaminhados para esses espaços. Entretanto, muitas instituições não são denunciadas pelos usuários por receio de represália ou por acharem que não terão desdobramentos concretos por serem considerados loucos.

“eu presenciei uma agressão, na noite eu falei pro meu amigo, aí ele achava que era até coisas da minha cabeça né, aí ele disse que se eu fosse falar isso, eles, os profissionais, ia dizer que era coisa que eu tava vendo, iam dizer que a minha doença tava agravando, mas na verdade não tava nada agravando, eu tava era na minha sã consciência, mas eu deixei pra lá [...]” (Amélia).

Moreira (2014), em sua pesquisa sobre itinerários terapêuticos, também identificou aspectos de violência nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza, traduzidos por maus tratos dos profissionais para com os usuários e violência física; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; preconceito, expresso na fala da profissional: “*Tenha cuidado, eles são perigosos*”; e, a proibição de acompanhantes ou visitas, com horários rígidos ou restritos, de usar o telefone para comunicar-se com os familiares.

Foram observados ainda aspectos de violência estrutural, como a ausência de espaço para os usuários e familiares aguardarem surgir uma vaga para a internação, práticas indiscriminadas de medicalização da existência e dificuldades na acessibilidade, devido à peregrinação por diversos serviços até receber atendimento.

Em relação ao aspecto da violação dos direitos de cidadania, um estudo realizado na região de Sorocaba, por Benvindo e Cols. (2011, *apud* GARCIA, 2012), revelou a violação de vários direitos dos internos dos manicômios, sendo solicitado o fechamento de alguns desses.

[...] direito à identidade e ao nome, à liberdade, ao lazer, a não ser receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares, ao melhor tratamento do sistema de saúde, a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, à assistência integral e multidisciplinar, a ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde, à inserção social e comunitária, à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida (p. 17).

Neste estudo, evidenciou-se, ainda, um número excessivo de óbitos na região de Sorocaba, sendo 118% maior que as estatísticas dos outros grandes manicômios do Estado de São Paulo, no período entre 2004 e 2011. A análise desses dados revelou fortes indícios de negligências na assistência, como o aumento do número de mortes nos meses mais frios do ano; a falta de investigação adequada dos óbitos, pois em muitos dos atestados de óbito a causa da morte era desconhecida; e, a quantidade elevada de mortes atribuídas ao infarto do miocárdio em jovens, inclusive sem antecedentes de problemas no coração.

O autor salienta a importância da utilização do banco de dados do DATASUS como uma ferramenta importante para avaliação e monitoramento da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos a fim de apontar possíveis situações de violação de direitos humanos no interior dos manicômios, uma vez que a fiscalização *in loco* e o acesso às informações, de uma maneira direta, é dificultado pelas instituições, particularmente, as privadas, que muitas vezes se negaram a receber a comissão responsável pelo estudo.

No contexto cearense, tivemos o emblemático caso de Damião Ximenes Lopes, que levou o Estado Brasileiro a assumir responsabilidade internacional perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). O Brasil foi acusado de omissão pela morte do referido paciente nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, clínica privada e credenciada ao SUS, no interior do Estado, em 1999. De acordo com denúncias da família de Damião, o paciente “sofreu maus tratos, tortura e foi atendido de forma negligente” pelos profissionais da referida Casa de Repouso, o que ocasionou a sua morte (CORREIA, 2005, p. 88).

Reconhecendo a gravidade das denúncias e por pressão dos movimentos ligados à Reforma Psiquiátrica brasileira, o SUS tem investido em estratégias de desinstitucionalização dos pacientes com longas internações, os chamados “moradores dos manicômios”, com iniciativas conforme o Programa de Volta Para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em relação à redução gradual dos leitos em hospital psiquiátrico, têm sido realizadas ações com base em dois mecanismos gerenciais: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares — PNASH/Psiquiatria — e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH).

O PNASH/Psiquiatria foi criado em 2002, a partir da portaria 251 do Ministério da Saúde e buscou estabelecer diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, a partir de uma classificação dos hospitais psiquiátricos, definindo e estruturando a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e rede conveniada. O PRH foi instituído pela portaria GM/MS n. 52/04, e visa promover a redução progressiva e pactuada de leitos hospitalares psiquiátricos, principalmente os de maior porte (BRASIL, 2011).

A avaliação realizada pelo PNASH/Psiquiatria é pautada por indicadores de Estrutura, Processo e Resultado. O primeiro, versa sobre aspectos como: existência de Comissões Internas, Mecanismo de Controle Social, Recursos Humanos, Atenção ao Paciente, Enfermaria de Interconsulta, Clínica, Farmácia, Nutrição e Saneamento. A respeito dos processos, são analisados os aspectos de: Promoção da Saúde, Projeto Terapêutico Individual, Qualidade do Prontuário, Abordagens Terapêuticas e Humanização (BRASIL, 2011). Cabe fazer uma ressalva aos limites da metodologia empregada nessa avaliação, uma vez que há indicadores eminentemente qualitativos necessitando de uma análise mais aprofundada.

De acordo com o último relatório do PNASH/Psiquiatria, um dos hospitais públicos, frequentemente citado nas entrevistas, obteve a nota 97,56 e ganhou o primeiro lugar entre 143 unidades psiquiátricas. Na edição anterior do PNASH (2007/2009), o HSM ficou com nota 72,05, na 52.^a colocação, o que demonstra certo esforço da instituição no sentido de alcançar algumas melhorias na assistência e galgar visibilidade nesse *ranking* institucional, visto a divulgação em jornais de ampla circulação local e notícias nas páginas do governo do Estado⁴.

Diante de tal contexto, urge a indagação: por que, em uma instituição considerada 1.º lugar no *ranking* do PNASH, ainda há relatos de maus tratos e violências pelos pacientes? O

⁴ Vide ANEXO 2- Notícia da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará

que ainda persiste de “desumano”, mesmo diante dessa tentativa de humanização do hospital? Até onde o hospital tem conseguido avançar na busca pela melhoria do cuidado?

A busca por um novo lugar social do hospital psiquiátrico, dissociado da imagem de lugar fétido, escuro, desumano e de depósito de pessoas, típico do manicômio tradicional, juntamente com a busca do reconhecimento da capacidade técnica dos profissionais tem sido o novo tom que essas instituições têm buscado dar frente à sociedade. Nesse contexto de reforma, ou, em alguns casos, de “maquiagem”, torna-se imprescindível a promoção de mecanismos de fiscalização e de avaliações qualitativas envolvendo os aspectos terapêuticos dos hospitais psiquiátricos. Cabe investigar também por que o poder público ainda persiste privilegiando, com os poucos recursos da saúde, o financiamento desta modalidade de atenção e cuidado em detrimento dos serviços substitutivos.

Compreendendo que ainda há muito que avançar no âmbito do cuidado nas situações de crise também no ambiente hospitalar e que ainda muitos recorrem a esse espaço pela suposta eficácia na resposta à crise, cabe nos perguntarmos, ainda, qual a grande tecnologia (dura, levedura ou leve) de cuidado empregada nesses espaços? O que é de uso exclusivo do hospital, que não pode ser desenvolvido em outros serviços nas situações de crise, como nos CAPS?

Temos percebido que, de exclusivo, quase nada; talvez os muros, as grades dos dormitórios, a uniformização dos procedimentos. Ou mesmo as “portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, floresta ou pântanos”, referindo-se a Goffman (2013, p. 16), quanto às estruturas de afastamento ao mundo externo das Instituições Totais.

Os demais procedimentos e atividades adotadas são desenvolvidos por boa parte dos serviços de saúde mental, contenção física e química, oficinas e grupos, dentre outras atividades. O hospital parece se sustentar mais pelos espaços vazios deixados pelos serviços substitutivos do que propriamente em ações resolutivas e eficazes, terapeuticamente falando.

“Eu fui cinco vezes, e sempre me davam a mesma coisa, haldol e fenergam”; esta é a fala de Juliana sobre suas idas ao hospital psiquiátrico nas situações de crise e a resposta encontrada foi sempre a mesma. Uma resposta única em todas as situações com foco no medicamento tem sido o que a maioria dos sujeitos em crise encontrara nos hospitais de Fortaleza, além da indicação de internação para ficar sob observação até cessarem os sintomas.

Apesar de reconhecerem as limitações desses serviços na resposta às crises, percebemos que os sujeitos apresentam uma relação contraditória e ambivalente com o

hospital, ora denunciando os maus tratos e violência, ora reclamando do fechamento de alguns desses, persistindo ainda o “desejo de manicômio”. Recorremos às falas de Juliana para ilustrar essa afirmativa:

“Porque não tem mais opção de hospital, e pessoas mentais são muitas, não tem mais hospitais, só tem aquela pequena emergência da Messejana, e os CAPS, é só o que tem, CAPS são só dois que internam, o CAPS e o ad, é só os dois que internam”.

Sobre o que deseja e o que pode melhorar: “É construir hospital pra internação, mas internação com respeito ao paciente, sem bater, sem esculhambação, porque em Messejana é assim”.

“o que eles tinham que fazer era dar mais assistência aos CAPS, mais médicos, era abrir mais hospitais, porque derrubaram o Mira y Lopes, a metade de Messejana é particular, o são Gerardo que era público é particular, a saúde mental de fortaleza ela se encontra na UTI”

Podemos perceber que a preocupação de Juliana é a de garantir um lugar para internação sem violência nos momentos de crise, independentemente de ser no CAPS ou em um hospital. Em sua percepção, os dois serviços têm aspectos a melhorar e fica claro que um modelo não é antagônico ao outro, necessitando ser superado e substituído, como nos diz Costa-Rosa (2003). O tipo de instituição parece ser o que menos importa para ela, desde que lhe garantam as condições adequadas para atravessar suas crises.

Além da resposta medicamentosa, precisamos pôr em questão o uso da contenção física/mecânica nas situações de crise, a conhecida “amarração”, no dizer de nossos entrevistados. O nome já antecipa o modo de emprego utilizado, uma contenção de uso banalizado, usado como coerção e medida punitiva. Observemos as falas abaixo:

“Lá na Santa Teresa [hospital do RS] eu internei duas vezes, mas eles amarram a gente na cama e fica toda machucada. Aqui eu não me internei, eu só venho pra cá [CAPS] e eu fico ali na frente e as gurias conversam comigo” (Naomi)

“e às vezes tudo que a gente precisa é ser ouvido só, mas não é aqui, é em todo o Brasil todo mundo todo dia tá na televisão falando da saúde né e esse negócio do hospital psiquiátrico, que acabaram com o hospital psiquiátrico eu acho que não acabaram, porque quando você ouve relato lá em Messejana que eles também amarram as pessoas lá” (Naomi)

O hospital psiquiátrico e as práticas de contenção física/mecânica são elementos simbólicos estreitamente associados ao modelo manicomial, pautado pela segregação, exclusão, coerção, punição e violação dos direitos humanos. Com as mudanças advindas do modelo de atenção psicossocial, têm-se buscado uma reintegração da pessoa com transtorno

mental à sociedade, bem como oferecer práticas de cuidado que os distancie das práticas manicomiais.

O uso da contenção física/mecânica envolve procedimentos de restrição de movimentos, indicados em diversos quadros clínicos nos quais há possibilidade de queda, alteração da consciência e agitação. Especificamente nos cuidados em psiquiatria, é indicado para situações de agitação psicomotora e situações que “envolvem risco para o sujeito e para os profissionais”.

A utilização da contenção física/mecânica é regulada por normativas de conselhos profissionais, como o de enfermagem, por meio da resolução COFEN n.º 427/2012, que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes; e o de medicina, por meio das resoluções CFM 1.598/2000 e 1.952/2010. Contudo, não há uma normativa com caráter legal à qual essas resoluções estejam vinculadas. A lei 10.216, que apenas cita, dentre outros aspectos, que os pacientes devem ser tratados “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde” e em “ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”, não fazendo nenhuma referência específica às indicações de contenção física/mecânica.

De modo geral e de acordo com as normativas citadas, recomenda-se que a contenção física/mecânica seja prescrita por médico e registrada em prontuário; que seja o último recurso utilizado, visto sua forma muitas vezes traumática de abordagem; que haja comunicação verbal com o paciente antes, durante e depois da contenção; que os procedimentos não coloquem em risco a integridade física do paciente e do profissional; que dure o menor intervalo de tempo possível e que tenha um profissional disponível para reavaliação do paciente.

Percebemos que muitas dessas indicações acima não são conhecidas pelas equipes de saúde mental, que raramente têm uma formação específica para o tema, gerando contenções sem critérios clínicos definidos, provocando, inclusive, danos à integridade física do paciente, como faz referência Naomi, ao afirmar que já ficou toda machucada ao ser “amarrada” na cama.

Entre os profissionais de enfermagem, que aplicam e acompanham os procedimentos de restrição de movimentos através da contenção física/mecânica, há relatos de resultados considerados positivos como: diminuição da ansiedade e da agressividade; externalização de sentimentos antes não expressos pelos pacientes; possibilita tempo para repensar algumas atitudes e até a dispensa do uso de medicação, em algumas ocasiões (PAES *et aliae*, 2009).

Contudo, ainda não há uma clareza da eficácia da contenção física/mecânica, confirmando necessidade de maiores discussões e estudos que avaliem essas práticas (PAES; BORBA; MAFTUM, 2011), principalmente na perspectiva dos sujeitos em sofrimento psíquico, objetos dessa intervenção. Ademais, a prática ainda está associada a efeitos colaterais indesejados e, até mesmo, ao óbito (MANTOVANI *et aliae*, 2010)

Nesse último estudo, os autores fazem referência ao termo “amarrar o paciente”, empregado pelos profissionais entrevistados para fazerem referência às práticas de contenção, assim como a “amarração” encontrada no nosso estudo no linguajar dos usuários, revelando não só os discursos que circulam no hospital psiquiátrico como também às formas de emprego da contenção física/mecânica. “Esse jargão é um termo pejorativo, agressivo, grosseiro e antiético e deve ser abandonado, embora seja comum ele ser usado por profissionais da área de saúde em geral” (PAES; BORBA; MAFTUM, 2011, p. 243).

Como podemos perceber ao longo desse tópico, o hospital psiquiátrico, para esses sujeitos, é sinônimo de medicação e contenção (amarração), pois outras estratégias parecem não existir no tratamento ofertado por eles. A reclusão imposta pela instituição faz com quem os sujeitos se sintam numa prisão, quando Luciana indaga: “*quem é que aguenta ficar presa lá?*”. E complementa: “*É até pra ter paciência lá dentro e não é fácil, entendeu? Lá não tem nada assim, não tem lazer, é muito ruim tá lá dentro você não tem nada pra fazer lá e você fica no convívio com outros doidos, entendeu?*” (Luciana)

Outros entrevistados também se incomodam com o ócio e identificam o hospital psiquiátrico como lugar “para doidos” e, além disso, um espaço de uma loucura cronificada, onde os pacientes parecem estar mais debilitados, mais dependentes, mais agitados, mais desassistidos, mais loucos. A diferença parece ficar mais perceptível nos hospitais nos quais coexistem assistência pública e privada, o que, eticamente, já é bastante complicado.

Ao se referir às pessoas que frequentam a parte pública de um hospital psiquiátrico, Luciana percebe que “O pessoal lá tem uma situação mais agravada, né? O pessoal lá é mais doente, sei lá, tem mais problema, ficam pelado na rua, ficam gritando [...]”.

“eu já percebi realmente que não tem nada demais, os pacientes, agora mesmo estavam conversando, é assim bem aberto, - sim, eles estão aqui né, circulando, de porta aberta [CAPS]. Sim, ficam circulando de portão aberto, onde nos outros hospitais é tudo trancado, nas grades, aqui você vê como é tranquilo [...]” (Amélia).

Como vimos no tópico referente aos elementos reportados pelos sujeitos para explicar suas crises, as vulnerabilidades e os aspectos da pobreza influenciam no sofrimento psíquico

grave. Contudo, nesse ponto a discussão assume um tom mais ético e político, pois identifica a oferta de dois tipos de serviço — público e privado — em um mesmo local, e a consequência disso: existência de uma diferença na forma de cuidar.

Questionamo-nos também sobre a reiterada identificação do hospital psiquiátrico como espaço para casos graves, justificando-se, assim, as condutas adotadas, enquanto os CAPS poderiam ficar “com as portas abertas” porque os “doidos de verdade” lá não permanecem. Haveria de fato maior liberdade de circulação dos sujeitos em crise ou por não acompanhar esses mesmos sujeitos é possível ficar de porta aberta? É o que abordaremos na sequência.

9. 3. 5 Percepções sobre os serviços de saúde mental: CAPS

“é um bom local, assim, já me disseram que o internamento aqui é muito bom, assim, em relação aos outros locais, eu já percebi realmente que não tem nada demais os pacientes agora mesmo estavam conversando, é assim bem aberto, - sim, eles estão aqui né, circulando, de porta aberta. Sim, ficam circulando de portão aberto, onde nos outros hospitais é tudo trancado, nas grades, aqui você vê como é tranquilo, são pacientes considerados graves, estão internado quando estão muito graves” (Amélia)

“Aqui não tem amarração, aqui não tem.....aqui tem muito.....Assim, antes as meninas nem falavam comigo, mas assim, tem um enfermeiro aqui que ele fica sábado e domingo e ele pega e bota você pra dormir direitinho e que você nem sente vontade de fumar cigarro” (Jacinta)

“Assim, aqui em fortaleza, em todos os hospitais psiquiátricos que eu conheci, o melhorzinho, o melhorzinho, você pode dizer que está no céu, é aqui no CAPS [...] ele é o melhor que tem pra esse problema de crise que a gente sente, porque tá muito precário, muito precário mesmo, você não tem pra onde correr, ou você corre pra Messejana, ou você fica dentro de casa amarrado, você não tem saída, porque se você vim de um CAPS pra cá, não sendo desse CAPS, você não é atendido, você volta pra casa com crise, ou amarra dentro de casa, ou a pessoa se mata [...]Porque você tem todo o acompanhamento psicológico, você tem acompanhamento de terapia, você tem os enfermeiros que não batem, aqui não tem aquele negócio de segurança ser agressivo, aqui é tudo tranquilo. Em Messejana não, em Messejana eles batem, eles maltratam, eles amarram que ficam os nó na pessoa, aqui até pra amarrar eles acolhoam”. (Juliana)

“É construir hospital pra internação, mas internação com respeito ao paciente, sem bater, sem esculhambação, porque em Messejana é assim. [...] nem precisaria de tanto hospitais, se tivesse os CAPS funcionando, se todos os CAPS tivessem o aparato todinho que é necessário, num tinha problema nenhum, se tivesse os médicos, tivesse os psicólogos, as terapias, não tem, até aqui vou ver meu médico com três meses, se eu for pedir uma vaga ali, eu quero me

consultar o mais rápido possível ela vai me dizer [...] tem vaga pra qual médico esse ano; Não tem, só tem pra 2016” (Juliana)

“eu venho aqui e eu acho que o CAPS ele é um ótimo estabelecimento de tratamento mental. Eu gosto daqui, atende bem, é pontual, é um lugar bacana né, eles fornecem a minha medicação de alto custo, eu gosto dos médicos daqui [...] Eu não sei se é porque eu sei aproveitar bem né? mas eles trabalham muito bem, o doutor B. tem muita atenção, ele tá me acompanhando, ele tá fazendo registro e tudo, entendeu? Ele não perde, ele sabe o que ele tá conversando comigo, ele lembra de tudo que eu falo assim, entendeu?” (Luciana)

Em linhas gerais, o CAPS é reconhecido como um lugar acolhedor, que, mesmo com muitas dificuldades para garantir um atendimento adequado, ainda consegue estabelecer vínculos e relações dialógicas com os usuários–sujeitos que buscam esse serviço. As dificuldades do serviço, principalmente as relativas ao processo de trabalho envolvendo a disponibilidade de recursos humanos, já são identificadas e reconhecidas pelos sujeitos que fazem acompanhamento nesse espaço.

A partir dos trechos acima e dos que apresentaremos a seguir, ficou claro que a atenção e cuidado nos CAPS têm sido considerados melhores que nos hospitais psiquiátricos, concordando com os achados de Diaz (2013) na comparação dos dois serviços, porém, ainda persistindo grandes desafios no cuidado às crises. Para Juliana, o CAPS é “o melhorzinho; você pode dizer que tá no céu”.

Há algo no serviço, principalmente de ordem afetiva, que os convidam a continuar frequentando esse espaço. As situações de maus tratos não são referidas, “os enfermeiros que não batem...”, “aqui não tem amarração...”; o cuidado se mostra até na necessidade de utilização da contenção física, que parece ser entendida pelo sujeito como um ato de cuidado e de preocupação: “até para amarrar eles acolchoam”. Essa fala é muito simbólica, pois revela que eles não julgam o ato em si como violento, mas depende principalmente da forma como é feito, diferente da “amarração” do hospital, quando se referem à banalização das contenções físicas, a amarração do CAPS é feita pela palavra, a partir de negociações e da aposta no poder contratual dessas pessoas.

O fato de se sentirem valorizados e tratados de forma respeitosa no CAPS já tem sido um grande avanço, o que, inclusive, tem gerado dúvidas sobre a natureza do serviço, se público ou particular, associando o tratamento ofertado pelo SUS a algo de qualidade inferior.

A mudança é grande, só o fato de serem tratados com respeito, sem violência, sendo reconhecidos, dando – e tratando em – liberdade, faz toda diferença. É tão grande a mudança que, infelizmente para nós, defensores do SUS, para estes usuários *não*

parece o SUS porque todo mundo trata todo mundo bem (DIAZ, 2013, p. 140. Grifo do autor).

Na percepção dos sujeitos–usuários dos serviços, o que mais deixa a desejar em relação ao CAPS são as dificuldades estruturais que limitam as atividades realizadas; a falta de recursos materiais para as produções dos grupos terapêuticos e produtivos e a dificuldade de comparecer ao serviço devido à falta de vale-transporte e ausência de carro próprio do serviço.

“aqui não tem o que oferecer muito, como no Hospital [suprimimos o nome], aqui não temaqui não tem um pátio grande, aqui não tem uma piscina e, graças a Deus, aqui não entra nem crack, nem maconha e nem cocaína e lá já entra tudo e ainda até fumar, até estuprar” (Jacinta.).

“Eu acho assim que deveria ter uma divisão melhor ali, porque homem é desse lado e mulher desse né? então assim, é muito perto e deveria ter outro espaço pra o exame e um espaço pras mulheres e não misturar. E assim, tem muito vazamento pelo chão então eu acho assim muito precário aqui” (Célia).

“Nós, os pacientes, é que trazemos materiais pra gente trabalhar e quem tem que fazer isso é a coordenação, é que tem que ir atrás de material e, muitas vezes, a gente, tem muitas pessoas que não vem pra cá porque não têm condições financeiras e a obrigação deles, já que tem esse vale-transporte, é quando tiver perto de se acabar também já providenciar o outro pro próximo mês né? pra poder as pessoas, porque se a pessoa vem pra cá é porque elas precisam, elas têm necessidade, e ela não vai vir pra um lugar desse se ela não está sentindo nada” (Célia).

“Ser mais amplo, ter mais leitos, abrigar mais as pessoas mais problemáticas de verdade, os moradores de rua que tem problema de cabeça e não aqueles vagabundos”(Jacinta).

Podemos perceber que os aspectos estruturais têm um impacto na assistência prestada aos usuários, diminuindo o alcance de algumas atividades devido à falta de materiais. Isso demonstra ainda o pouco financiamento de custeio destinado aos serviços substitutivos, que estão, literalmente, desinvestidos na sua potência transformadora.

Outra fragilidade dos serviços substitutivos que interfere diretamente nas ações prestadas à população, muito abordada com bastante criticidade pelos entrevistados, foi o problema dos recursos humanos dos CAPS, referente à falta de pessoal disponível e à fragilidade dos vínculos trabalhistas. Em um estudo de Jorge *et aliae* (2007) sobre a gestão de recursos humanos nos CAPS de Fortaleza, identificou-se que:

[...] há vínculos empregatícios diversos em todas as categorias profissionais. Esta diversidade gera inúmeros efeitos relacionados principalmente à redução de oportunidades e à reacomodação espúria dos trabalhadores por meio da terceirização e da subcontratação, levando à precarização do trabalho e à progressiva exclusão dos trabalhadores cujo perfil não se ajuste às imposições desta nova ordem. Aliado à flexibilização das formas de contratação, estão os baixos salários, evidenciados no estudo, corroborando para tal situação (p. 421).

A questão da precariedade dos recursos humanos em saúde ultrapassa a questão dos vínculos trabalhistas, a desvalorização do trabalhador se dá também pela unilateralidade das decisões de gestão, a ausência de processos de gestão compartilhada e de educação permanente, e pelas indicações de profissionais de cunho político partidário e não técnico (SOARES *et aliae*, 2015).

A situação do campo da saúde mental é consequência do que vem ocorrendo com as políticas públicas de saúde, desde a década de 90, em um contexto de reestruturação produtiva com medidas de corte e ajustes na economia de base capitalista. Reconhecendo esse problema, foi lançado em 2006 o Programa Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS — Desprecariza SUS —, com iniciativas para a valorização do trabalhador da saúde e consolidação do SUS (BRASIL, 2006).

Contudo, acreditamos que pouco se avançou nesse quesito e a participação de entidades do terceiro setor — Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) — tem ganhado cada vez mais espaço nas formas de captação de recursos humanos no SUS. Nesta categoria se inclui o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), que tem recebido grandes somas de dinheiro público para fazer a gestão da saúde da capital.

Em Fortaleza, há mais de dez anos não é realizado concurso público para a área da saúde e, especificamente na saúde mental, foi realizado em 2014 uma “seleção pública simplificada” para implementar o quadro de funcionários dos CAPS, por meio de contrato por tempo determinado. Cabe ressaltar que a prefeitura de Fortaleza já foi autuada pelo Ministério Público (MP), por meio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, e assinou um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) comprometendo-se a realizar concurso público no setor saúde, devido ao elevado número de profissionais terceirizados na área⁵.

As queixas em relação à falta de profissionais e, sobretudo, concernente à alta rotatividade, foram bem enfatizadas nas narrativas desses sujeitos, evidenciando uma quebra na continuidade do cuidado, principalmente nas situações de crise, que já são rupturas por si só. Além disso, a cada novo profissional que chega, as histórias dos sujeitos precisam ser repetidas, gerando um sofrimento desnecessário.

⁵ ANEXO -3- Notícia sobre Termo de Ajuste de Conduta do MP.

Sobre os profissionais, Jacinta compartilha um desejo: “Que não mudasse de dois em dois anos [profissionais]...”, geralmente período de duração das seleções públicas.

“Eu falaria assim pro prefeito, eu vou transferir o meu título pra cá né? e eu diria: prefeito Roberto Cláudio, o senhor vai se candidatar a prefeito de novo e vou lhe pedir duas coisas: faça concurso público pra psicólogo, assistente social e psiquiatra e não essas cooperativas, esses contratos. Porque eu estou aqui desde janeiro e já passei por tanta gente e conta tudo e, quando tu estás estabilizando, muda o profissional e você tem que repetir tudo de novo, aí toda aquela sequência na tua vida ali. Eu estou assim desde o dia perícia, a mulher queria saber detalhes do meu estrupo e não teve dó, não bastou ela ler todo o meu prontuário que eu levei daqui. ‘E como é que foi?’ ‘Como é que a senhora se sentiu?’ Olha, doutora, feliz da vida, eu soltei uma caixa de foguete, tive vontade de dizer pra ela né, fiquei muito feliz e estava torcendo que alguém me pegasse na rua logo em seguida de novo. Eu nunca mais esqueci isso, nunca”. (Naomi)

“se tivesse os CAPS funcionando, se todos os CAPS tivessem o aparato todinho que é necessário, não tinha problema nenhum, se tivesse os médicos, tivesse os psicólogos, as terapias, não tem, até aqui vou ver meu médico com três meses, se eu for pedir uma vaga ali, eu quero me consultar o mais rápido possível ela vai me dizer, você pode até perguntar também, ‘tem vaga pra qual médico esse ano?’ Não tem, só tem pra 2016. Eu entrei aqui em agosto, na primeira internação, foi em agosto, agora que em novembro vai ser o meu retorno, minha consulta com o médico, só que, mas graças a Deus que tem essa internação eu vejo ele todo dia, ele passa todo dia [...]” (Juliana)

“[...] mais profissionais que aqui não tem. Aqui tá precisando de psicólogo, aqui não tem e tem muito paciente na fila de espera por um psicólogo. Então, eu venho para o grupo da L. [terapia ocupacional] porque é um ato d’eu escapar ali né, porque quando eu estou assim não me sentindo bem ela me escuta e ela não é psicóloga ela é TO, mas ela vai lá e me escuta, então é assim muita coisa que precisa ser mudada” (Célia).

Essa última fala nos revela que, além do problema do quantitativo de profissionais no serviço, Cristina identifica o lugar da escuta possibilitado apenas pelo profissional da categoria de psicologia, o que torna de fato uma sobrecarga de atendimento para esses profissionais, pois são os “ouvidos” de todos os usuários do serviço. A fila de espera nunca deixará de existir se a palavra não circular por outros profissionais e em outros espaços, como os próprios grupos, como já apontado por Célia.

Diante da exclusividade da escuta por apenas uma categoria profissional, o atendimento e, conseqüentemente, os sujeitos, se fragmentam e na hora que surgem as crises, nenhum profissional ficou responsável por essa incumbência. Já que “remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 103).

A escuta assume, assim, uma função primordial nos serviços substitutivos de saúde mental como ponto de inserção das crises na história dos sujeitos, além de explicitar as contradições e os conflitos que a mobilizam (DIAZ, 2013). Para isso, torna-se necessário resgatar a função da clínica como um favorecedor dos processos de escuta.

De forma geral, aqui demarcamos a clínica como uma prática possível de todos os profissionais da saúde, não somente àqueles tradicionalmente ligados aos saberes *psi*, mas os que lidam no cotidiano do serviço com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção.

Defendemos uma visão, que se contrapõe e supera as perspectivas da Clínica Degradada e da Clínica Tradicional (ONOCKO-CAMPOS, 2001), focada nos sintomas e na queixa da má conduta e na intervenção do doente pelas especialidades, respectivamente. Aproximamo-nos de uma visão condizente com a trazida pela autora de Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito, definida como sendo aquela que integra a avaliação de risco social e subjetivo e se responsabiliza pelas “demandas concretas dos usuários” (p. 101).

Para saber das “demandas concretas” e não as supostas por outrem, esse sujeitos precisam falar; a demanda concreta de C. era ter sua psicóloga de volta, mais do que isso, era que alguém a escutasse.

Para a referida autora, esse esvaziamento do lugar da clínica nos serviços de saúde mental tem sido atribuído a uma compreensão errônea da máxima “colocar o doente entre parênteses”, compreendida como abolição da doença e da clínica, e expõe aos adeptos da luta antimanicomial um “discurso ideológico”. No seu modo de entender, há:

[...] certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico (p. 102)

Já Lobosque (2003), no que denomina de Clínica Antimanicomial, resgata essa função de politização das práticas e defende uma indissociabilidade entre clínica e política. A partir dessa perspectiva, a autora aponta quatro impasses da clínica a serem considerados no exercício cotidianos dos serviços substitutivos:

- 1) O combate em torno de uma verdade, ou seja, que o trabalho produzido nos serviços substitutivos se inscreve como “insurreição de saberes sujeitados” e que, por isso, não necessitam ser capturados pelo funcionamento do discurso científico;
- 2) A partir do surgimento dos saberes *psi*, se produziu um impasse no manejo da clínica, devido a uma associação desta com efeitos centralizadores do poder;
- 3) Psicanálise operando na manutenção das relações de poder;

4) Necessidade de retomada de politização do desejo, ou seja, a ligação direta entre o desejo e o social.

Consideramos necessária a relação estabelecida entre clínica e política neste trabalho, reconhecendo a importância para atingir os objetivos da Reforma Psiquiátrica da produção de novos discursos sobre a loucura na sociedade através da Reabilitação Psicossocial. Entretanto, os embates políticos na sociedade não devem ofuscar as estratégias de cuidado nos momentos, nos quais os sujeitos e suas famílias se veem sem suporte, reforçando o imaginário de desassistência. Dizer não à captura pelo discurso científico requer a invenção de novas possibilidades de cuidado, compreendendo que o científico não é necessariamente biomédico e invenção não é ausência de critérios.

As autoras referidas acima são ambas ligadas à tradição clínica da Psicanálise no campo da saúde mental e mesmo sem a pretensão de aprofundar as vertentes clínicas possíveis, o que extrapolaria o escopo de nossa pesquisa, achamos importante pontuar as contribuições desse olhar porque impacta diretamente na forma como concebemos os sujeitos e a relação que se dá a partir desse ponto.

A ferramenta de cuidado que parece agregar as diferentes visões de clínica e fornece estratégias para lidar com as “demandas concretas” dos sujeitos tem sido o Projeto Terapêutico Singular, por meio da responsabilização dos casos através dos Técnicos de Referência e/ou Equipe de Referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

[...] eles trabalham muito bem, o doutor B. tem muita atenção, ele está me acompanhando, ele está fazendo registro e tudo, entendeu? Ele não perde, ele sabe o que ele tá conversando comigo, ele lembra de tudo que eu falo assim, entendeu? [...] Ajuda, ajuda bastante, é uma pessoa que eu posso contar né? porque ele tem interesse também no problema né?(Luciana)

Ter interesse no problema e na pessoa, não perder o fio de Ariadne da história contada pelo sujeito geram sentimentos de confiança e amparo, revelando a disponibilidade afetiva e pessoal do profissional, que verdadeiramente escuta. Para isso, a fim de que esses sujeitos não se “percam”, alguém precisa saber o que se passa com eles; alguém “que se lembre de tudo”, “com quem eu possa contar”.

Por isso, a figura do Técnico de Referência tem sido tão importante para os acompanhamentos dos casos em saúde mental. Como o próprio termo sugere, é ter alguém que seja referência, que situe e circunscreva o sujeito nas diversas esferas da vida, que saiba sobre seus enfrentamentos e angústias.

De maneira geral, sua função é de acompanhamento dos sujeitos através da “mediação da vida cotidiana” e que ofereça “suporte para o contato consigo e com o outro, bem como para as vivências que decorrem desse contato, estejam elas relacionadas ao ganho de autonomia ou a sensações de agonia e ruptura” (MIRANDA e ONOCKO CAMPOS, 2010 *apud* DIAZ, 2013, p. 159).

Para pensar em respostas à crise vimos, então, que são imprescindíveis a utilização das ferramentas de cuidado propostas por Franco, Bueno e Merhy (1999), como o vínculo, o acolhimento, o PTS e a responsabilização por meio da função de Técnico de Referência.

Outro ponto que tornam frágeis as estratégias de cuidado à crise no âmbito da atenção psicossocial tem sido a fragmentação da RAPS, instituída pela portaria 3.088/2011 como um complexo suporte composto por diferentes serviços com atribuições específicas no processo de cuidado. A rede tem carecido de maiores costuras e ligamentos, os trabalhos isolados têm deixado os usuários à própria sorte, dando “jeitinho” para conseguirem ser atendidos, como compartilhou Juliana ao afirmar que foi para a casa da irmã em outro bairro para ser atendida no único CAPS III de Fortaleza.

Em relação aos “furos da rede”, um deles tem sido a reduzida capacidade, ou mesmo ausência, em alguns casos, da oferta de leitos de acolhimento noturno. Em Fortaleza, temos apenas um CAPS Geral do tipo III, contudo, informalmente, ele é conhecido como um “CAPS II ‘e meio’”, por não funcionar como um serviço de “porta aberta” durante a noite, ficando apenas com os casos indicados do próprio serviço ou encaminhados de outros CAPS da capital até às 18h. Se alguma pessoa entrar em crise durante a madrugada terá que procurar um hospital psiquiátrico.

Segundo a Portaria GM/MS n.º 336/2004, o CAPS III é um serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes, podendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002). Nos casos em que o usuário se encontra em momentos mais graves, a permanência do mesmo no acolhimento noturno limita-se a sete dias corridos ou 10 dias intercalados, num período de 30 dias (BRASIL, 2011).

Atualmente, o Brasil possui apenas 63 CAPS tipo III (BRASIL, 2012), revelando a necessidade da ampliação desse tipo de serviço na rede de atenção psicossocial, uma vez que

essa modalidade é indicada para municípios com população acima de 200 mil habitantes. Para além da abertura de novos serviços, consideramos mais prudente investir no processo de transição dos CAPS II já existentes para CAPS do tipo III, incentivando o processo de aprendizagem já percorrido pelas equipes ao longo dos anos.

No estudo de Okazaki *et aliae* (2010), acerca das percepções dos profissionais de um CAPS sobre a implantação do acolhimento noturno, identificou-se que apesar de a equipe reconhecer a importância de mais esse recurso no leque de possibilidades terapêuticas para os casos graves, a maioria dos sujeitos apresentou resistência quanto à implantação dessa modalidade de cuidado devido à fragilidade dos serviços que compõem a rede e à precarização do trabalho.

Em outras palavras, o acolhimento noturno implicaria trabalhar mais, com mais responsabilidade, envolvendo-se em situações mais complexas e sem nenhuma alteração no quadro de funcionários, no espaço físico do serviço e tampouco nos processos de trabalho, que envolvem a organização do serviço. Nada atrativo para os trabalhadores envolvidos.

O acolhimento noturno é uma possibilidade de acompanhamento pelo serviço de saúde mental, podendo ser realizado em leitos psiquiátricos em hospital geral, previamente pactuados, ou leitos noturnos em CAPS tipo III. Ambos os acolhimentos noturnos têm vantagens e desvantagens, não havendo consenso entre gestores e trabalhadores sobre a melhor forma a ser adotada.

Aproximamo-nos da perspectiva que aposta na criação e ampliação de leitos em CAPS tipo III, devido à possibilidade da continuidade do cuidado do sujeito na crise pela mesma equipe, que muitas vezes já conhece a família dos sujeitos, seu histórico de sofrimento psíquico, os tipos de alterações que dão aberturas para as crises. Sobre esse aspecto, Onocko-Campos (2001) nos diz que:

No seu momento de maior sofrimento e fragilidade, o paciente é exposto a uma quebra extra de seus referenciais e vínculos. Se ele já não reconhece o espaço, irá parar em um espaço que, de fato, ele não conhece, entre pessoas que ele nunca viu, e ser “tratado” por uma equipe que não conhece sua história. Desta forma, a possibilidade de se produzir da crise uma Passagem para alguma outra coisa fica prejudicada. (p. 104-105)

No estudo de Diaz (2013), os sujeitos avaliaram como positiva a permanência do usuário com a mesma equipe nos momentos de crise, sendo um importante diferencial em relação ao modelo hospitalar.

“A despeito dessas dificuldades, no geral, gestores, trabalhadores, usuários e familiares avaliaram que os CAPS III são continentais com usuários e familiares no momento da crise e na reabilitação, e consideraram como positiva a permanência do usuário com a mesma equipe nos momentos de crise [...]” (p. 26).

10. À guisa de conclusão (possíveis, momentâneas...)

Este momento final do nosso trabalho tem o intuito de compartilhar o caminho trilhado e algumas reflexões que apontam uma possibilidade de leitura do fenômeno Crises, ao investigarmos sob a perspectiva dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A delimitação apenas dos sujeitos em sofrimento psíquico como informantes deste estudo, mesmo reconhecendo os outros atores envolvidos nesse processo, ocorreu por reconhecermos a necessidade de por esses atores em questão e deixarem-se interpelar sobre suas experiências de crise, ressignificadas ou não. Outra demarcação surgiu do reconhecimento e da necessidade de resguardar esse espaço de valorização da fala do dito louco e historicamente silenciado.

Em uma perspectiva avaliativa, à qual esta pesquisa se afilia, reconhecemos ser essa característica uma limitação do estudo, não se configurando como um problema em si, uma vez que já existem outros estudos que abordam esse tema na visão de outros atores, como os profissionais e familiares, por exemplo.

Nesta pesquisa, foi necessário um esforço de adensamento teórico sobre o tema central, Crises, tanto em termos conceituais quanto os que envolvem as práticas do cotidiano dos serviços substitutivos, devido à pouca literatura sobre o tema, principalmente no campo da saúde coletiva, em interface com a saúde mental. Consideramos, portanto, essa uma das principais contribuições do nosso estudo.

Na revisão de literatura, fizemos um resgate histórico, político e social que buscou situar o leitor em torno da discussão sobre a loucura ao longo dos séculos, os principais movimentos que possibilitaram inflexões nos discursos e nas práticas no Brasil e no mundo, a identificação de alguns desafios importantes postos ao processo de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial no cuidado à crise e uma discussão conceitual, que possibilitou dar contornos mais precisos ao nosso objeto de estudo.

Enquanto metodologia, apostamos em um campo novo e desconhecido para nós, as narrativas orais autobiográficas, que nos enlaçou pela possibilidade de compreender um evento, ou fenômeno, contextualizado em uma história de vida, pela valorização de como se constrói uma narrativa e também um narrador. Contudo, ficamos receosos, a priori, com a possível limitação dessa metodologia em “captar” minimamente essas experiências, pelo

que encontramos na literatura, que relacionava Crise ao indizível, inominável, irrepresentável, ao que escapa.

Acreditamos que conseguimos elementos importantes por meio da metodologia utilizada, porém consideramos válido ressaltar propostas que incluam recursos que prescindam da fala, incorporando outras formas expressivas como recursos projetivos, artísticos e imagéticos, como fotos, pinturas, escritos, performances, mapas corporais.

Resgatando nossa análise, três foram as dimensões reveladas em nossa Rede Interpretativa, elaborada a partir do quadro teórico, dos objetivos específicos e das narrativas: concepções de crise, origem das crises e cuidado e tratamento.

A primeira dimensão da rede interpretativa — concepções de crise — surgiu da tentativa de conceituar o fenômeno Crise, reconhecendo os limites de delimitar uma experiência tão complexa. Assim, nosso intuito foi perceber como os sujeitos atribuíram sentido ao que lhes aconteceu, a forma como se posicionaram diante de si, dos outros e do mundo.

Sobre esse aspecto, as crises foram definidas por meio de sentimentos, alterações de comportamento, descrições de sensações no corpo, sintomas e diagnósticos médicos. Foram múltiplos significados atribuídos a essa experiência: agressividade, desamor, falta de diálogo, internação, despersonalização, inferno, desgosto pela vida, depressão, desvitalização e algo indefinível. Considerando essas diferentes concepções, emergidas a partir das histórias de vida e das diversas leituras de mundo, consideramos um imperativo ético, uma intervenção em crise facilitadora de múltiplos desfechos, evitando respostas únicas, padronizadas.

A segunda dimensão da rede interpretativa — origem das crises — emergiu de a necessidade dos sujeitos compreenderem uma possível gênese de suas crises, como forma de circunscrever o fenômeno em sua história de vida. As dimensões psicossocial e socioeconômica foram preponderantes nas relações estabelecidas por essas pessoas. De forma geral, as crises foram produzidas por aspectos biológicos; pela imersão em contexto de vulnerabilidade e pobreza; envolvimento em situações de violência, principalmente sexual, e por fim, uma causa multifatorial, que envolvem todos os aspectos anteriores.

Neste trabalho, destacamos a violência doméstica, psicológica e, especialmente, sexual, identificadas nas práticas de incesto e estupro, sofridas pelas entrevistadas, como relacionados ao surgimento das crises. Tendo seu início na infância pelas figuras que, supostamente, seriam de proteção, as crises surgiram como um momento crítico, de maior

sofrimento, nas quais há um “acúmulo” de práticas de violência sofridas ao longo da vida, bem como da necessidade de romper o silêncio a elas relacionado.

Identificamos neste trabalho, que as situações de violências contra a mulher deixaram graves consequências psicológicas como: dificuldades de estabelecer relacionamentos interpessoais, manifestados na recusa de contato e de envolvimento afetivo e sexual; tendência ao isolamento; sentimento de culpa, inutilidade, medo, nojo de si; sensação de uma vida “roubada”; presença de ideações e tentativas recorrentes de suicídio. Devido a esses motivos, o cuidado a essas mulheres precisa ser merecedor de mais aprofundamento no atendimento psicossocial na tentativa de ajudá-las a ressignificar essas experiências traumáticas.

A terceira dimensão da rede interpretativa — cuidado e tratamento — fez referência às estratégias promovidas pelas pessoas em busca de cuidado, formal ou informal. Nesse aspecto, identificamos o cuidado de si e pela família; a busca pela religião e espiritualidade; o uso da medicação e a procura por serviços de saúde, CAPS e hospitais psiquiátricos.

Em relação aos cuidados de si, nos momentos de crise as pessoas tentam realizar suas atividades cotidianas, mesmo com muitas dificuldades. As famílias se configuram como cuidadores estratégicos no âmbito domiciliar, identificando o agravamento nas situações de crise, acompanhando o familiar nas consultas e atividades de reinserção social.

Na perspectiva dos sujeitos em sofrimento psíquico, o que mais os afeta na relação com as famílias são: falta de envolvimento afetivo; incompreensão sobre sua condição psicológica; falta de apoio logístico e, principalmente, de suporte emocional. Algumas dessas posturas reforçaram os sentimentos de solidão vivenciados nos momentos de crise. Contudo, sabemos que ainda são poucas as estratégias que privilegiam espaços de cuidado também para esses cuidadores, que possibilitem troca de experiências e apoio.

No que concerne ao lugar da espiritualidade e da religiosidade, foi importante para os sujeitos evocar um ser supremo para pedir força de superação, como forma de se tranquilizarem nas situações de maior angústia. Em certos momentos, a religião serviu como meio de trazer sinais divinos em situações decisivas, interferindo e evitando a consecução de ideações suicidas ou anunciando a chegada de uma nova fase na etapa da vida, de recuperação e alta do tratamento. Em contrapartida, em momentos de crise é comum a exacerbação de delírios de cunho místico-religioso.

Destacamos a centralidade atribuída à medicação nas estratégias de cuidado, principalmente em adultos em muito tempo de uso. Reconhecemos o lugar que a medicação tem ocupado no alívio de alguns sintomas de ordem psíquica, todavia pontuamos a necessidade de ponderar o uso indiscriminado dessa conduta terapêutica e resgatar o aprofundamento de questões relacionadas à história de vida dos sujeitos, que vão para além de uma resposta medicamentosa. Percebemos também que os entrevistados estabelecem uma relação ambivalente com a medicação, ora indicando um aspecto positivo no qual o remédio é “solução para tudo”, ora se queixando dos aspectos negativos do uso da medicação, que envolve efeitos colaterais indesejáveis e a suposta necessidade de uso contínuo.

Em relação à busca pelos serviços de saúde, há uma procura tanto pelos serviços substitutivos como por hospitais psiquiátricos. Nesse aspecto foi possível perceber que apesar de iniciativas de desinstitucionalização pelo Ministério da Saúde, os programas de avaliação dos hospitais, como, por exemplo, o PNASH, ainda são pontuais e duvidosos em termos metodológicos de avaliação. Assim, os hospitais psiquiátricos persistem como Instituições Totais, promotores de violência física e simbólica. Por esses motivos, o hospital tem se sustentado mais pelos espaços vazios deixados pelos serviços substitutivos do que propriamente por ações resolutivas e eficazes, terapeuticamente falando.

Em relação aos CAPS, ficou evidente que os sujeitos estabelecem outro tipo de relação, mais afetiva e negociada, apesar da fragilidade dos serviços no que se refere à infraestrutura e à política de recursos humanos, gerando impactos diretos nos processos de cuidado. As queixas em relação à falta de profissionais e, principalmente, quanto à alta rotatividade foram presentes, evidenciando uma quebra na continuidade do cuidado, especialmente nas situações de crise que já são rupturas por si só.

Percebemos que os serviços substitutivos estão desinvestidos na sua potência transformadora, comprometendo o grande diferencial desse dispositivo que são os processos clínicos, enquanto favorecedores da escuta e novos posicionamentos subjetivos. As outras amarrações produzidas no serviço por meio do acolhimento, PTS, técnico de referência, vínculo e responsabilização confirmam o poder das tecnologias leves mesmo para os casos de crise, historicamente associados à necessidade de contenção, medicação e isolamento.

Pontuamos a necessária articulação entre Clínica e Política, reconhecendo a importância de ambas para atingir os objetivos da reforma psiquiátrica da produção de novos discursos sobre a loucura na sociedade através da Reabilitação Psicossocial.

No que diz respeito à rede de cuidados, percebemos uma fragmentação da RAPS, mesmo com instituição da portaria 3.088/2011. Ainda são incipientes as possibilidades de acolhimento noturno em leitos psiquiátricos em hospital geral, previamente pactuados, ou leitos noturnos em CAPS tipo III, imprescindíveis para situações de crise.

Encerramos esta etapa de investigação com a expectativa de que nossos resultados possam contribuir para outros estudos sobre o tema, bem como gerar subsídios para mudanças na RAPS de Fortaleza. Para isto, reiteramos o acordo estabelecido com o CAPS acerca da devolutiva de nossa pesquisa, pois acreditamos que é importante para os serviços e para os profissionais analisarem as crises por outra perspectiva, que não a do atendimento do cotidiano e repensar desdobramentos a partir desse outro olhar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 2, n. 1–2, pp. 5–20. 1997.

ALMEIDA, Alexsandro Barreto *et aliae*. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista brasileira de enfermagem*, vol. 67, n. 5, p. 708. 2014.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista portuguesa de saúde pública*, vol. 28, n. 2, pp. 127–131. 2010. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902510700031?via=sd>>. Acesso em: 22 fev. 16.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDREWS, M. Never the last words. In: ANDREWS, M.; SQUIRE, C.; TAMBOUKOU, M. (Eds.). *Doing narrative research*. California: Sage Publications, 2008.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araujo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da escola de enfermagem da USP*. São Paulo: USP, vol. 46, n. 1, pp. 200–207, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Abr. 15.

AYRES, J. R. C. Da necessidade de uma prática sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2009. pp. 127–144.

BARRIO, L. R. *et aliae*. Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais — Negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BASAGLIA, Franco. *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial, 2008.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Tradução de Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1994. 7. ed.

BEZERRA, Cíntia Guedes; DIMENSTEIN, Magda. O fenômeno da reinternação: um desafio à reforma psiquiátrica. *Mental*, vol. 9, n. 16, pp. 303–326. 2011.

BEZERRA, Maura Lima *et aliae*. Apoio matricial em saúde mental: quais efeitos? *Cadernos brasileiros de saúde mental — Brazilian journal of mental health*, vol. 6, n. 13, p. 170. 2014.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano — compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre experiência e saber de experiência. *Revista brasileira de educação*, n. 19, pp. 20–28. 2002.

BONFADA, Diego *et aliae*. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*, vol. 17, n. 2, pp. 227–233. 2013.

BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em estudo*, vol. 17, n. 2, pp. 227–36, 2012.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães *et aliae*. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 3, pp. 643–651, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 15.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 3, pp. 575–586, mar. 2012.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Desafios ético metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis. *No prelo*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A história de Beta*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas para pesquisas envolvendo seres humanos* (Res. CNAS n. 466). Série Cadernos Técnicos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de suporte básico de vida para o SAMU 192 — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados 10*. Ano VII, n. 10, mar. 2012. *On-line*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS: comitê nacional interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS—Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE. *Avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saude-nov.2011>>. Acesso em: 15 fev. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. O vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. *Saúde mental e atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de atenção psicossocial*. Portaria n. 3.088GM, de 26 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 27 mai. 12.

BRITO, R. M. *As histórias contadas na clínica: narrativa e transformação na psicoterapia*. 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado) — Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

BROCKMEIER, J. e HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16 (3), pp. 525–535. 2003.

BRUNER, Jerome. *A cultura da educação*, Porto Alegre: Artmed, 2001.

BRUNER, Jerome. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalization of deviant behavior in children: positive and negative features. *Psicologia: ciência e profissão*, vol. 33, n. 1, pp. 208–221. 2013.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health and illness*, vol. 4, n. 2, 1982, pp.167–182.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, vol. 17, n. 1, pp. 77–93. 2007.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, vol. 11, n. 4, pp. 640–652. 2008.

CALAZANS, Roberto; LUSTOZA, Rosane Zétola. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arquivos brasileiros de psicologia*, vol. 60, n. 1, pp. 124–131. 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 12, n. 4, pp. 849–859. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, pp. 399–407, feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 16.

CAMPOS, L. F. L. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. 3. ed. Campinas: Alínea, 2004.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 1980.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde–doença. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 4, pp. 923–931. 2003.

CARVALHO, I. S.; COSTA, Ileno Izidio da; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Revista mal-estar e subjetividade* (Impresso), vol. 7, p. 163, n. 1–189. 2007.

CARVALHO, Liliane Brandão. *Tessituras eticopolíticas do cuidado na saúde mental*. 241 ff. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Departamento de Saúde Comunitária. Universidade Federal do Ceará, 2014.

CARVALHO, Liliane Brandão; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; FREIRE, José Célio. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de saúde pública*, vol. 4, n. 42, pp. 700–706. 2008.

CARVALHO, Nerícia Regina de; COSTA, Ileno Izídio da. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia clínica*, vol. 20, n. 1, pp. 153–164. 2008.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 4, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 15.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Responsabilidade internacional por violação de direitos humanos: o Brasil e o caso Damião Ximenes. *Prima facie-direito, história e política*, vol. 4, n. 7, pp. 79–94, 2005. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/4560/3431>>. Acesso em: 20 jan. 16.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. pp. 141–168.

CUNHA, M. I. da. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Revista da faculdade de educação*. São Paulo, vol. 23, n. 1–2, jan. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102->. Acesso em: 10 mar. 15.

COSTA, Giliana Martins da *et aliae*. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. *Cadernos ESP*, vol. 8, n. 1, pp. 41–57. 2015. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/169>>. Acesso em: 3 jan. 16.

DA GRAÇA JACQUES, Maria. O nexo causal em saúde–doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia e sociedade*, vol. 19, n. 1, pp. 112–119. 2007.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALMOLIN, B. M. *Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DE ALMEIDA COLVERO, Luciana; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 38, n. 2, pp. 197–205, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/ITAUTEC/Downloads/41397-49436-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 3 jan. 16.

DE LEON, George. *Comunidade terapêutica (A)*. Edições Loyola, 2003.

DE LIMA, Luciana Togni; SURJUS, Silva; CAMPOS, Rosana Onocko. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP*. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, vol. 14, n. 1, p. 122. 2011. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/4365d196ab6b8a0a65f8c0d24f226179/1?pq-origsite=gscholar>>. Acesso em: 3 fev. 16.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. D. C. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. vol. 2, pp. 161–194.

DENZIN, N. K. *Interpretive biography*. Califórnia: Sage Publications, 1989.

DENZIN, Norman K. e LINCOLN, Yvonna S. *et aliae*. Teorias e abordagens. *O planejamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DESVIAT, Manuel. La antipsiquiatria: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud mental*, vol. 6, n. 25. 2006. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=La+antipsiquiatr%C3%ADa%3A+cr%C3%ADtica+a+la+raz%C3%B3n+psiqui%C3%A1trica&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 29 fev. 16.

DIÁRIO DO NORDESTE. *Sem estrutura, rede carece de médicos, leitos e remédios*. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/sem-estrutura-rede-carece-de-medicos-leitos-e-remedios-1.1239235>>. Acesso em: 10 maio 15.

DIAZ, Alberto Rodolfo Manuel Giovanello. *Atenção à crise em saúde mental: clínica, planejamento e gestão*. 201 ff. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2013.

DIMENSTEIN, Magda *et aliae*. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal, RN. *Revista polis e psique*, vol. 2, n. 3, p. 98. 2012.

DINIZ, Breno Satler de Oliveira; KRELLING, Renata. Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo, vol. 33, n. 5, pp. 272–275. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 16.

ESTELITTA-LINS, C; OLIVEIRA, V. M; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Revista ciência e saúde coletiva*, vol. 14, n. 1, pp. 205–215. 2009.

FARIAS, Cynthia Nunes de Freitas; LIMA, Glaucineia Gomes de. A relação mãe criança: esboço de um percurso na teoria psicanalítica. *Revista estilos da clínica*, São Paulo, vol. 9, n. 16, pp. 12–27, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 16.

FERIGATO, S. H. ONOCKO-CAMPOS, R. T. BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de psicologia da UNESP*. vol. 6, n. 1, pp. 31–44. 2007. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/atendimento_crise_saude_mental.pdf>. Acesso em: 11 abr. 15.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 14, n. 1, pp. 129–138. 2009.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24, n. 1, pp. 17–27. 2008.

FONTENELLE, Aléssia Silva. *Sujeitos em crise: estratégias de intervenção de profissionais em Centro de Atenção Psicossocial — CAPS II*. 120 ff. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

FORTALEZA. *Anuário de Fortaleza 2012–2013*. Disponível em: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br>>. Acesso em: 12 mar. 15.

FORTALEZA. *Prefeita inaugura serviço de atenção psicossocial 24 horas*. Disponível em: <http://portalantigo.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=18110&Itemid=78>. Acesso em: 12 de jan. 15.

FORTALEZA. *Projeto técnico do CAPS*, 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S. e MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, abr.–jun. 1999, vol. 15, n. 2, pp. 345–353.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. pp. 181–193.

FRANK, A. *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago, University of: Chicago Press, 1997.

GADAMER, H.G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GADONI-COSTA, Lila Maria; ZUCATTI, Ana PN; DELL'AGLIO, Débora D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos de psicologia*, vol. 28, n. 2, pp. 219–227. 2011.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Revista psicologia política*. São Paulo, v. 12, n. 23, pp. 105–120, jan. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 16.

GERMANO, I.; CASTRO, C. A. Pesquisa em saúde: perspectivas narrativistas, métodos e níveis de análise. *Psicologia argumento*, vol. 28, n. 60, pp. 17–29. 2010.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GONÇALVES, Óscar F. Psicologia e Narrativa: implicações para uma ciência e prática da autoria. In: FERREIRA, Ricardo F.; ABREU, Cristiano N. (Orgs). *Psicoterapia e Construtivismo: considerações teóricas e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GRANDESSO, M. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico. *Educação e pesquisa*, vol. 33, n. 1, pp. 151–161. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1>>. Acesso em: 22 fev. 16.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Parte I. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 14, n. 1, pp. 297–305. 2009.

HYDÉN, Lars-Christer. Illness and narrative. *Sociology health and illness*. 1997, pp. 49–64.

IBÁÑEZ, Tomás. O “giro linguístico”. In: INIGUEZ, Lupicinio. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Tradução de Vera Lucia Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 2004.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em revista*. Belo Horizonte, vol. 13, n. 1, pp. 169–190, jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 15.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto e contexto – enfermagem*, vol. 16, n. 3, pp. 417–25. 2007.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2008. pp. 90–113.

JUCA, Vlória Jamile dos Santos. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 10, n. 3, pp. 771–779, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 15.

KANTORSKI, Luciane Prado. A reforma psiquiátrica — um estudo parcial acerca da produção científica da temática. *Revista eletrônica de enfermagem*, vol. 3, n. 2. 2006.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, São Paulo, vol. 18, n. 1, pp. 153–165, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 fev. 16.

KAPLAN, HI; SADOCK, B. *Compêndio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

KLEINMAN, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de psiquiatria clínica*, vol. 34, n. 1, pp. 5–7. 2007. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/K_autores/KOENIG_Harold_tit_Religioo_Espiritalidade_psiquiatria.pdf>. Acesso em: 3 jan. 16.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. de S.; ARKEMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. de. *Tratado de saúde coletiva*, pp. 615–634. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LARROSA, Jorge. *Notas sobre narrativa y identidad*. In: ABRAHÃO, M. H. M. B. (Org.). *A aventura (auto)biográfica: teoria e empiria*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

LEMKE, R. A.; GONCALVES, S. E. Relato de uma experiência de intervenção em crise psíquica na estratégia de saúde da família. *Boletim da saúde*, vol. 21, pp. 49–55. 2008.

LIMA, Mônica *et aliae*. Signos, significados e práticas de manejo da crise em centros de atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, vol. 16, n. 41, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 maio 15.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Revista brasileira em promoção da saúde*. Fortaleza, vol. 16, n. 1–2, pp. 59–66. 2003.

LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LUENGO, Fabiola Colombani. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: Editora Unesp, 2010.

MALDONADO, Gabriela; CARDOSO, Marta Rezende. O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia clínica*. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, pp. 45–57. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2016.

MANTOVANI, Célia *et aliae*. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista brasileira de psiquiatria*, vol. 32, n. supl. II, 2010. Disponível em: <http://www.psiquiatriabh.com.br/artigos/manejo_agitacao.pdf>. Acesso em: 11 fev. 15.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 3, mar. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de saúde pública*, vol. 4, n. 4, pp. 363–381. 1988.

MIRANDA, Lilian. Entre corredores e labirintos: a narrativa como fio de Ariadne. In: MIRANDA, L.; NAKAMURA, E. (Orgs) *Inserção social e habitação: moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil*. São Paulo: Editora Unifesp, 2012.

MIRIM, Liz Andréa Lima. Balanço do enfrentamento da violência contra a mulher na perspectiva da saúde mental. In: DINIZ, Carmen Simone Grilo; DA SILVEIRA, Lenira Politan; MIRIM, Liz Andréa Lima (Orgs.). *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. pp. 266–287

MOFFATT, Alfredo. *Terapia de crise*. São Paulo: Cortez, 1983.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M.; SOARES, C. A. Uso das narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. GERHARDT *et aliae* (Orgs.). No prelo.

MOREIRA, Daiana de Jesus. *Itinerários terapêuticos dos sujeitos em sofrimento psíquico e qualidade do cuidado na rede de atenção psicossocial: experiências de usuários de Fortaleza, CE*. 180 ff. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, 2014.

MOURA JR, James Ferreira *et aliae*. Concepções de pobreza: um convite à discussão psicossocial. *Temas em psicologia*, vol. 22, n. 2, pp. 341–352. 2014.

MURRAY, Michael. Narrative psychology. In: SMITH, J. A. (Ed.). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. Los Angeles: Sage, pp. 111–132. 2008.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima *et aliae*. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de saúde pública*, vol. 43, n. supl. 1, pp. 8–15. 2009.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto e contexto – enfermagem*, vol. 17, n. 4, p. 680. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/ITAUTEC/Downloads/fam%C3%ADlia+e..%20(2).pdf>. Acesso em: 3 fev. 16.

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. *Pobreza e saúde mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. 151 ff. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Departamento de Psicologia. Universidade Federal do Ceará, 2013.

NICACIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo, vol. 15, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042004000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 15.

NUCCI, Marcelo G.; DALGALARRONDO, Paulo. Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. *Revista brasileira de psiquiatria*, vol. 22, n. 2, pp. 80–86. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a09v22n2>>. Acesso em: 3 fev. 16.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In: Campos, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et aliae. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora HUCITEC; Editora FIOCRUZ, 2012. pp. 19–39.

NUNES, Everardo Duarte; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BARROS, Nelson Filice de. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. *Physis*. Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, pp. 1.341–1.356, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 15.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlória Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de saúde pública*, vol. 23, n. 10, pp. 2.375–84. 2007.

OKAZAKI, Christiane *et aliae*. Acolhimento noturno: expectativas dos profissionais de saúde mental. *Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 21, n. 2, pp. 166–

173, maio–ago. 2010. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14100>>. Acesso em: 15 fev. 16.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; JORGE, Maria Salete Bessa. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste — Rev Rene*, vol. 8, n. 2. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et aliae*. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 10, pp. 2.847–2.857, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 15.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et aliae*. A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Revista ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 10, pp. 2.889–2.898. 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129431>>. Acesso em: 3 fev. 16.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et aliae*. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de saúde pública*, vol. 22, n. 5, pp. 1.053–1.062. 2006.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Clínica: a palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Revista saúde em debate*. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Organização Mundial da Saúde, 2001.

PAES, Marcio Roberto; BORBA, Letícia de Oliveira; MAFTUM, Mariluci Alves. Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de enfermagem. *Revista ciência, cuidado e saúde*, vol. 10, n. 2, pp. 240–247. 2011.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. pp. 455–466.

PANZINI, Raquel G. *et aliae*. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo. vol. 34, supl. 1, pp. 105–115. 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20617>>. Acesso em: 3 fev. 16.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. *Revista psicologia e sociedade*, vol. 23, n. 1. 2011.

PEREIRA, Melissa; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës. *Revista saúde em debate*, vol. 37, n. 99, pp. 664–671. 2013.

PUCHIVAILO, Mariana Cardoso; SILVA, Guilherme Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado. A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da abordagem gestáltica*, vol. 19, n. 2, pp. 230–239. 2013.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RIBEIRO, Wagner S. *et aliae*. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista brasileira de psiquiatria*, vol. 31. 2009.

ROBERTS, G. A. Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence based world? *Advances in psychiatric treatment*, vol. 6. 2000. pp. 432–441.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. pp. 17–59.

SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 15.

SÁEZ, Oscar Calavia. Retórica da Crise. *Humboldt: uma publicação do Goethe Institut*. Disponível em: <<http://www.goethe.de/wis/bib/prj/hmb/the/155/pt7752433.htm>> Acesso em: 2 mar. 15.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde–doença na vivência do cotidiano. *Revista da escola de enfermagem da USP*, vol. 41, n. 1, pp. 73–81. 2007.

SALMON, P.; RIESMANN, C. Looking back on narrative research. In: ANDREWS, M.; SQUIRE, C.; TAMBOUKOU, M. (Eds.). *Doing narrative research*. Califórnia: Sage Publications, 2008.

SARDELLA, C. M. Crisis e identidad. Aportes psicodinámicos para su intervención analítica grupal. *Avances en salud mental relacional*, vol. 7, n. 3. 2008. Disponível em: <<http://www.psiquiatria.tv/revistas/index.php/asmr/article/view/54/41>> Acesso em: 9 mar. 16.

SCHMIDT, Lawrence K. *Hermenêutica*. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – saúde, educação, comunicação*, vol. 3, n. 5, pp. 11–27. 1999.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; DIMENSTEIN, Magda. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de psicologia*, vol. 14, n. 1, pp. 59–67. 2009.

SILVEIRA, R.; LOFEGO, J. REBOUÇAS, M. MESSIAS, A. C.; OLIVEIRA, P. As redes sociais e o território: desafios para as transformações do cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

SOARES, Camila Alves *et aliae*. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. *Cadernos ESP*. No prelo.

SOUZA, P. J. C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, K.; MORAIS, M. A. B.; GUIMARÃES, M. B. L. *et aliae*. (Orgs.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2008. pp. 111–127.

STONE, B. How can I speak of madness? Narrative and identity in memoirs of mental illness. In: ROBINSON, D. *et aliae*. *Narrative, memory and identity: theoretical and methodological issues*. United Kingdom: University of Huddersfield Publications. 2004, pp. 49–57.

TESSER, Charles Dalcanale; DE BARROS, Nelson Filice. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de saúde pública*, vol. 42, n. 5, pp. 914–920. 2008.

VALENTIM, F. J. R. *Havia um CAPS no meio do caminho*. Adoecimento mental, narrativa e produção de sentido. 2011. 143 pp. Dissertação (Mestrado) — Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2011.

VÁSQUEZ ROCCA, Adolfo. Antipsiquiatria. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Nómadas* [en línea]. 2011, (Sin mes). Acesso em: 29 feb. 16]. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18120621019>>. Acesso em: 02 de jan. 15.

VIDAL, F. B.; BRAGA, A. C. S.; SODRÉ, A. R. O. M. A abordagem da crise na psicose. *In: SILVA, M. V. O. (Org.). In-tensa/ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: LEV – Laboratório de Estudos Vinculares – UFBA. 2007. pp. 151–68.

WIKIPEDIA. A Enciclopédia Livre. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Crise>>.

WILLIAMS, G. The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *In memory, identity, community: the idea of narrative in the human science*. New York: State University of New York Press, 2001.

WILLRICH, J. Q. *et aliae*. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Physis* [on-line]. 2011, vol. 21, n.1, pp. 47–64.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Estou realizando uma pesquisa intitulada “Experiências de crise: narrativas autobiográficas de sujeitos em sofrimento psíquico”, cujo objetivo principal é compreender como os sujeitos em sofrimento psíquico dão sentido às situações de crise. Convido-lhe a participar como informante na fase de coleta de dados desta pesquisa a partir da participação em uma entrevista, no qual você falará de forma livre sobre suas experiências de crise e poderá responder algumas perguntas feitas pela pesquisadora.

As falas da entrevista serão gravadas para melhor organizar as informações, porém não será identificado o nome do participante. A entrevista será realizada no CAPS no qual realizam acompanhamento ou no seu domicílio, da forma que for mais conveniente, e deverá durar em média quarenta minutos. Não haverá retorno financeiro pela sua participação. Os resultados dessa pesquisa poderão colaborar nos estudos e reflexões sobre como lidar com as situações de crise dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Com estas informações, após leitura desse documento e estando de acordo com sua participação na pesquisa, solicito que assine os termos de sua aceitação para participar da referida pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. Que você não ficará exposto a nenhum risco ou problema; 3. A identificação de todos os envolvidos será mantido em segredo; 4. Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. Somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar duas vias deste documento, ficando uma cópia com você e uma com o pesquisador.

Em caso de dúvida, poderá comunicar-se com a pesquisadora Camila Alves Soares, Rua Dr. Gilberto Studart, 920, Cocó, Fortaleza-CE, CEP: 60192-105, telefone (85) 91012953.

Fortaleza, ____ de ____ de ____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Assinatura de quem obteve o TCLE

APÊNDICE B — REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL

DESCRITORES	LILACS	MEDLINE	PUBMED	SCIELO	PEPSIC
Saúde mental (mental health)	4.102	258	221095	2797	679
Crise (crisis)	6590	41759	42289	1439	180
Reforma Psiquiátrica (Psychiatry Reform)	0	74	17	58	25
Saúde mental AND crise (mental health AND crisis)	63	2993	4321	11	1
Saúde mental AND Reforma Psiquiátrica (mental health AND Psychiatry Reform)	0	32	7	5	0
Crise AND Reforma Psiquiátrica (crisis AND Psychiatry reform)	0	36	0	0	0
Saúde mental AND Reforma Psiquiátrica AND crise (mental health AND Psychiatry Reform AND crisis)	0	21	0	2	0

Pesquisas realizadas no dia 25 de fevereiro de 2015 nos seguintes sítios:

- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&form=A> (LILACS)
- [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=B\(MEDLINE\)](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=B(MEDLINE))
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced> (PUBMED)
- <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> (SCIELO).

ANEXO 1 — REPORTAGEM DIÁRIO DO NORDESTE

SAÚDE MENTAL

Sem estrutura, rede carece de médicos, leitos e remédios

09.03.2015

Usuários apelam para a Justiça a fim de garantir atendimento. Só o MPE abriu 270 processos entre janeiro e fevereiro

Em Fortaleza, 350 mil pessoas necessitam de algum atendimento em saúde mental. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), desse total, pelo menos, 75 mil sofrem com transtornos graves e persistentes. No entanto, desde a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, há 15 anos, a Capital cearense ainda caminha a passos lentos para efetivar uma de suas principais bandeiras: a substituição das internações em hospitais especializados pelos serviços abertos e de base comunitária.

*Nos 14 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) faltam médicos, em especial, psiquiatras, medicamentos da rede básica e leitos carecem de infraestrutura física suficiente, de mais unidades 24h e que possam acolher os pacientes em crise durante a noite, feriado e fim de semana.*⁶

A demanda é tanta e o suporte tão insuficiente que entre janeiro e fevereiro desse ano, o Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE), por meio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, abriu e acompanha 270 procedimentos sobre portadores de transtornos mentais, envolvendo deficiências na Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza, informa a psicóloga Aline Ribeiro de Carvalho, assessora psicossocial da entidade. São quase cinco ações por dia. Em 2014, foram 184 casos.

Investimentos

Segundo ela, a rede substitutiva - que deve abranger os Caps, leitos em hospitais gerais (HGF, Frotinhas e Gonzaguinhas), residências terapêuticas, entre outros - não recebeu investimentos proporcionais ao fechamento de leitos nos hospitais psiquiátricos, como preconiza a reforma. "Nos últimos anos, das sete unidades anteriormente existentes, apenas três continuam funcionando, sendo que, dos 865 leitos antes disponíveis, apenas 437 permanecem. Mesmo com a abertura de mais Caps, algumas RTs e leitos de desintoxicação, o número é insuficiente", frisa.

O MPE aponta que, além disso, o déficit de profissionais qualificados e a alta rotatividade dos mesmos, a não realização de concurso público na área de saúde mental e a não requalificação de toda a rede, potencializam os problemas. "Para além dos Caps, toda uma rede precisa funcionar de forma adequada e inclusiva, abrangendo postos de saúde e hospitais com leitos para internação psiquiátrica, oferecendo um acesso mais facilitado a essa população", ressalta.

Quem consegue, dá graças a Deus, como o caso da dona-de-casa Fernanda Cavalcante. Seu filho, Luís Gabriel, é autista e precisa de acompanhamento e medicação regulares. "Não tenho do que reclamar, mas sei que tem gente que precisa dormir na porta da unidade para conseguir vaga", conta ela.

O garoto é um dos 2,8 mil pacientes, entre 2 e 18 anos de idade, do Caps-infantil, situado no Jardim América. O equipamento abrange 66 bairros de três regionais. Ali, só existem dois leitos para estabilização do quadro e uma fila de, pelo menos, dois meses, para um dos dois psiquiatras. "O ideal seria a implantação de mais um centro infantil na SER IV, porque aliviaríamos nossa carga, dividiríamos o trabalho e o atendimento seria melhorado", reconhece a coordenadora do local, Lorena Soares Rebouças.

A Regional VI conta com um Caps-AD (álcool e drogas) e oito leitos para internação e duas para desintoxicação, localizados na Barra do Ceará. A sede é alugada e não oferece estrutura adequada para a demanda. Ali,

⁶ Grifo nosso.

Raimundo Nonato Santana, tenta mais uma vez, se livrar do vício de bebida e crack. "Aqui é bom, a Ticiane (a coordenadora da Casa) é excelente, nos apoia. Não tenho o que dizer", diz.

Uma das situações mais complicadas ocorre no equipamento geral do Bairro de Fátima. Com apenas dois profissionais da psiquiatria e ainda um de licença, a unidade possui atualmente 10,7 mil prontuários abertos e não sendo caso urgente, o paciente é atendido pela assistente social e encaminhado para o clínico do posto de saúde. "A gente precisa fortalecer os cuidados que devem ultrapassar os muros das casas e isso envolve a comunidade, escola e família", analisa a coordenadora Érica Sales.

A gerente da Célula de Atenção à Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Carolina Aires, reconhece os problemas, em destaque para a falta de médicos, e adianta que a rede psicossocial receberá investimentos. A começar pela chamada de 10 novos psiquiatras e concurso público para a área no segundo semestre desse ano. Além disso, a construção de mais Caps e Unidades de Acolhimento. "Estamos também capacitando os profissionais com a consultoria do dr. Eugênio Vilaça", ressalta.

FIQUE POR DENTRO

Caso marcou a história de luta antimanicomial

O Brasil foi processado e condenado na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) pela morte de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral. Foi acusado de violar quatro artigos da Convenção Americana: os direitos à vida, à integridade física, às garantias judiciais e à proteção judicial.

O caso aconteceu no dia 4 de outubro de 1999. Então com 30 anos, Damião foi sujeito à contenção física, amarrado com as mãos para trás e a necropsia revelou que seu corpo sofreu diversos golpes, apresentando escoriações localizadas na região n

asal, ombro direito, parte anterior dos joelhos e do pé esquerdo, equimoses localizadas na região do olho esquerdo, ombro homolateral e punho.

No dia de sua morte, o médico da Casa de Repouso, sem fazer exames físicos em Damião, receitou-lhe alguns remédios e, em seguida, se retirou do hospital, que ficou sem nenhum médico. Duas horas depois, Damião morreu. Essa foi a primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos.

Lêda
Repórter

Gonçalves

FONTE: DIÁRIO DO NORDESTE. Sem estrutura, rede carece de médicos, leitos e remédios. Disponível em:<<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/sem-estrutura-rede-carece-de-medicos-leitos-e-remedios-1.1239235>> Acesso em: 10/05/2015

ANEXO 2 — NOTÍCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ

Hospital Frota Pinto é o melhor avaliado do Brasil

Qua, 01 de Abril de 2015 15:48



O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), unidade da rede de assistência da Secretaria da Saúde do Estado, obteve a melhor avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH 2012/2014). A nota final de 97,56 atribuída ao HSM foi a maior dentre as 143 instituições avaliadas, que juntas ficaram com média de 65,98. A avaliação do PNASH é realizada e aplicada a todos os hospitais da rede do SUS mediante aplicação de quatro formulários padronizados para cada unidade hospitalar, divididos em: avaliação técnica, avaliação para usuários de ambulatório, avaliação para usuário de internação, avaliação para usuários de emergência. O PNASH/Psiquiatria é uma estratégia da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde que avalia o real nível de qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos do país. Na edição anterior do PNASH (2007/2009), o HSM ficou com nota 72,05, na 52ª colocação.

O atual Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto iniciou suas atividades em 1963. O então “Hospital Colônia de Psicopatas” era estruturado como asilo, já que o convívio social com doentes mentais não era aceito pela sociedade. O hospital era, portanto, um asilo que chegou a contar com 400 leitos ocupados. Hoje, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – antigo Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSM) – compõe a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado e é referência para o atendimento em psiquiatria no Ceará, integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a missão de garantir atendimento interdisciplinar, promover atividades de ensino e pesquisa e ainda aprimorar as técnicas de assistência em saúde mental para contribuir com a reabilitação biopsicossocial e reintegração dos portadores de transtornos mentais ao contexto sócio familiar, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto tem 180 leitos para internação e dispõe de dois hospitais-dia com 60 leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos e também um núcleo de atendimento à infância e à adolescência.

Assessoria de Comunicação da Sesa
 Selma Oliveira / Marcus Sá / (selma.oliveira@saude.ce.gov.br / 85 3101.5221 / 3101.5220)
 FONTE: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ. Hospital Frota Pinto é o melhor avaliado do Brasil. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46737-hospital-frota-pinto-e-o-melhor-avaliado-do-brasil>- Acesso em: 20/01/15

ANEXO 3 — NOTÍCIA SOBRE TERMO DE AJUSTE DE CONDUTA DO MP

PREFEITURA DE FORTALEZA FIRMA TAC COM MPCE E MPT PARA OFERTAR CONCURSOS PÚBLICOS NA ÁREA DA SAÚDE

A Prefeitura de Fortaleza assinou hoje (25) um Termo de Ajustamento de Conduta se comprometendo com o Ministério Público do Estado do Ceará e o Ministério Público do Trabalho – 7ª Região a realizar concursos públicos na área da saúde. O documento foi assinado pela promotora de Justiça de Defesa da Saúde Pública, Isabel Porto; pelo procurador-chefe do MPT, Antônio de Oliveira Lima; pelo procurador-geral do Município, José Leite Jucá Filho; pela secretária municipal da Saúde, Socorro Martins; e pelo secretário de Planejamento, Orçamento e Gestão do Município, Philipe Nottingham.

Um dos concursos públicos a serem realizados deve ser para o provimento de 622 vagas para os cargos de técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal e auxiliar de saúde bucal. O projeto de lei propondo a criação dos cargos deve ser encaminhado até o dia 15 de agosto para a Câmara Municipal de Fortaleza. Já a publicação do edital deve ser feita até 15 dias após a aprovação da lei.

O TAC também estipulou o prazo até 30 de setembro para a convocação de todos os candidatos aprovados no processo seletivo realizado no primeiro semestre deste ano. Um novo certame deve ser realizado para substituir por servidores temporários todos os trabalhadores ligados às atividades-fim da área de saúde do município, que atualmente prestam serviço por meio de empresas terceirizadas ou na forma de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). O edital deve ser publicado até o próximo dia 31.

A Prefeitura de Fortaleza se comprometeu ainda a fazer um levantamento da demanda de pessoal da saúde nas áreas de atenção primária (até 31/03/2015), secundária e terciária (até 31/08/2015); e apresentar um plano de ação do levantamento de pessoal no prazo de 60 dias. Assim, um terceiro concurso público deve ser feito em 2015 para o provimento de cargos públicos na área da saúde para atender toda a demanda permanente de servidores.

O descumprimento do TAC sujeitará o compromissário ao pagamento de R\$ 5 mil por cada servidor contratado ou mantido em desacordo com o que foi firmado. O gestor público responderá solidariamente pela multa, caso o descumprimento resulte da falta de ato que lhe competia praticar ou abster.

Fonte: Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/servicos/asscom/destaques.asp?cd=3244>>. Acesso em: 16 fev. 2016.