

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

RAQUEL CORDEIRO NOGUEIRA

Sujeitos “reformados”: um estudo dos sentidos e
configurações subjetivas construídos por usuários dos
Centros de Atenção Psicossocial de Recife/PE

Recife
2015

RAQUEL CORDEIRO NOGUEIRA

Sujeitos “reformados”: um estudo dos sentidos e
configurações subjetivas construídos por usuários dos
Centros de Atenção Psicossocial de Recife/PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Cultura e Cognição

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane De Conti

Recife
2015

Catálogo na fonte
Bibliotecário Rodrigo Fernando Galvão de Siqueira, CRB4-1689

N778s Nogueira, Raquel Cordeiro.
Sujeitos reformados : um estudo dos sentidos e configurações
subjetivas construídos por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial
de Recife/PE / Raquel Cordeiro Nogueira. 2015.
169 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane De Conti.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH.
Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Recife, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia cognitiva. 2. Subjetividade. 3. Psiquiatria - Pesquisa.
4. Clínicas psiquiátricas. 5. Política de saúde mental - Brasil. I. De Conti,
Luciane, (Orientadora). II. Título.

153 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2016-38)



ATA DA **303ª** DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA DO CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, NO DIA **25 DE FEVEREIRO DE 2015**.

Aos **25** (vinte e cinco) dias do mês de **fevereiro de dois mil e quinze (2015)**, às quatorze horas, na Sala de Aula 01 do 8º andar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas-CFCH da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa da Dissertação de Mestrado intitulada **Sujeitos "Reformados"**: um estudo dos sentidos e configurações subjetivas construídos por usuários de Centros de Atenção Psicossocial de Recife/PE, da aluna **RAQUEL CORDEIRO NOGUEIRA**, na área de concentração Psicologia Cognitiva, sob a orientação da Profa. Dra. Luciane De Conti. A mestranda cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de **MESTRA** em Psicologia Cognitiva. A Banca Examinadora foi indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva na sua 1ª Reunião Ordinária/2015 e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo Nº 23076.005362/2015-01 em 06 (seis) de fevereiro de dois mil e quinze (2015), composta pelas Professoras Doutoras **LUCIANE DE CONTI** (Presidente e 1º Orientador), **ANA LUCIA FRANCISCO** (Examinador Externo, Dep. de Psicologia/UNICAP) e **ANA KARINA MOUTINHO LIMA** (Examinador Interno). Após cumpridas as formalidades, a candidata foi convidada a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, a candidata foi arguído pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder à mesma a menção **APROVADA** da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretária de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 25 de Fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

PROFA. LUCIANE DE CONTI

PROFA. ANA LUCIA FRANCISCO

PROFA. ANA KARINA MOUTINHO LIMA

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a tantas pessoas especiais, desde aquelas que apenas cruzaram o meu caminho por um breve momento, às que vêm caminhando comigo ao longo dessa jornada.

Agradeço à minha família por todo amor e carinho a mim dedicados. Em especial, agradeço ao meu tio Marcos pelas sempre positivas contribuições acadêmicas, pela paciência e pelos constantes incentivos.

Agradeço infinitamente ao meu quase marido Eduardo, acima de tudo, pelo amor, companheirismo, respeito e compreensão, além do colo e ouvidos sempre acolhedores. A sua força me deu resistência e sua paciência me deu tranquilidade para superar mais uma etapa.

Aos meus queridos amigos e companheiros de jornada Natália, Eugênia, Luciana, Carolina, Graciana e Edigleisson agradeço as boas risadas, as trocas constantes, as ajudas e os estímulos.

À minha orientadora Luciane por todo o aprendizado, afeto, atenção e presença, mesmo à distância.

Agradeço ainda às usuárias e às equipes que se permitiram envolver e compartilhar suas histórias, subjetividades, cotidianos e vidas.

Finalmente, agradeço a Deus pela resiliência ao longo deste último ano, pela chegada ao fim desta jornada e pelo início da próxima etapa.

RESUMO

Nogueira, R. C. (2015). *Sujeitos “reformados”*: um estudo dos sentidos e configurações subjetivas construídos por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Recife/PE. Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

A cada dia o Brasil vem consolidando e expandindo sua rede de atenção psicossocial voltada para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, fundamentada na ética e nos princípios da reforma psiquiátrica, que propõe o cuidado a partir da singularidade, da promoção de autonomia, humanização e equidade na assistência. Neste contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos, responsáveis pelo acolhimento e cuidado desses usuários, e podem ser considerados unidades de subjetividade social, pois propiciam o convívio com discursos e práticas característicos da reforma e assim possibilitam a construção de modos diferenciados de subjetivação. A subjetividade, na perspectiva da Teoria da Subjetividade, se compõe das produções do indivíduo em cada momento de sua experiência nos diversos espaços sociais, configurando-se como um sistema complexo, processual, dinâmico, constituído principalmente por sentidos e configurações subjetivas. Neste horizonte, o objetivo do presente trabalho consiste em analisar as configurações subjetivas construídas por usuários de CAPS a partir de seu acompanhamento na rede de saúde mental, tendo em vista que os efeitos produzidos pelo modelo de cuidado da reforma nas subjetividades desses é um campo ainda carente de investigação científica. A metodologia foi construída a partir do referencial teórico-metodológico da Epistemologia Qualitativa e dos instrumentos denominados Dinâmica Conversacional e Complemento de Frases. Apresentamos os resultados a partir de estudos de caso com duas usuárias de diferentes CAPS do Recife/PE, sendo cada caso composto por: uma narrativa de vida da usuária, núcleos de sentido subjetivo e indicadores construídos narrativamente pela usuária, núcleos de sentido subjetivo e indicadores construídos pelo seu CAPS de referência e uma síntese do caso. Com base na análise dos casos encontramos diversas marcas subjetivas construídas pelas usuárias participantes a partir do contato com o acompanhamento dos CAPS, tais como: a consciência da necessidade da medicação, a percepção do CAPS como um espaço de cuidado, o adoecimento encarado como afastamento da vida, a presença e importância de redes de apoio, além do entendimento da necessidade de continuidade do tratamento e do cuidado de si ao longo da vida. Por outro lado, observamos ainda que alguns sentidos subjetivos construídos pelas usuárias vão de encontro com os discursos subjetivamente produzidos e compartilhados pelas equipes do CAPS, tais como: a real necessidade das usuárias de outros serviços *versus* a dificuldade de encaminhamento e a dependência da rede; a presença e disponibilidade da rede familiar *versus* a dificuldade do vínculo com as famílias; a promoção da autonomia *versus* o surgimento e encorajamento de posturas de tutela. Tais fatos apontam para a necessidade de constante reflexão e (re)avaliação, tanto das práticas no campo da saúde mental, quanto das suas repercussões nas subjetividades dos seus atores, visando construir um permanente diálogo entre a ideologia da reforma e sua efetiva consolidação na sociedade brasileira.

Palavras chave: Subjetividade. Usuário. CAPS. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Nogueira, R. C. (2015). *“Reformed” subjects: a study about subjective senses and configurations constructed by users of Psychosocial Care Centers in Recife/PE*. Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Each day Brazil has been expanding and consolidating a psychosocial attention network towards the care of mentally ill people, founded on psychiatric reform ethics and principles, that proposes caring through singularity, autonomy promotion, humanity and assistance equity. In this context, Psychosocial Care Centers (CAPS) are strategic devices, responsible for the reception and care for those users, and can be considered as social subjectivity units because it provides companionship with psychiatric reform specific speeches and practices, which enables the construction of diverse subjectification dispositions. In the Subjectivity Theory perspective, subjectivity is composed by individual productions on every moment of one's experiences in a diversity of social spaces, configuring itself as a complex, processual, dynamic system, mainly constituted by subjective senses and configurations. On that horizon, our objective at the present work consists on analyzing the subjective configurations constructed by CAPS' users from the accompaniment in the mental health network, having in mind that the effects of psychiatric reform model on the subjectivity of its users is a field lacking of scientific investigation. This methodology was built considering Qualitative Epistemology theoretic-methodological referential, and usage of two instruments called Conversational Dynamic and Phrasal Complement. We present the results through case studies with two Recife/PE's CAPS' users, each case composed by: a user's life narrative, user's nucleus of subjective senses and indicators narratively constructed, CAPS' nucleus of subjective senses and indicators and a case synthesis. Based on cases analysis, we found a diversity of subjective marks constructed by the users familiarity (from experiencing) with CAPS' assistance, such as: consciousness of medication need, perception of CAPS as a caring device, considering sickness as a distance from life, presence and importance of caring networks, in addition to the comprehension of continuing treatment and care of themselves through life. On the other hand, we observed that some of the subjective senses constructed by users barge into discourses subjectively produced and shared by CAPS' workers teams, such as: users real need of other health services *versus* routing difficulty and dependence on health network; family presence and availability *versus* family bondage difficulties; autonomy promotion *versus* outbreak and encouragement of tutelage behaviors. Those facts point to the need of constant meditation and (re)evaluation of mental health field practices and their repercussions in its' actors subjectivity, seeking the construction of a permanent dialogue between psychiatric reform ideology and its effective consolidation on Brazilian society.

Key words: Subjectivity. user. CAPS. Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
PNASH/ Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar de Psiquiatria
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial do tipo 1
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial do tipo 2
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial do tipo 3
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
CAPSad III	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas do tipo 3
TR	Terapeuta de Referência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
COHAB	Companhia de Habitação Popular
PNH	Política Nacional de Humanização

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo dos dados da saúde mental brasileira dos anos de 2002 e 2010	26
Tabela 2 – Caracterização dos diferentes tipos de CAPS quanto ao porte, capacidade de atendimento, horário de funcionamento, equipe necessária e clientela atendida	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares, no período entre 2002 e 2011	27
Gráfico 2 – Mapas de cobertura, por município, dos CAPS do Brasil, em 2002 e 2011 (Parâmetro de 1 CAPS para cada 100 mil habitantes)	37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PARTE I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	22
CAPÍTULO 1. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	22
CAPÍTULO 2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	31
CAPÍTULO 3. A TEORIA DA SUBJETIVIDADE	39
PARTE II. PERCURSO METODOLÓGICO	44
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS	44
CAPÍTULO 5. EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA	45
5.1 Caráter construtivo interpretativo do conhecimento	46
5.2 Legitimação do singular como instância de produção científica	46
5.3 Pesquisa como processo dialógico	48
CAPÍTULO 6. CONSTRUÇÃO DO MÉTODO	49
6.1 Participantes	49
6.2 Recursos instrumentais	52
6.3 Procedimentos de construção e interpretação das informações	55
PARTE III. ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO	61
CAPÍTULO 7. CASO ELIS REGINA	61
7.1 Elis Regina: uma narrativa de vida	63
7.2 Frases completadas por Elis Regina	67
7.3 Os núcleos de sentido subjetivo de Elis Regina	68
7.3.1 As repercussões do adoecimento	69
7.3.2 Percurso pelo CAPS Estrada do Sol	71
7.3.3 Para frente é que se anda	77
7.4 Sentidos subjetivos da equipe do CAPS Estrada do Sol	81
7.4.1 Critérios de alta	82
7.4.2 Sentidos relacionados ao CAPS Estrada do Sol	85
7.4.3 Paradoxos de uma prática	87
7.5 Caso Elis Regina: síntese e articulações teóricas	91

CAPÍTULO 8. CASO CLARA NUNES	96
8.1 Clara Nunes: uma narrativa de vida	98
8.2 Frases completadas por Clara Nunes	105
8.3 Os núcleos de sentido subjetivo de Clara Nunes	106
8.3.1 A depressão e suas repercussões	108
8.3.2 Caminhos terapêuticos	113
8.3.3 Minha história de vida... não foi só tristeza	121
8.4 Sentidos subjetivos da equipe do CAPS Basta um Dia	125
8.4.1 Sobre o CAPS Basta um Dia	126
8.4.2 A questão da alta e seus critérios	129
8.4.3 Dificuldades de cada dia	134
8.5 Caso Clara Nunes: reflexões e articulações teóricas	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	150
ANEXOS	161
ANEXO I. Cronograma da pesquisa	161
ANEXO II. Orçamento da pesquisa	162
ANEXO III. TCLE dirigido aos profissionais das equipes dos CAPS	163
ANEXO IV. TCLE dirigido aos usuários dos CAPS	165
APÊNDICES	167
APÊNDICE I. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - UFPE	167
APÊNDICE II. Comunicação interna de autorização da Prefeitura do Recife	169

INTRODUÇÃO

Na atualidade, um dos campos de atuação do psicólogo e de outros profissionais da saúde é a saúde mental, cujas principais características são complexidade, pluralidade, intersectorialidade e transversalidade. Saúde mental, além de se referir ao estado mental de indivíduos e coletividades, é um termo que compreende uma área de conhecimento no âmbito das políticas públicas de saúde, a qual consiste em novos paradigmas e formas de pensar, entendendo que o sujeito, a doença, a sociedade e a vida são fatores complexos, simultâneos, transversais, reflexivos (Amarante, 2007).

Este campo é inaugurado, aqui no Brasil, na década de 1970, a partir do surgimento dos movimentos sociais em defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e da reforma psiquiátrica no país, tendo em vista a crise do modelo manicomial e de seus hospitais psiquiátricos. A reforma psiquiátrica se opõe à violência asilar e às formas anteriores de compreensão do fenômeno da loucura, através da proposta de uma nova ideologia de assistência e cuidado, pautada na promoção de autonomia e da singularidade, no respeito às diferenças, na equidade, na responsabilização mútua. Dessa forma, o processo de reforma psiquiátrica pode ser compreendido como uma conjunção de transformações culturais, ideológicas, sociais, legislativas, profissionais, individuais e familiares, as quais pretendem instituir novas práticas interventivas e construir novas formas de pensar a loucura e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira.

No curso do processo de reforma se iniciou um combate em favor da desospitalização, desinstitucionalização, humanização dos serviços, fechamento de leitos psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos. Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos da rede de saúde pública, responsáveis por substituir os hospitais psiquiátricos através do acolhimento e cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Os CAPS têm como principal objetivo o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, por meio do acompanhamento clínico associado ao desenvolvimento de ações para fortalecimento dos laços familiares, sociais e comunitários, exercício da cidadania, acesso ao trabalho e lazer. Nesta perspectiva, os CAPS devem atuar como serviços abertos e

acolhedores, que preservam os laços dos usuários com seu território, além de constituírem espaços estratégicos para construção de novas práticas sociais no manejo com a doença e a saúde mental, visando transformar as relações entre a sociedade e a loucura.

A implementação e regulamentação dos CAPS pelas políticas públicas brasileiras estão enraizadas no solo epistemológico da reforma e representam uma noção de clínica que amplia e desconstrói os modelos clássicos. No entanto, Lima (2006) aponta para a possível existência de um amplo terreno de dificuldades, contradições e impasses entre o discurso e a prática que, se não for devidamente refletido e questionado, pode funcionar como fonte silenciosa de manutenção dos discursos e práticas da cultura asilar. A cidade do Recife, cuja população supera a faixa de 1,5 milhão de habitantes¹, conta atualmente com 17 CAPS em sua rede de saúde mental², dos quais 11 cuidam especificamente de pessoas com transtornos mentais e os demais se voltam para o cuidado de pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas. Diante desse extenso quadro de serviços substitutivos, se faz necessária a problematização sobre o funcionamento, as aproximações e distanciamentos das práticas de cuidado com a ética da reforma, as dificuldades enfrentadas e estratégias buscadas por estes serviços “para garantir a assistência de qualidade ao usuário e para que possam funcionar como espaços de cuidado para pouso breve de dores psíquicas” (Lima, 2006, p. 16).

Tais reflexões tornaram-se evidentes ao longo da experiência acadêmica e profissional desta autora no âmbito da saúde mental, e estão indubitavelmente presentes nesta dissertação. A motivação para pensar e pesquisar neste campo se originou durante a realização do estágio curricular obrigatório da graduação em psicologia, no ano de 2012, quando tive a oportunidade de vivenciar, num dos CAPS do Recife, o novo modelo de cuidado de pessoas com transtorno mental pautado na reforma psiquiátrica. O estágio no CAPS foi uma experiência enriquecedora, que demonstrou os inegáveis progressos e melhorias proporcionados por este novo paradigma de cuidado, dentre eles a ampliação do conceito de saúde, o foco no sujeito, a humanização das práticas, dos profissionais e dos ambientes, etc. No entanto, também deflagrou certo estranhamento e muitas reflexões acerca das práticas em saúde nestes dispositivos e dos paradoxos existentes entre estas e as políticas públicas

¹ Fonte: <http://cod.ibge.gov.br/3P0>

² Fonte: <http://www2.recife.pe.gov.br/pcrservicos/servico-de-saude-mental/>

baseadas na ética da reforma psiquiátrica, indicando que a realidade dos serviços de saúde mental ainda necessita percorrer um longo caminho em direção à superação do paradigma manicomial (Dimenstein, 2006; Amarante, 2006; Campos & Romagnoli, 2007).

Assim, considerando a importância e amplitude do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica, o papel de destaque dos CAPS como seus principais dispositivos estratégicos de substituição do paradigma manicomial, e o cuidado dos usuários como sua razão e propósito fundamentais, esta proposta de pesquisa foi idealizada e aprimorada na perspectiva de que as reflexões aqui construídas possam retornar para seu lugar de origem, o campo da saúde mental, de modo a contribuir com sua compreensão, transformação e qualificação. Partimos da compreensão de que os CAPS compõem unidades de subjetividade social – cenários de produção de subjetividades –, tendo em vista que possibilitam aos seus usuários modos diferenciados de perceber, sentir e orientar suas vidas (Lima, Jucá & Santos, 2011), a partir do convívio com discursos e práticas característicos do modelo de cuidado fundamentado na ética da reforma. Esta ética propõe para seus atores um novo modo de vida (González Rey, 2011), isto é, posturas, comportamentos, discursos, significados e preferências que passam a adquirir caráter de hegemonia simbólico-emocional no sistema de subjetividades em desenvolvimento dentro de determinado grupo social. Assim, um dado modo de vida passa a integrar de forma naturalizada os relacionamentos, as ações e subjetividade dos indivíduos.

A subjetividade, nesta perspectiva, se compõe das produções e construções do indivíduo em cada momento de sua experiência, na qual são indissociáveis e estão em constante movimento a personalidade e o contexto (González Rey, 2011). Assim, é uma organização de processos de sentido e significação, a qual inclui processos racionais, simbólicos e emocionais característicos da produção psíquica nos espaços da vida, os quais aparecem e se configuram em distintas formas e níveis no sujeito e na personalidade, bem como nos diferentes espaços sociais onde o sujeito atua (González Rey, 1999; 2007). Dessa forma, os processos e sistemas componentes da subjetividade, tais como os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas, se constituem e se organizam a partir da diversidade de experiências vividas pelo sujeito em sua trajetória de vida, e o seu estudo possibilita uma maior compreensão acerca da própria organização, dinâmica e complexidade características dos humanos diante dos espaços e funções que ocupam ao longo de sua existência.

A realização de um trabalho cujo olhar se volta para a subjetividade pode provocar questionamentos, por exemplo, acerca da representatividade das informações construídas ou mesmo da relevância do presente estudo. É importante esclarecer que adotamos uma perspectiva de compreensão da subjetividade e seus componentes a qual mantém uma relação dialógica constante com o contexto no qual se constrói, sendo este inevitavelmente parte de um ambiente sociocultural. Dessa maneira, não é possível pensar a subjetividade apenas no plano individual, pois o próprio plano singular está atravessado pelo cultural, tendo em vista que em todo particular há características do universal (Lima, 2006). Nesta base, compreendemos que é possível observar e até analisar diversos movimentos do contexto macro a partir das construções e experiências singulares que possibilitaram aos indivíduos envolvidos em tais contextos. Em adição, compreendemos que podem existir muitas semelhanças e analogias entre os discursos e as formas de cuidado exercidas pelos dispositivos substitutivos, possibilitadas pelo compartilhamento da ética da reforma no campo da saúde mental brasileira, posto que se guiam por um mesmo marco normativo. Dessarte, as construções teóricas formuladas no presente trabalho, apesar de circunscritas em suas especificidades, têm o potencial de gerar ressonâncias e questionamentos em outros indivíduos, equipes e instituições, oportunizando reflexões e mudanças.

Isto posto, nosso objetivo consiste em analisar as configurações subjetivas construídas pelos usuários da saúde mental a partir de sua trajetória de acompanhamento nos CAPS. Para isso, realizamos a investigação dos sentidos subjetivos construídos narrativamente pelos usuários, indicadores de suas configurações subjetivas relacionadas ao contexto dos CAPS; a identificação de possíveis tensões, transformações e rupturas nas configurações subjetivas dos usuários diante do novo modelo de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica; e o levantamento dos núcleos de sentido subjetivo comuns aos sujeitos usuários dos CAPS. Portanto, nosso trabalho busca uma compreensão mais detalhada sobre os sentidos subjetivos que se configuram como bases da subjetivação construída pelos usuários, a partir do contato com o modelo de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica vivenciado nas suas trajetórias pelo dispositivo CAPS, isto é, compreender em que medida poderíamos denominá-los "reformados". Tal compreensão, dos impactos da reforma e desses dispositivos nos indivíduos usuários e na sociedade, ainda é incipiente tendo em vista que sua implementação no Brasil pode ser considerada recente (tem pouco mais de 20 anos de história).

No entanto, apesar da importância da construção do conhecimento neste campo da saúde mental, o qual ainda está em processo de franca expansão no Brasil, ainda há uma quantidade relativamente pouco representativa (porém crescente) de estudos realizados com os usuários de CAPS, principalmente numa perspectiva de análise qualitativa do que se produz a partir da inserção destes dispositivos na vida e na subjetividade das pessoas com transtornos mentais, sendo este mais um elemento motivador para a realização do presente trabalho. Na pesquisa³ de referências neste campo de conhecimento específico, realizada nas bases da Scielo, Lilacs e Capes, encontramos cerca de 88 trabalhos, entre artigos, teses e dissertações, dos quais participam usuários da rede brasileira de saúde mental, sendo 75 desses trabalhos realizados com usuários acompanhados por CAPS.

Das pesquisas realizadas especificamente com usuários de CAPS, categorizamos a participação desses sujeitos em dois eixos temáticos principais: estudos que trabalham com a perspectiva dos usuários e estudos que exploram as vivências dos usuários. No primeiro eixo podemos localizar 26 trabalhos que abordam a opinião, avaliação, perspectiva ou representação social dos usuários, acerca dos diversos aspectos que permeiam o campo da saúde mental e a instituição CAPS. Os temas mais recorrentes nestes estudos são: a inclusão e rede social e o apoio matricial (Salles, 2011; Jorge et. al., 2012; Pinto et. al., 2012; Silveira et. al., 2013); o funcionamento de oficinas terapêuticas, da equipe multiprofissional e do trabalho no CAPS (Cedraz & Dimenstein, 2005; Rezio & Oliveira, 2010; Miranda et. al., 2009; Neves et. al., 2012; Jorge et. al., 2010; Soares & Saeki, 2006; Martins et. al., 2010); a relação social e as concepções de cuidado entre trabalhadores e usuários (Nasi, 2011; Brasil et. al., 2009; Acioly, 2009); e as avaliações e representações sobre o CAPS e o tratamento (de Lima, Surjus & Campos, 2011; Mello & Furegato, 2008; Schneider et. al., 2009; Kantorski et. al., 2011; Wetzl et. al., 2011; Abuhab, 2005; De Oliveira, De Andrade & Goya, 2012; Marzano, 2004).

Já no segundo eixo, relacionado às vivências e experiências dos usuários de CAPS, encontramos 40 trabalhos, os quais direcionam o foco para distintos aspectos. Por um lado, observamos um grupo de pesquisas cujo objeto de estudo se centra nas ferramentas, propostas, estratégias, tecnologias ou atividades vivenciadas pelos usuários no contexto do

³ Pesquisa realizada em meio eletrônico, através do acesso às páginas: <http://www.scielo.br>; <http://lilacs.bvsalud.org> e <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Para esta pesquisa não foi utilizada nenhuma delimitação temporal e os termos de busca empregados foram: “usuário”, “CAPS”, “saúde mental”, “subjetividade”, “subjetivação” e “narrativa”, combinados de diferentes formas.

CAPS. Os trabalhos deste grupo se debruçam, por exemplo, sobre processos de reforma, acolhimento, recuperação, resistência, cotidiano, ajuda mútua, cuidado, empoderamento, desinstitucionalização e preconceitos experimentados pelos usuários dentro do CAPS (Da Silva Bueno & Caponi, 2009; Coimbra & Kantorski, 2005; Lopes et. al., 2012; Vasconcelos, 2013; Figueiró & Dimenstein, 2010; Onocko-Campos et. al., 2013; Gonçalves, 2009; Jorge et. al., 2011; Nasi, 2009; Rodrigues, 2011). Ou ainda traz relatos de experiências em projetos de intervenção tais como: a implantação da Terapia Comunitária (Filha & Carvalho, 2010), o projeto copiadora do CAPS (Aranha e Silva & Fonseca, 2002), os grupos de ajuda para usuários alcoolistas (Jahn et. al., 2007), a metodologia de avaliação de CAPS (de Oliveira Nunes et. al., 2010), o atendimento psicanalítico a psicóticos (Rocha, 2012), o grupo terapêutico para homens violentos (Cristo, 2012), o grupo operativo de capoeira angola (Matos & Neves, 2011), as oficinas de contos e narrativas (Moraes & Meneghel, 2009), o grupo de dança contemporânea Ballet Contágio (Moehlecke, 2011), o uso de recursos informatizados na saúde mental (Francisco, 2007), o grupo terapêutico Atelier de Escrita (Rodegher, 2011), os grupos terapêuticos em CAPS (Rodrigues, 2011).

Um outro grupo de pesquisas relacionadas às vivências dos usuários de CAPS tem, por sua vez, o foco direcionado para as próprias experiências: os sentimentos, percepções, produções, sentidos, compreensões e significados construídos pelos usuários a partir de vivências específicas relacionadas ao contexto do CAPS. Localizamos 13 trabalhos neste grupo, os quais investigam os sentidos e compreensões construídos sobre a assistência prestada e recebida e sobre o próprio CAPS (Brêda, 2006; Marzano & Souza, 2004; Silva, 2012); os sentimentos, percepções e relações presentes no acompanhamento e na vivência em CAPS (Moll, Santos & Aventura, 2009; Dias, 2011; Fonseca et. al., 2014); a produção da nova cronicidade e as transformações no campo da saúde em suas repercussões nos usuários (Pande & Amarante, 2011; Munhoz, 2012; Mello, 2005); as formas de enfrentamento dos usuários (Almeida et. al., 2013) e a percepção do usuário sobre a família e sobre si (Parente & Pereira, 2004; Moya, 2010).

Apesar do referido grupo já tangenciar o objetivo do nosso trabalho, tendo em vista o valor atribuído e o foco direcionado às experiências e sentidos construídos pelo usuário, os quais são indispensáveis no estudo das configurações subjetivas, não há nas produções citadas a proposta de abordar a subjetividade, suas características ou sua construção. Encontramos

apenas 9 trabalhos que tocam, de alguma forma, no tema da subjetividade, seja direta ou indiretamente, seja nos objetivos, metodologia ou resultados, e que, em vista disso, requerem nossa atenção. Dois desses trabalhos utilizam o termo subjetividade nos seus objetivos, sem, no entanto, trazer uma compreensão mais aprofundada sobre o tema. Olschowsky e colaboradores (2009) trazem um recorte da pesquisa de avaliação dos CAPS da região sul do Brasil, com o objetivo de avaliar a ambiência enquanto espaço de conforto e subjetividade em um CAPS. Neste trabalho percebe-se que o objeto de estudo não é a subjetividade, mas a ambiência da instituição; no entanto percebemos que os autores consideram a presença da subjetividade dentro do espaço do CAPS. De maneira semelhante, Santos & Nechio (2010) se propuseram estudar os efeitos do dispositivo grupal e das intervenções de produção de saúde e subjetividade, na esteira das ferramentas propostas por Nietzsche, Foucault, Lourau, Deleuze e Canguilhem; proposta na qual não há o foco na subjetividade, mas se considera que há intervenções capazes de contribuir com a produção de subjetividades.

Os três trabalhos a seguir fazem referência ao tema da subjetividade em suas categorias de análise e/ou resultados, no entanto não há no texto uma apresentação da perspectiva de compreensão do fenômeno da subjetividade. Teixeira Junior, Kantorski & Olschowsky (2009) realizaram seu estudo com o objetivo de conhecer a vivência do usuário no serviço CAPS e a importância que este atribui à atenção psicossocial. Os dados coletados pelos autores foram analisados através da Análise Temática, a partir da qual se originou uma categoria, dentre outras, denominada “espaços geradores de subjetividade”. Tal categoria se refere às atividades oferecidas dentro do CAPS, as quais tornam-se importantes espaços para trabalhar a concentração, as ansiedades, as potencialidades e resgatar a auto-estima dos usuários e, dessa forma, contribuir para gerar subjetividades. Já Alves (2011) buscou refletir a respeito de como se dá a vida social dos usuários de um CAPS na cidade de Uberaba/MG, tendo em vista a busca pela inclusão social. Este autor traz uma breve definição da subjetividade como o processo de construção de formas de viver que se dão na interação do homem com o mundo. Seus dados foram também analisados à luz da Análise Temática, sendo uma das categorias criadas a “subjetividade no habitar”, a qual compreende que o lar é um importante local de construção da subjetividade dos usuários. Por fim, Dalmolin & Vasconcellos (2008) estudaram como pessoas com doenças mentais vivenciam suas necessidades especiais e interagem com a comunidade local nos espaços públicos urbanos. As autoras relatam que

identificaram os processos de subjetivação dos sujeitos no espaço da cidade, a partir da compreensão de que o sofrimento psíquico está sempre acompanhado da possibilidade de produções subjetivas que podem construir recursos para o enfrentamento das adversidades.

Diferentemente, as três produções seguintes já abordam o tema da produção de subjetividade a partir de uma fundamentação mais detalhada e coesa. O trabalho de Pacheco & Ziegelmann (2008) se propôs refletir sobre as possibilidades existentes para a clínica de grupos dentro de um CAPSad por meio do relato de experiência com um grupo terapêutico. Os relatos emergentes no grupo terapêutico foram discutidos com base nas ideias de Birman, Rolnik, Benevides, Brasil, Naffaf Neto e Foucault. Uma das categorias de análise presentes neste estudo foi denominada “produções de subjetividade”, na qual faz um apanhado teórico acerca deste tema, apontando, por exemplo, que os modos de subjetivação são fabricados e modelados no encontro do sujeito com o ambiente social, envolvendo tudo o que produz sentido; e questionando como pensar uma clínica produtora de subjetividades. Numa linha semelhante, Sena (2010), ancorada na perspectiva de Foucault e Merhy, busca compreender como se dão as articulações operadas no ato de cuidar das pessoas com transtornos mentais e as conexões realizadas pelas equipes de saúde mental, na produção da autonomia do usuário. A autora compõe uma unidade temática de análise denominada "o cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades”, na qual discute, dentre outras, a ideia de cura do campo psicossocial da atenção à saúde como uma ação de produção de subjetividade. Mais um trabalho análogo seria o de Costa (2011), quem realizou sua pesquisa com o objetivo de cartografar o processo micropolítico de participação associado à produção de protagonismo em saúde mental. Este autor parte da perspectiva de Guattari e Rolnik de que a subjetividade está em circulação, é essencialmente social, assumida e vivida pelos indivíduos em suas existências particulares. Diante disso, propõe o protagonismo como um processo de subjetivação entrelaçado a partir da convivência e organização de um coletivo de usuários, o que deve ser estimulado a partir da institucionalização de espaços participativos com potencial subjetivador.

Outra característica comum das produções apresentadas acima, além de tocarem no tema da subjetividade, é que nenhuma delas aborda de fato como objeto de estudo a própria subjetividade dos usuários. Como exceção podemos mencionar o trabalho de Lima, Jucá & Santos (2011), cujo foco é refletir sobre a produção de subjetividade de usuários com acesso a

estratégias de inserção social e relações cotidianas com os profissionais de saúde num CAPS. As autoras partem da ideia de que os dispositivos substitutivos compõem cenários de produção de subjetividade, a qual é refletida a partir da perspectiva de González Rey. Apesar dos pontos convergentes com a nossa proposta, o foco deste trabalho recai sobre a inserção social e a construção da cidadania, o que já o direciona para um fenômeno ainda mais circunscrito. Nosso estudo, diferentemente, buscou analisar as configurações subjetivas construídas a partir da trajetória pelo CAPS, uma proposta mais ampla de reconhecimento dos indicadores das possíveis repercussões que o discurso da reforma psiquiátrica pode haver possibilitado às singularidades de seus usuários.

Além disso, nosso trabalho apresenta uma forma de analisar, a partir das informações construídas, resultados da assistência prestada pelos dispositivos substitutivos. Almeida (2002) aponta que instrumentos, processos e metodologias de avaliação que levem em consideração a singularidade presente no campo da saúde mental ainda são tema de discussão e carecem de estudos mais aprofundados. Nessa direção, Bezerra Jr (2005) afirma que a investigação em saúde mental não pode deixar de lado

o efeito qualitativo, a mudança sentida na vida, a diferença produzida no cotidiano, nas formas de sentir, imaginar e pensar a existência. Assim, está claro que em nosso campo precisamos encontrar instrumentos que possibilitem chegar ao nível da experiência, ao modo como a realidade é vivenciada, tanto no plano individual quanto no plano da sensibilidade e dos valores compartilhados na cultura (p. 12).

Assim, com o presente estudo, esperamos contribuir para a compreensão, investigação e consequente consolidação da saúde mental e seus dispositivos. Nesse sentido, estruturamos este trabalho em três partes: os fundamentos teóricos, o percurso metodológico, os resultados, discussão e, por fim, as considerações finais. Na primeira parte são abordados os pressupostos teóricos do nosso trabalho, fundamentais para compreender as raízes e horizontes deste campo, bem como para a posterior análise e discussão das informações construídas. Trazemos considerações acerca da reforma psiquiátrica e dos seus dispositivos mais estratégicos no Brasil, os CAPS, e ainda um panorama sobre a Teoria da Subjetividade, justificando nossa escolha pela perspectiva do González Rey para fundamentar esta produção. Na segunda parte tratamos do percurso metodológico construído sobre as bases da epistemologia qualitativa, além do relato minucioso de todo o processo de construção dos instrumentos, das informações

e sua interpretação, culminando na composição dos casos. Finalmente, nos resultados, discussão, apresentamos as construções mais relevantes dos casos construídos, juntamente com nossas reflexões e questionamentos à luz dos pressupostos teóricos, os quais geraram subsídios para a produção das considerações finais deste trabalho.

PARTE I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO 1.

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O modelo tradicional de tratamento das doenças mentais, denominado psiquiatria clássica, baseia-se principalmente na identificação da sintomatologia e do diagnóstico. Esta prática hegemônica focada na doença e na figura do médico tende a colocar o sujeito entre parênteses para ocupar-se apenas do transtorno que o acomete (Amarante, 2009). No Brasil, este modelo teve sua inauguração no início do século XIX, com a construção de suntuosos hospícios para acolher aos enfermos psiquiátricos, encarados como problema sanitário no país. No entanto, a assistência prestada era precária devido à ausência de recursos eficazes para o tratamento, o que implicou na sua progressiva deterioração (Miranda-Sá Jr., 2007).

Com poucas mudanças, o modelo clássico – ou manicomial – teve sua égide durante a Era Vargas, quando as ações se voltaram exclusivamente para a hospitalização e o asilamento dos portadores de transtornos mentais, visando atender a segurança da ordem e da moral públicas. Nesta época, novos grandes hospitais psiquiátricos emergiram, os quais mais adiante seriam mantidos pela previdência pública, a partir da introdução de drogas psicotrópicas e do surgimento da assistência psiquiátrica. Este modelo se propagou movido pelos lucros incessantes que propiciavam a mercantilização da doença mental (Miranda-Sá Jr., 2007).

A proposta de uma reforma psiquiátrica veio com o objetivo de colocar a doença entre parênteses, para que o sujeito pudesse emergir e para que fosse possível deslocar o olhar da doença para o sujeito em sofrimento, criando um lugar onde as relações humanas estivessem em evidência (Moya, 2010). “A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social à política de exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria” (Amarante, 2009, p. 05). No estado de Pernambuco, entre os anos 20 e 30 do

século XX, houve um primeiro esforço de reforma da assistência psiquiátrica, com Ulysses Pernambucano, que assumiu o comando de instituições psiquiátricas no Recife, dentre elas, a de maior notoriedade foi o Hospital da Tamarineira, hoje batizado em sua homenagem como Hospital Ulysses Pernambucano. Em sua proposta, ele buscou diferenciar os serviços para psicóticos agudos e crônicos; instituiu o serviço aberto para tratamento em pensão livre; criou um sistema de educação especial e o serviço de saúde mental. Por razões políticas e sua morte prematura, foi inevitável a falência progressiva dos modelos empreendidos e o retorno à violência asilar (Miranda-Sá Jr., 2007).

De fato, a reforma psiquiátrica brasileira, tal qual a identificamos hoje, teve início na década de 1970, concomitante à eclosão do movimento sanitário, reforçada por um momento de crise dos hospitais psiquiátricos e pelo surgimento de movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes com transtornos psiquiátricos. Neste contexto de mudanças, o foco era a superação da violência asilar, através de uma reviravolta nos modelos vigentes das práticas em saúde, pela defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços de saúde e participação mútua de profissionais e usuários nos serviços de saúde pública. Assim, a reforma psiquiátrica pode ser compreendida como uma conjunção de transformações sociais, culturais, ideológicas e comportamentais, as quais, entre muitos desafios e tensões, foram ganhando espaço nas instituições brasileiras (Brasil, 2005).

Diante dos novos paradigmas propostos pela reforma psiquiátrica, outros dispositivos de cuidado começam a emergir. A proposta passa a ser

um modelo de assistência para a população usuária dos serviços de saúde mental que se estruture de modo diferenciado, cujo tratamento seja considerado como direito e não como controle social, que tenha como pressupostos a superação da rigidez dos papéis, das especificidades profissionais e a ampliação da capacidade de atendimento. Uma clínica reinventada, como construção de possibilidades e de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos em sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se com o sofrimento humano (Moya, 2010, p. 58).

Visando uma melhor compreensão deste processo complexo, Paulo Amarante (1999) apresenta os diversos campos que compõem o movimento de reforma psiquiátrica brasileira: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. O primeiro campo, teórico-conceitual, trata de uma revisão nas formas de lidar com os transtornos mentais e a

loucura no âmbito das ciências, por exemplo na conceituação de saúde e doença mental, sofrimento psíquico, terapêuticas, etc. O campo técnico-assistencial abrange a necessidade de construção de uma nova rede de dispositivos substitutivos do modelo terapêutico tradicional baseada nas propostas teórico-conceituais. O campo jurídico-político trata da revisão e reelaboração dos conceitos legislativos e políticos, comprometendo-se com sua respectiva transposição em prática e, por fim, o campo sociocultural diz respeito à transformação do imaginário social com relação à loucura e à pessoa com transtorno mental, visando sua inclusão social. Os referidos campos “se inter-relacionam na construção de um novo lugar social para os sujeitos em sofrimento psíquico” (Moya, 2010, p. 61).

O ano de 1978 é considerado um marco do início efetivo dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, familiares, sindicalistas, além dos próprios ‘loucos’, o MTSM protagonizava a luta em defesa destes pacientes, realizando denúncias contra a violência exercida dentro dos manicômios, contra a “mercantilização da loucura” (Brasil, 2005, p. 07) e contra a supremacia da rede privada de tratamento. O movimento buscava a construção coletiva de críticas ao modelo hospitalocêntrico e à hegemonia do saber psiquiátrico.

O MTSM tornou-se um ator social estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica e na luta pelas reformas no campo da saúde mental. Se num primeiro momento ele se organiza em torno da crítica ao modelo psiquiátrico tradicional, denunciando as práticas excludentes e segregadoras até então dispensadas no tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico, num segundo momento constrói um pensamento crítico que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo (Moya, 2010, p. 60).

Na prática dos serviços de saúde, a reforma psiquiátrica propôs uma ruptura com o modelo de tratamento da psiquiatria clássica, buscando eliminar gradualmente a internação e exclusão social de pacientes com transtorno mental. Além disso, propôs ainda o fechamento gradual de leitos e de hospitais psiquiátricos, com o objetivo de desinstitucionalizar e reintegrar à sociedade os pacientes com longos períodos de internação. Vale ressaltar que a desinstitucionalização vai além da desospitalização desses pacientes, na medida em que aporta um cambio complexo, para além da estrutura física, nas práticas e saberes, nas formas de perceber, compreender e de se relacionar com a loucura (Figueiredo & Rodrigues, 2004).

O modelo tradicional (hospitalar e asilar) seria então substituído por uma rede de dispositivos territoriais de atenção psicossocial, cujo principal objetivo passa a ser a inserção e tratamento das pessoas com transtorno mental na comunidade e na família. No campo legislativo, a reforma psiquiátrica ganha visibilidade com o movimento de reformulação do sistema de saúde como um todo, que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com a nova Constituição de 1988. O SUS adota como princípios a universalização do acesso à saúde, a integralidade da atenção, a equidade, hierarquização, descentralização e municipalização dos serviços de saúde; além de incluir em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica. Nesta mesma época, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Paulo Delgado, o qual trata da regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e da extinção progressiva dos manicômios de todo o Brasil.

No período entre os anos de 1992 e 2000 foi dado início à implementação da rede de atenção psicossocial substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Em vários estados brasileiros, inclusive Pernambuco, são aprovadas as primeiras leis pautadas na reforma psiquiátrica, determinando: a substituição progressiva dos manicômios por uma rede integrada de atenção à saúde mental; a expansão dos serviços de atenção diária como os CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia; além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos existentes. No ano de 2001, a Lei 10.216 - ainda conhecida como Lei Paulo Delgado - é sancionada no Brasil, o que impõe um novo ritmo ao processo da reforma psiquiátrica no país, que passa a se consolidar e ganhar ainda mais visibilidade. A partir daí, o Ministério da Saúde cria financiamentos específicos para os serviços abertos e substitutivos de saúde mental, além de novos dispositivos para fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos no país. Criam-se programas federais voltados para a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência, como o Programa De Volta Para Casa; atualizam-se as políticas voltadas para a questão do álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. E, finalmente, no ano de 2005, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira consolida-se como política oficial do governo federal (Brasil, 2005).

Atualmente, rumo aos 30 anos do processo de reforma no país, pode-se apontar para o crescimento do movimento, de forma desigual porém constante, o qual tornou-se um exemplo

para o mundo em respeito à luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. Tornaram-se uma realidade a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o gradativo aumento do número de CAPS e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a persistente diminuição de leitos e constante avaliação dos hospitais psiquiátricos do país, a expansão de programas sociais como o “De volta pra casa” e a “Economia solidária”, como ilustrado na tabela 1⁴. Tais medidas tornaram significativamente possível a desinstitucionalização responsável das pessoas com longos históricos de internação, paralelamente à solidificação de um modelo comunitário de atenção psiquiátrica, em acordo com a política pública de saúde mental brasileira (Pitta, 2011).

Indicadores	2002	2010	Observação
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial	424	1650	
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos	85	570	
“De volta pra casa” – benefícios de Reabilitação	206 [*]	3.635	[*] começa em 2003
Geração de Renda e Trabalho – Projetos	151 [*]	640	[*] começa em 2005
Leitos em Hospitais Psiquiátricos	51.393	32.735	
Gastos com Saúde Mental em Reais	24.293.39	58.270.26	
Percentual de gastos da saúde mental no SUS	2,55	2,57	

Tabela 1. Comparativo dos dados da saúde mental brasileira dos anos de 2002 e 2010.

O gráfico⁵ a seguir demonstra concretamente uma das grandes mudanças alcançadas no país ao longo destas quase três décadas de reforma psiquiátrica.

⁴ Fonte: Pitta, 2011.

⁵ Fonte: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

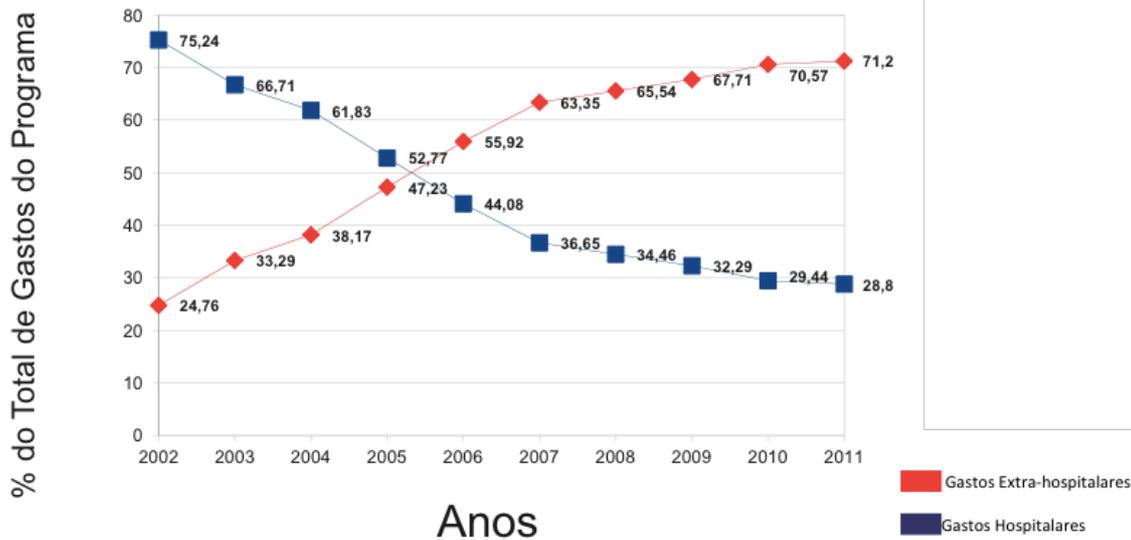


Gráfico 1. Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares, no período entre 2002 e 2011.

Como se pode observar neste gráfico 1, à medida que os recursos do SUS foram sendo retirados da assistência hospitalar, maiores investimentos foram ingressando na rede extra-hospitalar, a qual é formada pela atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No ano de 2006 houve a inversão dos gastos, na qual o investimento na RAPS superou os gastos com a rede de hospitais psiquiátricos, seguindo esta tendência ao longo dos últimos anos, o que reafirma o compromisso com a reforma psiquiátrica brasileira (Brasil, 2012).

Não obstante, o grande mérito deste processo de reforma reside no fato de cuidar de sujeitos concretos ao invés de tratar de doenças, de lidar com questões de cidadania, inclusão social e solidariedade, compondo um processo que inclui diversos atores sociais (Amarante, 2006, p. 30). Além disso, um dos principais sentidos presentes na reforma brasileira é o cuidado: "como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia..." (Delgado, 2011, p. 4704). É a compreensão de que não é possível falar em sucesso terapêutico sem contar com doses de afeto, de cultura, de história e escuta do sofrimento, de subjetividade.

Entretanto, é bem verdade que o Brasil continua num processo de transição, "onde o modelo antigo não domina, mas o novo ainda não predomina" (Delgado, 2011, p. 4702). Ainda

existem muitos desafios a serem superados para a efetiva implementação da reforma psiquiátrica e inserção social das pessoas com transtorno mental. Na perspectiva de Dimenstein (2006) tais desafios podem ser compreendidos em três dimensões: a dinâmica das instituições de saúde; a precariedade da rede de dispositivos de saúde, comunitários e sociofamiliares; e os “desejos de manicômio”. A primeira dimensão traduz que a dinâmica institucional apresenta carências, por um lado, no que diz respeito às questões salariais, de condições de trabalho e de capacitação profissional para lidar com as novas formas de cuidado em saúde mental e, por outro lado, apresenta “fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações e qualificação do cuidado” (Munhoz, 2012, p. 25).

Outro grande desafio é a precariedade da rede de serviços de saúde e, principalmente, a falta de dispositivos comunitários e sociofamiliares que sirvam como espaço de reunião, diversão e convivência, proporcionando mais bases de apoio e circulação na cidade, para que os usuários não se limitem apenas às instituições de saúde. Por fim, a dimensão dos “desejos de manicômio” é uma das maiores complicadoras da eficácia da reforma psiquiátrica. Pode ser definida como o desejo de dominar, controlar, classificar, oprimir e aprisionar a experiência da loucura, principalmente através da construção de estigmas e estereótipos para as pessoas com transtorno mental e para as formas de lidar com elas (Dimenstein, 2006). As transformações no imaginário social acontecem num ritmo próprio e os “desejos de manicômio” ainda estão bastante presentes na nossa sociedade, alimentando o preconceito, a rejeição e exclusão da loucura. Apenas se poderá falar de uma sociedade livre de manicômios quando a reforma psiquiátrica se tornar efetivamente presente no discurso social sobre a loucura.

Delgado (2011) também aponta que ainda há um longo caminho a ser percorrido em direção à construção de uma psiquiatria de sistema aberto, baseada no paciente e em suas possibilidades terapêuticas, na qual haja uma progressiva transformação da internação hospitalar para a internação domiciliar. O autor reflete que é necessária a entrada dos pressupostos da reforma psiquiátrica também nas universidades, mudando currículos e paradigmas ultrapassados; é preciso buscar a não manicomialização dos CAPS, os quais devem estar sempre se renovando; é necessário que se enraíze a compreensão de que a doença mental não é contagiosa e não requer isolamento, que não é sinônimo de fracasso, mas apenas um evento

que pode ser parte da vida da pessoa. Nada pode avançar, ou seria um avanço incompleto, sem a incorporação e inclusão dos usuários egressos de volta nos próprios dispositivos, onde possam contribuir com seus talentos, experiências e serviços, integrando o espaço terapêutico.

Todas as reflexões e desafios acima apontados reverberam na necessidade de ações concretas dentro dos campos assistencial, político e jurídico. Como exemplos, podemos apontar para a necessidade de avanços no processo ordenado da redução de leitos, com inserção dos usuários em crise que necessitem de atenção e cuidados intensivos também nos serviços de clínica, urgência e emergência geral. Esta ação aponta para uma contribuição concreta contra a segregação dos diferentes papéis e atores do sistema de saúde (geral e mental) e contra a estigmatização dos usuários que necessitem deste recurso. Se faz necessária, também, uma maior abrangência e efetividade das avaliações dos hospitais que ainda prestam assistência psiquiátrica, através da disseminação intensiva do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar de Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), tornando maciço o uso das entrevistas de satisfação do usuário como ferramenta para pautar as ações necessárias, seja na melhoria das estruturas, seja na melhoria dos fluxos e processos hospitalares no cuidado mental, até a definitiva substituição dos leitos.

Apontamos ainda para a necessidade de avanço exponencial da política de estabelecimento das residências terapêuticas que, garantindo como prioritário o direito à moradia, o qual permitirá ampliar a desospitalização dos casos crônicos e a reinserção social plena dos sujeitos no território. Em concomitância, deve ser revalorizada a emancipação proporcionada pelo programa Volta pra Casa, auxiliar no empoderamento de usuários e familiares. Se faz urgente também a disseminação da existência destes recursos; a constante atualização dos valores de remuneração, de forma que não se tornem inadequados para o auxílio das necessidades dos egressos; e a expansão da rede bancária conveniada e apta ao provimento desta população-alvo.

Persiste também o grande desafio representado pelos manicômios judiciários para onde, desde 1903, a legislação exigia que fossem enviados os “alienados delinquentes”. Esta é uma área da saúde mental na qual ainda pouco se avançou, do ponto de vista formal da legislação pertinente, permitindo a existência de um vácuo jurídico e assistencial para esta população de usuários (CRP-RJ, 2006).

Em suma, é necessário que, cada vez mais, os profissionais, usuários e a sociedade como um todo estejam abertos para criar, inventar novas práticas e posturas, com vistas a que, no futuro, a reforma esteja de fato consolidada neste país, bem como que a loucura esteja de fato desinstitucionalizada:

Se por um lado o redirecionamento das políticas públicas denuncia e ampara as mudanças propostas, por outro ele é insuficiente para efetivar a desinstitucionalização. Não é apenas a normatização que irá garantir o seu sucesso. Essa mudança de paradigma traz consigo o desafio de sua execução, no dia-a-dia, nos espaços em que deve ser sustentada. Para que isso seja possível, é necessária uma nova postura perante a vida: há que se ter abertura para o inusitado, para o inacabado, para o incontrolável, para que seja possível construir dispositivos coerentes com essa nova forma de pensar. Acreditamos que é nos espaços da prática cotidiana, com o que ela apresenta de singular, que a desinstitucionalização pode, de fato, se dar por meio da invenção de novas formas de relacionamento entre as pessoas, portadoras de transtorno mental ou não (Campos & Romagnoli, 2007, p. 82).

CAPÍTULO 2.

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os CAPS são dispositivos que substituem o modelo tradicional de atenção em saúde mental centrado nos manicômios. Estes dispositivos se destinam ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico através do acompanhamento clínico associado ao fortalecimento dos laços familiares, sociais e comunitários, exercício da cidadania, acesso ao trabalho e lazer (Moya, 2010). O primeiro CAPS do Brasil, denominado CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e conhecido como CAPS da Rua Itapeva, foi inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo/SP, em meio ao II Congresso Nacional do MTSM e à I Conferência Nacional de Saúde Mental. Este fato foi considerado um marco da assistência pautada na noção de clínica ampliada, a qual considera o papel central do sujeito em sofrimento e não o isola para tratá-lo (Pitta, 2011).

Ainda no final da década de 1980, foi iniciado um processo de intervenção no hospital Casa de Saúde Anchieta, localizado na cidade de Santos/SP, considerado na época um local de maus-tratos e mortes de pacientes. Assim, foi construída e articulada nesta cidade uma rede de serviços de saúde substitutiva ao hospital psiquiátrico, contando com NAPS (dispositivos da mesma natureza que os CAPS), cooperativas, associações e residências para os egressos do hospital. A experiência de Santos tornou-se também um símbolo da reforma psiquiátrica brasileira, pois demonstrou que o processo de desinstitucionalização é possível e realizável.

Portanto, compreende-se que os CAPS são os principais serviços estratégicos da reforma psiquiátrica brasileira, pois aportam a possibilidade de organização da rede substitutiva dos hospitais psiquiátricos. A principal função destas instituições é acolher os pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em regime de atenção diária, além de regular a porta de entrada e organizar a rede de saúde mental no território em que atua, prestando suporte à rede básica de saúde no que concerne à saúde mental. Tais responsabilidades o tornam um articulador estratégico da rede e das políticas de saúde mental em sua área de atuação (Brasil, 2005).

(...) um centro de atenção psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um ‘serviço inovador’, isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa: para a construção de novos conceitos, novas formas de vida, de invenção de vida e saúde (Amarante, 2003, p. 61).

Nesta perspectiva, os CAPS devem atuar como serviços abertos e acolhedores, que preservam os laços dos usuários com seu território - conceito que vai além da noção geográfica e compreende um espaço vivo e mutante, constituído essencialmente pelas pessoas que o habitam, por suas peculiaridades culturais, por seus conflitos e angústias, preferências e afinidades, por seu cenário geral (Brasil, 2004a). Dessa forma, os projetos do CAPS devem ultrapassar os muros da estrutura física, garantindo a construção de uma efetiva rede de suporte social no território em que atua, sem perder de vista o sujeito em sua singularidade. Além disso, os CAPS devem ser espaços de construção de novas práticas sociais para lidar com a doença e a saúde mental, visando transformar as relações entre a sociedade e a loucura (Moya, 2010). Diante disso, entende-se o conceito de clínica ampliada como princípio norteador das práticas em saúde mental.

A clínica ampliada se baseia no compromisso com o sujeito, na visão desse como singular e na busca pela sua autonomia; na assunção da responsabilidade sobre os usuários dos serviços; na intersetorialidade, ou seja, busca de auxílio em outras unidades e setores; no reconhecimento das possibilidades e limites de cada profissão, tecnologia e trabalhador; num comprometimento ético com as pessoas, com a instituição e com o serviço prestado; no desenvolvimento da capacidade de escutar e ajudar as pessoas plenamente; na produção de vínculos e de vida. Dessa forma, pode-se considerar que a clínica ampliada implica numa constante avaliação dos próprios valores e práticas contrastados com a realidade social, de forma que o profissional possa estar em constante atualização e sintonia com o outro, com sua especialidade e com o mundo (Brasil, 2007b).

O marco legal que regulamenta o funcionamento dos CAPS atualmente é a Portaria nº 336 de 2002, elaborada a partir da Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Esta Portaria define os CAPS como “serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam a partir da lógica do território” (Brasil, 2002, p. 01). Suas principais atribuições em seu território de atuação são: responsabilidade pela organização da demanda, articulação da rede de atenção e regulação da porta de entrada;

supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; formação e atualização do cadastro de pacientes que utilizam medicamentos essenciais e/ou excepcionais. A portaria 336/2002 ainda classifica os CAPS de acordo com tipo de clientela, complexidade, estrutura física e recursos humanos necessários e perfil populacional dos territórios, originando as cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infante/juvenil (CAPSi) e CAPS álcool e outras drogas (CAPSad), conforme especifica a tabela 2 a seguir.

	Porte/ População	Capacidade	Funcionamento	Equipe	Clientela
CAPS I	Menor porte; 20.000 a 70.000 habitantes	240 pessoas por mês	De segunda a sexta- feira, das 8h às 18h, em dois turnos	Mínima de 9 profissionais	Adultos; transtornos mentais severos e persistentes; transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
CAPS II	Médio Porte; Mais de 70.000 habitantes	360 pessoas por mês	De segunda a sexta- feira, das 8h às 18h, em dois turnos	Mínima de 12 profissionais	Adultos; transtornos mentais severos e persistentes
CAPS III	Maior porte; Mais de 200.000 habitantes	450 pessoas por mês	Todos os dias, inclusive feriados, 24h/dia	Mínima de 16 profissionais + equipe noturna e dos finais de semana	Adultos; transtornos mentais severos e persistentes; realizam curtas internações
CAPSi	Maior porte; Mais de 200.000 habitantes	180 pessoas por mês	De segunda a sexta- feira, das 8h às 18h, em dois turnos	Mínima de 11 profissionais	Crianças e adolescentes com transtornos mentais
CAPSad	Maior porte; Mais de 100.000 habitantes	240 pessoas por mês	De segunda a sexta- feira, das 8h às 18h, em dois turnos	Mínima de 13 profissionais	Adultos; transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
CAPSad III	Maior porte; Mais de 200.000 habitantes	450 pessoas por mês	Todos os dias, inclusive feriados, 24h/dia	Mínima de 16 profissionais + equipe noturna e dos finais de semana	Adultos; transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; realizam curtas internações

Tabela 2. Caracterização dos diferentes tipos de CAPS quanto ao porte, capacidade de atendimento, horário de funcionamento, equipe necessária e clientela atendida.

Os CAPS I são os serviços de menor porte, aos quais se pode denominar 'generalistas', tendo em vista que acolhem a gama mais ampla de usuários da saúde mental. Estas unidades se encontram geralmente em pequenos municípios ou regiões de saúde. Já os CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad e CAPSad III podem ser considerados mais 'especializados' por se

destinarem a clientela específicas da rede de saúde mental e se localizarem em grandes cidades e capitais. Como se pode observar na Tabela 2 acima, à medida em que se elevam a complexidade da clientela e do serviço prestado, a unidade necessita de uma equipe maior e, de preferência, mais plural para atender às possíveis demandas de forma eficaz. Na cidade do Recife, considerada de grande porte populacional, a rede pública de saúde mental conta hoje com 17 dispositivos⁶ CAPS, sendo 3 CAPSi, 6 CAPS II (dos quais 3 estão em processo de transformação para CAPS III), 6 CAPSad e 2 CAPS III, distribuídos em seis distritos sanitários.

Quanto às equipes dos CAPS, essas são compostas por, pelo menos, um psiquiatra, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, fonoaudiólogo, nutricionista ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico da instituição) e quatro profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico da instituição). Percebe-se assim que as equipes dos CAPS são multiprofissionais e, de acordo com a Política de Humanização do SUS, devem funcionar numa dinâmica transdisciplinar, o que indica um “maior grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos, de co-responsabilidade entre os integrantes” (Brasil, 2007b, p. 28) e de coesão nas práticas exercidas. Tais equipes são consideradas de referência, pois mantêm um vínculo específico com os usuários e busca estar mais próxima deles, responsabilizando-se e funcionando como sua referência no serviço de saúde. A constituição dessa equipe de referência deve ser feita de forma transversal, buscando estimular relações que perpassem por todos os trabalhadores e usuários, de maneira que a comunicação se desenvolva plenamente facilitando, assim, o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e com o cuidado integral. Assim, todos os usuários dos CAPS têm uma referência dentro do serviço, o terapeuta de referência (TR), quem tem o papel de acompanhar de perto os usuários pelos quais se responsabiliza, monitorando e cuidando do andamento do projeto terapêutico, dos contatos com a família, das articulações com o território, etc.

⁶ Fonte: www2.recife.pe.gov.br/

Em relação aos recursos físicos, é fundamental que os CAPS tenham um espaço próprio, organizado e estruturado para o seu funcionamento ideal, e que proporcione aos usuários um atendimento eficaz e acolhedor. Portanto, o que é considerado mínimo para seu funcionamento são: consultórios para a realização de atendimentos individuais e consultas; salas para realização de atividades em grupo; espaço de convivência para os usuários; refeitório, banheiros e áreas ao ar livre para atividades recreativas, esportivas e eventos (Brasil, 2004a).

A assistência desenvolvida no CAPS inclui atendimentos individuais, os quais podem ser com o médico, terapeuta de referência ou psicoterapia; realização de grupos e/ou oficinas terapêuticas, culturais, esportivas, de terapia ocupacional, entre outras; visitas domiciliares e atendimentos à família, com foco na reintegração familiar dos usuários; fornecimento das refeições de acordo com o número de turnos que o usuário permanecer no serviço; além de atividades comunitárias, como conselho gestor ou assembléia, onde toda a comunidade pode participar para avaliar, opinar, sugerir e debater questões, afim de melhorar o serviço oferecido pela instituição (Mello, 2005; Brasil, 2004a).

Quanto às modalidades de tratamento no CAPS, os usuários podem ser acompanhados em três diferentes intensidades de cuidado: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O primeiro refere-se ao acompanhamento diário, indicado para pessoas em crise e estado grave do transtorno psiquiátrico, com intensas dificuldades no convívio social ou colocando em risco a si ou outros. O semi-intensivo é o acompanhamento realizado até 3 vezes na semana, voltado para os usuários com sofrimento psíquico já diminuído e melhora global no quadro psiquiátrico, mas ainda assim, necessitando de cuidados especiais. E o não-intensivo é oferecido quando o usuário não necessita de suporte contínuo do CAPS para realizar suas atividades cotidianas, podendo assim frequentar o serviço até 3 vezes ao mês (Brasil, 2004a).

Ainda no que concerne ao tratamento oferecido pelos CAPS, cada usuário acompanhado possui um projeto terapêutico singular (PTS), que coloca em evidência a singularidade e necessidades de cada sujeito, personalizando a assistência prestada. O PTS constitui-se de uma conjunção de condutas terapêuticas bem articuladas, discutidas em equipe transdisciplinar e voltadas para um sujeito individual ou coletivo (Brasil, 2007b), com foco na

resolutividade do caso. Nos espaços de saúde, essa é uma forma de, por um lado, propiciar a atuação integrada da equipe de referência, e por outro de exercitar a valorização dos demais aspectos da vida do usuário, os quais também fazem parte de seu tratamento, para além do diagnóstico e da medicação. O PTS promove um planejamento de tratamento individualizado para o sujeito, considerando suas questões mais particulares, pois, embora o diagnóstico seja igual ao de muitos outros, o projeto de tratamento vai ser construído a partir da história de vida e das condições individuais daquele usuário. Dessa forma, torna-se claro que a principal questão do PTS é a “busca pela singularidade (diferença) como elemento central de articulação” (Brasil, 2007b, p. 40).

No que tange à implantação dos CAPS, de acordo com Pande e Amarante (2011), em algumas cidades brasileiras este processo tem como objetivo substituir o modelo hospitalar, enquanto em outras, os CAPS passaram a compor a rede de saúde mental existente, juntamente com ambulatórios e hospitais psiquiátricos. A expansão desses dispositivos pelo território nacional teve um início tímido no final da década de 1990, sendo impulsionada a partir de 2002 quando passam a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde (Munhoz, 2012). Desde 2002 até 2011 o número de CAPS do país aumenta exponencialmente, bem como quantidade de municípios e territórios cobertos pela rede de saúde mental, conforme apontado pelo gráfico⁷ a seguir.

⁷ Fonte: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

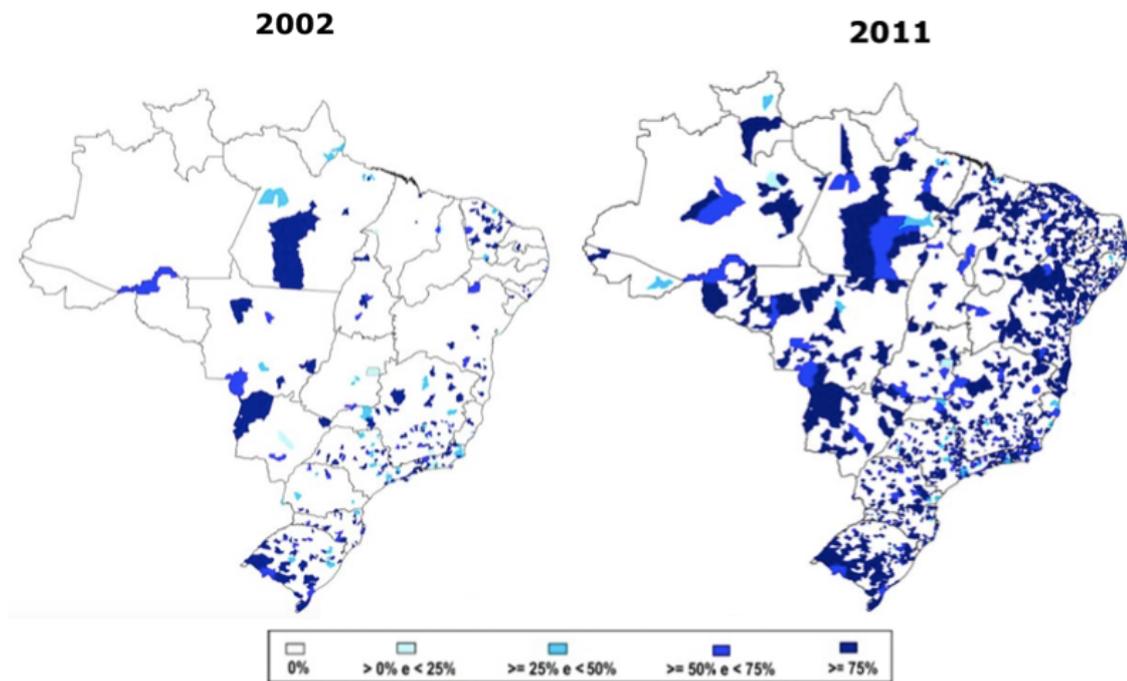


Gráfico 2. Mapas de cobertura, por município, dos CAPS do Brasil, em 2002 e 2011 (Parâmetro de 1 CAPS para cada 100 mil habitantes).

Os mapas no gráfico 2 demonstram a expansão da cobertura dos CAPS da rede de saúde mental no Brasil em dois momentos distintos, 2002 e 2011. Por meio da escala em azul (quanto mais escuro, melhor a cobertura), é possível perceber a significativa ampliação e adensamento da cobertura em todo o território nacional, especialmente nas regiões nordeste, sul e sudeste. Diante deste resultado, o Brasil foi classificado como muito bom ($>0,7$) em termos de cobertura da assistência, de acordo com o Indicador de CAPS/100.000 habitantes (Brasil, 2012), atingindo o valor de 0,72. Detalhadamente, na região Sul e Nordeste, este indicador atingiu 0,9 e 0,87 respectivamente, o que as torna nas regiões com as melhores coberturas do país. No estado de Pernambuco em específico, o índice de cobertura foi considerado bom (0,64). Tais resultados apontam para o expressivo crescimento da cobertura assistencial em saúde mental, a qual segue na mesma tendência.

Diante deste crescimento e abrangência dos CAPS, se faz cada vez mais necessário avaliar os resultados e as mudanças que a assistência promovida por esses dispositivos possibilitaram à população usuária. No entanto, o desafio atual está em avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos CAPS e a qualidade dos resultados alcançados, algo que não pode ser restrito ao uso de indicadores objetivos e puramente quantitativos (Bezerra Jr., 2005). A experiência

que vem sendo acumulada ao longo das quase três décadas de reforma, aponta para uma avaliação mais adequada dos CAPS através de pesquisas qualitativas que captem a experiência e os efeitos concretos das intervenções na vida dos sujeitos diretamente envolvidos, para que os resultados não se distanciem da realidade (Meirelles et. al., 2013).

Publicações recentes nesta área (Oliveira & Passos, 2007; Bueno & Caponi, 2009; Schneider et. al., 2009; Camatta et. al., 2011; Pande & Amarante, 2011), apontam para resultados ‘progressivo-regressivos’, isto é, ao mesmo tempo em que diversas melhorias na assistência em saúde mental foram alcançadas a partir da implementação dos CAPS, outras tantas dificuldades, novas e antigas, reconhecidas ou não, são também observadas nos serviços, as quais devem ser problematizadas e superadas. Como bem sintetizam Pande e Amarante (2011),

Ora o CAPS tem a preocupação em favorecer um intercâmbio com a comunidade, ora se reconhece fechado em si mesmo. Se por um lado exalta a cidadania dos usuários, por outro entende que deve protegê-los dos desafios impostos pela sociedade. Ao mesmo tempo que entende a necessidade de aproximação entre todos os seus membros, ressalta as diferenças e as mantém intactas. As perspectivas opostas são presentes, em um jogo de forças que compõe diferentes desenhos de acordo com a ocasião. Os serviços podem, a um só tempo, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo (p. 2075).

Em suma, os CAPS são os principais dispositivos da rede de saúde mental brasileira, com potencial para acolher o “louco” em sua singularidade, garantir o seu lugar na sociedade, devolver sua voz, o poder de reivindicar e de retomar sua cidadania. Entretanto ainda há um longo caminho a ser percorrido em direção à superação do modelo manicomial que ainda resiste no imaginário social, mesmo dentro dos serviços substitutivos. Mas não parece restar dúvidas sobre o fato de que os CAPS, como espaços privilegiados de criação e cuidado junto aos usuários e como co-construtores das práticas em saúde, têm o potencial de construir novas possibilidades de subjetivação e de ser no mundo, calcadas neste novo paradigma.

CAPÍTULO 3.

A TEORIA DA SUBJETIVIDADE

O desafio de apresentar a *psique* a partir de uma visão cultural, despojando-a do caráter determinista e essencialista que acompanhou a grande maioria das teorias psicológicas, conduz a uma representação da *psique* em uma nova dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico ao qual temos optado pelo conceito de subjetividade (González Rey, 2003b, p. 75).

Tendo sua origem na psicologia soviética, o enfoque histórico-cultural estabelece um compromisso ontológico com a produção histórica e cultural, na busca por compreender a *psique* humana. Na tentativa de romper com os paradigmas transcendentais ou universais da *psique*, a perspectiva histórico-cultural, e em especial o autor Vygotsky, apresentam uma nova qualidade da *psique*, sensível a múltiplas formas de registros socioculturais, à qual se denomina subjetividade. Os principais elementos desta proposta teórica, que se diferenciam das perspectivas anteriores, consistem numa ruptura com a visão da *psique* como entidade interna individual, representando-a como um sistema complexo, processual e dinâmico; na busca pela superação de dicotomias, como afetivo/cognitivo, consciente/inconsciente, social/individual, etc.; e no estabelecimento de um vínculo entre a *psique* e a ação humana, através da noção de significado (González Rey, 2005). Nesta perspectiva, entende-se a cultura como constitutiva do sujeito e possibilitadora de múltiplas trajetórias, como uma rede complexa e heterogênea de significados construídos socialmente, uma vez que a sociedade é composta de indivíduos.

A partir dos parâmetros do enfoque sócio-histórico, González Rey propõe sua Teoria da Subjetividade, na busca por compreender o psicológico como constituído por processos de construção de sentido e de significação, os quais apontam para a complexidade, para o caráter multidimensional, recursivo e contraditório da subjetividade. Ao atribuir à subjetividade o *status* de Teoria, o autor propõe uma representação da *psique* que, na perspectiva histórico-cultural, avança na compreensão desta “como realidade complexa irreduzível a outras formas do real” (Martinez, 2005, p. 14). Assim, o sujeito que está inserido num espaço sociocultural pode se identificar e apropriar-se dele, mas também é capaz de elaborar e refletir sobre os

significados apreendidos e fornecer elementos próprios e singulares, que conferem a estes significados compartilhados variações pessoais. Assim se configura o processo de formação dos sentidos subjetivos – principal unidade de significação da subjetividade –, ou seja, a apropriação ativa do sujeito em relação às concepções culturais existentes (González Rey, 2005). A partir desta compreensão do sentido subjetivo torna-se possível a concepção da *psique* como produção cultural (Lima, Jucá & Santos, 2011).

Assim, a subjetividade, tal como concebida, não é equivalente ao que se entende por psicológico. Existem processos psicológicos automatizados que não correspondem ao conceito de subjetividade, como por exemplo a atenção involuntária diante de um estímulo (Martinez, 2005). A noção de subjetividade refere processos e organizações possuidores de uma qualidade distinta de outros âmbitos da realidade humana, não redutível somente ao biológico ou ao social, “qualidade esta que é produzida (e produz) tanto sujeitos quanto espaços sociais” (Lima, Jucá & Santos, 2011, p. 335). Portanto, esta Teoria considera que a subjetividade é simultaneamente social e individual⁸, possibilitando a articulação entre as esferas privada e coletiva, além do rompimento com as dicotomias interno/externo, intra-subjetivo/inter-subjetivo, articulando dialeticamente os referidos pólos de modo complementar e recursivo (Martinez, 2005).

A Teoria da Subjetividade considera que a subjetividade é uma organização de processos de sentido e significação, os quais aparecem e se configuram em distintas formas e níveis no sujeito e na personalidade, bem como nos diferentes espaços sociais onde o sujeito atua (González Rey, 1999). A subjetividade constitui, assim, um sistema em desenvolvimento permanente (contrariando a noção de invariantes universais), o qual tem como unidades centrais as configurações de sentido subjetivo integrantes do atual e do histórico de cada momento de ação do sujeito nas diversas áreas de sua vida. Dessa forma, a subjetividade está sempre implicada com as condições de sua produção, embora adquira certa estabilidade que permite definir os elementos de sentido dominantes no sujeito, em relação às principais atividades e posições que estes ocupam em cada momento concreto da vida (González Rey, 2003b). Entretanto, tais configurações de sentido subjetivo não definem antecipadamente o

⁸ Apesar da sua proposta de superar as dicotomias interno/externo e individual/social, o autor utiliza uma separação semântica, os termos subjetividade individual e subjetividade social, de modo a ilustrar didaticamente as dimensões presentes num mesmo processo de subjetivação. Adotamos, portanto, neste trabalho, sua terminologia em referência a tais dimensões.

sentido dominante, mas se configuram como um dos tantos elementos constituintes da subjetividade.

A subjetividade, então, é um sistema em desenvolvimento, no qual as novas produções de sentidos constituídos nas atividades do sujeito influenciaram o sistema de configurações da personalidade, não de modo imediato, mas de modo mediato nos processos de reconfiguração que acompanham a constante processualidade dos diferentes sistemas de atividades e relações do sujeito (González Rey, 2005, p. 35).

A concepção de subjetividade implica o reconhecimento de formas diversas, singulares e complexamente configuradas, através das quais se expressa o psicológico, algo que foge de compreensões deterministas. Então, a subjetividade individual se constitui no processo de elaboração e organização dos sentidos subjetivos, os quais são mantidos e transformados a partir das atividades e experiências humanas (através de processos psicológicos: pensamento, linguagem e emoções), originando, assim, as configurações subjetivas (Borrione, 2004, *apud* Lima, Jucá & Santos, 2011). Estas configurações subjetivas, constituídas de múltiplos elementos, processos e condições, não podem ser entendidas fora de tais relações, fora do seu contexto de produção, o que implica na impossibilidade de reduzi-las a quaisquer de seus componentes, ou de estabelecer relações lineares entre determinados tipos de influências e suas respectivas consequências (Martinez, 2005). Dessa maneira, as configurações subjetivas se constroem a partir da integração de elementos de sentido e significação organizados no âmbito da experiência do sujeito, podendo assumir diversas estruturas no decorrer de suas ações (González Rey, 2002).

As configurações subjetivas seriam as responsáveis pelas formas de organização da subjetividade como sistema, além de serem relativamente estáveis pela associação, por um lado, à uma produção de sentidos subjetivos que antecede o momento atual da ação do sujeito e, por outro, à intensificação da produção de sentidos de qualquer ação nova, visando uma (re)organização do sistema. Assim, toda produção de sentidos subjetivos é o resultado da tensão entre os sentidos que emergem a partir da ação do sujeito e os sentidos que antecedem esse momento, tecidos nas configurações subjetivas relacionadas a cada situação concreta (González Rey, 2005). Portanto, a categoria de configuração subjetiva não se define por conteúdos ou processos universais, mas caracteriza os processos de subjetivação de atividades humanas distintas e “constitui um núcleo dinâmico de organização que se nutre de sentidos

subjetivos muito diversos, procedentes de diferentes zonas da experiência social e individual” (González Rey, 2004, p. 203).

A categoria de configuração subjetiva tem caráter sistêmico e permite visualizar e compreender as diferentes expressões do sujeito em quaisquer atividades particulares, constituindo uma forma de manifestação da subjetividade individual, a qual, por sua vez, poderá emergir de múltiplas formas a depender do contexto da subjetividade social no qual a atividade do sujeito ocorre. A subjetividade social pode ser entendida como o produto de processos de significação e sentido que caracterizam, singularizam, delimitam e mantêm os espaços sociais onde vivem os indivíduos. A partir da articulação e relação dialética entre os inseparáveis domínios do social e do individual se constrói a subjetividade humana, tendo em vista que o sujeito individual se define dentro do tecido social em que vive, "no qual os processos de subjetividade individual são um momento da subjetividade social, momentos que se constituem de forma recíproca sem que um se dilua no outro, e que têm de ser compreendidos em sua dimensão processual permanente” (González Rey, 2003a, p. 206).

Dessa forma, as configurações subjetivas do social não aparecem como algo externo ou contraposto às configurações das subjetividades individuais, mas como parte constituinte destas, as quais, por sua vez, as constituem. As subjetividades social e individual constituem-se mutuamente, trazendo uma ideia de recursividade:

Não é possível considerar a subjetividade de um espaço social desvinculada da subjetividade dos indivíduos que a constituem; do mesmo modo, não é possível compreender a constituição da subjetividade individual sem considerar a subjetividade dos espaços sociais que contribuem para sua produção (Martinez, 2005, pp. 19-20).

Compreende-se assim que a subjetividade social atravessa de forma permanente a individualidade, tornando possível a produção de novos sentidos subjetivos de acordo com o espaço social onde a ação do sujeito acontece (González Rey, 2005). Cada espaço social específico pode permitir a existência de diferentes subjetividades sociais características, as quais, de maneira geral, são responsáveis pela construção da sociedade. Contudo, nesta perspectiva, “sempre se enfatiza o papel ativo do sujeito, capaz de promover rupturas na subjetividade social por meio dos processos individuais de subjetivação e atividade” (Lima, Jucá & Santos, 2011, p. 337). Logo, por meio desta perspectiva, lançamos o olhar para os

usuários de CAPS como unidades de subjetividade individual e para os CAPS como unidades de subjetividade social, ambos num processo constante de co-construção e articulação, a partir do qual se produzem sentidos subjetivos e configurações subjetivas singulares. E é justamente para tais produções subjetivas que se direciona o foco do presente estudo.

PARTE II

PERCURSO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4.

OBJETIVOS

Nosso objetivo geral consiste em analisar as configurações subjetivas construídas pelos usuários da saúde mental a partir de sua trajetória de acompanhamento nos CAPS.

Como objetivos específicos propomos:

- Investigar os sentidos subjetivos construídos narrativamente pelos usuários, indicadores de suas configurações subjetivas relacionadas ao contexto dos CAPS;
- Identificar possíveis tensões, transformações e rupturas nas configurações subjetivas dos usuários diante do novo modelo de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica;
- Buscar, nas informações construídas, núcleos de sentido subjetivos comuns aos sujeitos usuários dos CAPS.

CAPÍTULO 5.

EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

A questão da subjetividade é abordada neste trabalho a partir da perspectiva histórico-cultural, isto é, consideramos não apenas seu aspecto individual mas também sua característica "constituente dos diferentes espaços sociais da atividade humana" (González Rey, 2010, p. 330). Diante da necessidade de adequação ao estudo do fenômeno subjetivo e frente à crescente demanda da pesquisa qualitativa no campo da psicologia, González Rey (1997, 1999, 2000, 2001, 2002, 2012) introduz uma proposta de Epistemologia Qualitativa, buscando implementar um novo processo de construção de conhecimento pela via de uma epistemologia particular do campo da psicologia.

"A Epistemologia Qualitativa ressalta o caráter interpretativo, construtivo, singular e dialógico na pesquisa qualitativa" (Silva, 2008, p. 57). Esta proposta representa uma perspectiva metodológica mais adequada ao estudo dos fenômenos psicológicos e da subjetividade, considerando especificamente suas características de multifacetamento, irregularidade, complexidade, historicidade e recursividade. O diferencial desta Epistemologia consiste na adoção de uma posição não instrumentalista, referindo seu caráter qualitativo aos processos que caracterizam a produção de conhecimento, e ao foco na relação dialógica entre pesquisador e participante, considerando ambos ativamente engajados no desenvolvimento do trabalho de pesquisa, o que é condição fundamental para a emergência dos sentidos subjetivos neste processo (González Rey, 2010).

Dessa forma, a Epistemologia Qualitativa proporciona a emergência de diferentes formas de se fazer ciência, desde a construção dos instrumentos até a relação que possibilita entre o participante e o pesquisador (Silva, 2008). Para tanto, esta proposta epistemológica se apóia em três princípios básicos: o caráter construtivo interpretativo do processo de produção do conhecimento, o reconhecimento do singular como esfera válida de produção de conhecimento científico e, finalmente, a comunicação como espaço legítimo de produção da informação em pesquisa, os quais serão tratados adiante.

5.1 Caráter construtivo-interpretativo do conhecimento

Este princípio implica na busca pela compreensão, sentido e significado que uma informação representa no universo do participante da pesquisa, o que implica num posicionamento desprendido de generalizações legitimadas pelo pesquisador (López, 2013). Tal postura permite realizar interpretações singulares dos dados, fazendo o conhecimento emergir através de um processo de produção, através de um acesso sempre parcial e limitado do pesquisador ao seu objeto de pesquisa, domínio infinito e pluridimensional (González Rey, 2012). Dessa forma, o conhecimento é tomado como uma produção humana e não como apropriação linear, legitimado a capacidade de gerar permanentemente novas construções e possibilidades de aprofundamento.

Dessa forma, o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento é focalizado como uma produção que está em constante processo de transformação, diferentemente de ser cristalizado pelo ordenamento da realidade social e reificado como uma categoria de valor imutável (López, 2013, p. 29).

Diante da ênfase construtivo-interpretativa do conhecimento, considera-se que o caráter teórico é um atributo fundamental da Epistemologia Qualitativa. Sua metodologia se direciona para a construção de modelos de compreensão dos objetos estudados, alinhando o momento empírico como inseparável do processo de produção teórica. Assim, “o modelo teórico é um sistema que se desenvolve a partir da tensão entre o momento empírico e a produção intelectual do pesquisador, mas que se constitui de significações produzidas, não evidentes nos fatos” (Silva, 2008, p. 61). Este conceito é fundamental para a compreensão dos demais e, nesta pesquisa, para todo o processo de construção e análise da informação.

5.2 Legitimação do singular como instância de produção científica

A legitimação do singular como campo de produção de conhecimento científico parte da compreensão da pesquisa como produção teórica, legitimando a capacidade criativa de todos

os envolvidos na pesquisa. Assim, assume-se uma perspectiva em direção ao reconhecimento de um sujeito que produz o conhecimento da pesquisa, mas ao mesmo tempo é produzido por ela, numa relação dialógica entre pesquisador e pesquisado (López, 2013). Nesta proposta é minimizado o engessamento pelos instrumentos ou pelo método, havendo uma fluidez do diálogo entre os participantes e o pesquisador, e a possibilidade de ir além dos 'dados puros' pela possibilidade de interpretação e elaboração de hipóteses na construção teórica.

Tendo em vista que tal produção teórica se caracteriza pela produção intelectual dos pesquisadores, integrando ideias e material empírico no decorrer da pesquisa, os casos singulares funcionam como seu principal aporte, dando consistência às referidas construções intelectuais. Percebe-se assim que a Epistemologia Qualitativa se aproxima da noção de ciência ideográfica, a qual constrói generalizações e modelos explicativos a partir de casos individuais e únicos, fundamentada na compreensão de que "o geral existe no particular, e vice-versa" (Valsiner, 2012, p. 321). Portanto, a generalização, neste tipo de pesquisa, se associa à qualidade do modelo teórico em andamento, formado pelos sistemas de informação construídos e pelas hipóteses que vão se ratificando neste percurso (González Rey, 2010).

Nesta perspectiva, a qualidade da expressão dos casos singulares garantirá a legitimidade do conhecimento a ser construído, proporcionando modelos amplos e capazes de abarcar a complexidade e abstração característicos da realidade histórico-cultural. Dessarte, os estudos de caso se mostram extremamente adequados e relevantes, tanto para a Epistemologia Qualitativa quanto para nossa proposta de trabalho, tendo em vista que o sujeito tem a capacidade de apresentar elementos únicos, em dimensões de sentido singulares, permitindo a teorização pelo pesquisador de aspectos qualitativos não explícitos, os quais se tornam relevantes por suas repercussões na produção de significados desse sujeito e, conseqüentemente, na produção teórico científica (González Rey, 2004).

5.3 Pesquisa como processo dialógico

Diante da relevância da singularidade e da construção que se dá entre pesquisador e participante, fica claro que, para esta perspectiva, a pesquisa é concebida como um processo de comunicação. Comunicação é um processo dialógico, impossível de ser previsto e controlado, a partir do qual investigador e participante se implicam no problema pesquisado de acordo com suas intencionalidades, expectativas e contrastes. Portanto, o processo de produção de conhecimento adota um caráter interativo, vivo (Silva, 2008) e em constante reformulação, o que repercute diretamente na abertura de suas possibilidades metodológicas, instrumentais e na responsabilidade do pesquisador pela construção teórica resultante.

Tendo em vista que grande parte das questões sociais e singulares dos humanos se expressa na comunicação, esta se torna uma via privilegiada para conhecer suas configurações subjetivas e sentidos subjetivos construídos dentro das condições histórico-culturais que os compõem (González Rey, 2012). Nas palavras deste autor:

A produção de sentidos subjetivos é facilitada nas narrativas de um sujeito assumido, para quem o diálogo com o outro segue o curso das necessidades que vão aparecendo a cada momento do processo (...). Esta possibilidade de gerar campos de sentido subjetivo no decorrer de sua narrativa é uma necessidade para a construção de configurações subjetivas por parte do pesquisador (pp. 136-137).

Compreende-se assim que a qualidade e complexidade das informações produzidas somente podem ser alcançadas a partir da verdadeira implicação de participantes e pesquisadores nas redes de comunicação desenvolvidas no curso da pesquisa. Este envolvimento mútuo favorece a construção de indicadores significativos, posto que o interesse em comum contribui para o seu surgimento naturalmente na relação, tendo em vista que não é possível estabelecer a comunicação sem tornar-se parte do processo comunicativo. Nesta perspectiva, parte-se do pressuposto de que não há informação neutra ou objetiva, mas eternamente permeada por uma "argumentação consensual crítica" (Arrais, 2005, p. 62).

CAPÍTULO 6.

CONSTRUÇÃO DO MÉTODO

6.1 Participantes

No estudo da subjetividade, o sujeito é a unidade fundamental do processo de construção, visto que sua singularidade é a única via possível de produção teórica (González Rey, 2012). Assim, os participantes da pesquisa são imprescindíveis para o desenvolvimento e aprofundamento das informações componentes do modelo teórico em construção. Em acordo com a referida ideia e com nosso objetivo de investigar as configurações subjetivas de usuários dos CAPS do Recife/PE, os participantes certamente foram representantes dos usuários, únicos capazes de produzir sentidos subjetivos acerca da condição singular de pessoa com transtorno mental cujo tratamento se deu nos dispositivos substitutivos pautados no paradigma da reforma psiquiátrica. Duas usuárias de diferentes CAPS da cidade aceitaram nosso convite e também se engajaram na produção deste trabalho. Para denominá-las, adotamos os nomes fictícios⁹ de Elis Regina e Clara Nunes, como uma pequena homenagem à música popular brasileira. Estas usuárias foram selecionadas com base num determinado perfil, o qual detalharemos a seguir.

Como critérios de inclusão para as participantes usuárias de CAPS, estabelecemos: a) idade superior aos 18 anos, pois o maior número de CAPS da cidade do Recife/PE está voltado para este público; b) concordar em participar da pesquisa e firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12) (Anexo IV); c) haver cursado ou estar cursando pelo menos o ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano), tendo em vista que há prevalência de usuários analfabetos ou semi-analfabetos no SUS (Ruiz, 2012) e que as habilidades linguísticas de leitura, compreensão e expressão, bem como as competências de raciocínio e abstração, são mais consolidadas em indivíduos com

⁹ Os nomes Clara Nunes e Elis Regina foram escolhidos de forma aleatória, não havendo qualquer tipo de comparação ou analogia com as histórias de vida, personalidades e/ou características físicas das cantoras.

algum grau de escolaridade (Brasil, 2007a) e facilitam o processo de construção das informações; d) não possuir limitações físicas de comunicação oral, de compreensão auditiva ou escrita, dado que as informações construídas foram principalmente orais e escritas; e) haver recebido alta¹⁰ por melhora (ou estar em processo de alta) do acompanhamento pelo seu CAPS de referência, tendo em vista a condição de estabilidade do quadro sintomático do transtorno mental e considerando que a passagem do usuário por todo o percurso do tratamento no CAPS, desde a crise até a melhora, pode possibilitar a elaboração de sentidos subjetivos acerca de experiências ao longo de todo o processo de acompanhamento no novo modelo de cuidado em saúde mental.

Com relação a este último critério, sobre a alta do tratamento no CAPS, compreendemos que, por não existirem explicitados, nas políticas que regulamentam tais instituições, os requisitos para que um usuário receba alta (Brasil, 2004a), sentimos a necessidade de investigar tais requisitos nas próprias instituições, junto às equipes multiprofissionais. Neste contexto, os profissionais dos CAPS também se tornaram participantes deste estudo, tanto na composição dos critérios de alta utilizados em sua prática, quanto na imprescindível indicação de usuários com o perfil desejado para participar desta investigação. Dessa forma, as equipes dos CAPS onde as usuárias realizaram tratamento, aqui denominados¹¹ CAPS Basta um Dia e CAPS Estrada do Sol, também se configuraram como participantes, inclusive pelo fato de comporem o cenário social e subjetivo das instituições e assim, certamente, haverem contribuído para a construção de sentidos subjetivos pelas usuárias no percurso de tratamento.

Quanto aos critérios de inclusão dessas instituições, estabelecemos nossa opção por: a) CAPS tipo II responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos mentais – tendo em vista que esta é uma especialidade já mais consolidada nas práticas e políticas públicas do que as demais (Brasil, 2007a) –, de diferentes distritos sanitários do Recife/PE, na intenção de suscitar suas singularidades e observar pontos de convergência; b) assentimento da equipe em permitir a participação da pesquisadora durante parte de um momento de reunião clínica, na

¹⁰ Embora o termo 'alta' seja mais amplamente utilizado no meio médico, é um termo também que faz parte dos discursos compartilhados no espaço dos CAPS, por seus usuários e profissionais. Dessa forma, optamos pela utilização deste mesmo termo, visando maior clareza conceitual e adesão discursiva dos participantes.

¹¹ Estes nomes fictícios adotados para os CAPS participantes foram escolhidos com o único critério de serem títulos do repertório das cantoras homenageadas, não havendo comparação ou analogia entre o conteúdo das letras destas canções com elementos aqui analisados.

intenção de encontrar a equipe (ou grande maioria dos membros) reunida; c) acordo em firmar TCLE (para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12) (Anexo III).

Todos os indivíduos ou equipes de instituições que não atenderam aos critérios descritos acima não puderam participar como voluntários desta investigação. Isto é, equipes de CAPS de outras especialidades, como o de álcool e outras drogas, infantojuvenil ou aqueles de tipo III (24h) não se adequaram por não trabalharem com a população escolhida para esta pesquisa, ou por não fazerem parte do grupo de instituições ainda completamente consolidado, como é o caso de alguns CAPS tipo III do Recife/PE. Com relação ao número de participantes, a princípio nos propusemos em trabalhar com 4 usuários indicados por 4 CAPS tipo II para transtornos mentais em funcionamento no Recife/PE, devido à concordância com os critérios de inclusão. Entretanto, ao entrar em contato diretamente com estas instituições, já após aprovação do Comitê de Ética e da Prefeitura do Recife, tomamos conhecimento que um daqueles CAPS também estava em processo de transição para CAPS do tipo III¹², e, portanto, já não poderia ser considerado incluído nos referidos critérios. Além disso, neste delicado e complexo período de transição, talvez não fosse pertinente a nossa entrada no serviço.

Diante deste cenário, encaminhamos os procedimentos de coleta e análise com 3 CAPS e 3 usuárias. Porém, ao realizar a construção das informações com uma das usuárias indicadas, nos chamaram a atenção algumas características de seu discurso que sugeriam uma oscilação entre fantasia e realidade. Esta observação foi somada ao fato dela estar há mais de seis meses sem qualquer acompanhamento, aos sinais de intensa emotividade e sofrimento psíquico e ao fato de claramente não haver conseguido compreender o caráter pontual daquela intervenção para fins de pesquisa. Diante de tais fatos, decidimos por não utilizar os dados construídos com esta usuária no presente trabalho, postura que nos pareceu prudente já que, diante da forma como esta usuária se apresentou, questionamos a sua capacidade de responder por si naquele momento e as possíveis repercussões que esta pesquisa poderia desencadear diante da sua fragilidade. Assim, nossa conduta foi de abrir-lhe um espaço de fala, já que tinha forte demanda e estava sem acompanhamento; orientá-la da necessidade de retomar o seu tratamento, fosse no CAPS ou noutra instituição; e finalmente, de encaminhá-la para iniciar uma psicoterapia.

¹² Vide no capítulo 2 a rede de CAPS do Recife.

6.2 Recursos instrumentais

Na perspectiva da Epistemologia Qualitativa, os instrumentos são tomados como facilitadores da expressão dos participantes e seu foco é a qualidade das informações construídas no percurso da pesquisa (Silva, 2008). Dessa forma, a principal característica a ser observada num instrumento é a possibilidade de estabelecer um diálogo com os participantes, pois, somente através da dialogicidade se torna possível conhecer e compreender os fenômenos subjetivos. Portanto, os instrumentos não podem ser recursos estáticos, visto que devem acompanhar a dinâmica do processo de comunicação. Em suma, os instrumentos podem ser considerados indutores de informações, as quais apenas se qualificam e adquirem significados de acordo com as interpretações do pesquisador e os objetivos de sua investigação (González Rey, 2012). Nesta perspectiva, adotamos dois instrumentos complementares: a dinâmica conversacional e o complemento de frases.

A dinâmica conversacional é um processo de comunicação, cujo objetivo é proporcionar aos participantes um espaço de construção de campos significativos com base nas suas experiências pessoais e nos sentidos subjetivos componentes da subjetividade. Os relatos construídos nestes espaços expressam o mundo das experiências subjetivas dos participantes, imprescindíveis para esta pesquisa. Assim, para que esta comunicação se estabeleça, é necessário que o pesquisador crie uma atmosfera permissiva do envolvimento do participante com o tema, através da sugestão de tópicos gerais ou uma pergunta-tema abrangente, mas sem perder de vista os objetivos da investigação. Além disso, ao longo da conversação, o pesquisador pode acompanhar as reflexões e desdobramentos da fala do participante, ao mesmo tempo em que o encoraja a dar continuidade à sua expressão, configurando-se também como participante ativo nesta construção (González Rey, 2011). Aqui encontramos aproximações entre a dinâmica conversacional e uma situação social que propicia a produção narrativa, considerando que, neste processo, o pesquisador facilita um ambiente propício e um tema abrangente, os quais permitem o engajamento do participante, o acompanhamento da construção da narrativa com escuta e atenção implicadas e, assim, ambos constroem juntos narrativa e significado (Riessman, 2008).

A conversação é um processo cujo objetivo é conduzir a pessoa estudada pelos campos significativos de sua experiência pessoal, os quais são capazes de envolvê-la no sentido subjetivo dos diferentes espaços delimitadores de sua subjetividade individual. A partir desses espaços, o relato expressa, de forma crescente, seu mundo, suas necessidades, seus conflitos e suas reflexões, processo esse que envolve emoções que, por sua vez, facilitam o surgimento de novos processos simbólicos e de novas emoções, levando à trama de sentidos subjetivos (González Rey, 2012, p. 126).

Desse modo, a dinâmica conversacional possibilita ao pesquisador visualizar indicadores e formular hipóteses acerca dos sentidos e configurações subjetivas predominantes na subjetividade do indivíduo, bem como possibilita compreender suas condições históricas, socioeconômicas, culturais de produção e sua identidade social. Por todas as razões expostas, optamos pela utilização do instrumento da dinâmica conversacional com as usuárias, bem como com as equipes dos CAPS.

Nossa proposta de Dinâmica Conversacional com as usuárias se iniciou por meio da seguinte pergunta-tema: “Como teve início a sua história com o transtorno mental e que impactos isso teve na sua vida?”, uma questão ampla, que propiciou o envolvimento das usuárias não apenas na expressão de informações, mas na produção de uma Narrativa de Vida¹³, perpassada por diversos temas e campos significativos complexos, abertos para a reflexão. Simultaneamente, a pergunta-tema foi circunscrita aos nossos objetivos, já que abordou o início da história com o transtorno mental, por compreender que esta etapa é em geral marcante nas histórias dos usuários e que geralmente implica na principal causa para o início do acompanhamento num CAPS; e que buscou também trazer o foco para os impactos na vida, compreendendo que a subjetividade das usuárias se constitui para além do transtorno mental e abarca toda diversidade de experiências, espaços e relações.

Já na Dinâmica Conversacional com as equipes dos CAPS, propusemos a seguinte pergunta-tema: “Quais os critérios de alta por melhora utilizados em sua prática clínica com os usuários acompanhados por este serviço?”. Através desta questão, com tema mais delimitado, controverso e repleto de indicadores dos pressupostos que guiam a prática das equipes multiprofissionais, foi possível criar conversações bastante abertas e engajadas, bem como a construção de diversos sentidos subjetivos e campos de reflexão, comuns e singulares, de cada equipe participante. Ao contrário da pergunta-tema direcionada às usuárias, esta não

¹³ Aqui nos referimos à Narrativa de Vida tal como proposta por Bertaux, 2010.

possibilitou à equipe a construção de uma Narrativa de Vida¹⁴, devido à adequação aos objetivos e dado que o tema proposto foi bastante mais objetivo e direcionado.

Cabe ressaltar que durante as dinâmicas conversacionais tanto com as usuárias quanto com as equipes recorreremos ao uso de um gravador de áudio e de um caderno de anotações, como recursos para rememorar com maior riqueza de detalhes quanto possível as informações construídas com nossos participantes.

O segundo recurso instrumental que utilizamos neste trabalho foi o complemento de frases, o qual consiste numa lista de frases incompletas, as quais são finalizadas pelo participante a partir das primeiras ideias que emergem em sua mente. Diante deste instrumento, o participante tende a produzir diferentes sentidos subjetivos daqueles construídos na dinâmica conversacional, visto que as frases constituem distintos indutores de estruturação das informações. Além disso, as frases incompletas podem versar sobre os mais diversos conteúdos, variar em quantidade e ordem de apresentação de acordo com o pesquisador e os objetivos da pesquisa (González Rey, 2002; Arrais, 2005), elementos capazes de evocar múltiplas situações vividas, novas emoções e reflexões, que se tornam significativas para quem as responde (González Rey, 2011). Portanto, é um instrumento que pode também ser considerado dialógico, na medida em que proporciona uma interação com o pesquisador, quem pode buscar maior aprofundamento em alguma resposta, solicitar comentários e refletir junto com o participante sobre sua produção.

Neste trabalho, optamos pela utilização do complemento de frases apenas como recurso complementar às construções elaboradas na dinâmica conversacional com as usuárias participantes. Esta decisão se deu pela necessidade de aprofundamento de algumas questões abordadas na Dinâmica Conversacional, relativas às configurações subjetivas das usuárias, principal foco dos nossos objetivos. Desse modo, construímos duas listas de frases incompletas, cada uma especificamente criada para cada usuária participante, a partir das construções nas respectivas dinâmicas conversacionais. As listas de frases incompletas foram construídas de modo a estimular a livre expressão das participantes, com base nos modelos apresentados por González Rey (2011, 2012) e Silva (2008). Cada instrumento foi composto por 30 itens com o objetivo de não se tornar cansativo, e foram abordados temas significativos

¹⁴ Aqui nos referimos à Narrativa de Vida tal como proposta por Bertaux, 2010.

para as usuárias em relação ao cotidiano, relacionamentos, medos, expectativas, aspirações, recordações, pessoas, etc., de acordo com os sentidos construídos singularmente por cada uma delas. Estes instrumentos tal qual construídos e completados pelas usuárias aparecem nos respectivos casos desta dissertação, capítulos 7 e 8 a seguir.

6.3 Procedimentos de construção e interpretação das informações

Na Epistemologia Qualitativa, as informações e interpretações são construídas de forma contínua em todos os momentos da investigação, o que explica a nossa opção por abordá-los conjuntamente neste tópico. Desse modo, podemos considerar que as informações são inseparáveis do sistema teórico em construção, já que todo descobrimento é uma construção na medida em que adquire sua significação na interpretação do pesquisador e num dado momento histórico-cultural (González Rey, 2012). Logo, a construção, modificação e interpretação das informações são os meios que as legitimam em sua capacidade de diálogo e de produção de conhecimento "a partir da valorização da subjetividade humana" (Arrais, 2005, p. 64).

Com base nesses pressupostos, todas as informações da presente investigação foram construídas em diversos momentos relacionais e dialógicos, afinal os sentidos subjetivos aparecem a partir da expressão livre, criativa e personalizada do sujeito (González Rey, 2012). Primeiramente, um contato telefônico foi realizado com as equipes dos CAPS Basta um Dia e Estrada do Sol, a princípio com os membros da gerência, para quem solicitamos levar à equipe uma apresentação da proposta de pesquisa para sua apreciação. Assim, em data e horário agendados com a gerência, tivemos o primeiro contato com as equipes, fundamental para apresentação desta pesquisadora e da proposta de pesquisa, bem como para explicar as etapas, os procedimentos incluídos, convidá-los à participação e dirimir dúvidas dos profissionais. Deixamos clara a utilização do gravador de áudio, a não-obrigatoriedade da participação e a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer tempo. Neste momento ainda, foram entregues à equipe uma cópia do projeto de dissertação e uma cópia do documento de autorização da Prefeitura do Recife/PE para realização da pesquisa (Apêndice

II). A partir da deliberação e consentimento das equipes, marcamos uma nova data para a realização da dinâmica conversacional e ainda solicitamos a indicação de alguns nomes e contatos de usuários incluídos nos critérios já descritos.

No caso de ambas as equipes, acordamos, neste primeiro encontro, que nós realizaríamos um novo contato telefônico para coletar as referidas indicações de usuários e assim o fizemos. A equipe do CAPS Basta um Dia forneceu, pelo menos, 10 indicações ao longo de três meses, pois ora os telefones não pertenciam mais aos usuários, ora simplesmente não conectavam e houve ainda dois casos de recusa na participação, antes do contato com Clara Nunes. Já a equipe do CAPS Estrada do Sol apenas nos forneceu inicialmente duas indicações, sendo que na primeira ligação já conseguimos a atenção de Elis Regina.

No segundo encontro com as equipes dos CAPS Basta um Dia e Estrada do Sol, iniciamos os procedimentos de construção das informações com a resolução de dúvidas restantes e distribuição do TCLE (Anexo III), seguida da respectiva leitura e assinatura por cada um dos profissionais voluntários. Houve alguns profissionais que optaram por não participar, algo que foi compreendido sem constrangimentos. Iniciamos então a dinâmica conversacional com a pergunta-tema “Quais os critérios de alta por melhora utilizados em sua prática clínica com os usuários acompanhados por este serviço?”, a partir da qual os profissionais foram se posicionando e a comunicação foi estabelecida. A conversa com ambas as equipes foi gravada em áudio e durou cerca de 20 minutos. Ao concluir a dinâmica conversacional com cada equipe, nos comprometemos em manter o contato tanto para resolver quaisquer questões relacionadas à pesquisa, quanto para apresentar e entregar uma cópia do trabalho final no momento de sua conclusão.

A partir dos arquivos de áudio das dinâmicas conversacionais com as referidas equipes dos CAPS prosseguimos com as transcrições, nas quais não foram identificadas as falas dos membros individualmente. Todo o conteúdo e sentidos subjetivos construídos foram considerados como o discurso de cada equipe.

Quanto às usuárias Clara Nunes e Elis Regina, os procedimentos se organizaram da seguinte forma: a partir dos respectivos telefones fornecido pelos CAPS, realizamos o primeiro contato, no qual nos identificamos e à forma como tivemos acesso aos seus números de

telefone, apresentamos em linhas gerais a proposta de pesquisa e realizamos o convite para um encontro presencial no espaço do seu CAPS de referência. A opção pela realização deste primeiro encontro no CAPS se deu a partir da sugestão de uma das equipes, algo que nos pareceu bastante coerente tendo em vista que aquele era um espaço familiar e seguro para as usuárias, já que apenas nos conheciam via telefônica. Diante da aceitação de ambas, agendamos datas e horários da conveniência delas e das equipes, o que ocorreu em dias de reunião clínica pois o CAPS permanece fechado para os usuários. Neste primeiro encontro presencial, nos propusemos em conhecer melhor as usuárias, conversar abertamente e permitir que também nos conhecessem, de modo a 'quebrar o gelo'. Também apresentamos mais detalhadamente a pesquisa, tiramos suas dúvidas e lhes entregamos o TCLE (Anexo IV), o qual ambas optaram por fazer uma leitura em conjunto e logo após deram seu consentimento, mesmo diante da proposta de pensar com calma ou conversar com familiares a respeito. Esclarecemos e reforçamos com ambas as usuárias que a participação não era obrigatória, que poderia haver desistência a qualquer tempo e por qualquer motivo, que suas despesas seriam todas ressarcidas e que suas identidades seriam mantidas em absoluto sigilo. Finalmente, marcamos o próximo encontro para iniciar a dinâmica conversacional, sendo que a usuária Elis Regina optou pela realização desse na casa de sua bisavó e Clara Nunes preferiu dar continuidade aos encontros no espaço do CAPS.

No segundo encontro com as usuárias realizamos a construção das dinâmicas conversacionais a partir da pergunta-tema: “Como teve início a sua história com o transtorno mental e que impactos isso teve na sua vida?”, momentos que foram gravados em áudio. Com Clara Nunes a comunicação se deu imediatamente, sendo que a conversa teve duração de pouco mais que 1h. Já com Elis Regina, o processo conversacional aconteceu de forma mais lenta, principalmente no início, quando pareceu impactada pela questão, e durou cerca de 30min. Finalizado este encontro, marcamos uma data para o próximo, antecipando que realizaríamos o complemento de frases. Este instrumento foi elaborado a partir da escuta atenta dos arquivos de áudio da dinâmica conversacional.

O terceiro e quarto encontros se deram com a construção dos complementos de frases com cada uma das usuárias¹⁵. Ambas optaram por completar o instrumento por escrito e, quando

¹⁵ Vide os tópicos 7.2 para as frases de Elis Regina e 8.2 para as frases de Clara Nunes.

finalizaram as 30 frases, começamos uma conversa acerca de cada frase, na qual pudemos construir novos sentidos subjetivos e refletir sobre questões significativas tocadas na dinâmica conversacional. Com Elis Regina, iniciamos o trabalho com o complemento de frases na casa de sua prima, o qual já durava 40min quando ela preferiu interromper e marcar para continuar outro dia, pois estava bastante incomodada com o ambiente movimentado da casa. Assim, nosso último encontro aconteceu novamente na casa de sua bisavó, durou cerca de 15min e pudemos concluir o complemento de frases bem como encerrar sua participação na pesquisa. No caso de Clara Nunes, o complemento de frases foi construído no CAPS Basta um Dia mas no dia em que iniciamos a usuária precisou encerrar após 1h de conversação, pois teria um compromisso. Diante disso, marcamos mais um dia, no qual foi possível concluir a construção do instrumento e ainda conversar longamente, durante praticamente 2h, pois Clara se emocionou bastante. Ao finalizarmos este encontro e sua participação na pesquisa, Clara estava mais calma e conversamos sobre um encaminhamento para retomar sua psicoterapia. Além disso, os custos que teve com o transporte até o CAPS foram reembolsados.

Estes dois últimos encontros com as usuárias foram também gravados em áudio. Na finalização da participação de Clara e Elis, nos colocamos disponíveis para eventuais repercussões da participação na pesquisa e reforçamos que poderiam entrar em contato caso sentissem a necessidade.

Finalizados os encontros com os CAPS e usuárias, passamos à etapa predominantemente interpretativa e analítica deste trabalho. A perspectiva da Epistemologia Qualitativa compreende tanto a construção como a interpretação das informações como um processo constante e de caráter recursivo com os instrumentos utilizados no curso da pesquisa qualitativa (González Rey, 2012). Em adição e consonância com o aspecto construtivo interpretativo da produção de conhecimento, o papel do pesquisador é fundamental especialmente no momento de interpretar as informações produzidas nos relatos, conversações e instrumentos, já que os sentidos subjetivos não aparecem explicita e intencionalmente neste material. Diante de tais pressupostos, produzimos as transcrições dos arquivos de áudio resultantes de todos os encontros, as quais foram realizadas na íntegra e buscando uma riqueza de detalhes. A partir deste conteúdo escrito, iniciamos a construção das

narrativas de vida de Clara Nunes e de Elis Regina, bem como a produção dos indicadores de sentido subjetivo e dos núcleos de sentido subjetivo dessas usuárias e das equipes dos CAPS.

A Narrativa de Vida, tal qual proposta por Bertaux (2010), não é um discurso qualquer, mas um discurso narrativo empenhado em contar uma história real e, além disso, é improvisado e construído em meio a uma relação dialógica que se estabelece com um pesquisador, cuja função é orientar o diálogo para o detalhamento de experiências pertinentes aos objetivos da pesquisa. Portanto, a articulação, nesta pesquisa, da Epistemologia Qualitativa com a Narrativa de Vida (tanto como instrumento de produção de informações quanto de análise), buscou a ampliação e qualificação do corpo de informações construídas e, conseqüentemente das possibilidades de interpretação e apropriação, tendo em vista que sua composição leva em consideração os discursos sociais, relações de poder, ideologias e realidades cotidianas (Campos & Furtado, 2008). Além disso, a proposta analítica de Bertaux (2010) propõe, tal qual o método construtivo interpretativo, que a construção das informações tem início na relação estabelecida com o sujeito participante, caracteriza-se pela atenção aos aspectos não explícitos nos relatos, pela atribuição de significado e formulação de hipóteses pelo pesquisador, quem busca nuances e sentidos comuns a um mesmo fenômeno social.

Dentro desta perspectiva construímos uma Narrativa de Vida para cada uma das usuárias participantes, fundamentada na rememoração dos principais acontecimentos de suas vidas, levando em consideração que a construção conjunta deste percurso biográfico trouxe aquilo que faz sentido para elas. O trabalho de elaboração da narrativa de vida perpassou a reconstrução diacrônica dos acontecimentos, de forma a situá-los cronologicamente tanto no tempo biográfico quanto no tempo histórico coletivo; pela reconstituição dos grupos de coabitação, da lógica, moral e economia familiar, ordem de nascimento, vínculos afetivos e vínculos culturais (Bertaux, 2010).

No que diz respeito à produção dos indicadores de sentido subjetivo, esses são necessários para que a interpretação se torne possível (López, 2013). Os indicadores são significados hipotéticos designados a elementos ou conjuntos de elementos ao longo da leitura e análise do material construído. Esses indicadores são produzidos a partir de nuances subjacentes ou explícitas, tais como o lugar de uma palavra, forma com que se utiliza a temporalidade, nível de elaboração, uma expressão específica, repetições, etc., ou ainda, a partir de construções

estabelecidas pelo pesquisador entre conjuntos de elementos capazes de gerar significado no contexto singular do sujeito pesquisado (González Rey, 2002). Com base em tais indicadores e suas possíveis inter-relações, hipóteses foram geradas integrando o complexo sistema de informações ao modelo teórico das configurações subjetivas ainda em construção (González Rey, 2010). Tal caráter hipotético do indicador passa então a ser encarado como ‘válido’, ou seja, como portador de sentido subjetivo na medida em que ganha significado em todo o contexto do modelo teórico em construção. Portanto, se sobressaíram, nesta fase, a criatividade, independência e responsabilidade do pesquisador ao interpretar as informações, sem perder de vista que toda zona de sentido possui uma maleabilidade característica do momento de sua produção, não podendo ser considerada absoluta ou estática.

Com base nas orientações acima, realizamos a produção de indicadores e hipóteses a partir do material transcrito, entendendo que tais elementos estão intimamente "envolvidos com a carga subjetiva que lhes dá sentido" (López, 2013, p. 29). Dessa forma, prosseguimos com a verificação das hipóteses construídas através do agrupamento dos indicadores de cada participante em núcleos de sentido subjetivo utilizados para produzir significados, os quais podem ser considerados núcleos de significação teórica formados a partir da concretização e organização do trabalho construtivo interpretativo com as informações. Tais núcleos, apesar de portadores de uma certa estabilidade, não foram considerados como entidades rígidas, mas como momentos da configuração subjetiva estudada organizados em produção teórica, os quais estão em constante movimento a articulação entre si (González Rey, 2012).

Finalmente, com base em todo o trabalho realizado com as informações, construímos os estudos de caso de Clara Nunes e Elis Regina. Cada caso se organizou a partir das articulações e interrelações entre as Narrativa de Vida, os núcleos de sentido subjetivo e indicadores de sentido subjetivo da usuária e do respectivo CAPS, as reflexões teóricas propostas pela Teoria da Subjetividade e o marco teórico da reforma psiquiátrica, compondo assim uma configuração subjetiva para cada usuária.

A proposta de uma configuração subjetiva é uma representação teórica capaz de nos fornecer visibilidade sobre processos que, até hoje, haviam sido desconsiderados pela psicologia, permitindo uma construção que acompanha o caráter contextual, processual e dinâmico da subjetividade e, ao mesmo tempo, suas formas de organização, a história dessas formas de organização e sua constante tensão e compromisso com os contextos e campos de ação atuais da pessoa (González Rey, 2012, p. 137).

PARTE III

ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO

Apresentamos adiante recortes dos casos de Elis Regina e Clara Nunes, tendo em vista a necessidade de circunscrever aos nossos objetivos o conteúdo analisado. Dessa forma, ambos os casos abordam: 1) a Narrativa de Vida das usuárias; 2) os núcleos de sentido subjetivo que se relacionam com o adoecimento, com a trajetória de tratamento no CAPS e com os momentos após a alta desse serviço; 3) os núcleos de sentido subjetivo dos CAPS que se relacionam com a alta, com a própria instituição e com as dificuldades encontradas pelas equipes; e, finalmente, 4) uma síntese que articula, em cada caso, os sentidos subjetivos construídos.

CAPÍTULO 7.

CASO ELIS REGINA

*Quero que você me dê a mão
Vamos sair por aí sem pensar
No que foi que sonhei
Que chorei, que sofri
Pois a nossa manhã
Já me fez esquecer
Me dê a mão vamos sair
Pra ver o sol*

Estrada do Sol | Elis Regina

Elis Regina tem 20 anos, vive na casa de uma tia materna e frequenta diariamente a casa de sua bisavó e de outros familiares que vivem próximos. Minhas impressões de Elis Regina foram de uma pessoa muito sorridente e curiosa, que gosta de estudar, da vida universitária e de seus amigos e família. Teve sua primeira crise e tratamento do transtorno mental em 2013, quando apresentou um quadro de *ansiedade extrema* (conforme descreveu em um de nossos encontros) e sua família a internou num hospital psiquiátrico, levando-a depois para o CAPS Estrada do Sol, onde está atualmente em processo de alta.

A equipe do CAPS Estrada do Sol me indicou alguns usuários que se adequavam aos critérios desta pesquisa e dentre eles estava Elis Regina sendo que, coincidentemente, foi o a primeira pessoa para quem telefonei. O primeiro contato, no entanto, foi com sua tia materna e responsável por ela perante o CAPS, sendo necessário me apresentar e explicar esta proposta de pesquisa diante de seu interesse. A postura maternal, de cuidado e autoridade, dessa tia me chamou atenção e ao final de nossa conversa ela afirmou com veemência que Elis Regina tinha interesse e participaria sim da pesquisa, sem sequer consultá-la mesmo após eu deixar claro que gostaria de conversar e convidá-la pessoalmente. Assim, sua tia me forneceu o número do celular da própria Elis Regina e consegui contatá-la em seguida. Após as devidas apresentações e convite, Elis Regina mostrou-se disponível para participar e aceitou que nos encontrássemos pessoalmente.

Para o primeiro encontro, sugeri que o mesmo ocorresse no espaço do CAPS Estrada do Sol, tendo em vista ser um local que oferecia maior segurança à usuária, pela sua familiaridade com o local, além de ser um espaço público onde poderíamos nos conhecer com mais tranquilidade. Assim, numa sala cedida pela equipe do CAPS, pudemos conversar de forma descontraída, respondi às suas diversas perguntas curiosas acerca de minha vida pessoal e profissional (por exemplo: onde estuda? Trabalha em quê? Onde mora? Já é casada? Gosta de sair para onde?), o que possibilitou o estabelecimento de um bom vínculo entre nós. Pudemos ainda ler o TCLE juntas, esclarecendo suas dúvidas ao longo da leitura. Após esse momento, Elis Regina optou por assinar o termo e marcar nosso próximo encontro para iniciar a dinâmica conversacional, preferindo que ocorresse na casa de sua bisavó. Na saída do CAPS, pude ainda levar Elis Regina para sua casa, o que nos permitiu conversar ainda mais e contar mais de nossas histórias e projetos para o futuro (por exemplo, foi nesse momento em que Elis Regina introduziu o tema de seu desejo de retomar as aulas na faculdade, voltar a trabalhar e viver em sua cidade).

Neste primeiro contato com Elis Regina me chamou atenção que em sua fala não houve menções ao seu transtorno mental, ou aos sintomas, ou sequer ao tratamento, apesar de ainda estar em processo de alta do CAPS, movimento que se repetiu durante os demais encontros, pois teve dificuldade de falar espontaneamente sobre estes temas. Além disso, Elis Regina a principio mostrou-se alguém que fala bastante, mas essa percepção não se manteve durante os

demais encontros, já que ela teve muita dificuldade para explicitar principalmente as fases difíceis de sua história, o que exigiu mais investidas e perguntas e, conseqüentemente, algum desconforto de ambas as partes em dados momentos de nossas conversas. Diante dos desconfortos, fossem eles anunciados por Elis Regina ou percebidos por mim, busquei dar suficiente liberdade à usuária para responder as questões à sua maneira ou mesmo mudar o tema da conversa, sendo que em diversos momentos pedi seu *feedback* sobre seus sentimentos diante dos instrumentos e das nossas conversas, lembrando sua possibilidade de encerrar a participação a qualquer momento. Dessa forma, tais desconfortos puderam ser dissipados da melhor forma possível.

De acordo com a perspectiva de González Rey (2012), a organização subjetiva, nosso objeto de pesquisa, está presente não nas aparências do material empírico, "mas nas diversas formas de organização não acessíveis da aparência" (p. 117). Nesta perspectiva, detalharemos a seguir o caso de Elis Regina, através de sua Narrativa de Vida; de elementos simbólicos, indicadores e núcleos de sentido subjetivo construídos a partir do nosso diálogo e explicitados em trechos de fala; de considerações construídas pela equipe do CAPS Estrada do Sol e das minhas interpretações no desenrolar dos encontros e do posterior trabalho com as informações construídas.

7.1 Elis Regina: uma narrativa de vida

Elis Regina atualmente tem 20 anos, é a filha caçula de sua mãe e tem um irmão um ano mais velho. Viveu na casa da avó materna desde pequena, juntamente com sua mãe e seu irmão, mas considera que foi criada por sua avó, por quem tinha maior apego. Elis Regina e sua avó moravam em um município da Região Metropolitana do Recife, até o ano de 2012, ainda que sua mãe e seu irmão já houvessem mudado para uma casa no Recife, quando em abril daquele ano a avó faleceu devido a um enfarto fulminante. Por haver passado a maior parte de sua vida na cidade onde morava com sua avó, Elis Regina construiu laços afetivos com este ambiente onde tinha seus amigos mais próximos e lazer, frequentava uma faculdade de direito e tinha também outros familiares.

Após o falecimento de sua avó materna no início de 2012, Elis Regina ainda seguiu vivendo na cidade onde morava com sua avó e mantendo a faculdade até o final do primeiro semestre. Nesse período ela começou a sentir os primeiros sintomas de ansiedade, os quais ela relaciona com a perda de sua avó e com a iminência de uma mudança de cidade, de faculdade, enfim, uma cadeia de grandes mudanças em sua vida. No segundo semestre de 2012 Elis Regina inicia o seu curso numa nova faculdade, já no Recife, para onde se muda passando a viver com uma tia materna, o companheiro da tia e uma filha pequena, num bairro onde também vivem outros familiares bastante próximos, como a sua bisavó, outros tios e primos e sua mãe e irmão, sendo que com este último refere uma relação de muita proximidade, *carne e unha*. Dessa forma, Elis Regina circula muito por estes espaços, de forma que nunca está sozinha. Mas, de todos, o ambiente que mais frequenta e permanece é, além da casa da tia onde mora, a casa da bisavó, onde recebe cuidados e faz as refeições diariamente e por quem tem muito carinho e cuidado.

No que diz respeito à família, Elis Regina demonstra estar muito satisfeita com a sua, gosta de estar por perto e de receber os mimos, mas também se mostra disposta a cuidar daqueles mais próximos. Se refere aos familiares com ternura e respeito, diz que estiveram presentes em seu adoecimento e tratamento; que nunca sairá de perto dos parentes e planeja manter-se próxima à família extensa mesmo quando constituir a sua própria família nuclear. Neste âmbito, Elis Regina afirma que deseja no futuro ter uma filha, a quem chamará Mariana, mas casar-se somente após os 40 anos de idade.

Ao final do ano de 2012, Elis Regina é obrigada a deixar a faculdade por falta de condições financeiras para manter seus estudos, que passaram a ser financiados por sua tia. Dessa forma, Elis Regina começa a trabalhar numa empresa de *telemarketing* no início de 2013 para poder contribuir com as despesas juntamente com sua tia e, futuramente, retornar à faculdade. Ela permaneceu trabalhando até o início de 2014 e se refere ao trabalho de forma saudosa, pois sente falta dos colegas, da ocupação e da independência financeira que este emprego proporcionava.

Ao longo de todo este tempo, desde o falecimento de sua avó, Elis Regina diz ter se sentido ansiosa, embora não tenha entrado em detalhes quando aos seus sintomas. Por volta do mês de fevereiro de 2014, ela teve uma crise de *ansiedade extrema*, quando foi urgenciada e

internada num hospital psiquiátrico, no qual passou uma semana. A principal característica que referiu de sua crise foi não conseguir parar de falar. Elis Regina apenas comentou que foi boa a sua estada no hospital, mas que gosta mais do CAPS Estrada do Sol, onde deu continuidade ao tratamento após sair do hospital e está atualmente com previsão de receber alta.

Sobre o seu percurso de tratamento no CAPS Estrada do Sol, Elis Regina conta que foi muito bem recebida por uma psicóloga da equipe, que é sua terapeuta de referência no serviço. Fala que criou um bom vínculo com os profissionais da equipe, os quais consistem em sua principal motivação para sempre retornar ao serviço. Quanto às atividades proporcionadas pela equipe do CAPS, diz que são boas, mas sem muito entusiasmo, que são basicamente iguais: grupos para falar sobre a chegada ao serviço, o tratamento, as formas de melhorar, o uso das medicações. Em outro momento, fala que sentia-se entediada de passar dias inteiros no CAPS e preferia estar em sua casa dormindo, vendo tv, etc. Elis Regina, ao se referir ao tratamento, enfatiza bastante o uso e os efeitos da medicação que toma, a qual considera que lhe ajudará a retomar suas atividades de trabalho e estudos futuramente.

Ao contar sua história, Elis Regina fala muito de seus amigos, tanto aqueles de infância, quanto os que fez ao longo do percurso pelo trabalho e pelo tratamento, mais recentemente. Afirma gostar muito da companhia dos amigos e que se sente compreendida por eles; que gosta de sair com eles para festas e para dançar.

Atualmente, Elis Regina frequenta o CAPS apenas duas vezes por semana, está afastada do trabalho há cinco meses, recebe o auxílio-doença do INSS, o qual foi renovado até o início de 2015. Por sentir-se bem, para os próximos 6 meses ela gostaria de conseguir um estágio e retomar os estudos, além de ter alta do CAPS para voltar ao trabalho no início de 2015, embora se mostre indecisa quanto a tais planos já que a opinião de sua tia diverge da sua, pois essa pensa que Elis Regina deveria esperar mais seis meses para retomar suas atividades.

Para o futuro, Elis Regina pretende voltar a morar na cidade onde morava com sua avó, concluir o seu curso de direito, especializando-se na área cível ou de família e fazer concurso público para tribunais. Além disso, sonha em ser desembargadora e em fazer o curso de

educação física, abrir uma academia, para ser *personal trainer* e advogada de sua própria empresa.

Ao longo de todo o seu relato, Elis Regina fala de sua fé em Deus, da crença no espiritismo e do tratamento espiritual que manteve juntamente ao tratamento no CAPS e medicamentoso. Refere que a religião auxiliou na passagem pelo luto da perda de sua avó, bem como na melhora de sua ansiedade; que gosta muito de frequentar o centro espírita, onde também frequentava com sua avó na cidade onde morava e atualmente frequenta com sua tia. Elis Regina diz que sente a presença de Deus em sua vida e acredita que Ele tem planos mais altos para o seu futuro.

7.2 Frases completadas por Elis Regina

1. Estudar significa tudo porque é importante para ser alguém na vida.
2. Voltar ao trabalho me fará mais disposição.
3. Mudanças são importantes e essenciais mesmo que embora possa ser difícil um pouco.
4. O CAPS representa uma esperança para melhorar no tratamento.
5. A morte me faz pensar em prosseguir.
6. Meu tratamento foi foi legal, gostando muito, e principalmente dos profissionais.
7. Eu sou uma pessoa que me acho bem extrovertida.
8. Falar é bem, porém, às vezes fica um pouco tímida.
9. A experiência no CAPS me ajudou bastante como pessoa.
10. Me sentir bem significa algo muito bem.
11. Novas amizades são essenciais, as que tenho já existem.
12. Tomar remédios me faz sentir melhor.
13. Melhorar e sair do CAPS será legal, a período que passa feito importante.
- 14. Quero voltar a trabalhar para ganhar dinheiro e visitar os amigos.
15. Minha família é muito especial.
16. Na faculdade eu posso me focar nos concursos.
17. Deus é tudo, é maravilhoso.
18. O tratamento espiritual me fez mais feliz, me ajudou a me superar da ansiedade.
19. Religião é importante pois sem Deus não somos nada.
20. Planejo para o futuro ser uma pessoa sucedida.
21. Os planos de Deus são mais altos que os meus.
22. Minha avó me fazia sentir feliz, amável.
23. Cuidar significa querer bem.
24. Irmãos são muito essencial, sem ele não seria nada.
25. Acho que casamento representa um novo passo para ir na vida e pensar em estudar melhor.
26. Filhos podem ser planos para a futura.
27. Morar em Olinda representa algo bastante legal, via abaxar.
28. Transtornos mentais fazem parte do tratamento.
29. Preocupações me causam nada.
30. Os amigos possibilitam a viver melhor.

7.3 Os núcleos de sentido subjetivo de Elis Regina

A partir da dinâmica conversacional, complemento de frases, transcrição e posterior leitura da narrativa de vida construída, foi possível produzir diversos indicadores de sentidos subjetivos e relacioná-los em núcleos de sentido referentes à trajetória de vida de Elis Regina, principalmente no que diz respeito às circunstâncias que desencadearam sua crise e seu tratamento no CAPS. Como já mencionado anteriormente, as respostas de Elis Regina no geral foram curtas e pouco elaboradas: em grande parte monossilábicas e com poucas informações, muitas vezes repetindo palavras e frases utilizadas por nós, em poucas ocasiões desenvolvendo um raciocínio a partir da pergunta. Há, porém, alguns momentos nos quais conseguiu expressar-se com mais fluência, os quais em sua maioria tornaram-se os mais significativos, seja pelo conteúdo de sua fala, seja pela emoção (re)vivenciada. Dessa forma, neste momento da análise, trazemos não apenas as falas de Elis Regina, mas trechos do nosso diálogo para que a compreensão e a contextualização se preservem ao máximo.

Os indicadores produzidos a partir das transcrições, referindo sentidos subjetivos, aparecem sublinhados nos excertos apresentados. A partir dos sentidos subjetivos indicados, foram organizados cinco núcleos de sentido de acordo com as temáticas e interrelações mais recorrentes: 'a vivência do luto na força da fé', 'repercussões do adoecimento', 'percurso pelo CAPS', 'uma relação de cuidado mútuo' e 'para frente é que se anda'. Desses, serão explicitados e detalhados a seguir apenas 'repercussões do adoecimento', 'percurso pelo CAPS' e 'para frente é que se anda', em face da necessidade de fazer um recorte voltado para nossos objetivos. Sobre o conteúdo apresentado nos núcleos, é importante ressaltar que as expressões e falas de Elis Regina serão apresentadas sempre em *itálico*, enquanto as reflexões e termos adotados pela pesquisadora aparecerão sempre 'entre aspas simples'.

7.3.1 As repercussões do adoecimento

Durante nossas conversas, Elis Regina falou pouco sobre seus sintomas e seu processo de adoecimento, sendo que fez mais menções às consequências de sua crise. Ela nomeia seus sintomas como *ansiedade* e a crise como *ansiedade extrema*; deixa claro que relaciona o aparecimento desses sintomas com o período após o falecimento da sua avó, *no tempo da faculdade*, embora inicie o tratamento apenas diante da crise de fato, ou seja, quando a ansiedade se torna insustentável. No trecho de diálogo abaixo, construído durante a leitura do completamento de frases, é possível identificar como Elis Regina se sentia em seu período de crise.

Tomar remédios me faz sentir... *melhor*.

P- Te faz sentir melhor? Como é que é esse melhor? Como é que era antes?

E- *Antes eu não tomava remédio né? Agora quando tomo eu me sinto melhor.*

P- Tu se sentia como sem o remédio?

E- *Não, eu me sentia uma pessoa normal, mas aí com o remédio ajudou muito.*

P- Tu falou da outra vez que se sentia muito agitada. Ajudou nisso?

E- *É, agitada. Ajudou.*

P- E como era essa agitação, uma vontade de sair andando...

E- *Não! Era falar, falar, falar sem parar.*

Dois falas chamam a atenção no trecho acima: a descrição de como Elis Regina de fato se sentia no seu momento mais crítico, de sua crise, quando foi internada no hospital psiquiátrico; e sua descrição de si mesma como *uma pessoa normal*. As duas afirmações poderiam ser percebidas como antagônicas, mas não para Elis Regina. Primeiramente, o seu sintoma de *falar, falar, falar sem parar* sugere uma necessidade de desabafo, de "botar pra fora", que relacionamos com o sentimento profundo por sua avó e o desejo de que seu espírito não sofra devido ao seu lamento, conforme acredita dada sua crença na religião Espírita. Segundo González Rey (2011), é nessas fissuras incontroláveis da linguagem que os sentidos subjetivos se fazem presentes, com mobilidade e múltiplos desdobramentos, onde a interpretação proporciona o acesso a dimensões subjetivas que não estão na palavra. Assim, podemos pensar que Elis Regina guardou como pôde o seu sofrimento, até o estopim da crise, na qual ainda assim não chorou, encontrando no *falar sem parar* um caminho para desabafar e desafogar a tristeza do luto. Neste raciocínio é possível observar o quão importante e definidor se tornam os sentidos subjetivos da vivência do luto da perda de sua avó e da fé no espiritismo diante do seu processo de adoecimento.

Em segundo lugar, Elis Regina demonstra um alto grau de conhecimento e consciência de si quando mostra que sabe exatamente o momento no qual passou a sentir-se ansiosa, o que a princípio não foi considerado alarmante tendo em vista o seu momento de vida, de mudanças e de luto. Por esta perspectiva, é possível compreender o grau de 'normalidade' da sua ansiedade diante das circunstâncias, sendo este sentido subjetivo a forma encontrada por Elis Regina para lidar com o seu luto. Além disso, parece estar implícito em sua afirmação a pouca importância que dá ao transtorno mental, que qualquer pessoa é suscetível ao adoecimento psíquico, que passar por uma crise, um tratamento num CAPS e tomar medicação não se restringem aos 'loucos', mas é algo que pode sim ser considerado 'normal'. Este mesmo raciocínio se mostra na frase *Os transtornos mentais fazem... parte do tratamento*, quando Elis Regina considera na frase uma ordem de elementos aparentemente inversa, mas que condiz com o seu pensamento e com o lugar que o transtorno mental ocupa em sua vida, menos valorizado do que o tratamento. Este sentido subjetivo é bastante interessante por não ser tão frequente em pessoas com doenças crônicas de maneira geral, as quais tendem a valorizar bastante a presença dos sintomas na sua história. Elis Regina pode haver construído tal sentido subjetivo devido à compreensão dos fatores que a levaram à crise, unida ao conhecimento da predisposição genética (tendo em vista que sua mãe já sofreu com transtornos mentais) e ao fato desta ser a sua primeira crise, seu primeiro contato direto com este universo. De acordo com os referidos indicadores, o movimento de Elis Regina com relação ao transtorno mental é de integração e de reconhecimento de si nos seus sintomas, "o que lhe permite manter a sua identidade (...) e seu desenvolvimento pessoal nessa nova condição de vida" (González Rey, 2011, p. 67-68).

No que se refere às repercussões do adoecimento, estas são explicitadas por Elis Regina já em sua primeira resposta à dinâmica conversacional, como ilustrado no excerto abaixo:

P- E aí a pergunta é: como é que teve início a tua história com o transtorno mental e quais foram os impactos que isso teve na tua vida?

E- *(risos desconcertados)*

P- Pode começar por onde você quiser.

E- *Assim, repercutiu no trabalho e também na faculdade, porque eu gosto muito de estudar e do trabalho eu to afastada há 5 meses, e é ruim né? Ficar sem trabalhar e sem receber.*

Aqui Elis Regina já deixa clara a importância que o estudo e o trabalho têm para sua vida, tanto que esta fala traz consigo o tempo presente, indicando uma situação atual, mas que ela espera ser momentânea. Nesse sentido, o adoecimento adquiriu para ela um sentido de parada,

de pausa nos seus projetos, perceptível também no trecho de conversação seguinte, referente ao comentário sobre uma das frases do complemento:

Voltar ao trabalho me fará... *mais disposição*.

P- Tu vai ficar mais disposta quando tiver trabalhando? Mais disposta como?

E- *Mais disposta para estudar, mais disposta para fazer as coisas de casa, né?*

P- Porque agora tu não tá muito ativa? O que é que tu fica fazendo agora?

E- *Agora eu só faço assistir televisão, arrumo meu quarto, somente.*

P- Como é que tu tá se sentindo nesse período?

E- *Me sentindo bem.*

P- Como se tivesse de férias?

E- *De férias.*

Nesta fala percebemos que ela acata o significado que a pesquisadora sugere, *de férias*, se percebendo num momento de parada, no qual ela própria também se vê um pouco inerte. Este sentido subjetivo é apontado em algumas outras falas de Elis Regina, onde aparecem o tédio, os dias que demoram para passar, a forma saudosa com que se refere aos tempos de estudo e trabalho. Apesar deste sentimento, destaca-se a integração deste momento como parte da sua história e a impulsão para o futuro, sua disposição para retomar a vida e reorganizar os projetos de trabalho, de estudo e de contribuição com os familiares, algo também bastante presente ao longo de sua narrativa. A passagem pelo luto, em seguida o adoecimento e a crise não impediram Elis Regina de construir um forte sentido subjetivo de projeção para o futuro, junto à esperança de cura possibilitada pela fé e pelo tratamento no CAPS. Nesse sentido subjetivo, o futuro não aparece especificamente na palavra, mas na qualidade do falado, demonstrando que ela sente a "temporalidade como valor de vida" (González Rey, 2011, p. 64), no caso, ela traz o termo férias, compreendido como algo bem delimitado, com começo, meio e fim.

7.3.2 Percurso pelo CAPS Estrada do Sol

P- E aí como é que tu chegou lá no CAPS?

E- *Eu cheguei lá no CAPS... Eu passei, eu tinha passado uma semana lá no hospital com agitação extrema. Mas minha tia me botou lá, mas eu gostei de lá.*

Elis Regina chegou ao CAPS após uma semana de internação num grande hospital psiquiátrico, para onde foi levada pela tia ao desencadear sua crise. Esta é a única menção que

ela faz à passagem pelo hospital, ao qual não refere um juízo de valor, mas a compreensão de que fez parte de sua necessidade e do percurso de tratamento. Já sobre o CAPS ela fala que *gostou de lá*, embora tenha construído uma frase que indica o sentido de adversidade, talvez como se ela não esperasse gostar e tivesse sido surpreendida. E, de fato, sua narrativa no geral traz uma carga de sentimento positiva com relação ao CAPS, ao tratamento e aos profissionais, os quais detalharemos a seguir.

Quanto aos profissionais da equipe multidisciplinar do CAPS, Elis Regina comenta que gosta de muitos deles, em especial da sua TR. Segundo Elis Regina, a equipe consistia num dos seus maiores estímulos para frequentar o CAPS, o que denota um forte vínculo de confiança e afeto positivo estabelecido com os profissionais da instituição. Em diversos momentos da conversa, ela menciona a importância que a equipe teve para seu tratamento e melhora, para seu engajamento nas atividades do CAPS e para a continuidade desse percurso. Em ambos os excertos abaixo é possível observar as nuances deste sentido subjetivo:

P- E porque eram esses os teus (grupos) preferidos?

E- *Porque, por causa do profissional também...*

Meu tratamento... *foi legal, gostando muito e principalmente dos profissionais.*

P- Então tu acha que os profissionais foram as pessoas que mais te ajudaram a permanecer lá no CAPS no teu tratamento?

E- *Humhum.*

P- Foi mais por causa deles que tu conseguiu permanecer lá?

E- *Também.*

P- E o que eles tinham de especial que te faziam voltar pro CAPS toda vez? Todo dia, quando precisasse?

E- *Porque a gente faz atividades, tipo uma vez a gente fez uma pipa, um negócio assim, dando um exemplo. Aí é bom. Ah sim e a gente fez um porta celular uma vez! É bom!*

Elis Regina aponta que os profissionais da equipe são grandes responsáveis pelo seu vínculo com o CAPS, com o tratamento e com as atividades propostas. Na construção da frase acima, ela utiliza o passado e o gerúndio com sentido de presente, o que reflete o momento atual de seu percurso na instituição: a parte mais intensiva do tratamento já passou e agora está em processo de alta, mas ainda frequentando o CAPS apenas duas vezes na semana. Chama a atenção ainda a sua afirmação de gostar *principalmente dos profissionais* e a preferência por atividades promovidas pelos profissionais com os quais desenvolveu maior apego, como por exemplo a sua terapeuta de referência. A importância do sentido subjetivo construído a partir do vínculo com os profissionais parece estar representada como o verdadeiro elo que permitiu à Elis Regina aderir ao seu tratamento no CAPS Estrada do Sol.

P- Aí foi bom conversar com ela (sua TR)?

E- Foi. Eu até ainda estou conversando com ela, ainda vou dia de terça e quarta.

No excerto acima é perceptível a sua preferência pelo uso do tempo presente e futuro, indicando que é algo que se mantém no seu foco atual (apesar de já estar em processo de alta), que o vínculo com sua terapeuta de referência existe de fato e possivelmente deseja que ainda se mantenha por algum tempo. O sentido subjetivo construído a partir deste vínculo permitiu a emergência de um profundo sentimento de confiança, o qual se traduz na permissão de Elis Regina para que sua TR detenha um saber sobre sua saúde e conduza seu tratamento:

P- E qual é a previsão de tu sair lá do CAPS?

E- Eu não sei ainda, só quem sabe é a TR. Vai depender do meu melhoramento né?

Esta fala representa tal vínculo de confiança, no qual Elis Regina permite que sua TR tome importantes decisões do seu tratamento, como por exemplo sua alta, algo que repercute diretamente em sua vida. Compreendendo que “o sentido subjetivo se define nas diferentes alternativas de expressão da pessoa, o que faz parte de sua capacidade para mobilizar o comportamento” (González Rey, 2011, p. 68), tal postura poderia ser vista também como uma acomodação ou vitimização em relação ao transtorno mental e ao tratamento, pois Elis Regina parece atribuir à TR um conhecimento sobre sua melhora e uma capacidade de decisão maiores do que o seu próprio saber e vontade. Ainda que ela inclua na fala importância de seu próprio papel na alta quando menciona *vai depender do meu melhoramento*, parece ser um discurso com caráter genérico, despersonalizado e desempoderado, que não inclui a atitude nem a responsabilização necessárias para alcançar o objetivo de melhorar. Visualizamos, portanto, um indicador de contradição entre a fala e o comportamento de Elis Regina diante de sua vida: ao mesmo tempo em que diversas vezes menciona seu desejo de ter alta do CAPS por já sentir-se suficientemente bem para poder retomar trabalho e estudo, ela se permite adotar uma postura passiva em relação à esta alta, apesar de toda a percepção e reflexão que parece ter sobre seu processo de adoecimento e inclusive sobre o tratamento. Por um lado, este sentido subjetivo construído por Elis Regina transfere grande parte da responsabilidade sobre si para a terapeuta de referência e, por outro lado, parece ser uma postura encorajada tanto pela própria instituição quanto pela família, na medida em que afirma que sua TR não a convida para deliberar acerca da alta ou quando sua tia propõe que adie novamente seus planos de trabalho e estudo.

Quanto às atividades realizadas por Elis Regina no CAPS, estas são pouco explicitadas e comentadas ao longo das conversas. Além das atividades manuais mencionadas num dos excertos acima, fazer *uma pipa* e *um porta celular*, Elis Regina trouxe algumas de suas impressões sobre o funcionamento dos grupos que participava. Apesar de afirmar que *o grupo é melhor* do que a medicação como estratégia de tratamento, ela trata todos os grupos como muito semelhantes entre si, em termos das atividades propostas, o que revela em dois momentos distintos de nossas conversas:

E- Não, a gente... Sim e tem o grupo conversação também, a gente conversa sobre você, sobre a pessoa, porque você chegou no CAPS, qual a forma de melhorar... São assim os grupos.

E- Não, é tudo parecido assim.. E tem grupo que você... Da TR, grupo que você as vezes você escreve, as vezes você desenha...

É perceptível então que as atividades propostas pelo CAPS despertaram o interesse de Elis Regina apenas por um período de tempo limitado; depois tornaram-se repetitivas e até mesmo entediadas. Talvez pelo fato de haver frequentado o serviço diariamente, lá permanecendo o dia inteiro, seu interesse e motivação pelas atividades propostas pela equipe foram se dissipando com o tempo, como ela mesma ressalta que *foi bom* diminuir seus dias pois *ficava muito ansiosa* estando o dia inteiro no CAPS *porque demora muito o dia para passar*. Por outro lado, podemos pensar que seu desconforto com relação às atividades propostas pelos grupos, às quais ela refere sempre terem conteúdo semelhante, não pode ser visto como um elemento isolado, mas que se alimenta de diversos processos imaginários, inseparáveis dessa vivência de tédio e ansiedade (González Rey, 2011). Estes sentimentos e sentidos subjetivos de alguma forma se repetem e se atualizam em momentos de nossas conversas, na sua dificuldade em falar sobre os mesmos conteúdos propostos pelos grupos: *sobre a pessoa, porque você chegou no CAPS, qual a forma de melhorar*. Portanto, faz mais sentido compreender seus desconfortos de forma mais aprofundada, "que inclui muitos outros sentidos subjetivos que não aparecem nesse momento do relato" (p. 70).

Quanto à avaliação do percurso de tratamento no CAPS, Elis Regina geralmente levanta em sua narrativa os aspectos mais positivos, sua percepção de melhora dos sintomas e o reconhecimento da importância da passagem pelo CAPS para o futuro. Ao ser questionada sobre como foi a sua experiência, ela responde que *tá sendo ótima, tá sendo tranquila*, o que mais uma vez representa sua situação presente, já que o tratamento ainda não foi finalizado e

ainda está vivenciando positivamente esta experiência. Com sentido semelhante, Elis Regina completa a frase Melhorar e sair do CAPS... *será legal, o período que passei lá foi importante*, se torna mais aparente que ela reconhece a importância da passagem pela instituição, mas que já percebe sua necessidade de sair deste espaço. Numa outra frase, *A experiência no CAPS... me ajudou bastante como pessoa*, Elis Regina reflete e afirma que sente-se atualmente mais madura, *mais forte* após este percurso. Aqui enfatiza o tempo passado talvez por já perceber os efeitos deste percurso em si mesma. Nesta mesma perspectiva de avaliação da trajetória no CAPS, resalto mais dois momentos retratados nos excertos abaixo:

P- E será que (o CAPS) vai te ajudar a voltar ao trabalho, voltar aos estudos?

E- *Vai, com certeza.*

P- Eles te ajudam como a fazer isso?

E- *Eles me orientam né? A tomar o remédio da melhor forma, no horário certinho, nunca deixar de tomar... Lá mesmo a gente toma a injetável... Só.*

P- Certo. E o que é que tu acha que o CAPS conseguiu te ajudar?

E- *Muita coisa! Assim, eu to me sentindo melhor, menos agitada.*

P- Esse tu acha que era o teu maior problema, agitação?

E- *É. Fiz novas amizades né? E o remédio me ajuda muito.*

Nestes trechos Elis Regina mostra o reconhecimento da contribuição do CAPS para a remissão de seu sintoma de agitação e para concretizar os seus planos futuros. Além disso, ressalta que a instituição ainda a possibilitou fazer novas amizades, o que também contribuiu para seu processo de melhora. Chama a atenção, no entanto, a referência à medicação que se repete em ambos os trechos e em diversos outros momentos da dinâmica conversacional. Por um lado, este tema é recorrentemente enfatizado pelos os profissionais de CAPS, justamente pela dificuldade que muitas pessoas com transtorno mental têm de compreender a necessidade da medicação e de aderir ao tratamento medicamentoso. No caso de Elis Regina, ao mesmo tempo em que atribui um importante papel à medicação no seu tratamento, afirmar *eu gosto de tomar os remédios* e até, em dados momentos, resumir todo o tratamento ao uso da medicação, também faz menções negativas à mesma, por exemplo ao afirmar com certa contrariedade que vai *ter que tomar pro resto da vida* os seus remédios. Parece haver, além de um discurso internalizado a respeito da importância da medicação, sentimentos ambíguos em relação a essa, compondo um complexo sentido subjetivo, composto por expressões contraditórias, muito possivelmente pela percepção e atribuição da melhora de seus sintomas mais incômodos à ingestão da medicação, somada ao desconforto provocado por alguns efeitos

colaterais e pela necessidade de tomar remédios sem previsão de término, mesmo após a alta do CAPS. Uma passagem que ilustra a ambiguidade dos sentimentos de Elis Regina encontramos a seguir:

P- O que é que tu sentia antes e que agora não sente mais? Como é que foi esse processo?

E- *Tá sendo ótimo, eu to gostando, tomo meu remédio pra ficar melhor. Sou muito comunicativa aí, o remédio às vezes atrapalha... Às vezes é bom, sempre foi bom né, assim, porque... Mas as vezes ele meio que me deixa trêmula, tem esse remédio, ele é bom também... Agora tem vezes que eu converso muito aí tem gente que, porque esse remédio que eu to tomando impede eu de falar muito.*

De acordo com González Rey (2011), o posicionamento atual de uma pessoa pode se constituir de uma unidade de diversos sentidos subjetivos que podem ser expressos das formas mais diversas e contraditórias nos seus comportamentos e falas. Nesta fala Elis Regina afirma que o remédio *atrapalha* sua comunicatividade, logo se corrige, dizendo que é *sempre* bom, mas ao mesmo tempo lhe deixa *trêmula* e *impede* de falar muito. É como se ela estivesse buscando formas para expressar que, para além dos efeitos positivos da medicação, é preciso falar também dos seus aspectos negativos, dos quais parece não ter muita abertura para exprimir, seja no CAPS ou na família. Adicionalmente, é possível que os sentimentos ambíguos de Elis Regina acerca dos remédios estejam perpassados também pela forma como os outros percebem essa necessidade, já que Elis Regina dá uma pista de que algumas pessoas não gostam que converse excessivamente e a medicação a *impede* de *falar muito*.

Ainda que esta questão da medicação seja algo que aparece em destaque, Elis Regina demonstra que reconhece outras práticas que também podem adquirir um caráter terapêutico, inclusive para além do espaço e das propostas do CAPS. Na frase abaixo e no comentário que se segue é possível observar que ela valoriza outros caminhos para sentir-se bem, como fazer esportes e o tratamento espiritual referido anteriormente, o que demonstra uma reflexão de que seu tratamento não se esgota no CAPS.

O CAPS representa... *uma temporada pra melhorar no tratamento*.

P- Como é que foi o tratamento pra tu? Foi importante?

E- *Foi bom, foi importante. Porque eu gosto de tomar os remédios*.

P- E o tratamento foi basicamente tomar remédio? O mais importante do tratamento era tomar o remédio?

E- *Tomar remédio e a terapia*.

P- E tem outros lugares também que você pode fazer tratamento que não são o CAPS?

E- *Uma piscina, que relaxa... Jogando e fazendo esportes...*

7.3.3 Para frente é que se anda

Dentre os núcleos de sentido subjetivo elaborados a partir dos diversos indicadores construídos nas conversas com Elis Regina, este se caracteriza pela projeção para o futuro, pelos planos e projetos, pela "preparação para a vida" (González Rey, 2011, p. 63). As projeções de Elis Regina perpassam diversos âmbitos de sua vida, principalmente o profissional, familiar e acadêmico, conforme ilustrado no excerto abaixo:

Planejo para o futuro ser uma pessoa... *sucedida*.

P- Uma pessoa bem sucedida?

E- *Dinheiro (risos).*

P- Ganhar dinheiro, montar sua academia...

E- *Humhum (risos).*

P- Mas peraí, calma. Tu vai ser juíza ou vai fazer a academia, ou quer as duas coisas?

E- *Não, eu vou primeiro... Quero as duas coisas. Vou fazer um curso, terminar e depois fazer o outro.*

Interessante a forma como Elis Regina completou frase acima, apenas com a palavra *sucedida*. Durante a conversa sobre essa frase, pareceu adequada a interpretação de que a expressão desejada por Elis Regina seria 'bem sucedida', tal qual sugerida, mas que não parece ter repercutido em afirmação ou negação de sua parte. No entanto, ao olhar para este trecho outras tantas vezes durante esta análise, é possível que o sentido buscado por Elis Regina, ao escrever a palavra *sucedida*, não estivesse carregado do juízo do valor embutido na expressão 'bem sucedida', mas o seu significado pode simplesmente representar que ela planeja ser uma pessoa realizada. Ainda que ela mencione o aspecto financeiro como importante para seu futuro, parece se sobrepôr o desejo de fazer duas coisas que admira e almeja: os cursos de direito e educação física. Um outro momento, da dinâmica conversacional, reflete este mesmo indicador:

P- E como é que tu resolveu que ia fazer direito? Desde sempre tu sabia? Desde pequena?

E- *Desde sempre, desde pequenininha!*

P- E quando tu entrou na faculdade, o que é que tu achou? Que era isso mesmo?

E- *Oxe gostei! Era... Sempre foi direito. Assim, eu tenho, eu sou apaixonada também por educação física. Quando eu acabar direito, vou fazer educação física.*

P- E tu vai querer trabalhar com o que?

E- *Vou ser personal trainer. Depois né? Vou abrir minha academia, vou ser advogada da minha própria academia...*

O sentido subjetivo composto pelas aspirações de Elis Regina para o futuro perpassa a realização profissional através da formação em dois cursos superiores, os quais apesar de

estarem em áreas distintas, se aproximam no objetivo do seu plano profissional. As áreas do direito e da educação física, pelas quais Elis Regina se diz *apaixonada*, sempre perpassam suas projeções futuras apesar do objetivo final ainda oscilar entre cargos públicos, advocacia, *personal trainer* ou montar sua academia, onde pode conciliar ambas as formações.

Na faculdade eu posso... *me focar nos concursos*.

P- Qual é o concurso que tu pretende fazer? Já pensou?

E- *TJ! Já fiz TJ, tô esperando ser chamada!*

P- Aí tu queres fazer pra os tribunais?

E- *Quero ser juíza ou desembargadora...*

P- Hum... É bom, é bom. Tem muita responsabilidade!

E- *Ô!*

Nos excertos acima fica aparente o seu movimento de alternância no sentido subjetivo que permeia a escolha profissional: sua principal carreira ainda não está definida ou é definitiva. Portanto, por um lado, para ela seus planos não são mutuamente excludentes, mas complementares; e por outro lado, existe uma flexibilidade da sua parte para experimentar caminhos diferentes e disponibilidade para aceitar as intervenções e os planos de Deus que, como ela mesma explica, são *mais altos* que os seus. Um aspecto que desperta a atenção no seu interesse pela área do direito é o desejo de especializar-se em direito de família: *eu gosto de estudar muito família*. Talvez este sentido surja pelo fato de sua própria família lhe ser tão cara e próxima, assim este caminho apresenta-se como uma possibilidade de compreender melhor a sua dinâmica familiar bem como de ajudar outras famílias na resolução de conflitos e na harmonização do ambiente familiar. Nos sentidos subjetivos mencionados, da escolha profissional e do estudo da família projetados no futuro, expressa-se, segundo González Rey (2011, p. 75), "uma rede de afetos, relações e formas de vida profundamente inter-relacionadas" e organizadas no que chamamos configuração subjetiva, na qual diversas áreas da vida que são relevantes simbólico-emocionalmente vão sendo compartilhadas e vão permitindo cada vez mais inteligibilidade nas interpretações das informações.

Um outro sentido subjetivo que parece estar atrelado à questão da escolha profissional surge no completamento da frase Estudar significa... *tudo porque é importante ser alguém na vida*. Estudar é algo valorizado pela família de Elis Regina, como ela mesma referiu durante a conversa, valor esse aprendido e cultivado também por ela. Este sentido subjetivo pode estar interferindo, direta ou indiretamente, nos planos de formar-se em duas carreiras, já que este é o caminho que ela encontra para *ser alguém na vida*, tanto para si própria quanto para aqueles

que mais lhe importam. Além disso, este sentido subjetivo complementa-se de maneira interessante com o sentido anterior: o incentivo da família aos estudos para ser alguém na vida somado ao seu interesse em estudar direito de família, relação à qual poderíamos associar uma ideia de retribuição de Elis Regina para sua família.

Ainda no tema família, o qual vem tangenciando diversos aspectos da vida de Elis Regina, ela expõe alguns projetos no sentido de formar a sua própria família e ter uma filha:

P- Pensa em casar?

E- *Não, casar não.*

P- E ter filhos?

E- *Ter filhos sim.*

P- Mas casar nem tão cedo?

E- *Nem tão cedo! Lá pros 40 e olhe lá...*

P- Tu quer uma menina?

E- *Só uma menina, Mariana o nome.*

P- Ah, já tem escolhido o nome e tudo!

E- *(risos) Eu gosto desse nome.*

Nos excertos acima se sobressaem tanto o desejo por ter filhos, quanto uma certa aversão à ideia do casamento. Diante disso, mais uma vez aparece na fala de Elis Regina uma noção de família não baseada na tradicional família nuclear, iniciada a partir da instituição do casamento, a qual para ela parece não ter muita importância. Numa das frases apresentadas ela responde exatamente nessa direção: *Acho que casamento representa... sou nova penso em estudar primeiro.* Apesar de, aparentemente, não descartar a ideia de casar-se, é algo que coloca em segundo plano nos seus projetos, que parece ter menor importância do que ter filhos; para ela um plano não está atrelado ao outro. É possível que Elis Regina esteja compartilhando da configuração subjetiva da família ao seguir exemplos de outras mulheres bem próximas, como a sua mãe e sua tia com quem vive atualmente, já que nenhuma dessas casou-se mas têm filhos, ou mesmo de sua falecida avó, quem era há muito divorciada do avô. A configuração subjetiva da família é aquela que naturaliza padrões atuais de relacionamento familiar e impede representações diferentes desses relacionamentos historicamente compartilhados na família, o que se expressa também no momento da configuração subjetiva atual (González Rey, 2011). Assim, em seus referenciais mais próximos Elis Regina encontra um eco de seus planos de constituir família com filhos e sem casamento. Por outro lado, ela não menciona em nenhum momento de nossas conversas nada a respeito de um pai ou

referência paterna, o que pode ser relacionado com a possibilidade em seus planos de ter filhos sem ter necessariamente uma presença paterna.

Em relação aos filhos, esse sim é um forte desejo de Elis Regina, tanto que já tem grande expectativa com relação ao sexo – uma menina – e o nome – Mariana. Pode até parecer muito cedo para planos tão concretos, mas tal concretude parece estar diretamente relacionada à intensidade do desejo, da emoção relacionada à ideia de ter uma filha. Mais uma expressão se encontra na frase Filhos podem ser... *planos para o futuro*, a qual, em comparação com a frase anterior acerca do casamento, exprime muito mais a ideia de uma possibilidade real. Além disso, a escolha por uma menina como filha está relacionada com as ideias de que filhas mulheres são mais companheiras, cuidadosas e *ficam mais dentro de casa*, enquanto filhos homens dão mais trabalho por estarem sempre *na rua*. Dessa forma, sua escolha por uma menina deve estar vinculada ao seu momento atual, no qual sai pouco de casa e sempre está na companhia de algum familiar.

O último aspecto a ressaltar no presente núcleo de sentidos subjetivos é o projeto de Elis Regina de voltar para a cidade onde vivia com sua avó. Ela se refere a este projeto com veemência, mas sem pressa; com um sentimento mais próximo à nostalgia do que ao entusiasmo, conforme observamos nos trechos abaixo:

P- Quer voltar pra XXX de todo jeito?

E- *De todo jeito.* (risos)

P- E quando é que tu acha que vai poder voltar pra lá?

E- *Não sei, acho que quando começar minha faculdade, não sei, vamos ver ainda.*

P- Porque a faculdade é lá né?

E- *É. Mas por enquanto se não tiver condições eu fico por aqui.*

P- E tu saiu da faculdade porque? Por que teve que sair de XXX?

E- *Foi. Agora vou ter que voltar.*

P- Entendi. Foi mais uma coisa pra dificultar tua saída de XXX... Por isso tu queres voltar tanto pra lá?

E- *Eu gosto mais de lá, que minhas amigas eram tudo de lá.*

O desejo de voltar a morar na cidade XXX é bastante presente em toda a narrativa de Elis Regina, aparente nas expressões *de todo jeito* e *agora vou ter que voltar*. Mas, por outro lado, há uma compreensão de que a possibilidade de retornar à sua cidade depende das suas condições emocionais e de saúde, o que a faz ponderar mais sobre este plano e contemplá-lo sem urgência. Este posicionamento de Elis Regina frente à perspectiva de voltar para a cidade onde vivia com sua avó parece ser uma conjunção de sentidos subjetivos fortes relacionados à

carga emocional da vida que construiu com a avó, à segurança e afeto que sentia dela e por ela, à importância que esta figura materna tem para sua configuração subjetiva atual. Assim, conforme González Rey (2011), a força de tais sentidos subjetivos tem o potencial de impulsionar os investimentos e comportamentos para determinada direção, de certa forma limitando as possibilidades de construir novos sentidos e configurações subjetivas. Dessa forma, Elis Regina demonstra um forte apego ao que representou viver nesta cidade no passado, algo bastante compreensível tendo em vista que sua vida, em grande parte, se construiu ali. Ela traz o sentimento no tempo presente, *eu gosto mais de lá*; no entanto se refere mais às suas lembranças do que às suas projeções futuras naquela cidade, como se vê no excerto acima e na frase Morar em XXX representa... *algo bastante legal, ia adorar*, o que denota uma perspectiva mais nostálgica associada a este plano futuro e também mais aberta e disponível para outras possibilidades diferentes, como ficar onde está atualmente.

7.4 Sentidos subjetivos da equipe do CAPS Estrada do Sol

Durante as visitas, contatos e dinâmica conversacional, a equipe do CAPS Estrada do Sol mostrou-se disponível e interessada em contribuir com esta pesquisa, sempre elogiando iniciativas de construir conhecimento dentro do campo da saúde mental. Desde o primeiro encontro, no qual pude apresentar o projeto, minha percepção foi de que houve interesse da equipe como um todo em saber detalhes do estudo como: a raiz da proposta de pesquisa, os autores utilizados para fundamentar o trabalho, como seriam as intervenções com os usuários, as potenciais contribuições para campo investigado, etc. Com relação à indicação de usuários com o perfil desejado para esta pesquisa, os profissionais também se mostraram solícitos em selecionar prontamente seus contatos para me fornecer. Tais posturas da equipe sinalizaram que sua participação e contribuição para este estudo seriam bastante proveitosas.

Na dinâmica conversacional construída com a equipe deste CAPS a partir do questionamento inicial, emergiram diversos sentidos da configuração subjetiva relacionada à prática clínica direcionada aos usuários com transtorno mental e suas famílias, para além da discussão acerca dos critérios de alta adotados pela equipe. Dessa forma, foi possível destacar nesta conversa

os indicadores e núcleos de sentido subjetivo mais significativos e presentes no discurso desta equipe, são eles: 'Critérios de alta', 'Sentidos da alta', 'Sentidos acerca do CAPS', 'Sobre o tratamento no CAPS Estrada do Sol' e 'Paradoxos de uma prática'. Desses, abordaremos aqui os núcleos 'critérios de alta', 'Sentidos acerca do CAPS' e 'Paradoxos de uma prática', devido ao foco nos objetivos deste trabalho. Ressaltamos que as falas da equipe aparecem em *itálico*, os termos considerados indicadores de sentido subjetivo estão sublinhados e os termos utilizados pela pesquisadora aparecem 'entre aspas simples'.

7.4.1 Critérios de alta

Todo o diálogo da dinâmica conversacional com a equipe do CAPS Estrada do Sol foi construído a partir do questionamento acerca dos critérios de alta utilizados na prática clínica. Apesar de não haver diretrizes específicas nas políticas públicas que orientem o trabalho dos CAPS quanto à alta, esta equipe conseguiu elencar os aspectos mais relevantes para a alta a partir da experiência prática. Portanto, ao analisar a transcrição da conversa foi possível destacar objetivamente, neste núcleo, todos os critérios de alta elucidados pelos profissionais, na ordem em que foram surgindo:

- Remissão total ou parcial dos sintomas;
- O usuário ser capaz de retomar a vida;
- O usuário conseguir conviver com o sintoma que ainda permanece;
- Não-adesão ao tratamento;
- Trabalho com a família no sentido de ensinar a conviver melhor com o usuário;
- Trabalho com o usuário para deixá-lo seguro para sair do CAPS;
- Demanda que surge do usuário para a alta;
- Demanda que surge do TR para a alta;
- Relatos da equipe sobre a evolução do usuário em outros grupos;
- O usuário ter consciência da continuidade do tratamento fora do CAPS;
- Reinserção do usuário na sociedade.

Diante destes critérios levantados, podemos destacar que o processo de alta para a equipe do CAPS Estrada do Sol é complexo e se constrói através da observação e consideração de uma multiplicidade de fatores integrados entre si e relacionados tanto à pessoa com transtorno mental, quanto à família e à própria equipe do CAPS. A lista de critérios destaca a integração

das referidas dimensões, sendo impossível dissociar o papel de cada ator neste processo de passagem pelo CAPS e, posteriormente, de saída dele. Este fato, como levantado por um dos profissionais da equipe, está relacionado à característica psicossocial deste serviço, o qual busca ampliar o foco do tratamento para além da remissão dos sintomas psiquiátricos, passando a incluir aspectos sócio-econômicos, relacionamentos familiares, subjetividade e personalidade do usuário, outras abordagens terapêuticas, etc., em acordo com o que é proposto pela reforma psiquiátrica brasileira. Enfim, a passagem pelo CAPS não se reduz ao tratamento dos sintomas, mas há também um trabalho de prevenção e de manutenção da saúde e de promoção da vida.

Chama a atenção neste rol que o critério de remissão total ou parcial dos sintomas foi o primeiro apontado na conversa, o que indica que, apesar de não ser mais o único considerado, parece ainda ter grande relevância para a equipe no julgamento de uma alta. Talvez pela sua gravidade para a saúde e para os relacionamentos dos usuários, talvez por estarem mais aparentes nas pessoas usuárias do serviço diante de outros aspectos, ou ainda por serem, talvez, a principal questão que demanda o cuidado da equipe num momento de crise. Independente do motivo, o fato é que o controle dos sintomas psiquiátricos ainda ocupa um lugar central no trabalho deste CAPS, apesar de outros aspectos também serem colocados na 'balança' para fundamentar a decisão sobre uma alta.

Outro aspecto que se destaca é o critério de não-adesão ao tratamento. De acordo com Zago (2009), a adesão ao tratamento refere-se à proporção com que os pacientes aceitam e seguem as recomendações dos profissionais da saúde para o uso de uma determinada terapêutica, seja medicamentosa ou de outra natureza. Esta autora explica ainda que vários fatores podem contribuir para a não-adesão ao tratamento, como por exemplo, os efeitos colaterais dos medicamentos, a natureza do transtorno mental, o relacionamento com a equipe multiprofissional, características demográficas e sócio-econômicas, complexidade do regime de tratamento, negação da doença, interações medicamentosas, etc. Assim, a dificuldade em aderir ao tratamento pode ser uma das grandes barreiras encontradas pela equipe de um CAPS para cuidar de pessoas com transtorno mental, tendo em vista a diversidade de razões para sua ocorrência. Sobre a não-adesão em relação à alta, um dos profissionais do CAPS Estrada do Sol faz a seguinte consideração:

E a gente, acho que a gente dá alta também quando... Alta por não-adesão né? Alguns usuários não aderem ao tratamento, a gente entra em contato, faz visita e ainda assim não consegue aderir; então pra essas pessoas a gente dá alta também por não-adesão.

Por um lado, parece controverso tratar a não-adesão como um critério de alta, tendo em vista que, se não houve adesão ao tratamento, ou seja, se o usuário não conseguiu aceitar e seguir as propostas e de fato iniciar o tratamento, como se poderia falar de alta? Por outro lado, ainda que apareça uma noção de busca ativa do usuário pela equipe através de contatos e visitas, não aparecem no discurso da equipe formas diferentes de lidar com essa dificuldade de adesão. Tendo em vista que é da responsabilidade do CAPS o atendimento aos transtornos mentais severos e persistentes através de um projeto terapêutico singular, suas ações não devem se restringir apenas ao ambiente da instituição, mas devem abarcar o território e devem ser feitas parcerias de cuidado e matriciamento com outros dispositivos da rede (Brasil, 2007b). A equipe multiprofissional deve adaptar ou mesmo criar novas ferramentas e formas de abordar, motivar e engajar as pessoas com transtorno mental que necessitam do atendimento mas têm dificuldade em aderir ao tratamento ou mesmo em chegar no CAPS. Esta postura não é considerada pela equipe, o que pode ter razões diversas, inclusive a sobrecarga com outras demandas, como apontado pela própria equipe.

Finalmente, o papel da equipe do CAPS parece, ainda que sutilmente, se sobressair aos demais papéis (familiares e usuários), de forma que a tomada de decisão sobre a alta parece estar mais concentrada nas mãos da equipe, tanto nesta lista de critérios quanto ao longo da conversa. Observamos que em todos os critérios enumerados existe um grau avaliativo e/ou de carga de trabalho, os quais são realizados somente ou em maior grau pela equipe, como se sua responsabilidade fosse maior do que dos outros atores envolvidos, usuários e famílias. Nesse sentido, esta nuance é um indicador de que a postura da equipe ainda não dá conta de compartilhar de forma equitativa o cuidado, de exercer a corresponsabilização da promoção da saúde (Brasil, 2007b) com o usuário, família e outras instituições da rede. Este aspecto ficará ainda mais evidente no detalhamento de outros sentidos subjetivos da equipe, logo adiante.

7.4.2 Sentidos relacionados ao CAPS Estrada do Sol

O presente núcleo de sentido subjetivo tomou forma a partir dos conceitos que a equipe tem sobre o CAPS Estrada do Sol, incluindo como indicadores suas formas e expressões escolhidas para se referir à esta instituição. A importância deste núcleo se dá na sua relação com a percepção da equipe sobre a relevância do CAPS e conseqüentemente sobre o seu próprio trabalho.

'Proteção' é o primeiro sentido subjetivo relacionado ao CAPS no discurso da equipe, que o caracteriza como um *ambiente protegido* e que promove ações de 'proteção' ao usuário. Esta proteção pode ser de diversas naturezas, tanto no sentido de acolhida, como de compreensão e de cuidado, de acordo com os indicadores presentes nos relatos abaixo:

Porque aqui querendo ou não é um ambiente protegido, onde ele sempre é escutado, e lá fora nem sempre é tão fácil né, de tá lidando com isso.

(...) até pra eles conseguirem se reinserir é complicado por conta do preconceito, coisa que aqui, quer queira ou não, é um pouco mais protegido desse preconceito, um pouco mais...

Aqui não é um local pra buscar ocupação, é um local de cuidado.

A aproximação do CAPS com o sentido subjetivo de 'proteção' é recorrente no discurso da equipe ao longo da construção da dinâmica conversacional, ainda que esteja caracterizado de maneira indireta, por exemplo ao mencionar a necessidade de um trabalho no sentido de deixar o usuário mais *seguro* para sair do CAPS. Talvez pela própria natureza debilitadora de uma crise do transtorno mental, ou pela situação de vulnerabilidade da maior parte dos usuários atendidos, ou talvez por uma conjunção de diversos fatores, o principal sentido subjetivo que caracteriza o CAPS é o de 'proteção', no sentido de acolhida e cuidado.

No entanto, coexiste com a 'proteção' o sentido subjetivo de 'passageiro', considerando que o CAPS é um espaço transitório para seus usuários. No geral, os usuários chegam em crise neste serviço, são acolhidos e vão sendo acompanhados com vistas a melhorar os sintomas e retomar a autonomia. Uma das publicações do Ministério da Saúde sobre os CAPS informa que

A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida (Brasil, 2004a, p. 27).

Dessa forma, compreende-se que quando sentem-se bem e estão em condições de retomar suas atividades, os usuários têm a alta do acompanhamento no CAPS, que o torna um dispositivo de atenção transitória, ainda que o tempo de tratamento não seja delimitado pois depende do tempo de cada usuário, entendimento que a equipe aponta em sentido subjetivo que faz parte de sua prática clínica. Portanto, podemos considerar que o sentido de 'proteção' associado ao CAPS deve ser também de natureza transitória, oferecido apenas pelo tempo em que o usuário está sendo acompanhado na instituição.

Outros sentidos subjetivos que coexistem no discurso da equipe acerca do CAPS são os sentidos de 'espaço de doença' e de *espaço psicossocial*. O sentido de 'espaço de doença' aparece na fala de um profissional ao referir-se à necessidade de uma maior convivência com comportamentos saudáveis e espaços de promoção da saúde, já que no CAPS o foco é mais direcionado para o tratamento dos sintomas e da doença, como ilustra o excerto abaixo:

E a gente busca também assim, inseri-los em módulos outros, que eu acho que é bem importante né, que trabalhem encima da saúde né? Então por exemplo a gente tem alguns cursos profissionalizantes né, que a gente pode inseri-los nesses cursos, tem a própria psicoterapia né, que também trabalha os aspectos mais de saúde, mais de ir pra fora né desse ambiente de CAPS. A gente tem a academia da cidade né, que a gente sempre procura saber fulano tá indo na academia da cidade? Que é uma forma né de ele tá fazendo né atividade física, quanto dele tá se relacionando com outras pessoas né, pessoas saudáveis. Porque muitas vezes eles chegam aqui, aí vai um, aí eu tenho um sintoma, aí o outro eu também tenho né? Não tem como trabalhar com essa convivência. Aí lá fora às vezes é muito mais fácil de tá trabalhando encima da saúde, de coisas saudáveis e até assim de pra formar grupos, pra tá fazendo passeios, pra tá se inserindo mesmo na sociedade.

Talvez o sentido subjetivo 'espaço de doença' seja ainda reforçado pelo sentido 'proteção', o qual resulta e contribui com a pouca articulação deste serviço com o território e com a comunidade. Por outro lado, o sentido de *espaço psicossocial* remete à ampliação do foco do CAPS, que apesar da necessidade de debruçar-se sobre os sintomas e a doença, deve ir além disso, incluindo aspectos de prevenção e promoção da saúde e da vida. Como ilustra o próprio termo *psicossocial*, o CAPS deve levar em consideração aspectos psíquicos e singulares tanto quanto aspectos sociais e comunitários.

Porque se a gente vê o CAPS como um espaço psicossocial, realmente o paciente chega aqui e a gente monta um projeto de vida, é uma coisa bem ampla, não se restringe à sintomatologia, entendeu? Então a alta não se pega só na sintomatologia, na remissão, mas assim é necessária a reinserção social que é na verdade o maior desafio, que às vezes a gente... não é que deixa a desejar no sentido que, realmente é difícil né?

Portanto tais sentidos subjetivos não podem ser considerados exatamente contraditórios, mas como reflexos das diferentes atribuições de um CAPS, o qual deve tratar do usuário como um todo, levando em consideração tanto os seus sintomas quanto os demais aspectos de sua vida. Dessa forma, a convivência dos sentidos de 'espaço da doença' e *espaço psicossocial* no discurso da equipe reflete a complexidade do trabalho no CAPS, a dificuldade de ampliar a perspectiva de saúde para além da ausência de doenças e de cuidar de um sujeito de maneira integral.

Todos os sentidos subjetivos abordados neste núcleo parecem apontar para uma mesma direção: perceber o CAPS como uma instituição de fato estratégica, que vai além do objetivo formal de tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em regime de atenção diário. As demandas e relações cotidianas estabelecidas nos CAPS exigem que modelos preestabelecidos sejam repensados e recriados, a partir da escuta, atenção, observação e criação de novas estratégias e sentidos capazes de, de fato, promover a saúde e traçar novos rumos para a clínica e para o serviço (Brasil, 2004a).

7.4.3 Paradoxos de uma prática

Este último núcleo de sentido subjetivo que emergiu da conversa com a equipe do CAPS Estrada do Sol aborda diversas contradições que permeiam a prática no campo da saúde mental. Levando em consideração fatores como: a coexistência de diferentes modelos de atenção à saúde, as dificuldades com a falta de uma rede suficiente, o estigma social da figura do louco ainda muito presente, o distanciamento ou mesmo ausência de políticas públicas em relação à prática, os próprios desafios levantados pela equipe do CAPS Estrada do Sol, dentre outros, observa-se que o campo da saúde mental e o modelo de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica ainda estão em processo de construção e consolidação no Recife e mesmo no território nacional. Diante deste cenário, a equipe se refere aos múltiplos *paradoxos* que vivencia no seu cotidiano de trabalho, os quais se sobressaíram durante a construção destas análises e justamente por isso demandaram um núcleo à parte.

O primeiro paradoxo compartilhado pela equipe se refere ao processo de alta e se dá em dois pontos distintos: no sentido de alta como 'retorno' ao CAPS e na *resistência* da equipe quanto à alta. Na experiência dos profissionais com muitos usuários acompanhados, ocorreram dificuldades no que se refere ao encaminhamento do acompanhamento para outras instituições, à responsabilização de outros profissionais, ao encontro de espaços sociais nos quais os usuários pudessem circular e conviver, à deficiência e longa espera por serviços de psiquiatria, psicoterapia e medicação na rede. Este é um quadro persistente no sistema de saúde do Recife e que se relaciona intimamente com o presente paradoxo. Por um lado, a alta foi adquirindo um sentido subjetivo de 'retorno' ao CAPS, na medida em que os obstáculos da continuidade do acompanhamento fora do CAPS se sobressaíam cada vez mais, resultando em novas crises dos usuários e conseqüentemente no retorno ao tratamento nesta instituição, como ilustrado neste relato:

Alguns que assim, passaram aqui, que assim já tem passagem aqui no CAPS e já tem passado aqui e aí passa esse momento de alta por mais de uma vez, quando tá perto da alta de novo aí faz: "Vou sair; você vai me encaminhar de novo pr'aquele lugar; que não vai ter médico de novo e eu vou voltar pr'aqui de novo, não quero não ter alta porque senão vou ter que voltar!". Tem uns que trazem essa questão assim desse formato, que já sabem que o percurso é esse, que vai, fica lá, vai encaminhar pra tal serviço e vai passar 6 meses pra ser recebido e aí vai ter que voltar pra cá de qualquer forma porque vai entrar em crise de novo.

Observamos neste trecho a repetição da expressão *de novo*, indicador que reforça nitidamente a contradição vivenciada por usuários e equipe: a *alta de novo*, a *crise de novo*. O paradoxo de se considerar a alta como certeza de retorno ao CAPS é um reflexo das inúmeras deficiências do sistema da saúde mental, o que ao mesmo tempo parece causar um desestímulo em relação à alta tanto nos usuários quanto na equipe, e possivelmente também alimenta suas resistências, medos e novos paradoxos. Diante de situações como esta, a equipe tende a reagir também com *resistências* à saída do usuário do ambiente protegido do CAPS e da certeza dos cuidados que ali receberão.

Pronto, pois é, mas aí a gente sabe que não tem vaga, que não sei o que, que não dá, que só tem um médico, só tem um psiquiatra na questão do, do ambulatório, aí pronto, e só tem um médico pra todo o distrito, todos os serviços do distrito, falta medicação... Enfim, tem essas coisas...

Isso é uma questão que acaba desgastando muito a equipe também, porque a gente começa a ver que tem muitos pacientes que poderiam tá sendo cuidados em outros espaços e esses outros espaços não acolhem, enfim, por razões diversas e a gente acaba acolhendo aqui e fica sobrecarregado.

Por exemplo hoje a gente tá com mais de 170 usuários né? E aí a gente tem, por exemplo, uma médica só. E são pessoas que a gente sabe que muitas delas poderiam estar em outros serviços, 80% tem condições de ser acompanhado por outros.

A dificuldade apontada, de conseguir atendimento médico em outros serviços, é também enfrentada dentro do próprio CAPS, o qual acompanha uma grande quantidade de usuários apenas com um profissional da área médica. Mas, mesmo diante deste fato contraditório em si mesmo, parece se impor a responsabilidade da instituição CAPS e da equipe em acolher e tratar os seus usuários. Este *paradoxo* não apenas tem como consequência a sobrecarga da equipe e do serviço, mas é também capaz de desvirtuar a natureza do acompanhamento prestado pelo CAPS aos seus usuários, a qual, como reconhece a própria equipe, é de atenção à crise e de caráter transitório. Além disso pode estar ferindo com os princípios que norteiam o trabalho do CAPS, por exemplo o de desinstitucionalizar os usuários e de ser um dispositivo substitutivo às instituições totais como os hospitais psiquiátricos, ao manter sob sua 'tutela' usuários que já não têm esta necessidade.

Mais um ponto controverso, apenas apontado mas não detalhado pela equipe, foi a questão dos usuários 'desviantes', aqueles com comportamento bastante divergente do padrão habitual. Os usuários, comumente, entram no CAPS pelo surgimento de uma crise e fazem lá o seu tratamento até a melhora, quando têm alta. Já os usuários "desviantes" se comportam de forma relutante à entrada ou à saída do CAPS: são aqueles que têm muita dificuldade em aderir ao tratamento, ou mesmo não conseguem chegar no serviço, ou ainda aqueles que não aceitam a alta nem querem sair de lá por nada.

E existe um reflexo muito grande daqueles que não querem ficar no CAPS e aqueles que não querem sair daqui nunca. Então a gente tá o tempo todo meio que oscilando nesse, entre esse paradoxo.

A presença de tais usuários 'desviantes' pode levar a equipe até os limites da prática e dos seus princípios fundamentais, na busca por acolher as necessidades desses ou no esgotamento da motivação para atendê-los. Nesse sentido, podemos rememorar duas situações que parecem conter reflexos deste paradoxo: a postura da equipe diante da não-adesão ao tratamento e do excessivo número de usuários que permanecem no CAPS desnecessariamente. Tais situações de alguma forma 'paralisam' a equipe, de modo que essa não consegue apresentar soluções para tais problemas, apesar de reconhecê-los. Esta lacuna na conduta dos profissionais pode gerar repercussões para além do espaço do CAPS e dentro do próprio território, por exemplo não conseguindo alcançar um usuário que necessita de acompanhamento na comunidade, ou ainda mantendo na instituição alguém que teria plenas condições de cuidar-se por conta própria, com seus familiares. Dessa forma, são geradas frustrações na equipe relacionadas ao

próprio trabalho e à instituição, além de contribuir potencialmente para a manutenção de estereótipos acerca dos usuários, dos profissionais de saúde e dos CAPS.

No tocante aos estereótipos, o último *paradoxo* que emergiu na dinâmica conversacional está relacionado à forma como muitas famílias enxergam o CAPS e os usuários. Para além da problemática da baixa escolaridade que parece afetar a grande massa da população atendida pelos serviços públicos de saúde mental do Recife, as queixas da equipe com relação à postura das famílias tangenciam a sustentação de preconceitos e estereótipos relacionados ao modelo de cuidado asilar. Por exemplo, somado ao estereótipo de incapaz que as famílias tendem a atribuir aos usuários, esses vão perdendo seu espaço no ambiente familiar, na casa e nas atividades compartilhadas pela família.

E a gente vê então né, como a família é importante, por que às vezes ele não tem mais espaço em casa. É como se ele não existisse naquela família, aí tem que trabalhar essa conduta. Mas se consegue né? Consegue.

Esta postura da família, de exclusão do usuário, torna-se um *paradoxo* na medida em que acaba sendo atribuída à equipe CAPS a responsabilidade sobre esse acolhimento, sobre dar um lugar para o usuário. Nesses casos, cabe à equipe a constante reflexão e estudo dos casos acompanhados, além do trabalho com os familiares, de modo a não permitir que a família transfira tal responsabilidade para a instituição, o que pode se tornar uma tarefa árdua e cansativa para a equipe, já que adquire um caráter de lutar 'contra a corrente', contra as concepções mais antigas de cuidado exercidas pelos manicômios as quais ainda permeiam fortemente as representações da sociedade acerca dos 'loucos'. Aliada à dificuldade de combater tais ideais, se insurge a necessidade de cuidar do usuário, o que frequentemente é tratado como prioridade para a equipe quem acaba assumindo até mais responsabilidades do que de fato deveria, reforçando as posturas excludentes da família. Dessa forma, há uma contribuição com a manutenção de estereótipos, com o não reconhecimento do papel do CAPS e com a transferência das responsabilidades da família para a equipe, como ilustram os excertos a seguir:

Claro que eles não veem aqui o CAPS como um serviço de saúde. Então eles vêm e colocam assim, "não mas ele precisa de uma ocupação", e a gente o tempo todo tá batendo na tecla de que aqui não é um local pra buscar ocupação, é um local de cuidado. E aí por isso que é tão importante esse trabalho que a gente faz com a família...

Acho que a maior dificuldade da alta assim é a família, porque assim, muitas famílias não entendem muito o que é o CAPS; eles veem o CAPS como um local em que o usuário pode ser acolhido e ficar por toda a vida.

Tais relatos ilustram *paradoxos* quanto aos conceitos que os familiares têm e alimentam sobre o CAPS, cujo conteúdo é exatamente o oposto da proposta real desses dispositivos. Considerar o CAPS como um local onde o usuário pode ficar acolhido por toda a vida é, por um lado, reforçar o ideal da possibilidade de deslocar a responsabilidade sobre o usuário e, por outro lado uma associação desse dispositivo com o modelo de cuidado manicomial, o qual representa justamente algo que o CAPS pretende substituir. Além disso, a proposta multidisciplinar e de cuidado integral desse serviço pode contribuir com a confusão acerca da natureza da instituição, que é da saúde e não de ocupação do tempo.

Diante dos relatos presentes neste núcleo, compreende-se que a proposta de trabalho do CAPS Estrada do Sol se insere num processo mais amplo de construção e consolidação da rede de saúde mental e da própria reforma psiquiátrica no Recife. Ainda persistem distanciamentos e paradoxos entre a teoria e a prática neste serviço, os quais se refletem no pensamento e comportamento dos seus participantes (usuários, familiares e trabalhadores) e devem ser enfrentados e, cada vez mais, compreendidos e superados por todos.

7.5 Caso Elis Regina: síntese e articulações teóricas

Tendo em vista a necessidade de circunscrever nossas elaborações à trajetória de Elis Regina pelo CAPS Estrada do Sol, torna-se pertinente abordar os fatos imbricados no surgimento da sua necessidade de acompanhamento na rede de saúde mental. Ela própria faz, na construção da narrativa, uma associação entre o falecimento de sua avó materna e o aparecimento dos sintomas de ansiedade. Dessa forma, o falecimento da avó pode ser considerado como um "fator precipitante" (Dalgarrondo, 2008, p. 294), isto é, um evento importante que ocorreu com certa proximidade temporal do surgimento do transtorno mental de Elis Regina, embora não seja possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre os acontecimentos.

Apesar da associação entre o falecimento da avó e o surgimento dos sintomas, Elis Regina relata que apenas apresentou de fato sua crise (considerada como a agudização dos sintomas) aproximadamente um ano após este evento, período no qual estava, há alguns meses,

trabalhando como operadora de teleatendimento. Muitos estudos recentes (Assunção et. al., 2006; Filho e Assunção, 2006; Silva, 2007; Venco, 2008; Lucca e Campos, 2010) se debruçam sobre as frequentes queixas dos operadores de teleatendimento acerca das péssimas condições de trabalho, baixos salários, discriminações, forte pressão e controle frente ao acelerado ritmo de trabalho, coerção através de insultos e ameaças de demissão. Os referidos estudos relatam ainda o elevado grau de adoecimento desta categoria de trabalhadores, os quais com frequência apresentam cansaço e fadiga mental, tristeza e sentimentos de impotência em relação ao trabalho, tensão psicológica, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, digestivos e da personalidade. Dessa forma, seria possível relacionar a crise de *ansiedade extrema* descrita por Elis Regina também com seu contexto de emergência neste trabalho com teleatendimento e com a pressão que parece inerente ao seu exercício.

Diante da crise de *ansiedade extrema* quando estava *falando sem parar*, conforme relata Elis Regina, foi levada por sua família para um hospital psiquiátrico do Recife. Assim, compreendemos que sua entrada na rede municipal de saúde mental não se deu através do CAPS, instituição que também funciona como porta de entrada, mas pela urgência psiquiátrica onde permaneceu internada por uma semana, o que se pode considerar uma internação de curta duração. Após este período ela foi encaminhada e acolhida no CAPS Estrada do Sol. A Portaria GM/MS 3088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, regulamenta que os CAPS realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, devendo articular e coordenar o cuidado nas situações que necessitem de internação, embora, no caso do usuário acessar a rede por meio da atenção à urgência e emergência (portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, por exemplo), deve ser providenciada sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso (Brasil, 2011a). Esta compreensão se mostra presente nos locais pelos quais Elis Regina transitou, através do fluxo que percorreu e mesmo do discurso compartilhado pela equipe do CAPS Estrada do Sol: *isso é um serviço pra crise*.

Acerca da trajetória de Elis Regina no CAPS Estrada do Sol, é possível tecer algumas considerações a partir das informações construídas tanto com a própria usuária quanto com a equipe. Na avaliação de Elis Regina, a passagem pelo CAPS e o cuidado recebido foram

positivos, pois contribuíram com a aceitação da perda da avó, com a compreensão do adoecimento, no reconhecimento da melhora dos sintomas e da importância da continuidade do tratamento, com o estímulo de sentimentos de maturidade, segurança e força, essenciais para suas etapas futuras. Contudo, ela aponta também alguns aspectos negativos ou controversos presentes no cotidiano do CAPS Estrada do Sol e na prática da equipe, os quais, da mesma forma, repercutem na sua configuração subjetiva. Um dos aspectos contraditórios da passagem por esta instituição é que parece haver uma forte distinção entre o espaço do CAPS e o mundo fora do CAPS, a qual se mostra presente nas atividades proporcionadas pela instituição, no discurso da equipe, ao atribuir à instituição um sentido de *ambiente protegido*; e principalmente na narrativa compartilhada por equipe e usuária a respeito do adoecimento, o qual adquire um sentido de 'pausa' na vida, momento em que recorre ao CAPS para depois ser capaz de 'retomá-la' ou de 'retornar à sociedade'.

Quanto às atividades propostas no CAPS Estrada do Sol, segundo Elis Regina, estas são no geral grupos de fala ou de atividades manuais e recreativas, facilitados pelos profissionais da equipe e que acontecem dentro do espaço da instituição. No decorrer do tratamento e com a progressiva melhora, Elis Regina passou a sentir-se entediada e ansiosa tanto por permanecer o dia inteiro no CAPS, quanto por frequentar sempre os mesmos grupos com a mesma rotina. Neste sentido, percebemos que o projeto terapêutico singular proposto pelo CAPS não conseguiu acompanhar a trajetória de Elis Regina no tratamento, já que não foi revisado diante dos seus incômodos e demandas por mudanças. Além disso, o maior incômodo sinalizado por Elis Regina foi o tempo de permanência dentro do CAPS Estrada do Sol, pois o seu PTS previa que estivesse no serviço os dois turnos, ainda que tivesse o sentimento de que *o dia demorava muito para passar*. Uma dinâmica semelhante foi observada na pesquisa realizada por Figueiró & Dimenstein (2010, p. 434), os quais perceberam nos CAPS "uma estrutura rígida, um funcionamento estático e definido pelos técnicos, quando são os usuários quem deveriam ter maior possibilidade de gestão e intervenção das atividades".

Quanto ao sentido de 'pausa' na vida, este aparece na fala da usuária quando aponta que se sente inerte, *de férias*; e é enunciado também pela equipe no sentido da alta como 'enfrentamento do mundo'. Este sentido subjetivo, que aparece inclusive nos critérios de alta como 'capacidade de retomar a vida', parece colocar o adoecimento e a passagem pelo CAPS

não como parte da história de vida, mas como uma 'parada obrigatória', dando assim mais ênfase (e até prolongando) ao momento em que o sujeito não é capaz de realizar as suas atividades, de gerir sua própria vida. Função esta que é em grande parte assumida pela figura do terapeuta de referência.

O vínculo com a equipe e em especial com a TR foram considerados fundamentais por Elis Regina em sua trajetória pelo CAPS. Vínculo é algo que une as pessoas, uma interdependência, um compromisso e, no caso da clínica é um recurso terapêutico que promove a humanização no atendimento e a confiança mútua, fatores que auxiliam no cuidado integral e na resolutividade das demandas (Simões & Moreira, 2013). É importante ressaltar ainda que os vínculos terapêuticos estabelecidos durante a permanência no CAPS podem ser mantidos num esquema flexível, que permita facilitar a alta e continuidade do tratamento na comunidade e em outros dispositivos da rede (Brasil, 2004a). De fato, para Elis Regina o vínculo estabelecido com a equipe, bem como com outras redes de apoio como o centro espírita, foi essencial para sua adesão ao tratamento, além de potencializador dos sentimentos positivos com relação à si mesma, à sua capacidade de melhora e ao CAPS Estrada do Sol. No entanto, percebemos que, no caso desta usuária, o vínculo construído com a TR também adquiriu uma faceta de dependência e sujeição, já que a responsabilidade das decisões sobre o tratamento e a alta de Elis Regina está com a TR. Esta dinâmica se mostra presente também no discurso da equipe e, assim, observamos que é encorajada pela própria instituição.

No contexto familiar de Elis Regina podemos observar um movimento semelhante, tanto na importância do vínculo quanto na dependência e proteção resultantes. O sentido subjetivo da família perpassa diversos outros sentidos subjetivos presentes na vida de Elis Regina e funciona como um sentido integrador de sua configuração subjetiva, pela proximidade, carinho e consideração com que se refere aos seus familiares. Inclusive uma característica dessa dinâmica familiar é a organização em rede: a união e solidariedade, livre circulação pelas casas dos membros, divisão de tarefas e responsabilidades, atributos que contribuem para promover o cuidado e para o apoio em situações difíceis. No entanto, o movimento da família de Elis Regina segue uma direção de manutenção da dependência através das iniciativas de prolongamento do afastamento do trabalho pela renovação do auxílio-doença

por mais seis meses e ainda da insistência em que a usuária espere mais tempo para retomar a faculdade.

Diante desta dinâmica estabelecida emerge o maior ponto de tensão presente na configuração subjetiva de Elis Regina. No CAPS (e mesmo na família), ela tem o seu cotidiano organizado e importantes decisões tomadas por outras pessoas, colocando em segundo plano seus desejos e invalidando sua capacidade de reflexão e de gerir a própria vida. De acordo com Figueiró & Dimenstein (2010, p. 435) isso é um quadro que contribui para a infantilização dos usuários e "dificulta qualquer posição de autonomia e empoderamento diante da vida", ainda que a motivação pareça ser de proteção e cuidado. Por outro lado, a tensão se faz presente pois, levando em consideração a história de vida de Elis Regina, as formas como ela se referiu ao adoecimento e à si própria nesse percurso, deu pouca ênfase aos sintomas, tratou a doença como secundária ao tratamento e à vida, considerou-se uma pessoa normal, etc., percebemos semelhanças com a ideia de "doença entre parênteses" (Basaglia, 2005). Colocando a doença entre parênteses é possível considerar o sujeito e analisar os problemas da pessoa com transtorno mental "a partir de uma modalidade de ser que se manifeste comum ao seu mundo, tanto quanto ao da pessoa sã, para além de qualquer esquema e qualquer definição de doença" (Basaglia, 2005, p. 36).

Para Elis Regina a doença não se impôs como aspecto definidor e delimitador da sua vida, mas ela própria a colocou entre parênteses, permitindo a afirmação do seu conhecimento sobre si, de seus planos e projetos de vida apesar do adoecimento e da possibilidade de ocupar um lugar na sociedade. Entretanto, apesar de sinalizar que se sente bem para a alta e para retomar suas atividades, Elis Regina ainda não consegue se impor às forças opostas do CAPS Estrada do Sol e da família. Assim, nesta configuração subjetiva construída entre CAPS, trabalhadores e usuários percebemos uma manutenção, ainda que sutil, da segregação e da tutela com as quais a reforma psiquiátrica busca romper ao introduzir, por exemplo, os princípios de rede, território e clínica ampliada.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana (Brasil, 2004a, p. 14).

Dentro desta perspectiva, o marco legal propõe que o tratamento num CAPS não implica em estar a maior parte do tempo dentro do espaço físico da instituição, mas que as atividades podem e devem ser realizadas dentro do território, da comunidade, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, de minimização dos estigmas e de promoção da autonomia e do protagonismo dos usuários (Brasil, 2004a). De outra forma, pensar a saúde desarticulada do contexto sócio-cultural, político e econômico, é centrar as ações terapêuticas apenas num sujeito privado e nos seus sintomas, o que pouco contribui para o avanço da reforma psiquiátrica (Figueiró & Dimenstein, 2010). Neste caso, por mais que os movimentos da equipe do CAPS Estrada do Sol, da família e da própria Elis Regina não se assemelhem com o de colocar o sujeito entre parênteses, característico do modelo asilar, ainda não permitem sua tomada de um lugar de autonomia e alimentam um descrédito na capacidade de superar obstáculos e de se reapropriar da própria vida.

CAPÍTULO 8.

CASO CLARA NUNES

*Pra mim
Basta um dia
Não mais que um dia
Um meio dia
Me dá
Só um dia
E eu faço desatar
A minha fantasia
O que eu pedia
Um dia pra aplacar
Minha agonia*

Basta um dia | Clara Nunes

Clara Nunes tem 53 anos, vive com sua mãe, uma irmã e um irmão numa pequena casa. As impressões, suscitadas pelo primeiro encontro com Clara, foram de uma mulher forte, humilde e que fala bastante: gosta de conversar e de contar histórias. Passou por um longo período de depressão e tratamentos, desde os 20 e poucos anos quando sofreu com o aparecimento e intensificação dos sintomas mais negativos, até meados do ano de 2005,

quando começou a se recuperar e, desde então, não sofreu mais nenhum agravamento do transtorno. Neste percurso de tratamento, dentre diversos médicos, remédios e dispositivos, Clara se deparou com o CAPS Basta um Dia, do qual teve alta há cerca de 4 anos.

O contato com Clara Nunes se deu por intermédio da equipe do CAPS Basta um Dia, com a qual nos aproximamos para realização desta pesquisa. Apesar da disponibilidade e empenho da equipe em buscar um usuário que se adequasse aos critérios propostos, houve uma longa lista de usuários antes de chegar no nome de Clara. Em sua maioria, os contatos telefônicos estavam desatualizados, e ainda houve um caso no qual não houve o consentimento da familiar responsável pela usuária para participação neste estudo. Assim, após este percurso de pequenas frustrações, entrei em contato com Clara, quem escutou a mim e à proposta com bastante receptividade e logo aceitou marcar um encontro no espaço do próprio CAPS, familiar, tranquilo e disponível para ambas, afim de nos conhecermos e de apresentar melhor a pesquisa e os procedimentos.

Dessa forma, a primeira conversa com Clara Nunes foi numa sala cedida pela equipe do CAPS Basta um Dia, num dia tranquilo da rotina do serviço. Desde o primeiro momento, ao nos apresentarmos, Clara já afirmou sua disponibilidade em participar do estudo, justificando que poderia dessa maneira ajudar outras pessoas com problemas semelhantes ao seu. Ainda assim, propus que lêssemos juntas o TCLE, tratando de explicar mais detalhadamente esta proposta e tirando as suas ocasionais dúvidas, sendo que, terminada a leitura, Clara optou por já assinar o termo e marcar para iniciar a dinâmica conversacional noutro dia, com mais calma, pois teria um compromisso em seguida. A preferência de Clara foi para que os encontros ocorressem naquele mesmo espaço do CAPS, não se sentindo à vontade diante da ideia de ser em sua casa.

Neste primeiro contato com Clara chamou atenção o fato de não ter havido menções ao seu transtorno mental ou aos sintomas, o que foi compreendido a partir dos outros encontros como parte do processo de abrir sua intimidade e suas dores paulatinamente, na medida em que o vínculo de confiança entre nós foi se consolidando. Apesar disso, pudemos conversar um pouco, neste primeiro encontro, sobre o fato de ser cuidadora de sua mãe e sobre a passagem pelo CAPS Basta um Dia, do qual sente falta principalmente das psicólogas que a acompanhavam no serviço, sentimento que explica por sua crescente necessidade de falar,

seja pelas demandas e problemas da vida, seja pela ausência de acompanhamento psicológico desde o início do ano. Diante disso, já foi perceptível o seu desejo por um espaço de fala acolhedor e disposto a escutar a sua história, o que de fato ocorreu durante os nossos encontros e foi inclusive apontado pela própria Clara em alguns momentos, como ilustra o seguinte trecho no qual se emocionou: *eu vou dizendo à senhora que, é muito bom porque, eu sei que to falando com uma psicóloga, que a senhora é uma pessoa paciente...*

Trazemos assim, de maneira semelhante ao caso anterior, esta e outras nuances do caso de Clara Nunes através de sua narrativa de vida; de elementos simbólicos, indicadores e núcleos de sentido subjetivo construídos a partir das nossas conversas e explicitados em trechos de fala; das considerações construídas pela equipe do CAPS Basta um Dia e, finalmente, das interpretações elaboradas a partir dos encontros e do posterior trabalho com as informações.

8.1 Clara Nunes: uma narrativa de vida

A presente narrativa de vida, composta a partir das conversas com Clara Nunes, se estruturou com grande riqueza em detalhes, o que é uma das fortes características da sua forma singular de narrar. Além disso, o seu discurso tendia à constante repetição de diversos pontos de sua história, movimento percebido como o esforço para contar uma história realmente vivida, da forma como faz sentido para ela (Bertaux, 2010). Partindo da compreensão de que uma narrativa contada é feita de memórias, flexibilidade e julgamento moral, atuando em conjunto com a particular bagagem cultural e ideológica, “sua visão de mundo e seu lugar no mundo” (idem, p. 92), apresentamos a seguir a narrativa de vida de Clara Nunes.

Clara Nunes, 53 anos, é a quarta filha de uma prole de 5, sendo 4 mulheres e um homem, todos com idades bastante próximas. Tem origem bastante humilde, na infância seu pai era pescador, passava cerca de 7 dias em alto mar, e sua mãe não trabalhava fora e vivia para cuidar dos filhos. O pai era alcoolista e violento, chegando a agredir fisicamente a mãe diversas vezes e, além disso, não permitia que ela saísse de casa, deixando sempre algum amigo observando o movimento da casa em sua ausência. Após 12 anos nesta vida, quando

Clara e seus irmãos eram ainda pequenos, a mãe decidiu deixar o seu pai, levando consigo os 5 filhos, atitude que nutriu sentimentos de respeito e apego à mãe por parte de Clara e um distanciamento do pai. Neste momento sua família contou com ajuda da avó materna, quem acolheu Clara por cerca de 2 anos até falecer, fato que lamenta profundamente, pois criou um forte vínculo com a avó e não lhe foi possível nem comparecer ao seu enterro, pois recorda que na época não era permitida a entrada de menores no cemitério.

Assim, Clara voltou a coabitar com a mãe, quem passou a trabalhar como cobradora de ônibus e alugou uma casa num bairro mais central do Recife. A partir daí a mãe passou a sustentar sozinha a casa e os filhos, situação que se mantém até hoje, mesmo depois de aposentada. Clara relembra que, por muitas vezes, foi com a mãe para o trabalho, junto a algum outro irmão, por não ter com quem ficar, mas que gostava de passear no ônibus. Mesmo vivendo em meio a mudanças e perdas, Clara conseguiu se manter na escola, algo muito incentivado e valorizado pela mãe, mas, no entanto, subestimado pelos seus irmãos que constantemente fugiam da escola depois que a mãe saía. Assim, apenas ela conseguiu concluir o segundo grau (equivalente hoje ao ensino médio) por volta de 1984, ao que atribui grande importância e é motivo de orgulho para si própria e para sua mãe. Nesta mesma época, o seu pai casou-se novamente com uma mulher praticamente da idade de Clara, com quem teve mais 4 filhos. Entretanto, Clara não aceitou bem essa diferença de idade e, apesar de futuramente chegar a conhecer os seus irmãos, não conseguiu estabelecer um relacionamento próximo com a nova família do pai.

Após concluir seus estudos, Clara começou a trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro, do qual dava metade para a mãe, atitude que se orgulha em dizer que teve durante toda a sua vida. Assim, conseguiu ajudar sua mãe a sair do aluguel e comprar uma casa própria. Conseguiu ainda juntar dinheiro numa poupança, que mais tarde usou para pagar uma reforma na casa, que era de palha e foi refeita em tábuas de madeira. Entretanto, Clara diz que seus irmãos tiveram posturas divergentes da sua: nunca conseguiram um emprego fixo, não contribuíram com as contas da casa ainda que estivessem trabalhando e chegaram a furtar dinheiro da mãe.

No ano de 1986, aos 25 anos, Clara trabalhava na função serviços gerais de um hospital da cidade e já tinha certa independência financeira, ainda vivia com a mãe e frequentava regularmente uma igreja evangélica próxima de sua casa. Nesta comunidade religiosa

conheceu e se interessou por um rapaz, com quem logo iniciou um relacionamento. Clara se recorda que, no início do namoro, levou o rapaz em sua casa para apresentá-lo à mãe, quem após conhecê-lo disse: *nem continue porque não vai dar certo*. Talvez porque o rapaz não trabalhava, era analfabeto e Clara havia se disponibilizado em ajudá-lo no que precisasse. Mesmo assim continuaram namorando, em dois anos ficaram noivos e Clara fez um grande investimento afetivo e financeiro no relacionamento: marcaram a data do casamento, ela alugou uma casa, comprou os móveis, as alianças e planejava construir uma família com ele.

Quando faltavam apenas dois meses para o casamento, Clara conta que encontrou o seu noivo com outra mulher da própria igreja, o que para ela foi um tremendo baque, não apenas no relacionamento mas em todos os seus planos de vida. Assim, após este fato, Clara passou alguns dias em sofrimento intenso, chorando muito, sem conseguir se alimentar, isolada e sem sair do quarto. Com o passar do tempo, seus sintomas foram se intensificando ao invés de ceder e Clara foi ficando cada vez mais isolada, emagrecida, descuidando da higiene e só pensando no rapaz e na traição. Ela conta que, nessa época, ninguém de sua família sabia o que era depressão e por isso não sabiam como agir diante do seu quadro grave, até que chegou a pesar cerca de 38kg, momento em que sua mãe resolveu pedir ajuda no hospital mais próximo.

Neste período ainda não havia no Recife uma rede de saúde tal qual existe atualmente, descentralizada e regionalizada, sendo que os serviços médicos se concentravam em sua maioria nos grandes hospitais, os quais requeriam a ida do paciente até as urgências. Como Clara não tinha condições nem mesmo de levantar-se da cama devido à sua debilidade, uma médica psiquiatra deste hospital se disponibilizou em realizar seu acompanhamento sistemático clínico e medicamentoso em domicílio. Assim, Clara recebeu o diagnóstico de depressão grave e iniciou no final do ano de 1988 seu percurso de tratamento, o qual se prolonga até os dias atuais. Ainda assim, ela passou os 3 anos iniciais sem conseguir andar, devido ao agravamento do transtorno, antes de ter seu primeiro período de melhora clínica. Clara conta que sua depressão, ao longo desses mais de 20 anos, se agravou por 5 vezes e ela chegou a tentar suicídio em 3 ocasiões, mas sempre aparecia alguém a tempo para o socorro, fato que atribui à intervenção divina. Ela relembra ainda as pessoas mais importantes e que mais contribuíram para sua melhora da depressão: sua mãe e 5 profissionais de saúde, sendo 3

psiquiatras e 2 psicólogas, além da sua própria força de vontade. E, apesar de já sentir-se bem e de estar num momento estável do transtorno há quatro anos, Clara ainda se entristece muito ao narrar sua história, sente culpa pela depressão e se ressentida por não ter uma família e filhos como sempre sonhou.

Por volta do ano de 1993, Clara tentou recuperar o seu antigo emprego no hospital, mas sua vaga já havia sido preenchida devido ao longo tempo de afastamento. Então ela procurou trabalhar como empregada doméstica em casas de família, mas conta que não conseguiu se adaptar à demanda de cuidar de outras pessoas e de si mesma, de seu transtorno e tratamento ao mesmo tempo. Assim, passou a trabalhar como autônoma fazendo faxinas, algo que ela não considera um emprego, mas lhe proporcionou a remuneração que garantiu seu sustento, a ajuda para a mãe e o pagamento do seu imposto do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Neste trabalho Clara chegou a fazer 6 faxinas por semana, sendo que numa delas continua até hoje, com uma senhora que inclusive a ajudou bastante também ao longo dos anos, nas suas crises. Atualmente esta é a sua única fonte de renda, o trabalho para esta senhora fazendo faxinas, compras e pagamento de contas todos os sábados, pelo qual recebe R\$120,00 ao mês e direciona para pagar o seu INSS. Para Clara, a contribuição junto ao INSS é de suma importância, pois entende que está garantindo o seu sustento futuro, e lhe faltam apenas 2 anos de contribuição para que possa se aposentar.

No ano de 1998, o bairro onde residiam Clara e sua família passou por um período de reconstrução, através de um projeto denominado Companhia de Habitação Popular (COHAB), o qual propunha a reconstrução das casas dos moradores com vistas a proporcionar melhores condições de higiene, segurança e conforto. Assim, a sua casa de tábuas foi derrubada, bem como as demais, para ser reconstruída em alvenaria e, para tanto, foi necessário conversar com todos os moradores e transferi-los para um acampamento provisório durante as obras. Em meio a este processo, havia um grupo de fiéis de uma igreja evangélica, de denominação Batista, que vinha auxiliando os moradores e, com este propósito, visitou a casa de Clara, quem estava numa das crises da depressão, apresentando os mesmos sintomas e novamente debilitada e acamada. Compreendendo a delicadeza do seu estado de saúde, os fiéis e o pastor se comprometeram em ajudar Clara a melhorar, ainda que inicialmente não tivessem sua aceitação. A partir daí, conta Clara, os irmãos da igreja

passaram a fazer visitas sistemáticas e ela encontrou neles uma força para superar a depressão através do apoio e da fé.

Quanto à casa da família, Clara conta que a área correspondente à sua mãe foi reduzida praticamente pela metade e, conseqüentemente, a casa foi construída com tamanho muito menor do que a casa antiga. Portanto, os 8 habitantes da casa nesse período (a mãe, os 5 filhos e mais 2 netos) tiveram que se dividir em dois pequenos quartos, uma sala e ainda foi preciso pedir ajuda para uma vizinha: dormiam 4 pessoas no chão, 2 em camas e mais 2 numa casa vizinha em outra rua. Segundo Clara, esta situação gerou muita angústia para a mãe já que não tinha nada a fazer; mas é também uma fonte de tristeza também para a própria Clara, pois crê que foram injustiçados, que ela e seus irmãos poderiam ter feito algo a respeito e que a mãe merece algo muito melhor na velhice. Sem outra opção, a família viveu ainda por muitos anos dessa mesma forma: todos na pequena casa, inclusive os netos que Clara considera criados pela avó; sua mãe sendo a principal fonte de renda da família (aposentou-se no ano 2000 e seguiu recebendo o mesmo salário) e responsável pelos mantimentos e contas da casa; Clara ainda oscilando entre períodos tranquilos ou deprimidos, se tratando e fazendo suas faxinas sempre que conseguia; um distanciamento do pai e os seus outros irmãos com trabalhos erráticos e sem ajudar muito na casa, algo que entristece a Clara e sua mãe.

Entre os anos de 2003 e 2005, se agravou novamente o quadro depressivo de Clara e houve o falecimento de seu pai, com 78 anos. A notícia deste falecimento causou muito sofrimento para Clara pois, ainda que não fossem próximos, ela gostaria de ter ido ao sepultamento, mas não conseguia levantar-se da cama, o que agravou ainda mais o quadro. Mas, desta vez, Clara recebeu uma intervenção diferente, realizada por um dos psiquiatras do CAPS Basta um Dia: primeiramente foi atendida em domicílio e logo, ao conseguir caminhar e sair de casa, foi convidada para continuar o seu tratamento no espaço do CAPS, no qual permaneceu em acompanhamento por cerca de 5 anos. Se refere à esta trajetória pelo CAPS com entusiasmo, pois se sentiu muito bem acolhida e atendida, tem boas lembranças de diversos profissionais da casa e reconhece o valor que as atividades proporcionadas pelo serviço tiveram na sua melhora. Clara permaneceu em regime de tratamento intensivo durante quase um ano, depois começou a diminuir sua frequência, sendo atendida apenas por uma psicóloga e pelo psiquiatra. Quando não conseguia consultas de manutenção em outros dispositivos da rede de

saúde, Clara retornava ao CAPS para não interromper seu tratamento medicamentoso e relatou que a equipe constantemente reafirmava que ela poderia recorrer à instituição sempre que precisasse. Inclusive, neste mesmo CAPS Basta um Dia, a irmã mais velha de Clara também foi acompanhada durante 8 anos devido ao diagnóstico de esquizofrenia.

No ano de 2010 Clara recebeu alta do CAPS e passou a ser acompanhada pelo posto de saúde próximo de sua casa e por um psiquiatra no ambulatório de referência. Ela tem muita consciência da importância de manter uma vida saudável e de continuar tomando sua medicação sempre. Desde então sua vida passou por diversas mudanças, por exemplo, na esfera do trabalho, na qual resolveu diminuir o ritmo das faxinas pois passou a se sentir menos ágil e menos forte. Ainda assim, conseguiu investir em cursos profissionalizantes, já que sempre gostou de estudar, e fez os cursos de administração, recepcionista da área de saúde, cuidador de idosos e iniciou informática. Também se engajou em alguns trabalhos voluntários para campanhas de arrecadação de mantimentos e água; se empenhou em trabalhar dentro da igreja, chegando a ser nomeada secretária, uma função de muita responsabilidade e confiança. Não esquecendo a questão da sua casa, Clara se inscreveu no programa Minha Casa Minha Vida, o qual oferece condições diferenciadas de financiamento de imóveis para famílias de baixa renda, na tentativa de conseguir uma moradia mais digna e confortável para si e sua mãe. Embora não tenha ainda conseguido, mesmo após 4 anos de espera, tem muita fé de que chegará a sua vez.

No último ano, com a piora das condições de saúde da mãe, Clara passou a diminuir cada vez mais os compromissos para se dedicar ao seu cuidado. A princípio esta função era compartilhada com suas irmãs, mas as duas mais velhas passaram a maltratar a mãe, até que ela decidiu prestar queixa na delegacia do idoso. Assim, Clara, a mãe e os outros irmãos não encontraram outra solução senão a saída delas da casa, o que ocorreu por volta de maio de 2014, restando ali 5 pessoas: a mãe, Clara, dois irmãos e um neto adolescente. Consequentemente, Clara tornou-se a principal cuidadora de sua mãe, responsável não apenas pelos exames, consultas e medicações, mas também pelo cuidado doméstico, desde as compras até a limpeza. Assim, atualmente, Clara apenas consegue se manter trabalhando numa única faxina semanal, pois disponibiliza todo o seu tempo para cuidar da mãe, já que apenas conta com a ajuda da irmã mais nova e da sobrinha. O seu irmão trabalha vendendo

algodão-doce e, segundo Clara, praticamente vive fora da casa; sua irmã mais nova, mãe do neto adolescente, é vendedora ambulante e trabalha todas as tardes e noites, mas geralmente ajuda com *má vontade*; e a sobrinha (também filha da irmã mais nova) é atenciosa, mas vai apenas aos sábados durante o período em que Clara está na sua faxina, pois mora em outro município.

Diante desta nova configuração, Clara sente-se frequentemente sobrecarregada por toda a carga física e emocional, por não conseguir descansar bem dado seu estado de alerta constante, pela preocupação com o agravamento das doenças da mãe e pelo ressentimento com os irmãos, pois acredita que não a ajudam como poderiam e deveriam. Clara encara sua nova função como uma obrigação diante de tudo o que a mãe já fez por ela, além de uma retribuição pelo seu cuidado quando ela própria estava deprimida, já que considera que apenas a mãe, os irmãos da igreja e os profissionais de saúde a ajudaram. Ainda assim, Clara tem muita fé, mesmo sem ter mais tempo para frequentar a igreja, e acredita que Deus ajudará a melhorar suas vidas. Para o futuro, ela espera encontrar uma nova psicóloga para continuar seu acompanhamento, conseguir morar numa casa maior e mais cômoda, usufruir da sua aposentadoria e retomar os cursos profissionalizantes dos quais tanto gosta.

8.2 Frases Completadas por Clara Nunes

1. A igreja representa Igreja Batista Bíblica
2. Trabalhar significa manter a sua manutenção
3. Depressão me recorda angústia, medo, pesadelo
4. Construir uma família é unir um lar
5. A minha história de vida tristeza
6. Minha mãe me faz sentir alegre
7. Viver, para mim, é continuar minha vida
8. Os planos de Deus são que eu continue na presença dele
9. Tomar uma medicação é muito bom para minha cura
10. Ser consciente significa saber o que faz
11. Estar bem é estar sem nenhum problema
12. Minha casa representa o lugar onde tenho sossego
13. Planejo para o futuro ser uma pessoa para ajudar outras
14. Cuidar me faz sentir muito bem
15. Meus irmãos e irmãs são insuperáveis
16. Espero no futuro ser uma pessoa voluntária
17. Um emprego possibilita muitas coisas na minha vida
18. Independência é viver sozinho
19. Ajudar pode ser muito útil para as pessoas
20. O CAPS possibilitou minha cura me ajudando muito
21. Responsabilidade significa responder por si
22. Amigos são na hora da precisão
23. Acho que casamento representa união
24. Espero conseguir minha casa que estou ouvindo
25. Doenças são coisas que ninguém gosta
26. Saúde é muito bom para poder nos fazer tudo
27. Eu me dedico a minha mãe e a igreja
28. Religião possibilita ajuda nas palavras da Bíblia
29. Liberdade me lembra estar sem nenhum compromisso
30. O INSS representa ajuda para aqueles que precisam

8.3 Os núcleos de sentido subjetivo de Clara Nunes

No trabalho com as informações construídas a partir dos instrumentos e procedimentos, apresentamos aqui os núcleos de sentido organizados a partir dos diversos indicadores de sentido subjetivo presentes na narrativa de Clara Nunes. Ao contrário do caso Elis Regina, os encontros com Clara nos proporcionaram a construção de um extenso material, com longos períodos de fala e diversas repetições de conteúdos e histórias. Dessa forma, tivemos neste caso um maior trabalho para selecionar e organizar os indicadores de sentido subjetivo mais significativos, com maior carga emocional e que melhor representassem a configuração subjetiva de Clara Nunes nesse contexto. A citação abaixo reflete de maneira interessante a singularidade da expressão de cada indivíduo:

"Apesar de expressar-se quanto ao tema que a pesquisadora disponibiliza para começar o diálogo, faz isso por meio de sua expressão pessoal, bem como pelas necessidades pessoais que, no decorrer de sua expressão, se constituem a partir das configurações de sentido que sua narração vai estimulando e que se organizam através dela" (González Rey, 2012, p. 131).

Diante disso e da necessidade de lidar com a complexa trama de experiência subjetiva de Clara, optamos por iniciar esta etapa de maneira diferente. Trazemos aqui, quase que integralmente, a primeira sequência da conversa com Clara, como uma forma de ilustrar a característica de sua construção narrativa, mas também devido à importância que tal sequência adquiriu ao longo da composição dos núcleos de sentido subjetivo que apresentaremos mais adiante. Neste trecho da conversa, exposto logo a seguir, estão presentes indicadores dos sentidos subjetivos que mais se iluminaram em toda a narrativa de Clara e, portanto, os mais relevantes para serem aqui analisados.

Pesquisadora: Como é que teve início a sua história com o transtorno mental e quais foram os impactos que isso teve na sua vida?

Clara Nunes: *Olhe, eu frequentava uma igreja evangélica, há muitos anos e... Foi no ano de 1986. Eu conheci um rapaz, lá, e em 1988 a gente noivou. E ficamos de se casar, e eu trabalhava no hospital, aqui mesmo na avenida X. Eu trabalhava lá e ele não trabalhava, era muito difícil pra ele trabalhar porque ele não tinha profissão nenhuma e nem sabia ler. Ele não trabalhava e tudo o que ele precisasse eu dava, eu era nova, entendeu? Agora eu to com 53 anos, mas eu tinha 20 e poucos anos entendeu? Era nova, não pensava em nada, pensava em construir uma família. Mas o destino não é a gente quem faz... né? O destino a gente deixa por conta de Deus. E aí, faltavam dois meses pra eu me casar com ele, eu já tinha alugado casa, já tinha comprado móveis, tudo! Mas aí eu encontrei ele com uma mulher, justamente da igreja também... E foi quando teve aquilo, também não sabia o que era depressão, não conhecia essa doença e nem a minha família. E quando eu peguei*

ele com ela, eu ainda tinha comprado as alianças pra ele, tudinho... E eu encontrei ele com essa mulher da igreja, falaram comigo e tudo, mas na época eu vi ele com essa moça, e eu não pude fazer nada. Encontrei ele com ela e fiquei desesperada e fui pra casa, chorava muito, com 3 dias eu não quis mais sair de dentro do quarto, fiquei isolada dentro do quarto, não queria comer, e eu fui emagrecendo, emagrecendo... Aí foi quando chegou perto de eu pesar 38kg, minha mãe viu que não tinha mais condições, aí falou com o médico do hospital X, Dra R., ainda me lembro. Aí em 1988, já no final, ela começou a me atender, tudinho... E minha mãe disse "ela não tem condições de levantar da cama", ela foi em casa, coisa que médico é difícil fazer! Aí ela foi em casa tudinho, passou a medicação, eu tomei o remédio... No começo eu desmaiava, aí tomei Fenobarbital, que é o filho do Gardenal, entendeu? Aí eu tomei 3 anos desse remédio, fiquei tomando o remédio de 200mg, tudinho. E o tempo foi passando, passando, passando... Fiquei 3 anos sem andar, não tinha condições de andar nem nada, e o tempo foi passando... E eu dizendo "meu Deus, será que eu vou viver ainda? Ainda vou conseguir viver"? Que toda lembrança vinha, a fisionomia do rapaz, ele foi meu primeiro namorado, meu primeiro noivo e ia ser meu primeiro marido. E nada. Aí foi quando a igreja batista veio e disse à minha mãe "a gente vai cuidar dela". Aí toda semana eles estavam aqui, "a gente ainda acredita ainda que ela vai sobreviver". Tudo o que eu comia, tudo o que eu tomava, água, suco, seja lá o que for, eu botava pra fora. Eu dizia "não tenho condição" e meu corpo, ficou mesmo totalmente debilitado, sem poder andar sem nada, sem forças pra nada. Tomava banho a pulso, não gostava de tomar banho nem nada. Tentei 3 vezes o suicídio dentro do quarto, morrer... E eu... E Deus foi tomando a mim e ele não deixou, porque quando não tem jeito mesmo, acontece. Mas Deus não deixou eu morrer porque sempre aparecia gente pra me socorrer.

P- Tinha jeito né?

C- *É. Tinham 8 pessoas na família, hoje em dia só moram 4 lá porque 4 saíram, e todo mundo desesperado, ninguém conhecia essa doença nem nada. E o tempo foi passando, quando deu 2005, foi quando comecei a recuperar. Muito tempo! Comecei a me recuperar, e comecei a frequentar a igreja. (...) E... Eu lembro muito porque, se não fosse a força dos irmãos, se não fosse também o meu esforço, que todo dia eu me ajoelhava na cama porque não conseguia me ajoelhar no chão, e pedia a Deus, "Deus não sei como fui tão ruim assim com minha mãe, eu trabalhava, tudinho, e terminei perdendo o emprego, terminei perdendo tudo". Depois quando me recuperei tudinho, aí digo "agora vou trabalhar". Aí fui trabalhar em casa de família, aí não deu certo porque eu me desesperava muito, tomava muito remédio e a mulher disse "não tem condições de você trabalhar assim desse jeito". Nem nada. Pronto, aí eu fiquei em casa, até hoje. Hoje em dia, e há muitos anos atrás, eu faço faxina, entendeu? Pago meu INSS autônomo, entendeu? E não tenho mais, nenhum problema mais, continuo tomando remédio, fraco, eu tomo o Clonazepan de 2mg e tomo o Amitriptilina de 25mg.*

A partir deste longo relato, construímos os núcleos de sentido subjetivo que compõem o caso Clara Nunes, sejam eles: 'infortúnios de uma desilusão amorosa', 'a depressão e suas repercussões', 'caminhos terapêuticos', 'mãe: cuidado e captura', 'uma (não)Casa de (não)Família', 'sobre religião e fé em Deus' e 'minha história de vida... não foi só tristeza'. De tais núcleos, detalharemos a seguir aqueles que mais se aproximam do nosso objetivo, sejam eles: 'a depressão e suas repercussões', 'caminhos terapêuticos' e 'minha história de vida... não foi só tristeza'. Relembramos ao leitor que os indicadores produzidos aparecem sublinhados nos trechos de fala apresentados; as expressões utilizadas por Clara serão apresentadas em *itálico*; e os termos adotados pela pesquisadora aparecerão sempre 'entre aspas simples'.

8.3.1 A depressão e suas repercussões

P- Depressão me recorda angústia...

C- *Angústia, medo, pesadelo...*

A partir do complemento da frase acima, apresentamos os sentidos subjetivos dominantes na configuração subjetiva de Clara Nunes, construída ao longo da sua história com a depressão e com as desilusões. Toda a narrativa que constrói acerca desse período, especialmente dos primeiros anos da depressão – quando esteve muito emagrecida, sem conseguir andar, isolada –, se organiza em torno de memórias dolorosas, sentimentos negativos e um intenso sofrimento, o que já consideramos um forte indicador do mal-estar vivido nesta etapa de sua vida (González Rey, 2011).

Ao longo de sua narrativa foi possível observar que Clara relaciona o início da depressão com a descoberta da ‘traição’ e a desilusão amorosa, quando começa a apresentar diversos sintomas. Ela apresentou sintomas variados, de diversas naturezas e com diferentes repercussões na sua configuração subjetiva, os quais descreve com acentuada riqueza emocional. Os primeiros foram choro intenso, desespero, isolamento e recusa de alimentos, os quais foram se agravando, trazendo consequências e novos sintomas. A fala abaixo ilustra as mais recorrentes situações vivenciadas por Clara quando deprimida:

Tudo o que eu comia, tudo o que eu tomava, água, suco, seja lá o que for, eu botava pra fora. Eu dizia "não tenho condição", e meu corpo ficou mesmo totalmente debilitado, sem poder andar sem nada, sem forças pra nada. Tomava banho a pulso, não gostava de tomar banho nem nada. Tentei 3 vezes o suicídio dentro do quarto, morrer...

A princípio, o problema de não se alimentar parece estar relacionado com o isolamento, na medida em que, inicialmente Clara afirma: *fiquei isolada dentro do quarto, não queria comer, e eu fui emagrecendo, emagrecendo...*, o que passa uma ideia ainda de escolha. Aqui a repetição da palavra não somente traz o foco para o progressivo emagrecimento, como dá uma noção da sua percepção de passagem do tempo. Mas sua *depressão era tão forte* que este quadro se agravou e Clara passou a não conseguir mais comer pois *botava pra fora*, ao ponto de pesar 38kg. Ela então se descreve com a expressão *só no osso*, que é um indicador do seu sentido subjetivo acerca de si naquele momento: algo duro, difícil, que pode quebrar (mas também pode ser muito forte, sentido que ela constrói apenas anos mais tarde).

Essa ausência de alimentação adequada e magreza extrema, aliadas à angústia e pensamentos negativos, possivelmente resultaram na sensação do corpo *totalmente debilitado* e na falta de forças para andar:

E não conseguia mesmo não doutora, não tinha força nas pernas e se eu andasse daqui pra ali, eu caía. O pessoal pensava que eu tinha alguma coisa nas pernas, mas não, a depressão ela não atacou a cabeça, ela atacou as pernas, minhas pernas!

Clara sentiu bastante o fato de não conseguir andar, já que se definia, antes da depressão, como uma pessoa que andava muito, *muito ativa*, sentido que envolve não apenas o ato de andar, mas a independência que foi suprimida quando adoeceu. Talvez por este motivo ela atribua um peso maior ao 'ataque' das pernas, sentido reforçado pela contagem do tempo que este sintoma específico durou: *fiquei 3 anos sem andar*, o que também significou um longo período presa na cama, no isolamento e na total dependência da família. Já sobre a afirmação *a depressão não atacou a cabeça*, Clara a contradiz em diversos momentos da narrativa, por exemplo quando conta que:

Eu via coisas e dizia a ela (mãe), ela dizia "é mentira, não tem nada ali não" ... E era minha cabeça...

Quando a pessoa fica com esses problemas, dessa, dessa doença, a gente se sente muito culpado... A gente se sente pequenininho... A gente, é, como é que se diz, a gente não... Não sabe o que fazer; a gente fica com medo de todo mundo... Chega perto da gente e a gente pensa que a pessoa vai maltratar a gente, tudo...

Em ambos excertos acima, fica evidente que Clara sentiu a depressão 'atacar' a sua cabeça, conseguindo reconhecer que esses e outros pensamentos / sentimentos foram produtos da sua interação com a doença. Para González Rey (2011), um transtorno, tal qual a depressão, é sempre uma configuração que integra, em nível subjetivo, um conjunto de experiências diferentes que encontram unidade e sentido patogênico na sua produção atual de sentidos subjetivos. Nos trechos acima observamos que Clara, na sua configuração subjetiva atual, reconhece sem esforços o sentido patogênico das suas produções durante a depressão, como também observamos o quanto tais produções se relacionam com as suas experiências de vida.

Quanto às tentativas de suicídio, Clara não entra em detalhes sobre como ou quando tentou, mas atribui à vontade de Deus o fato de não haver conseguido, já que em todas as vezes alguém apareceu e pôde lhe socorrer. No trecho abaixo, Clara fala um pouco sobre a motivação para o suicídio:

A mente enfraqueceu... Eu fiquei desesperada, tudinho, e o médico disse "... alguém na família tem que ficar de olho em você, viu"? E realmente doutora, porque pra mim a vida não tinha mais sentido, de jeito nenhum.

Aqui, mais uma vez, observamos uma clara aproximação com os sentidos subjetivos relacionados à desilusão amorosa, pois diante da ruptura de identidade pela qual passou e da impossibilidade de criar novos sentidos para si, a sua vida perdeu o significado. Este sentido subjetivo tem um grande peso nas configurações subjetivas de Clara ao longo de sua trajetória, já que ela ainda sofre e se ressentir por não ter conseguido construir uma família, nem construiu um outro sentido subjetivo de igual peso, que funcionasse como seu objetivo de vida. Diante da angústia de ausência de um sentido para viver, *a mente enfraqueceu* e ela chegou a pensar que *não ia chegar aos 50 anos*. Esta expressão, enfraquecer da mente, torna-se interessante pois deixa implícito que a mente (ou algo na mente) de Clara exercia uma força que a impedia de tentar o suicídio na maior parte do tempo, mesmo com todo o sofrimento. Por outro lado, é uma força que ela atribui à mente e não a ela própria, da mesma forma como se refere ao corpo que ficou debilitado e não ela. Esse movimento pode estar relacionado ao sentido subjetivo de ruptura da identidade, um esfacelamento de si, ou ainda uma forma de se distanciar dos seus sintomas e dores.

Clara Nunes refere duas importantes repercussões, as quais relaciona diretamente à depressão, nos âmbitos do trabalho e das relações de amizade. Durante os primeiros anos da doença, período em que não conseguia nem andar, Clara certamente não teve condições de voltar ao seu emprego de serviços gerais no hospital. Quando teve a primeira fase de melhora dos sintomas, cerca de 4 a 5 anos após desencadear o transtorno, tentou recuperar o emprego mas não conseguiu. O antigo patrão no hospital chegou a reconhecer toda sua dedicação ao trabalho: *funcionária exemplar, melhor do que as outras e que nunca faltou*, mas as vagas foram preenchidas. Este fato funcionou como mais uma fonte de mágoa e culpa para ela, pois atribui muita importância ao emprego formal, com carteira de trabalho assinada, portanto foi mais uma experiência na qual sentiu que sua toda sua dedicação e esforço não foram retribuídos e mais uma perda pela qual se culpa, pois ela escolheu o rapaz, ela desobedeceu a mãe, ela ficou deprimida e ela perdeu tudo. Diante disso, Clara ainda tentou se empregar como doméstica em casas de família, mas *não deu certo nem nada porque eu me desesperava muito, tomava muito remédio e a mulher disse "não tem condições de você trabalhar assim desse jeito"*. A partir daí Clara parou de tentar encontrar um emprego fixo e passou a trabalhar

somente como faxineira autônoma, algo que até hoje não considera um trabalho formal. Observamos que, mesmo havendo encontrado uma solução viável, que lhe garantiu remuneração e manutenção ao longo dos anos, que lhe possibilitou contribuir para o INSS e ainda lhe dava a flexibilidade e o distanciamento que precisava, Clara não conseguiu construir sentidos subjetivos integradores da sua nova condição, alimentando os sentimentos de culpa e não-aceitação de si.

Quanto às relações de amizade, Clara sentiu-se abandonada pela sua rede de amigas no momento em que mais necessitava de apoio e ajuda, conforme as falas abaixo:

Amigos são... na hora da precisão.

Eu, eu não tenho amigo, meu amigo é minha mãe e meu, e Deus. Eu não tenho amigo porque na hora, doutora, eu fiquei, logo quando eu comecei, eu não conseguia andar de jeito nenhum... E a senhora acredita que nenhuma de minhas colegas, que eu considerava amigas, na época que era de farras, era disso e daquilo... Nunca foram me visitar. Então, amigos são na hora da, da precisão. Pra mim é assim.

Eu não tenho mais nenhuma amizade com ninguém (...) não tenho mais. Faz muito tempo que eu ouvi o conselho da minha mãe: "tá vendo? Que você não tem amiga"? Porque, quando eu estava doente mesmo, de cama, nenhuma foi lá pra saber se eu tava viva... Nem levar uma uva! Uma uva tirada assim do, da feira, de qualquer lugar; "olha trouxe isso aqui pra tu". Porque quem tá doente precisa de ajuda! Mas infelizmente eu não tive sorte com amiga, eu não tive sorte com colega, não tive.

É notável o ressentimento com que se refere às amigas, as quais não se solidarizaram com o seu adoecimento, e como esse sentido subjetivo contribuiu para que Clara se fechasse à construção de novas amigas e novos sentidos ao longo da vida. Esta constatação de que não tinha amigas, unida aos sentimentos negativos e ao estado deprimido, criaram uma "configuração subjetiva que gerou sentidos subjetivos que levaram à solidão, tristeza, isolamento e falta de apoio emocional" (González Rey, 2011, p. 88), enfim, estados emocionais que influenciam diretamente no seu modo de vida atual. Entretanto, ao longo da narrativa de Clara, percebemos que ela própria, de fato, nunca investiu e cultivou amigas, algo ilustrado, por exemplo, quando descreve que suas amigas eram rua, bebida, farras, ou ao contar que por toda a vida sua mãe nunca deixou, nunca gostou desse negócio de amizade. Assim, esse sentido subjetivo já se fazia presente na configuração subjetiva de Clara, mesmo antes de adoecer, fato que o reforçou (ouvi o conselho da minha mãe) e a impossibilitou de construir novos núcleos afetivos.

Outra repercussão da depressão na vida de Clara Nunes, presente no seu discurso, poderia ser descrita como um estado emocional complexo, permeado por sentimentos de constante alerta, ansiedade, cuidado e tensão, vivenciados cotidianamente, diante de cada problema com o qual

precisa lidar, cada emoção mais intensa, cada pesadelo à noite, cada preocupação. As passagens a seguir ilustram este estado:

Quando tem algum problema assim ai eu não consigo dormir sem o remédio...

Eu não posso ter muita emoção nem posso ter muita alegria; nem muita tristeza, nem muita alegria... e nem posso ficar pensando no problema.

Eu chorei também bastante ontem, tudinho... Eu tenho medo porque a depressão começa pelo choro, não sei se a senhora sabe... Dr. L. sempre dizia a mim, "se o choro for persistente você tem que procurar rápido um psiquiatra".

É provável que tais indicadores tenham se constituído a partir dos cuidados e recomendações dos profissionais de saúde, durante o longo período de tratamento de Clara. Estes conhecimentos e instruções foram incorporados por ela em sua configuração subjetiva e geraram sentidos subjetivos relacionados ao cuidado de si, mas também ao *medo*. Conhecer a si próprio e preocupar-se com a saúde, ter cautela diante de possíveis gatilhos para estados emocionais negativos e doenças, são comportamentos importantes, permeados de sentidos subjetivos voltados para produção de vida. Já o *medo* que transborda na fala de Clara parece extrapolar a cautela, é um forte sentido subjetivo carregado de sentimentos e memórias negativas. Clara teme, a cada passo na vida, que a depressão lhe domine novamente: *eu sofri muito, quando eu tava com depressão... Mas eu não quero que isso, aconteça comigo de novo, eu não quero. Eu não quero mais ficar com depressão.*

Para González Rey (2011), um sentido subjetivo naturalizado na nossa subjetividade é o fato de que podemos dispor indefinidamente de algo, seja um objeto, um afeto, uma pessoa, ou para Clara sua saúde, o controle da depressão. Esta disponibilidade indefinida, apesar de não existir de fato, faz parte da experiência de ser, nos gera equilíbrio, segurança e nos permite uma vida tranquila. No entanto, "a doença rompe com essa tranquilidade, o que para muitas pessoas gera angústia, vivência frequente na experiência da doença" (p. 62). Clara Nunes, quem já passou por diversas crises de depressão, vive com *medo* e angústia da iminência de um novo 'rompimento'.

8.3.2 Caminhos terapêuticos

Clara Nunes tem uma longa trajetória de tratamento para os sintomas físicos e psíquicos da depressão, passando por vários profissionais da saúde em diferentes instituições. Três desses profissionais ficaram marcados na narrativa de Clara como os mais significativos, aqueles de quem ela mais gosta, fala e sente falta, e que, coincidentemente ou não, representam três etapas distintas dos seus caminhos terapêuticos. Uma observação interessante é que, ao contrário dos outros núcleos de sentido subjetivo, Clara não se refere a nenhuma dessas experiências de tratamento como algo ruim, penoso, mas que sempre evocam sentimentos de gratidão e esperança.

A primeira etapa se iniciou com a Dra. R., psiquiatra, que realizou o diagnóstico e as primeiras das intervenções terapêuticas com Clara.

Aí foi quando chegou perto de eu pesar 38kg, minha mãe viu que não tinha mais condições, aí falou com o médico do hospital X, Dra R., ainda me lembro. Aí em 1988, já no final, ela começou a me atender, tudinho... E minha mãe disse "ela não tem condições de levantar da cama", ela foi em casa, coisa que médico é difícil fazer! Aí ela foi em casa tudinho, passou a medicação, eu tomei o remédio...

Nesta pior fase da depressão de Clara, quando já *não tinha mais condições*, a Dra. R. entrou em cena, promovendo um atendimento domiciliar, algo bastante incomum nos serviços de saúde da época (em sua maioria concentrados em hospitais), mas que foi essencial tanto para iniciar os cuidados necessários, quanto para ganhar a confiança de Clara. Este vínculo formado com a Dra. R. foi fundamental para o seu engajamento e persistência no tratamento, e ainda para começar a compreender o que estava acontecendo consigo, o funcionamento da doença, os efeitos das medicações. Foi a partir desta crise o primeiro contato de Clara com a doença: *não sabia o que era depressão, não conhecia essa doença e nem a minha família*, o que gerou muita angústia até o momento do diagnóstico e do acompanhamento com a Dra. R. A disponibilidade desta médica em aplacar a angústia e curiosidade de Clara foi fundamental, pois, a forma como o médico conversa, "a explicação e o próprio contato com o outro geram uma condição afetiva propícia para começar a gerar sentidos subjetivos que permitam assumir essa nova condição, incorporar o novo fato em sua identidade" (González Rey, 2011, p. 56). A partir daí, Clara buscou cada vez mais conhecimento sobre a depressão, em livros, outros profissionais, etc. – um indicador do seu caráter ativo diante da depressão (idem) –,

compondo uma bagagem que permanece se acumulando e também passou a ser compartilhada com outras pessoas na mesma condição:

Vi dizer, eu ouvi falar que tem 7 tipos de depressão, pronto... E tem três, e tem três também, tem uma depressão leve, moderada e grave. E a minha foi grave porque eu tentei muitas vezes me matar...

E eu sei quando alguém tá precisando, muitas vezes também eu já ajudei muita gente, porque também desde que eu fui melhorando, eu fui também tentando ajudar as pessoas, dizendo "que eu tava assim, que eu fiquei assim, que eu fiquei assado... E a vida continua, você vai ficar boa, só é você tirar do pensamento, porque o pensamento da gente é muito forte, entendeu? Então tudo é da mente da gente, que a gente fica imaginando"...

Um outro momento bastante significativo e que ficou marcado no relacionamento de Clara com a Dra. R. aconteceu num atendimento durante uma das crises. Nesta ocasião, Clara conta que vinha num ritmo de muitas saídas, *farras* e bebida, o que resultou no retorno dos sintomas e do quadro depressivo, quando procurou novamente a Dra. R. A psiquiatra, após conversar com Clara, lhe fez uma pergunta decisiva: “*você quer continuar fazendo as mesmas coisas que você fazia, ou você quer viver? Eu só vou passar o remédio pra você se você disser pra mim que quer viver*”. Neste momento, diante de uma escolha concreta, Clara foi solicitada a se reposicionar diante do adoecimento e da vida, o que representou o primeiro momento na transformação de paciente em sujeito da doença (González Rey, 2011): *aí eu disse a ela “eu quero viver”*. Pronto, até hoje eu to aqui. A postura subjetiva diante da depressão proposta pela Dra. R. possibilitou à Clara a construção de novos sentidos subjetivos voltados para a produção de vida e, a partir deste ponto, observamos como sua configuração subjetiva relacionada ao adoecimento e ao tratamento começa a se modificar e produzir novos sentidos, os quais ainda repercutem na sua história. Esta pergunta foi tão significativa para Clara, que o relato surge novamente, a partir de uma frase:

Viver pra mim... é continuar a minha vida.

Então eu, eu não queria viver, mas a partir do momento em que a doutora perguntou pra mim “você quer continuar vivendo? ou não?” eu disse “quero”, ela disse “pois bem, eu vou passar o remédio e você vai tomar e você vai viver!”. E eu só quero continuar minha vida.

Diante disso, percebemos como esta etapa com a Dra. R. foi importante na vida de Clara, pois lhe possibilitou a construção de novos caminhos, novos sentidos subjetivos e novas posturas diante da depressão e das formas de lidar com ela, passando a “se envolver como sujeito em relação com seu processo de adoecimento” (González Rey, 2011, p. 58). Diferentemente dos sentidos subjetivos que construiu antes, a partir de experiências de sofrimento intenso, Clara

pôde adentrar num novo universo de possibilidades, no qual sua vida adquiriu novamente um sentido: *eu só quero continuar minha vida.*

A segunda etapa dos caminhos terapêuticos de Clara Nunes foi a partir da entrada no CAPS Basta um Dia, onde foi acompanhada pelo Dr. L., também psiquiatra:

E (no CAPS) eu peguei um médico muito bom, paciente, ele foi em casa, eu estava de cama... Dr. L. foi, levou o remédio pra mim, me medicou e disse: "a senhora toda a vida vai tomar esse remédio". Pois até hoje eu continuo tomando esse mesmo remédio que ele passou pra mim.

O Dr. L. foi um profissional com quem Clara manteve um relacionamento de muita confiança e proximidade, durante alguns dos anos em que foi acompanhada pelo CAPS. Na fala acima, chama atenção um dos indicadores que ela escolhe para descrevê-lo, *paciente*, aproximando o Dr. L. de si própria já que ambos eram ‘pacientes’, algo que se destaca no relacionamento construído com ele: a proximidade e o diálogo constantes. Enquanto ele a acompanhou, Clara incorporou em sua vida diversas das recomendações e conselhos dele, alguns dos quais ela compartilha em nossa conversa:

O médico (Dr. L.) disse à mim: "você tem que ser mais forte do que isso que tá acontecendo com você, você tem que esquecer tudo que aconteceu com você"...

A pessoa tem que continuar tomando o remédio, porque o, a depressão, ela, tanto faz ficar como ela retornar, basta a pessoa ter um, um aperreio, um problema... Dr. L. mesmo dizia pra mim: "ela pode voltar, você tem que continuar tomando o remédio viu? Ela pode voltar, e a volta dela demora, pra pessoa se curar de novo"...

Percebemos aqui uma recomendação do Dr. L. que se relaciona com a construção do sentido subjetivo de *medo* analisado no núcleo anterior. Mas, nesse momento, teve uma conotação diferente para Clara (algo observado a partir de indicadores na entonação e contexto temático de produção da fala), foi um indicador de zelo e proteção que a fez sentir-se mais acolhida. Este posicionamento atencioso e sempre disponível do Dr. L. foi marcante por proporcionar para Clara um espaço relacional e produtor de sentidos subjetivos associados às vivências de tranquilidade, segurança, esperança e força para transitar novos caminhos (González Rey, 2011).

Na ocasião do acolhimento pelo CAPS Basta um Dia, Clara permaneceu em tratamento intensivo – ou *interna*, em suas palavras – por praticamente um ano. Nesse contato diário com o Dr. L., com toda a equipe e o ambiente do CAPS Basta um Dia, Clara foi se familiarizando

com esta instituição e seu funcionamento. Ela considera que ir para o CAPS foi um passo necessário na continuidade do seu tratamento, por ser uma instituição especializada:

Tinha que vir para cá, porque aqui é uma instituição, que justamente se descobre qual é o problema e o médico sabe mais ou menos detalhadamente qual é o remédio que a pessoa vai tomar; a dosagem do remédio, tudinho, porque do jeito que tem psicólogo, tem que ter médico né? Pra ir lhe acompanhando, pra ir acompanhando.

A concepção de Clara sobre o CAPS inclui o atendimento por diferentes profissionais de saúde – dos quais ela apenas menciona médico e psicólogo –, o acolhimento das pessoas, o diagnóstico do transtorno, os remédios, as diversas atividades oferecidas, festas e o espaço de descanso/relaxamento. Em sua narrativa, ela conta como percebe a instituição através de sua experiência: o CAPS Basta um Dia é uma *casa de acolhimento*, onde *usuário nenhum fica parado porque tem muita atividade*; as festas de São João e ano novo são muito boas; as psicólogas são *atenciosas*, escutam quando podem e quando não podem avisam: “*eu estou ocupada, você aguarde*”; quando *não conseguia ficar em pé se deitava, tem 4 camas e relaxa tudo*; os *médicos são legais, sabem atender as pessoas*; e *agora tem o acolhimento*. Clara não havia tido contato, até então, com grande parte desses elementos e práticas, os quais parecem ter contribuído com uma renovação de sua *força de vontade* para combater a depressão.

P- O que é que o CAPS representa pra senhora?

C- *É uma casa de acolhimento das pessoas que, tem esse problema de depressão né? E, é uma casa que, eu não conhecia... Mas, aqui é bom, basta os pacientes compreenderem as psicólogas porque, e os médicos, porque quando o médico manda a gente tomar o remédio, ele sabe que através do remédio e através das, das tarefas que a gente faz no CAPS, vai aju, vai melhorar a gente, porque a gente vai preenchendo aquilo dentro da mente da gente e a gente vai esquecendo tudo o que aconteceu na vida da gente de ruim, tudo, a gente esquece. Basta a gente querer, entendeu? (...) E o CAPS é um lugar muito bom porque a gente relaxa a cabeça, relaxa tudo né? Porque tem atividade, tem a conversa com a psicóloga e tem o médico. Então só não fica bom quem realmente não quer, mas quem tiver força de vontade, fica. Fica bom, quem tiver força de vontade.*

Apesar da ênfase de Clara na *atividade, conversa com a psicóloga e médico*, ela reconhece que o CAPS Basta um Dia lhe proporcionou, além desses, outros ‘benefícios’ determinantes na sua melhora. Ela foi sensível não só à presença desses atores, mas a todo o contexto relacional, positivo e solidário do CAPS, muito favorável às produções subjetivas relacionadas à vontade de melhorar e à esperança de cura (González Rey, 2011). No tocante à sua recuperação, Clara foi *ficando melhor* ao longo do acompanhamento intensivo, algo que se notava, segundo ela conta, pela sua *fisionomia e jeito de falar*. Ela considera que foi determinante o papel do CAPS Basta um Dia não apenas no seu percurso de tratamento, mas na sua cura, conforme o complemento da frase O CAPS possibilitou... *a minha cura me*

ajudando muito. Mas, além disso, o seu papel e a sua vontade também foram fundamentais nessa recuperação:

Ele (Dr. L.) viu que eu me recuperei muito, ele disse “a senhora se recuperou muito porque foi boa vontade da senhora”.

Esse sentido subjetivo, da *boa vontade* para se recuperar, poderia ser considerado parte de um núcleo de sentido subjetivo, cujo embrião foi construído junto à Dra. R., através do sentido subjetivo da *vontade de viver*. Este núcleo define uma nova expressão e postura diante da depressão, bem como mobiliza o comportamento de Clara Nunes em direção à cura e à vida. De acordo com González Rey (2011, p. 71), "o posicionamento da pessoa como sujeito orientado às mudanças em seu modo de vida tem um papel essencial na evolução favorável de uma doença", algo que se concretiza na fala de Clara quando afirma: *em 2005 (durante a passagem pelo CAPS) foi quando comecei a me recuperar.*

Atualmente, após a alta do CAPS Basta um Dia, Clara reflete sobre seu percurso de tratamento, destacando o sentido subjetivo do cuidado permanente consigo, o qual também se relaciona com sua mudança no modo de vida e escolha por viver, ainda que possam surgir obstáculos e dificuldades:

Aí eu digo à senhora que aqui foi muito bom pra mim, o CAPS Basta um Dia foi muito bom pra mim, eu me tratar aqui... Então eu, foi bom pra mim, eu to, ainda continuo me tratando, porque jamais eu vou abandonar esse tratamento, mesmo que eu assim, não tenha problema nenhum, mas sempre aparece.

Clara conta ainda que no seu processo de alta, e mesmo anos após a sua saída, a equipe do CAPS Basta um Dia deixou claro que ela sempre poderia recorrer e pedir ajuda a qualquer tempo, quando sentisse necessidade: *dizem pra mim "quando precisar, você sabe que a casa tá aberta pra você"*. Além disso, comenta que *os pacientes antigos todinhos*, da mesma época que ela, também já tiveram alta do CAPS: *e eu já encontrei vários e estão todos bons, mas eles disseram pra mim também: "eu continuo tomando o remédio", entendeu?* Tais aspectos são ressaltados por Clara como motivos para se acreditar no trabalho realizado pelo CAPS.

Neste momento, se faz inadiável trazer o foco para a questão da medicação, a qual optamos por trabalhar apenas no final dessas duas primeiras etapas, embora seus indicadores venham aparecendo com frequência ao longo da fala de Clara. O sentido subjetivo relacionado à medicação vem se mostrando dominante na sua configuração subjetiva, pois os remédios

detêm um papel central no tratamento, desde o início das intervenções. Clara relata que usou medicações diversas até conseguir se adaptar:

Às vezes, muitas das vezes aliás, não é agora... Não é de hoje nem de antes, a doutora passar um remédio, eu passava 15 dias e não me dava com ele de jeito nenhum. Ai voltava de novo, pra poder mudar, trocar... Ele foi trocado várias vezes até o meu organismo aceitar, entendeu?

Percebemos nesta fala a nuance de um dilema entre preservar o organismo (e a depressão), ou apostar numa medicação sem muita certeza dos efeitos que teria. Nesta dinâmica e diante da escolha por viver – a qual implicava em tomar a medicação prescrita – Clara construiu este sentido subjetivo que pareceu dominar sua configuração subjetiva do tratamento da depressão. Inclusive, tanto quanto ao CAPS, ela associa aos remédios a perspectiva de cura, como indicado na frase Tomar uma medicação... *é muito bom pra minha cura*. Talvez no início ainda não houvesse outra terapêutica disponível; ou porque os caminhos terapêuticos traçados por Clara até recentemente foram orientados por profissionais médicos psiquiatras, mesmo no seu percurso pelo CAPS Basta um Dia; ou ainda pela relação diferenciada que estabeleceu com esta terapêutica. Ou mesmo por uma conjunção desses e outros fatores.

No entanto, ainda que este sentido subjetivo continue ocupando lugar de destaque, algo parece haver mudado nesta transição para a terceira etapa dos caminhos terapêuticos de Clara. A partir da passagem pelo CAPS Basta um Dia, percebemos que ela se permitiu explorar diferentes percursos e atividades, com destaque para psicoterapia, já bastante mencionada pela própria Clara. No CAPS ela pôde se aproximar dos profissionais psicólogos da equipe para conversar e desabafar, o que se caracterizou como um acompanhamento psicológico inicial, o qual foi continuado fora do CAPS após a alta de Clara.

E, finalmente, passamos para a terceira etapa dos caminhos terapêuticos percorridos por Clara, a qual se caracteriza pela psicoterapia com a psicóloga Dra. C. As principais motivações mencionadas por Clara para realizar uma psicoterapia foram a sua demanda por falar, se aconselhar e para lidar com seu comportamento agressivo:

Eu sempre gostei de desabafar, sempre gostei de falar porque a senhora sabe que quanto mais a gente fala, mais aquelas as coisas ruins vão saindo, vai saindo, a gente vai esquecendo, vai esquecendo...

Eu também gosto de escutar conselho, eu preciso... Não há ninguém que diga que não precisa de conselho, precisa, precisa muito, entendeu? Precisa muito.

Eu era muito agressiva, entendeu? Qualquer coisa que a pessoa me dizia eu ia com agressividade, tanto corporal como palavras, entendeu? (...) Eu não me controlava, de jeito nenhum. (...) Ficava muito perturbada: gritava, tudinho...

Percebemos, a partir das demandas narradas por Clara, uma gradativa ampliação de perspectiva, desde a primeira até a presente etapa, na qual o foco sai exclusivamente do transtorno para outras diferentes questões pessoais. Parece haver uma superação da forma unilateral em que os processos psíquicos se mostram como sujeitados à condição da doença (González Rey, 2011). Clara traz em nossa conversa muitas experiências de vida permeadas de sofrimento, no que sente a necessidade de um espaço onde possa desabafar, colocar para fora as coisas ruins, permitir que elas saiam, conseguir esquecer. Nos outros indicadores acima surgem pedidos de ajuda, de orientação para lidar com questões específicas, como a agressividade, ou com problemas que vão surgindo e que rogam por conselhos. O autor González Rey (idem) sugere que

A falta de capacidade subjetiva para produzir alternativas em seu modo de vida, o que se torna um fator muito agravante em relação à evolução da doença, faz desse aspecto um elemento central para o trabalho profissional do psicólogo nesta área, o que qualifica como trabalho educativo orientado a envolver a pessoa na melhoria de sua saúde (p. 71).

Sobre a Dra. C., Clara conta que ela *ensinou muita coisa*. Com relação ao seu comportamento agressivo, ela relata como se deu a intervenção da Dra. C. e as repercussões em sua vida, as mudanças que ela ainda observa em si mesma:

Ela (Dra. C.) me ensinava muito, me ensinava muito. Fiz muito exercício com ela, tudo, e ela disse a mim: “você tem o controle, porque senão você vai morrer. Se você agredir alguém, você pensa que a pessoa quer saber que você é doente é? Não! Ninguém quer saber que ninguém é doente não, quer saber que levou uma tapa”. Eu dizia pra ela: “não, tudo bem, me controlo”...

Eu to bem consciente de tudo que eu faço, entendeu? (...) Eu tenho controle também... Hoje eu to bem recuperada, bem recuperada mesmo. As pessoas dizem as coisas comigo, entra aqui e sai do outro lado, não sou mais agressiva, não respondo mais.

Nestes excertos observamos aproximações com as ideias de produção de alternativas no modo de vida e do trabalho educativo, apresentadas pelo autor. A Dra. C. propôs para Clara uma nova escolha entre vida e morte, a qual implicaria numa mudança de comportamento que foi abraçada e incorporada por Clara, como expressa no indicador: *eu tenho controle*. Além disso, a Dra. C. mostra para ela que nem sempre é possível se esconder por trás da depressão ou ocupar o lugar de vítima da doença, é preciso se responsabilizar; e Clara apresenta uma

postura diferenciada ao afirmar que *agora tem a plena consciência*. Diante de tais indicadores, sugerimos que, no relacionamento com a Dra. C., Clara conseguiu construir novos sentidos subjetivos e posicionamentos diante da vida, fatores que certamente transformaram sua configuração subjetiva da doença. Uma importante característica desta nova produção subjetiva é que Clara também consegue percebê-la:

Às vezes até, eu agredia as pessoas, entendeu? Culpava as pessoas porque, porque tava doente, que aquela pessoa não queria fazer nada por mim, quando aquela pessoa não tinha nada a ver.

Portanto, é possível afirmar que as conversas reflexivas no acompanhamento terapêutico permitiram à Clara continuar elaborando seus posicionamentos ante seus medos, dúvidas, comportamentos e sentimentos (González Rey, 2011).

Outra intervenção marcante da Dra. C. para Clara foi o envolvimento da religião na sua psicoterapia. Nesse momento da vida, Clara já frequentava regularmente a igreja batista e gostava de se engajar nas diversas atividades religiosas e mesmo administrativas de sua igreja. Segundo relatou, a Dra. C. lhe presenteou com uma *bíblia de estudo*, o que teve significado especial para Clara, pois concluiu todos os 59 estudos propostos juntamente com uma reflexão sobre sua história: *tenho 5 cadernos escritos de tudo, todo o começo da minha vida*. Esta intervenção possibilitou para Clara a construção de sentidos subjetivos relacionados à valorização da sua singularidade, à escuta e acolhimento das suas crenças e valores, algo que a possibilitou apropriar-se ainda mais do espaço psicoterapêutico, o qual ocupa um lugar central em sua configuração subjetiva. Por esse motivo, a interrupção da psicoterapia foi difícil para Clara:

Eu tava gostando muito de ser atendida por essa psicóloga, porque quando a mente começa... Já fazia mais de 3 anos que eu tava com ela, mas agora...

Devido a uma mudança de consultório e de valor das sessões, Clara não teve condições de pagar para continuar seu acompanhamento psicoterápico. Sua fala tem um tom de tristeza, mas também de medo pelo que possa vir a enfrentar sozinha, no que ela desabafa que *precisa de uma psicóloga* e que vai *ter que procurar, andar* para encontrar uma nova psicóloga. Neste ponto podemos apontar um interessante reposicionamento de Clara: ela que antes nem podia levantar da cama, agora vai ter que andar para buscar ajuda; antes os profissionais iam até ela para tratar da doença, agora ela é quem vai em busca do profissional para se manter com

saúde. É notável como os caminhos terapêuticos percorridos por Clara lhe possibilitaram a constante produção subjetiva na busca por distintas possibilidades e a construção do autoconhecimento.

8.3.3 Minha história de vida... não foi só tristeza

Ao se deparar com uma das frases indutoras do complemento de frases (Minha história de vida...), Clara Nunes reagiu da seguinte forma:

C- Minha história de vida... Eu não sei como é que é essa história, é no começo ou agora... É que eu quero saber se é no futuro ou no presente, a minha história de vida.

P- O que é que lhe lembra? Quando fala assim “sua história de vida” o que é logo que lhe vem na cabeça?

C- Tristeza... Tive muita.

Neste momento, houve certo desconforto da parte de Clara, um sentimento de inquietação diante da proposta de pensar sobre a sua história de vida. Na incerteza da resposta, Clara oscila entre não saber da sua história, ou separá-la em presente, passado e futuro, num movimento de distanciamento, como se não estivesse falando de si. Já na última fala, ela parece se implicar na proposta e escolhe tratar do passado, como indicado pela escolha do tempo verbal, e considerar que sua história de vida *foi uma tristeza*. Apesar desta tendência de Clara de falar mais sobre o passado, sobre sua desilusão, sofrimento, etc., este núcleo de sentido subjetivo busca elencar, na narrativa de Clara, os sentidos subjetivos que diferem da perspectiva apresentada e trazem os lados positivos, os momentos felizes, os planos e a leveza de uma história de vida que *continua* e que não se resume apenas em tristeza.

Clara se considera uma pessoa batalhadora, capaz de concluir seus estudos e de conseguir boas oportunidades de emprego na vida, apesar da origem humilde e das dificuldades. Ela, portanto, se descreve como uma pessoa muito ativa, que procura sua autonomia: *sempre gostei de trabalhar, nunca, nunca fui uma pessoa parada, nunca fui uma pessoa parada, nunca fui*. Sempre buscou uma vida financeiramente independente da mãe, para a sua própria *manutenção* e para suprir *algo que esteja faltando dentro de casa*, mas também para poder

comprar presentes e mimos para si própria, o que considera *crescer na vida através do emprego*.

Ao tratar deste tema, trabalho e emprego, Clara se refere prioritariamente às suas experiências no passado, antes da depressão. Naquele tempo, ela conta que era uma *funcionária exemplar* do hospital, mais dedicada e *melhor do que as outras*. Mas esta situação não existiu apenas no passado e observamos os sentidos subjetivos de autonomia, independência financeira e prazer em trabalhar, ainda em movimento na sua configuração subjetiva atual. Clara trabalha hoje como faxineira na casa de uma senhora com quem está há mais de 20 anos, mesmo com toda a dificuldade para sair de casa e deixar a mãe. *Ela me usa para tudo, entendeu? Ai eu vou, porque ela é uma boa pessoa*. Os sentidos subjetivos de dedicação e a capacidade de direcionar sua ação para outros caminhos fora dos problemas, ainda estão presentes para Clara, além do prazer em ajudar. E neste caso especificamente, ela se sente bem recompensada pelo seu trabalho, pois, além da remuneração que possibilita sua contribuição para o INSS, ela pôde criar um vínculo de apoio, diante do qual se modifica sua configuração subjetiva da relação com o trabalho:

Quando eu estava doente, ela foi lá várias vezes, levou não sei quantas coisas para mim, quando eu estava doente... Teve uma vez que ela chorou muito, chorou muito, porque eu passei muito tempo sem ir, sem poder ir, sem nada. Ai quando eu fui me recuperando ai fui indo para lá, não fazia nada, só companhia. Fui indo para lá, ai fui devagar, fui indo, fui indo... Porque ela me disse "quanto mais você sair, mais você se distrai, você esquece tudinho".

Ela é uma pessoa legal, todo final de semana ela vai no mercado, ela compra um galeto assado e manda para a minha mãe, de vez em quando ela compra um negócio, faz um bolo, faz 2, 3 bolos e manda um bolo inteiro para a minha mãe...

Ela é uma boa pessoa, ela, quando ela faz compra ela compra tudo para mim: pasta, sabonete, refrigerante, compra tudo para mim e não desconta nada.

Apesar de não explicitar, Clara estabelece com este trabalho e com a empregadora um vínculo diferenciado, o qual reconhece como parte da recompensa por tudo o que fez de bom. Este sentido subjetivo emerge a partir do gosto por ajudar as pessoas que precisam, do valor em relação aos outros, que é um sentimento que cativou durante a vida e que projeta para o futuro como observamos nos complementos das frases: *Planejo para o futuro ser uma pessoa... para ajudar as outras*, *Espero no futuro... ser uma pessoa voluntária*. Clara se incomoda diante do sofrimento e da necessidade dos outros, o que também a motivou no sentido de ajudá-los sempre que pode, ao que se refere como sua missão:

Quando alguém precisava de mim eu era a primeira pessoa a socorrer, a ajudar, entendeu? E então eu to vendo que eu aqui na Terra, eu estou aqui só pra servir.

Quando uma pessoa precisava de mim, eu pegava um taxi, e sempre era pra socorrer, as pessoas...

Neste ‘trabalho’ (ou missão) Clara investiu seu tempo, dinheiro e dedicação, constituindo uma configuração subjetiva que integra diversos elementos simbólico-emocionais das suas experiências vividas (González Rey, 2011): do relacionamento com a mãe, da experiência de rejeição, da característica de doação incondicional. E colocando em prática esta missão, Clara busca *usufruir tudo aquilo que eu to fazendo de bom, porque se a gente luta pra vencer na vida a gente vence.*

E neste percurso voltado para os outros, Clara também precisou aprender a olhar mais para si própria. Esta necessidade de se perceber e se cuidar parece haver emergido apenas no momento do adoecimento, quando ela precisou agir em prol do seu bem-estar e da sua recuperação. A partir daí e ao longo dos anos, Clara passou a dedicar mais tempo para si própria, suas prioridades e necessidades, para a manutenção da sua saúde, o que também que foi constituindo um sentido subjetivo de sua personalidade:

Cuidar me faz sentir... *muito bem.*

P- De que é que a senhora cuida?

C- (...) *Cuidar de mim me faz sentir muito bem. Eu penso, muito, no tempo que eu perdi, que eu nunca pensei em mim... Que agora eu fico pensando em mim e eu... Eu faço as coisas pra mim com muito boa vontade... Que antigamente eu não, não tava nem aí... Deixava meus livros, meus cadernos de qualquer jeito, a cama desferrada... Hoje em dia eu faço tudo direitinho pra mim, entendeu? Antes de eu sair eu forro minha cama, ajeito, faço tudo e minha mãe fica só de olhada: "você nunca teve amor às suas coisas e agora você tá tendo... você tá vendo o tempo que você perdeu", eu digo: "to, to vendo, o tempo que eu perdi"...*

Este sentido subjetivo parece emergir, para Clara, como parte de um processo de reintegração e reconstrução da sua identidade, no qual se faz necessário o cuidado de si. Dessa forma, favoreceu a implicação num posicionamento diferente diante da vida e de si própria, o qual intensificou os seus "vínculos de vida" (González Rey, 2011, p. 62). Mais uma mudança resultante deste posicionamento foi o retorno aos estudos, através dos cursos profissionalizantes que concluiu há alguns anos, mesmo após tanto tempo longe da sala de aula: *não sei como eu consegui fazer esses 3 cursos, porque não entrava mais nada na minha mente, mas eu fui e enfrentei.* Clara conta que buscou os cursos pensando em *preencher a mente (não ficar com a mente cheia de minhoca)*, se *entretar e conhecer pessoas novas*, além disso pelo fato de que gosta de estudar e aprender. Assim, esta volta aos estudos foi um

caminho concreto e necessário no percurso de sua "reabilitação pessoal" (González Rey, 2011, p. 67).

Além disso, após todo este percurso de mudança e aprendizado, Clara se considera hoje uma pessoa mais consciente, principalmente em relação a si própria:

Ser consciente significa... *saber o que faz*

C- Que as vezes a gente é, digo assim, eu vou fazer, eu vou fazer uma coisa, mas não sei como fazer, então a gente tem que pedir explicação pra estar consciente do que vai fazer. Porque não é fazer de qualquer jeito, se fizer de qualquer jeito vai quebrar a cara, entendeu? E eu, muitas das vezes, eu peço orientação pra saber o que eu faço, entendeu? Porque a gente, por mais que a gente aumente a idade, mas as coisas vão aparecendo que a gente não conhece.

Este posicionamento de Clara representa mais um indicador do seu percurso de transformações e construção de vínculos de vida. Ela demonstra o seu caráter ativo na busca de conhecimento, de conselhos, orientação, algo que não é sinônimo de fraqueza, mas de ampliação de horizontes e possibilidades diante da vida. Esta nova perspectiva com que busca encarar os diferentes desafios, constroem novos sentidos subjetivos em relação ao futuro: *eu sei que daqui a algum tempo eu vou mudar a minha vida, eu sei não é toda a vida que a gente fica naquele mesmo pezinho, naquela mesma coisa, entendeu?*

E, voltando à perspectiva de Clara em relação ao passado, até mesmo as suas vivências de traição, rejeição e sofrimento podem ser observadas desde um outro ângulo. O movimento de Clara em direção à construção de novas possibilidades e modos de vida também produz diferentes sentidos subjetivos e significados em relação à sua história de vida. O excerto a seguir aponta para um novo posicionamento diante do que passou:

Até hoje eu vejo o sujeito (seu ex-noivo)... Mais de 20 anos, isso, e ele não trabalha! (...) Escapei! O pessoal diz: "Olhe, tem mau que vem para o bem, você tem que agradecer a Deus o que ele fez por você". E eu digo: "e minha doença?", "agradeça a Deus também! Porque, olhe, esse rapaz ia dar muito trabalho a você. Você trabalhando, sustentando um homem"... E eu dou graças a Deus hoje de eu não ter ninguém assim pra ficar com ciúme de mim.

Buscar novas perspectivas, novos olhares, novos caminhos estão na base da capacidade geradora de Clara para "mudar o seu modo de vida e abrir espaços de bem-estar em sua vida cotidiana" (González Rey, 2011, p. 84). A atitude de tentar enxergar o lado bom das situações, ainda que sejam trágicas e permeadas de angústia, promove o exercício da mudança de posicionamento, conseqüente reflexão e construção de diferentes produções subjetivas, tal como vem tentando Clara:

Eu nunca vou esquecer os médicos que passaram na minha vida... Pronto, foram o melhor comigo então a gente tem que viver as coisas boas também que aconteceram na vida da gente, não as coisas ruins, não só as coisas ruins...

P- Então a vida não foi só tristeza né?

C- *É, não foi só tristeza, porque depois que eu fiquei boa né, aí eu me acalmei, me acalmei...*

8.4 Sentidos subjetivos da equipe do CAPS Basta um Dia

A equipe do CAPS Basta um Dia foi a primeira participante dos procedimentos neste trabalho e, apesar da boa receptividade no primeiro contato, houve momentos de certa insegurança em relação à aceitação da proposta, à postura da equipe durante a dinâmica conversacional e à própria adequação do instrumento. Entretanto, no decorrer dos encontros a conversa fluiu e a equipe se implicou na proposta naturalmente, não esquecendo de se informar e reforçar os cuidados que deveríamos ter com os usuários participantes, da proteção à garantia dos direitos, algo que certamente chamou atenção. Além disso, mostraram entusiasmo com relação às possíveis contribuições deste trabalho e fizeram questão de um encontro, após a conclusão, para apresentação deste à equipe, o que demonstra uma disponibilidade em ampliar seus conhecimentos e refletir sobre sua prática.

Em relação à indicação de usuários para esta pesquisa, praticamente toda a equipe se engajou e vários contatos foram rapidamente passados, muito embora houve grande dificuldade de nossa parte até encontrar a disponibilidade de Clara Nunes. Ainda assim, a equipe sempre se mostrou solícita, não hesitou em auxiliar neste processo de contactar os usuários e, posteriormente, nos concedeu o espaço físico do CAPS para realização dos encontros com Clara.

Durante a dinâmica conversacional com esta equipe, foram construídos diversos sentidos subjetivos que permitiram observar nuances de sua configuração subjetiva, no que diz respeito à prática clínica no CAPS. Diante desta construção, prosseguimos com a criação dos indicadores e núcleos de sentido subjetivo mais significativamente presentes no discurso da equipe do CAPS Basta um Dia: 'Sobre o CAPS Basta um Dia', 'A questão da alta e seus critérios' e 'Dificuldades de cada dia'. Relembramos que as falas da equipe estão destacadas

em *itálico*, os termos considerados indicadores de sentido subjetivo estão sublinhados e as expressões utilizados pela pesquisadora aparecem 'entre aspas simples'.

8.4.1 Sobre o CAPS Basta um Dia

Este núcleo de sentido subjetivo traz a perspectiva da equipe acerca do CAPS Basta um Dia: as reflexões levantadas sobre o serviço e sobre as diversas atividades que fazem parte do cotidiano da equipe. Os sentidos subjetivos aqui construídos se tornam relevantes na medida em que a compreensão da equipe sobre a instituição e sobre a proposta de intervenção estão diretamente relacionadas com as decisões e os caminhos traçados na prática clínica.

Diante da pergunta-tema, acerca dos critérios de alta na prática clínica, a primeira informação levantada pela equipe considerou a natureza do dispositivo CAPS, que *é um serviço de atendimento à crise*. Dessa forma, *a proposta do cuidar num CAPS* geralmente se inicia diante da chegada do usuário *numa situação de crise, na maioria das vezes numa crise severa*. Este sentido subjetivo do cuidado da crise, apesar de importante norteador dos objetivos da instituição, é um conceito que não se sustenta totalmente no discurso da equipe, na medida em que diferentes casos são também acolhidos na instituição:

E muitos casos que, mesmo com essa proposta que isso é um serviço de atenção à crise, mas pela dificuldade da rede a gente atende casos que não são realmente uma crise severa, que precisariam nem estar aqui, poderiam ir se tratar em outro lugar, mas a gente acaba absorvendo aqui...

Como é possível perceber, existe neste ponto uma divergência entre a compreensão da equipe acerca do serviço e a vivência prática. Entretanto, ao buscar maiores informações no marco legal que regulamenta os CAPS e suas atividades, observamos que a publicação do Ministério da Saúde sobre estes serviços aponta que as pessoas atendidas nos CAPS

são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com graves comprometimento psíquico (Brasil, 2004a, p. 15).

Além dessa, a Portaria GM/MS 3088 de 2011, bem mais recente, afirma que o CAPS “atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes” (Brasil, 2011a, p. 04), e que este

mesmo dispositivo também realiza “o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental”, em articulação com os pontos de atenção de urgência e emergência da RAPS. Nesta perspectiva, em acordo com a legislação específica, uma atividade não exclui a outra, sendo da responsabilidade dos CAPS tanto o atendimento à crise quanto aos *casos que não são realmente uma crise severa*.

Diante desta ‘incoerência’ entre o que compreendem como correto e o que fazem, ainda que tal compreensão possa estar distorcida ou incompleta, os profissionais se veem realizando atendimentos que não seriam previstos, mas que diante da responsabilidade que devem ter sobre os casos, acabam absorvendo tais demandas.

Esse absorver em CAPS é até às vezes só até para orientar mesmo, orientar o familiar e dizer “olha o habitat pra onde deve encaminhar, o lugar de referência do senhor não é aqui”, mostrar que o atendimento seria diferente, até pro próprio familiar. É pra dizer “ó, aqui é assim, mas assim vamos tentar”, até pra evitar que o sujeito seja tratado de forma errada né? Pra dar essas explicações de funcionamento e também só pra trabalhar até um pouco com a família.

Ainda que aquela ‘incoerência’ pareça gerar certo desconforto na equipe, os profissionais buscam superá-lo e atender as demandas que se apresentam da melhor forma possível, seja para apenas *orientar*, seja para cuidar. Este sentido subjetivo da responsabilidade da equipe, de acordo com os indicadores acima, remete ao conceito de acolhimento, tendo em vista que em ambos os casos, *orientar* ou cuidar, a equipe tem uma postura de acolher a demanda, escutar atentamente, tirar as dúvidas, dar explicações necessárias, dedicar tempo para garantir a resolutividade que exige cada caso.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (Brasil, 2010, p. 21).

Esta postura de acolhida e o sentido subjetivo de responsabilidade e de cuidado parecem dominantes na configuração subjetiva da equipe, na medida em que perpassam toda a narrativa construída. Outros momentos nos quais expressam seu posicionamento acolhedor estão a seguir:

Essa relação do serviço com o sujeito e com os familiares, tem que atender e acolher todas as vezes, então é algo que é para ser contínuo e não momentâneo.

Aqui é como se fosse a própria casa deles, é atenção, é a família com quem ele chega e conversa né, ele tem uma alimentação...

Nas falas acima também se ressaltam a postura de responsabilidade da equipe, não apenas pelo usuário, mas incluindo a família nesta relação de cuidado. Este sentido subjetivo é importante na medida em que o CAPS se propõe em realizar um atendimento comunitário, territorial e que promove o fortalecimento dos vínculos familiares (Brasil, 2004a). Chama a atenção também o sentido subjetivo do acompanhamento contínuo, o qual se relaciona com a natureza cíclica de muitos transtornos mentais, que possivelmente necessitarão de atendimento e acolhimento *todas as vezes*; relaciona-se também com a natureza da relação estabelecida com o CAPS Basta um Dia, o qual é um dispositivo que está sempre de portas abertas, é considerado referência para um determinado território e, sendo assim, será continuamente buscado e indicado para usuários daquele território específico; e ainda pode se relacionar com a postura da equipe de disponibilidade, paciência e persistência diante da continuidade e repetição das intervenções.

Entretanto, no que tange à relação estabelecida com os usuários acompanhados na instituição, a equipe parece tocar numa questão para além da postura de acolhimento. Existe a compreensão de que o CAPS *é como se fosse a casa* do usuário, e a equipe sua *família*, criando um relacionamento mais próximo e íntimo com os usuários. Diante desta construção subjetiva da relação familiar com os usuários, cabe comentar que uma postura que parece sinônimo de cuidado, afeto e proteção, não necessariamente será benéfica para os usuários, na medida em que pode gerar uma confusão dos papéis exercidos pelos profissionais e por ele próprio no período de tratamento; pode ter repercussões até negativas na construção dos vínculos com a família do usuário; tem o potencial de produzir mais angústia diante da alta e da saída do serviço¹⁶; e ainda pode desenvolver nos usuários graus de dependência do serviço e da equipe, indo de encontro com os princípios da reforma psiquiátrica.

O marco legal orienta que os vínculos terapêuticos construídos com os usuários devem ser conservados num esquema flexível, que permita ao usuário ter mais facilidade nas suas

¹⁶ Esta questão da angústia em torno da alta será tratada mais adiante, no núcleo de sentido subjetivo ‘a questão da alta e seus critérios’.

transições para outros dispositivos e para o território (Brasil, 2004a). Notamos aqui que vínculos terapêuticos não precisam se caracterizar como vínculos familiares, os quais inclusive não garantem a flexibilidade necessária e prevista. Inclusive, a questão da dependência dos usuários é foco de preocupação da equipe, ainda que não reconheça a relação deste problema com a intensidade dos vínculos estabelecidos no próprio CAPS, mas apenas com as dificuldades de encaminhamento. Neste quadro, seja por quaisquer motivos, o resultado é a permanência dos usuários no CAPS Basta um Dia por mais tempo do que o necessário:

Se a gente mantém aqui, também a gente está construindo um mini hospital né, onde todo mundo chega, mas ninguém sai, né?

Neste sentido, fica clara a percepção da equipe de que tem responsabilidade sobre o problema, seja mantendo os usuários no CAPS pelo vínculo excessivamente familiar, seja pela dificuldade de encaminhar¹⁷ para outros dispositivos. Esta preocupação e desconforto da equipe ante a possibilidade de estar *construindo um mini hospital* se justificam pela contradição gerada a partir do entendimento de que *o CAPS é um espaço de cuidado substitutivo ao modelo hospitalocêntrico*. Este conceito está totalmente em acordo com a perspectiva do marco normativo, o qual afirma que os CAPS têm o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004a, p. 12). Dessa forma, a equipe do CAPS Basta um Dia parece estar caminhando ao encontro do paradigma antimanicomial, na pretensão por aprimorar e afinar suas práticas, algo que, por si só, já aponta para uma possibilidade de mudança.

8.4.2 A questão da alta e seus critérios

Diante do tema da alta, levantado pela nossa pergunta-tema para a equipe, foi possível construir uma conversa sobre os critérios observados para conceder uma alta, mas também sobre os aspectos mais relevantes relacionados ao tema, os quais foram refletidos a partir da

¹⁷ A dificuldade de encaminhar será abordada no núcleo de sentido subjetivo ‘dificuldades de cada dia’.

prática no CAPS Basta um Dia. Diante destas construções, destacamos aqui os critérios de alta elencados pela equipe, na mesma ordem em que foram surgindo ao longo do discurso:

- Estabilização do quadro de crise e remissão dos sintomas;
- Usuário apresentar condições de se reinserir no contexto familiar, da comunidade e *nos espaços que a sociedade oferece*;
- *Melhora significativa dos sintomas* (mesmo que não haja remissão);
- Garantia de continuidade do tratamento;
- Maior grau de autonomia do usuário: demonstrar desejo de voltar às atividades anteriores, voltar ao trabalho, planejar;
- Desejo do usuário de ter alta diante da percepção de melhora e de que o CAPS *é pequeno, é pouco para eles*;
- Questão social do usuário: vulnerabilidade socioeconômica e do território;
- Grau de estruturação da família e disponibilidade para cuidar;
- Ausência de progresso e escassez das possibilidades de ajudar o usuário.

Neste rol de critérios de alta construído pela equipe, se destaca a complexidade de fatores objetivos e subjetivos que são ‘mensurados’, os quais devem ser observados em cada usuário acompanhado. Diante de questões como reinserção social, familiar e comunitária, ou ainda o grau de vulnerabilidade a que o usuário está submetido, compreendemos que a alta, para esta equipe, se estrutura em torno de critérios para além da questão de saúde individual e interna, a qual poderia ser resumida apenas ao uso de medicamentos. Existe uma preocupação da equipe com a "complexidade da vida das pessoas, que é maior do que a doença ou o transtorno" (Brasil, 2004a, p. 17), já que a proposta do CAPS é também de promover saúde e produzir vida. Uma outra característica desta lista é a inclusão de critérios especificamente voltados para a percepção dos usuários e da família além da perspectiva da equipe, o que os inclui e aproxima do processo de tomada de decisão sobre a alta, além de compartilhar a responsabilidade sobre o tratamento.

Apesar das reflexões acima acerca da abrangência da proposta do CAPS e da postura da equipe de maneira geral, trazemos o foco para o fato de que o primeiro critério explicitado diz respeito à remissão dos sintomas e estabilização da crise. Pode não ser considerado o fator mais importante, no entanto a posição onde ele é colocado indica que tal sentido subjetivo ainda tem grande importância no momento de se pensar a alta. De fato, tendo em vista que a equipe mencionou a situação de *crise severa* dos usuários que geralmente chegam ao serviço, seria compreensível que este fosse o foco das primeiras intervenções e que a estabilização e a

remissão fossem os critérios mínimos para se avaliar os sinais de recuperação. Contudo, os próprios profissionais sugerem que existem diferentes situações, as quais requerem distintas terapêuticas e expectativas:

Tem situações que ainda são pontuais, a gente sabe disso, mas tem gente que não é pontual, que é pro resto da vida, né?

Este sentido subjetivo, da relatividade da remissão e da estabilização, surge a partir da prática e aparece no critério que aponta para a ideia de *melhora significativa dos sintomas*, a qual implica numa avaliação singular caso a caso. Enquanto a situação de remissão dos sintomas aponta para um quadro ‘ideal’, já que parece partir do princípio universalizante de que todas as pessoas teriam este potencial, a ideia de *melhora significativa* abre novas possibilidades e admite as singularidades envolvidas nos sintomas de cada sujeito, permitindo assim que o parâmetro de melhora seja o próprio sujeito e não uma categoria universal. Esta perspectiva se adequa mais aos princípios que norteiam a prática do CAPS, como, por exemplo, o conceito de Projeto Terapêutico Singular, que compõe um conjunto de intervenções que respeita a particularidade e personaliza o tratamento para cada usuário, de acordo com as suas necessidades (Brasil, 2004a). Esta concepção parece também envolver o último dos critérios, de *ausência de progresso e escassez das possibilidades de ajudar o usuário*, tendo em vista que há um reconhecimento do limite do usuário, bem como da capacidade do próprio CAPS.

Este mesmo princípio do respeito à singularidade também está envolvido na construção da seguinte fala:

A alta em psiquiatria é algo muito assim né? A alta é, eu acho que é momentânea, não é algo pra vida toda, é uma alta circunstanciada, eu digo assim né? Por que vai estar sempre com ciclos, vai estar aí, fica oscilando dentro do espaço...

A prática em saúde mental permite à equipe observar e refletir sobre os diversos fenômenos envolvidos nos processos de adoecimento e de recuperação. Diante disso e da consciência expressa no sentido subjetivo de alta circunstanciada, inferimos que deve ser frequente o retorno de usuários ao serviço após uma alta, sentido que emerge também no núcleo anterior, ao se mencionar que a relação com o CAPS é algo contínuo e que se deve acolher quantas vezes forem necessárias. Portanto, através deste raciocínio se poderia justificar a inclusão, pela equipe, de critérios como a garantia de continuidade do tratamento, a questão social do

usuário, o envolvimento da família e os desejos do usuário. Mas ainda se faz necessária a reflexão mais aprofundada sobre cada um desses critérios.

Quanto à garantia da continuidade ao tratamento, este não é somente um critério para alta do CAPS Basta um Dia, mas sim um dos objetivos da RAPS: “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (Brasil, 2011a, p.02). Este sentido subjetivo de continuidade do acompanhamento surge a partir da adoção de uma concepção mais ampla de saúde (para além da ausência de doenças), a qual inspira também um dos objetivos do próprio SUS: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde...” (Brasil, 1990, p. 01). A continuidade do tratamento consiste numa forma de proteger e manter a saúde do usuário, através do acompanhamento sistemático pelos diversos dispositivos de saúde da RAPS, cujos principais objetivos consistem em manter a qualidade de vida do usuário e sua família, além de gerar menos custos para o sistema de saúde, podendo ser assim considerada como uma estratégia que beneficia a todos os envolvidos. Além dessa questão, a vulnerabilidade social dos usuários, também mencionada como um critério de alta, é considerada uma questão que pode determinar ou condicionar a situação de saúde (Brasil, 1990). Portanto é de interesse e de responsabilidade da equipe a observação desses aspectos e, quando necessário, a articulação com outros dispositivos visando proporcionar condições mais favoráveis à proteção da saúde dos usuários.

Acerca dos critérios mais subjetivos relacionados às percepções dos usuários e das famílias, esses são extremamente importantes na medida em que é de responsabilidade dos CAPS promover a reinserção do usuário nos contextos social, comunitário e familiar. Assim, apesar de não haver sido detalhado pela equipe, existe a predisposição para acolher e construir um vínculo também com a família, para que seja possível orientá-la diante da relevância do seu papel e responsabilidade com o usuário e na necessidade daquela manutenção dos cuidados, mesmo fora do CAPS.

Quanto aos usuários, respeito à autonomia e reinserção, o CAPS busca promover atividades que articulem o cuidado clínico com a reabilitação psicossocial, o que inclui trabalhos de reinserção social, o respeito às possibilidades singulares e princípios de cidadania que

minimizem o preconceito e promovam a autonomia de cada usuário (Brasil, 2011a). Sobre o desejo da alta, a equipe aponta que é um processo, muitas vezes lento e cíclico, para o qual é necessário paciência e persistência por parte da equipe.

É um processo mesmo, é um processo, né? Não é chegar hoje já vai receber alta. Pode ser de semanas, meses, dependendo da situação, de quanto tempo que ele permaneceu no CAPS né?

Tem situações da gente manter a nossa linha, e o paciente também, com o tempo, ele também aceita né, essa questão da alta. Mas se ele volta atrás, a gente também volta atrás até o paciente conseguir.

As falas acima refletem o quão longo e complexo pode ser um processo de alta, tendo em vista a multiplicidade de aspectos e atores envolvidos. Apesar de levar em consideração as perspectivas dos usuários e familiares, o indicador *manter a nossa linha*, está perpassado por um sentido subjetivo de posse, neste caso, de posse da decisão de alta, a qual o *paciente* apenas *aceita* com o tempo, ideia reforçada inclusive pelo uso do termo *paciente*, sinônimo de resignado, submisso, conformado. Neste caso, reconhecemos um movimento semelhante aquele referido sobre a remissão dos sintomas: apesar de não ser o único critério, a percepção e consideração da equipe sobre a alta parece ter maior relevância e ser determinante neste processo.

Por fim, trazemos um trecho da narrativa da equipe, no qual fazem um apanhado geral sobre o tema da alta, em seus principais aspectos:

É algo que vai além né? É, não tem como a gente medir, mensurar mesmo o momento dessa alta, porque de repente, o que é que acontece? A gente vem acompanhando um usuário, ele vem evoluindo, vem mostrando uma melhora, uma remissão dos sintomas, vem mostrando o desejo de ocupar outros espaços na sociedade, na comunidade, na família. E a gente começa a trabalhar essa alta e de repente, cai tudo por terra: começa a apresentar novamente os mesmos sintomas, as mesmas dificuldades e aí essa alta que estava sendo programada tem que ser adiada. Então realmente é algo que não tem como a gente, é, mensurar mesmo, é, "esse é o momento adequado, esse não é"; "essa alta vai acontecer e vai ser algo permanente, não". Porque como a gente trabalha com transtorno mental, é como ela estava dizendo, é algo muito cíclico e que tem N fatores aí permeando essa situação. A gente vive numa sociedade muito estressora, onde as questões da nossa comunidade, da clientela que a gente atende, é, tem poucos recursos né? E assim, muitos fatores estressores, assim, a violência, a condição econômica, tudo isso gera né, o adoecimento. Muitos conflitos familiares, abandono, às vezes até do próprio poder público, né? É muito difícil. Mas, a gente tem conseguido algumas coisas, né, tem caminhado.

8.4.3 Dificuldades de cada dia

O terceiro e último núcleo de sentido subjetivo resultante da conversa com a equipe do CAPS Basta um Dia, traz os sentidos subjetivos construídos diante das dificuldades encontradas na prática clínica cotidiana. A partir da narrativa da equipe, localizamos as dificuldades apontadas em três eixos principais: as dificuldades com a rede; com as condições sociais, econômicas e familiares dos usuários; e decorrentes da vinculação com o serviço.

No primeiro eixo, a equipe traz diversos sentidos subjetivos relacionados aos problemas da RAPS, com os quais se deparam diante da necessidade de realizar encaminhamentos, seja por motivo de alta, seja pelo CAPS não se adequar à demanda do usuário.

Quando o paciente ele mora numa área que é desassistida, a gente pega e segura o tratamento por mais tempo do que seria necessário, mais para garantir que ele mantenha algum tratamento. O paciente recebe alta daqui da instituição mas ele não deixa de ter um acompanhamento. Agora se ele vai para uma área descoberta, aí acaba permanecendo por aqui mesmo.

Muitos usuários não deveriam nem estar no CAPS porque não têm indicação nenhuma, mas não tem na rede nenhum outro espaço que ofereça cuidado a ele. Muitas vezes a gente absorve. São os casos de deficiência mental mesmo, de deficiências cognitivas, retardos...

Percebemos neste relato que, *por conta da deficiência da rede, ela não dá sustentação adequada para que a equipe do CAPS Basta um Dia exerça o seu trabalho como gostaria ou como seria esperado.* Existe, por um lado, o sentido subjetivo da responsabilidade sobre os usuários, tanto aqueles que entram quanto os que estão saindo; por outro lado, existe o sentido subjetivo da resignação com uma situação que parece irremediável em curto prazo, não havendo outra solução senão 'absorver' ou 'segurar'. Ambas as soluções encontradas pela equipe têm o resultado de superlotar o serviço, sobrecarregar a equipe e, conseqüentemente, piorar a qualidade do serviço prestado pelo CAPS.

Mesmo diante da garantia do acesso, da qualidade dos serviços, da articulação e integração dos pontos de atenção na rede de saúde (Brasil, 2011a), esta rede ainda está em processo de construção e ampliação, além dos casos de lotação dos serviços disponíveis ou de recusa em receber os encaminhamentos provenientes da saúde mental. Apesar dessas questões, é da responsabilidade dos CAPS:

Assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. (Brasil, 2004a, p. 12).

Esta iniciativa para articular e tecer a rede não aparece no discurso da equipe do CAPS Basta um Dia, a qual não parece buscar outras estratégias para lidar com a dificuldade de encaminhar. Uma das ferramentas disponíveis e que age diretamente na construção de articulações é o matriciamento, o qual busca transformar a lógica tradicional dos protocolos de encaminhamento por meio da construção compartilhada e trabalho conjunto entre equipes de saúde geral e especializada, com o objetivo de atender demandas da saúde mental (Brasil, 2011b).

No segundo eixo de dificuldades enfrentadas pela equipe do CAPS Basta um Dia está a questão das condições sociais, econômicas e familiares dos usuários, as quais são geralmente bastante precárias. Dado que a grande maioria da população atendida pelo CAPS é de origem humilde, como levantou a própria equipe, existe um alto índice de usuários com *dependência social e econômica*, as quais o CAPS busca contornar, por exemplo, por meio das refeições e dos auxílios de transporte. Contudo, tais vulnerabilidades podem tornar-se empecilhos tanto para a adesão ao tratamento quanto para a efetivação da alta, já que um usuário cuja vida fora do CAPS é precária, tenderá a criar uma dependência também pelo CAPS.

Apesar das vulnerabilidades socioeconômicas, a equipe do CAPS Basta um Dia compartilha um maior número de queixas acerca da precariedade dos vínculos familiares dos usuários.

Muitos usuários que não tem vinculação familiar nenhuma e então, assim, é fácil ser cuidado num CAPS né? (...) Se não tem uma sustentação familiar, então ele se, acaba se agarrando, se estruturando aqui. E isso dificulta muito a questão da saída.

Esta problemática é recorrente no cotidiano do serviço, já que em muitos casos não há suporte familiar adequado às necessidades dos usuários. As famílias, pela desestruturação ou pelo próprio quadro de vulnerabilidade socioeconômica, têm dificuldade para assumir o compromisso e os cuidados da pessoa com transtorno mental, algo que também se relaciona com resquícios da cultura hospitalocêntrica que ainda permeia o imaginário social. Assim, essas famílias tendem a deixar exclusivamente com o CAPS toda a responsabilidade pelos

usuários, tal qual acontecia nos antigos manicômios. Portanto, entendendo que o papel da família e dos vínculos familiares é fundamental para a recuperação e manutenção do tratamento, este quadro implica no trabalho constante do CAPS com as famílias, no sentido de convidá-las à responsabilização pelo usuário. Por outro lado, também dificulta a alta do serviço, na medida em que os vínculos afetivos construídos com o CAPS são geralmente repletos de sentidos subjetivos e de grande carga emocional, já que o CAPS ganha um sentido subjetivo de *casa*, a equipe funciona como uma *família* e o usuário encontra naquele espaço algo que não tem em nenhum outro lugar. E este forte vínculo é foco do terceiro eixo de dificuldades.

De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004b), o vínculo no âmbito da instituição de saúde é o encontro e aproximação entre usuário e trabalhador, cada um com suas expectativas, intenções, necessidades, emoções, mas numa relação de desequilíbrio, na qual um busca assistência dado o estado fragilizado, e o outro se propõe em cuidar dessa fragilidade. A partir daí cria-se o vínculo, um processo que conecta, que cria uma relação afetiva e moral na convivência de ajuda e respeito mútuos. Assim, compreende-se que o vínculo pode ser algo extremamente favorável na resolutividade do cuidado, mas vem sendo percebido pela equipe do CAPS Basta um Dia como uma dificuldade:

Um outro elemento dificultador mesmo dessa alta é essa questão da vinculação com o serviço né? O usuário quando ele chega aqui no CAPS, ele faz uma vinculação com o serviço, com a equipe, e na maioria das vezes, embora melhorando, embora estabilizando, embora a gente sinalizando que é o momento dessa alta, que é o momento dele ir para outros espaços, muitos deles resistem a essa alta, essa saída e trazem como fator de resistência a relação com os outros serviços, o vínculo que não é muito bom, as dificuldades que eles encontram pra tá recebendo a assistência que eles acham que é adequada.

Através deste excerto, observamos que o sentido subjetivo em torno no vínculo com o CAPS se resalta pela qualidade desse vínculo, o qual difere daquele estabelecido com outras instituições de saúde e talvez até mesmo da definição anteriormente sugerida. Dessa forma, compreendemos que, para os usuários, o vínculo familiar caracterizado pela equipe e ausente para muitos usuários compõe *a assistência que eles acham adequada*. Na concepção da equipe, este vínculo diferenciado se constrói através da postura de acolhimento adotada pelo CAPS:

O CAPS tem acolhimento. Você vai num ambulatório, você pega a medicação e vai pra casa né? Normalmente você não tem alguém que chame na salinha, que pegue e explique sua medicação lá, né, e tal e tal. No CAPS

você vem, você pega a medicação, você tem um profissional que pode falar, que orienta e dá o papelzinho com tudo lá, você tem escuta individual né? Um acolhimento, realmente né? Se você tá, se você é acolhido né, isso faz muita diferença.

Se destacam nesta fala os termos no diminutivo, *salinha* e *papelzinho*, os quais sinalizam uma forma de falar infantilizada, geralmente direcionada ao público infantil. Já que os usuários do CAPS Basta um Dia não são crianças, talvez tais indicadores apontem para uma postura de 'infantilização' desses usuários, caracterizada pelo excesso de cuidado e ausência de autonomia. Quem buscaria sair de um local confortável como a própria casa, com uma equipe que é uma família, onde tudo funciona mesmo sem colaboração e sempre há alguém disponível para escutar e orientar? Certamente este é um dos motivos pelos quais *quando começa esse processo de alta, piora o paciente*. Por outro lado, cabe pensar também que a equipe se refere a uma compreensão muito singular acerca do acolhimento, a qual difere da proposta do marco normativo. O acolhimento é uma diretriz constitutiva dos modos de produção da saúde e uma ferramenta tecnológica que intervém na qualificação da escuta, construção do vínculo e de práticas de solidariedade, resolutividade, co-responsabilização, protagonismo e produção de autonomia, de forma que comprova a "indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades" (Brasil, 2010, p.12).

Apesar da aparente 'confusão conceitual' e das queixas da equipe nesta direção, não houve uma reflexão, por exemplo, quanto ao seu próprio papel nesta vinculação excessiva com o serviço. Talvez até possamos considerar que os indicadores no diminutivo compreendam certo tom de ironia que denuncia as práticas 'infantilizadoras' da equipe. No entanto, a narrativa da equipe segue um curso que aponta apenas para o usuário: o seu vínculo com o CAPS, a sua resistência e as suas dificuldades.

8.5 Caso Clara Nunes: reflexões e articulações teóricas

Nesta etapa final da análise do caso de Clara Nunes, propomos novas construções a partir da relação dialógica entre reflexões teóricas e os diversos sentidos subjetivos produzidos ao longo do caso. Assim será possível a composição de uma compreensão mais 'ampliada sobre

a história de Clara em relação à sua trajetória de acompanhamento no CAPS Basta um Dia, objetivo do presente trabalho.

Clara Nunes iniciou sua jornada na rede de saúde pública a partir do desencadeamento de uma grave depressão, transtorno de humor que envolve uma intensa sintomatologia de natureza predominantemente negativa, tais quais os sintomas apresentados por Clara, característicos de um transtorno depressivo maior (Piccoloto et. al., 2000). Este transtorno é frequente na população, prevalente em mulheres, tem como principais características ser crônico, recorrente e incapacitante, além de pouco diagnosticado por médicos não-psiquiatras (Fleck et. al., 2009), como também ocorreu no início do quadro depressivo de Clara: *e os médicos que eu ia não sabiam o que é que eu tinha...* Além disso, ela associa o início da depressão com o sofrimento pela traição do noivo, o qual pode ser considerado, segundo Dalgalarondo (2008) como fator precipitante.

Como já ressaltado, neste momento histórico do Brasil do final da década de 1980, ainda não havia rede de saúde mental e o atendimento à população com transtornos mentais era prioritariamente realizado em hospitais psiquiátricos ou alas específicas de hospitais gerais. Apesar desta cultura, Clara não foi submetida a nenhuma internação psiquiátrica, fato que pode estar relacionado ao seu diagnóstico, tendo em vista a baixa frequência de internações por depressão na época (Morgado & Coutinho, 1985). Este mesmo período histórico brasileiro foi marcado pelas lutas em favor da redemocratização, reformulação do sistema sanitário e reforma psiquiátrica, as quais foram impulsionadas em Pernambuco apenas no início da década de 1990 e principalmente após a aprovação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica em 1994. No entanto, a rede substitutiva de saúde mental começou a crescer em Pernambuco a partir dos anos 2000 (quando havia menos de 5 CAPS), apresentando expansão substancial por volta de 2009, com cerca de 47 CAPS em todo o estado (Facundes et. al., 2010). Em meio a este processo, Clara inicia sua trajetória de acompanhamento no CAPS Basta um Dia.

Sobre o tratamento de Clara no CAPS, o vínculo com os profissionais e o contexto relacional e solidário foram diferenciais determinantes para que ela sentisse uma recuperação de fato. Neste caso, o vínculo foi potencializador da confiança em si mesma e do engajamento na preservação e promoção da sua saúde, não causando interferências na alta, como ocorreu com

outras experiências da equipe. Apesar de Clara se referir à experiência no CAPS Basta um Dia como muito positiva e associá-la à sua *cura*, ela fala muito pouco sobre o cotidiano do serviço, as atividades propostas e mesmo dos profissionais, dos quais recorda apenas do médico e da psicóloga. Este fato parece significativo na medida em que ela indica que sua terapêutica esteve muito mais voltada para essas especialidades, para o uso da medicação e a psicoterapia, não emergindo em sua vivência muitas repercussões do trabalho multidisciplinar da equipe ou das oficinas terapêuticas, características dos CAPS. A partir daí podemos relacionar a sua experiência com a prioridade dada pela equipe à questão da remissão dos sintomas e estabilização do quadro, tendo em vista que diferentes estratégias não parecem ter sido importantes para Clara.

Um fator extremamente positivo da passagem pelo CAPS Basta um Dia foi a ‘descoberta’ por Clara da psicoterapia. Enquanto antes dessa experiência o foco sempre foi voltado exclusivamente para a medicação, após esta ‘descoberta’, Clara se reposicionou diante do seu próprio tratamento e da vida através da psicoterapia. De acordo com Fleck e colaboradores (2009), as diretrizes para o tratamento eficaz da depressão incluem, dentre outros aspectos, a utilização de medicações antidepressivas combinada à psicoterapia e a realização do tratamento de manutenção para prevenir a recorrência do transtorno. Este foi o caminho seguido por Clara e, de fato, desde a sua alta do CAPS, há cerca de 5 anos, ela não teve mais crises. No entanto, percebemos que outros fatores também foram determinantes para a recuperação de Clara, tais como: as redes de apoio, principalmente familiar e religiosa, das quais teve suporte; a paulatina mudança de estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis, como o maior cuidado consigo; o retorno ao trabalho e a decorrente retomada da autonomia financeira. Tais sentidos subjetivos certamente puderam ser construídos e/ou atualizados a partir da passagem pelo CAPS, através da prática da clínica ampliada, a qual vai além da prescrição e do consultório, comprometendo-se com a produção de vida (Brasil, 2004c).

De acordo com o relato de Clara, houve um período no qual permaneceu em acompanhamento no CAPS quando já poderia ter alta, devido a ausência de disponibilidade da rede. Esta questão, que foi salientada também pela equipe do CAPS Basta um Dia como um problema recorrente do serviço, é apontada por outros trabalhos como um grande obstáculo para os dispositivos, tanto quanto para os usuários (Nascimento & Galvanese, 2009;

Lapischies et. al., 2012; da Silva Bachetti, 2013). Um outro aspecto interessante e também relacionado à questão da disponibilidade da rede no que se refere à psicoterapia, Clara recebeu encaminhamento para realizar o acompanhamento psicológico fora do espaço do CAPS Basta um Dia, mesmo quando ainda estava em acompanhamento. Tendo em vista que o referencial normativo que regulamenta as práticas dos CAPS considera que tais dispositivos devem oferecer o serviço de atendimento psicológico (Brasil, 2004a), e ainda considerando sua relevância terapêutica, conforme apontam Vieira Filho e Nóbrega (2004), este parece ser mais um exemplo de distanciamento entre o marco legal e as práticas institucionalizadas nos serviços.

Ao receber a alta do CAPS Basta um dia, Clara conta se sentiu segura de que se algum dia precisasse voltar para o serviço esse estaria de portas abertas, como a equipe fez questão de reforçar. Podemos associar esta postura com a compreensão apresentada pela equipe sobre a alta circunstanciada, a qual pode ser considerada como positiva tanto pela forma suave como antecipa tal possibilidade para o usuário, quanto como uma postura acolhedora, paciente e compreensiva da equipe diante do usuário. Ainda tocando na questão da sua alta, após todo o percurso construído no CAPS, Clara usufruiu de um momento de tranquilidade com relação à depressão, mantendo os seus tratamentos medicamentoso e psicoterápico; se engajou em atividades prazerosas, como o trabalho voluntário, o cargo na secretaria da sua igreja e a volta aos estudos. Diante de seu novo posicionamento, é possível reconhecer uma emancipação pessoal, social e cultural, a qual lhe permitiu o não-enclausuramento numa forma de existência banida do convívio social e a apropriação de distintas esferas e espaços sociais (Alvarenga & Dimenstein, 2006).

Mas, talvez somente agora Clara esteja experimentando a maior ruptura da sua história, ao ocupar a posição de cuidadora da mãe. Por um lado é uma drástica mudança de posicionamento, considerando que durante a maior parte de sua vida Clara ocupou o lugar de doente, paciente, cuidada, e agora tem toda a responsabilidade de quem cuida. Por outro lado há uma forte carga emocional vinculada ao cuidado da mãe, a ponto de trazer sofrimento e novas vivências depressivas para Clara, o que também consiste numa radical transformação no papel de sua mãe: de apoio no processo de cura, passa a ser a razão de seu adoecimento. Mudanças de grande porte como essas, geralmente desequilibram a estabilidade familiar pois

os diversos aspectos envolvidos no cuidado – tarefas, atenção, carinho, despesas, moradia, adaptação, etc. – sobrecarregam os familiares responsáveis (Silveira et. al., 2006), ainda que habitualmente apenas uma pessoa da família se destaque, sobre a qual recaem a maior responsabilidade e número de tarefas (Brito, 2000).

Diante de toda esta demanda, o cuidador sofre importantes alterações na "sua vida familiar e social, problemas econômicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados a nível físico e psíquico, (...) frequentemente vivenciadas num complexo contexto de preocupação constante, conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento" (Brito, 2000, p. 20). No presente caso, Clara traz em sua narrativa diversos sentidos subjetivos relacionados a tais desgastes e sentimentos negativos, algo que a coloca em estado de alerta constante diante da possibilidade de retorno da depressão, a qual afetaria diretamente o cuidado da mãe. De fato, Clara atualmente se encontra em situação de risco, considerando que os níveis de depressão e ansiedade são maiores nos cuidadores de idosos do que na população em geral (idem). Neste contexto e em vista da pequena oferta de serviços de saúde com esta especificidade (Camargo, 2010), lançamos a reflexão sobre o papel da rede de saúde mental e do CAPS na atual situação de Clara e questionamos sobre as estratégias que poderiam ser adotadas, não apenas no plano individual, mas no contexto familiar da usuária, visando o suporte e proteção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre as configurações subjetivas construídas por Elis Regina e Clara Nunes e a trajetória de acompanhamento nos CAPS

A principal proposta deste trabalho foi compreender os processos subjetivos de usuários da saúde mental, a partir das suas configurações subjetivas construídas na trajetória pelos CAPS. Buscamos ir além de qualquer outra condição predefinida, idade, sexo, diagnóstico, etc., para não incorrer no risco de enquadrar suas produções subjetivas em categorias rígidas, algo que iria de encontro à própria noção de subjetividade aqui adotada. Compreendemos a produção subjetiva como um sistema de processualidade interminável, organizado pela configuração atual do sistema subjetivo do usuário, da sua história de vida e também por meio da ação das pessoas e circunstâncias envolvidas nas experiências desse usuário, sendo que todos esses processos ocorrem simultaneamente, sem ser possível identificar seu início ou término (Silva, 2008).

Diante dos casos de Elis Regina e Clara Nunes foi possível compreender que não existe uma maneira padronizada de vivenciar o transtorno mental ou a passagem pelo CAPS. Assim, nos foi possível observar pontos de aproximação e distanciamento entre as configurações subjetivas dessas usuárias diante de diversos aspectos das suas histórias de vida. Um dos aspectos que mais se destaca na construção de um paralelo entre Clara e Elis, consiste em que ambas se encontram em momentos de vida bastante distintos, algo que repercute diretamente na forma como se configuram suas subjetividades. Desde a nítida diferença entre idades, já que Clara tem praticamente o dobro da idade de Elis; passando pelo sentido subjetivo do trabalho, pois enquanto Elis iniciou há pouco no seu primeiro emprego e não vê a hora de retornar, Clara deseja fortemente a sua aposentadoria com a consciência tranquila de que já trabalhou o suficiente em sua vida; e até mesmo com relação ao sentido subjetivo do transtorno mental, tendo em vista que Clara já passou por 5 crises depressivas e esteve em tratamento por mais de 20 anos, enquanto Elis teve agora a sua primeira crise, a primeira entrada na rede de saúde mental, o primeiro tratamento.

Diante disso, seus posicionamentos diante da vida, característicos das configurações subjetivas atuais, parecem ir para direções opostas: Elis foca no seu futuro, em todas as coisas que almeja, em planos de trabalho, estudos, família; mas Clara se detém em questões do passado, em suas culpas, em coisas que poderia ter feito de outra forma ou como sua vida poderia ter sido em outras circunstâncias. A construção de tais configurações subjetivas atuais também está intimamente relacionada aos papéis que predominantemente exercem atualmente: Elis é protegida, dependente e cuidada por todos, e Clara é a cuidadora responsável, quem faz tudo e resolve tudo. Ainda assim, neste ponto há uma grande semelhança entre as configurações subjetivas, já que tais papéis lhes trazem angústia e tornaram-se fortes pontos de tensão em suas subjetividades. Tanto para Clara quanto para Elis, a figura materna é de extrema importância e valor afetivo, mas ao mesmo tempo lhes enredam e 'capturam' seus sentidos subjetivos de liberdade e autonomia.

Quanto à configuração subjetiva do adoecimento, ambas tiveram suas crises após um evento que alterou completamente os rumos e planos de vida. Ainda assim, conseguiram construir esta configuração subjetiva direcionada para a vida, para a melhora e para o futuro. Os fortes vínculos com a religião, fé e redes de apoio construídas nas igrejas das quais fazem parte parecem ter impulsionado esta produção subjetiva. Em particular, o fenômeno religioso é uma parte inerente da condição humana (Ellens, 1986) e desde o princípio das ciências da psiquiatria e psicologia há tentativas de compreendê-lo frente aos transtornos mentais (Pereira e Ribeiro, 2012). De acordo com de Oliveira e Junges (2012), a influência da religiosidade sobre a saúde mental se dá a partir de diversos fatores como: estilo de vida, sistema de crenças e práticas religiosas, suporte social, formas de expressão, direção e orientação espiritual. Através de comportamentos e crenças semelhantes, observamos em Elis Regina e Clara Nunes um movimento contínuo em busca de bem-estar, de modos de vida capazes de sustentá-las diante das adversidades e de ajudar nos processos de mudanças e produção de subjetividade (idem). Compreendendo a importância da espiritualidade e da religiosidade para a saúde mental, comprovada por diversos estudos qualitativos, etnográficos, quantitativos e epidemiológicos (Stroppa e Moreira-Almeida, 2008; Dalgarrondo, 2007; Panzini e Bandeira, 2005), a Organização Mundial de Saúde – OMS incluiu a dimensão espiritual em sua proposta do conceito multidimensional de saúde (Volcan, Sousa, Mari, & Lessa, 2003), a qual ainda carece de maior investigação científica como recurso e instrumento potencializador

e promotor da saúde, tendo em vista que foi uma dimensão praticamente não explorada pelos CAPS participantes do presente estudo, apesar de muito presente no discurso das usuárias Clara e Elis.

A passagem de Elis e Clara pelos respectivos CAPS também parece ter um papel central nesta configuração subjetiva, na medida em que sentidos subjetivos como o da necessidade de continuidade do tratamento e da medicação foram construídos/reforçados pelo discurso dos CAPS. Inclusive o sentido subjetivo da medicação tem bastante peso para ambas as usuárias, tanto como parte do tratamento no CAPS, quanto como terapêutica essencial para a vida toda. Neste ponto percebemos claramente uma intercessão entre a subjetividade social desses dispositivos de saúde e as subjetividades das usuárias, na medida em que possibilitou a construção dos sentidos subjetivos acima, os quais repercutem não apenas nas suas configurações subjetivas atuais, mas interferem também nas suas projeções futuras.

Acerca do sentido subjetivo da centralidade do uso da medicação para ambas as usuárias, cabe refletir sobre a crescente medicalização da população contemporânea, inclusive nos dispositivos de saúde pública e especialmente nos serviços de saúde mental. Fatores importantes como a padronização dos sintomas pelos manuais de psiquiatria, as inovações e pesquisas em neurociências e o aprimoramento dos psicofármacos (Guarido, 2007) certamente influenciam o conhecimento e comportamento de médicos, usuários e sistema de saúde em direção à medicalização. Entretanto, torna-se indiscutível o contra-senso entre esta postura e os objetivos de promoção de cuidados personalizados, de autonomia e cidadania presentes nas diretrizes nacionais das políticas públicas de saúde mental (de Andrade Ferrazza et. al., 2013), na medida em que prescrever, ‘tomar medicação para o resto da vida’ e remissão dos sintomas aparecem nas subjetividades aqui estudadas como a norma principal. Dessa forma, sinalizamos para a necessidade dos CAPS de explorar e utilizar ainda mais as diferentes formas, ferramentas, instrumentos, estratégias e tecnologias de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Ainda tratando dos sentidos subjetivos construídos na trajetória pelos CAPS, observamos que para ambas, além do sentido da medicação, o sucesso do tratamento está intimamente relacionado ao papel do profissional da psicologia, como alguém que acolhe, escuta e ajuda, o que foi considerado importante pelas usuárias, mesmo considerando a influência desta

pesquisadora, também psicóloga. Tais sentidos subjetivos, junto ao ambiente e equipe acolhedores do CAPS, foram mais valorizados pelas usuárias do que, por exemplo, as atividades e os grupos propostos no serviço. Assim, podemos pensar que, na configuração subjetiva do CAPS construída por Clara e Elis predominam os sentidos subjetivos da medicação, do psicólogo e da atmosfera de cuidado e acolhimento da qual esta instituição se constitui. Neste ponto, as configurações subjetivas de Clara e Elis parecem romper com o sentido subjetivo construído pelos CAPS de terapêutica psicossocial¹⁸, na medida em que esse sentido não possibilitou produções subjetivas para as usuárias, nem foi sentido por elas como algo que define tais dispositivos. Em vista disso, ainda que nas configurações subjetivas das equipes se faça presente o sentido subjetivo do psicossocial, é necessário que sejam repensadas suas práticas e posturas psicossociais, de modo que se façam também significativas para os usuários.

No entanto, há uma nuance divergente para as usuárias nas referidas configurações subjetivas do CAPS: enquanto para Elis Regina a entrada e o tratamento no CAPS Estrada do Sol possibilitaram a construção de um sentido subjetivo de parada ou férias da vida, para Clara Nunes predomina o sentido subjetivo de que começou a se recuperar e voltou a viver a partir do ingresso no CAPS Basta um Dia. Apesar da divergência, em ambos sentidos subjetivos percebemos um movimento de compreender o adoecimento não como parte da vida, mas como um período de afastamento dessa. Este movimento se intercrusa e é intensificado pela configuração subjetiva dos CAPS, na medida em que compartilham sentidos subjetivos de retomar a vida, retomar as atividades, reinserir na família e na comunidade, etc., em seus critérios de alta. Compreendemos assim que, tanto para as usuárias quanto para os CAPS, o adoecimento e o tratamento implicam em momentos de não-vida, o que vai de encontro com a perspectiva adotada pelo paradigma da reforma psiquiátrica.

¹⁸ O CAPS deve oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial (Brasil, 2004a), a qual pode ser compreendida como um processo que enfatiza "as partes mais sadias e a totalidade de potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustadas às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado" (Babinski & Hirdes, 2004, p. 569).

Sobre a alta e as práticas dos CAPS Basta um Dia e CAPS Estrada do Sol

Nas configurações subjetivas das equipes dos CAPS Basta um Dia e Estrada do Sol, conseguimos perceber muitos pontos de congruência, entre discursos e práticas. O primeiro ponto de semelhanças está no rol de critérios de alta¹⁹ apresentados e refletidos pelas equipes, já que englobam aspectos do usuário, da família, do contexto social e das próprias equipes, num processo complexo e multifacetado, denotando que, ainda que não haja diretrizes específicas no marco normativo voltadas para os critérios da alta do CAPS, parece existir um consenso entre os profissionais da saúde mental, certamente construído com base na prática cotidiana. Percebemos ainda a forte presença dos sentidos subjetivos da responsabilização pelos usuários (tanto dentro quanto fora do CAPS) e do caráter psicossocial da proposta terapêutica, a qual envolve aspectos para além da sintomatologia, apesar deste último sentido subjetivo ainda ter caráter dominante, como uma condição *sine qua non* para a alta. A dominância desse sentido subjetivo pode ser a grande barreira que se coloca entre o sentido subjetivo de terapêutica psicossocial e sua percepção e introjeção pelas usuárias, tal qual comentamos anteriormente. Assim, se faz urgente não apenas repensar as práticas psicossociais promovidas, mas refletir acerca das repercussões que tal foco na sintomatologia proporciona para as subjetividades das usuárias e, conseqüentemente, para suas vidas.

Convergem também os sentidos subjetivos construídos acerca do próprio CAPS, o qual foi reconhecido pelas equipes como um espaço de doenças e de crise, que promove acolhimento, cuidado e proteção; como um local passageiro por ser substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, e ainda, como um espaço psicossocial. No entanto, a equipe do CAPS Basta um Dia traz à tona uma contradição que se reflete em ambos os dispositivos e que pode ser reconhecida no sentido subjetivo do CAPS como a casa do usuário. Neste sentido, fica explícita a questão do vínculo forte e singular que pode ser construído com o usuário, o qual coloca em cheque alguns dos principais princípios que sustentam a existência dos CAPS e do próprio processo de reforma psiquiátrica. Ainda que não seja possível compreender a construção desse vínculo como algo apenas da demanda dos usuários mas também da equipe,

¹⁹ Analisando os critérios de alta, emergiu a reflexão acerca da pertinência de um rol de critérios voltados para a alta. Se, por um lado, a não existência de critérios bem definidos dá espaço para uma análise personalizada e singular de cada caso, por outro lado, um rol de critérios pode incluir aspectos a serem claramente trabalhados com os usuários e suas famílias no percurso pelo serviço, orientando assim as atividades dos profissionais. Este tema abre caminhos para necessárias investigações futuras com o objetivo de aprimorar as práticas e resultados dos dispositivos CAPS.

tendo em vista que para a configuração subjetiva de Elis Regina tal vínculo culminou num sentido subjetivo de dependência, tal vínculo parece fundamental num grau adequado, mas a dificuldade de mensurá-lo surge com frequência no relato e na prática dos profissionais. Então, diante deste claro distanciamento entre os princípios e a experiência, nos parece pertinente levantar o questionamento sobre qual dessas dimensões deve prevalecer sobre a outra: a prática deve se aproximar da teoria ou vice-versa? Não há dúvidas acerca da necessidade dos parâmetros e princípios, já que são o caminho para uma prática direcionada e compartilhada; mas tampouco há dúvidas sobre as necessidades de reflexão e atualização desses, para que possam se adequar da melhor forma às múltiplas e mutantes realidades.

Quanto às dificuldades encontradas cotidianamente pelas equipes na sua prática, afora deste tema do vínculo e dos usuários que não querem/conseguem sair do CAPS, se destacam as questões da rede e da família, as quais dificilmente conseguem “sustentar” o usuário fora do CAPS. Dentre os problemas de estruturação familiar, precariedade socioeconômica, ausência de vínculos afetivos e não-responsabilização, as equipes encontram ainda muitas dificuldades na conscientização e aproximação das famílias dos usuários. Em paralelo, os profissionais se queixam intensamente da complicação que se torna o encaminhamento, pois na rede de saúde mental não há vagas, profissionais, medicamentos e dispositivos suficientes para atender a toda a demanda existente. Tais dificuldades apontam para a necessidade de ponderar sobre novas e possíveis estratégias capazes de auxiliar o complexo trabalho das equipes de CAPS, bem como para o seu próprio papel nessas dificuldades, tendo em vista que nas configurações subjetivas das usuárias encontramos elementos que rompem com essa postura vitimizada. Para Clara Nunes, por exemplo, ainda persiste uma forte demanda por psicoterapia, terapêutica que, de acordo com as políticas públicas, pode ser oferecida pelos CAPS. Neste caso especificamente, não haveria a necessidade de encaminhamento, não haveria tal dependência da rede apontada pela equipe. Já no caso de Elis Regina, cuja rede familiar é bastante disponível e participante tanto no tratamento quanto na sua vida, o vínculo construído entre o CAPS e a família produziu/intensificou um sentido subjetivo de tutela e não de autonomia, o que podemos considerar como um distanciamento da proposta terapêutica do CAPS, bem como um rompimento com a configuração subjetiva social construída pela equipe.

Sobre a construção e as repercussões deste trabalho

Foi um verdadeiro desafio o trabalho com o referencial teórico adotado, pelo fato de haver sido esta a nossa primeira aproximação, pela riqueza de detalhes teóricos e metodológicos, e pela amplitude das possibilidades de análise. Ainda assim, consideramos que tais elementos, ainda que desafiadores, possibilitaram construções bastante ricas e singulares, a partir das quais, esperamos, se produzam reflexões no campo estudado.

Um ponto de limitação que observamos no presente trabalho se relaciona com a participação das equipes dos CAPS. Consideramos que o instrumento de construção das informações elaborado para as equipes limitou as conversas e, conseqüentemente os sentidos subjetivos construídos pelas equipes no momento da dinâmica conversacional. Nesse sentido, as nossas interpretações também ficaram mais restritas, e mesmo o papel das equipes nos casos construídos tornou-se mais secundário do que a princípio buscamos. Uma ampliação da participação das equipes certamente resultaria em maior quantidade e qualidade de articulações entre as subjetividades individuais e sociais, ampliando também as contribuições deste trabalho.

Por outro lado, considerando que as pesquisas qualitativas na rede de saúde mental brasileira ainda são escassas, acreditamos que as contribuições deste trabalho estão para além dos resultados, já que apontam para este referencial teórico-metodológico como uma alternativa viável ao estudo da complexa realidade dos usuários, dos dispositivos e da rede. Numa proposta de estudo mais abrangente, incluindo maior número de sujeitos, talvez sejam complicadores tais características de riqueza em detalhes e amplitude analítica, já que demandam bastante tempo, trabalho e qualificação. No entanto reconhecemos a qualidade das reflexões possibilitadas e acreditamos que a realização de um estudo semelhante, porém mais abrangente, pode trazer ainda mais contribuições para a compreensão e consolidação do campo da saúde mental brasileira.

Por outro lado, as características fundamentais da análise proposta proporcionaram a construção de uma cartografia dos serviços CAPS, apresentando detalhes do cotidiano, das atividades propostas, das dificuldades vivenciadas, das experiências e impactos provocados nos usuários e profissionais. Assim, esperamos que esta 'radiografia' do cuidado prestado na

rede de saúde mental do Recife e da subjetividade construída a partir do encontro entre usuários, profissionais e tecnologias possibilite uma melhor compreensão das dinâmicas, potencialidades e pontos de tensão destes serviços.

Por fim, consideramos que mais um fator positivo desta proposta de trabalho consiste no posicionamento ativo do pesquisador, o qual não é apenas reconhecido, mas requerido constantemente, em todas as etapas de produção. Ao mesmo tempo em que dá liberdade e autonomia, também exige muita responsabilidade, pois aqui não é possível “esconder-se” atrás de um método cristalizado. Acreditamos que tal postura ativa foi satisfatória e fundamental no alcance dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS²⁰

- Abuhab, D. (2005). *Serviço comunitário de saúde mental de Santo André sob a ótica dos usuários: conquistas e desafios*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Acioly, Y. (2009). Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? *Grupo de Trabalho 4: cidadania, controle social e migrações internacionais*. I Seminário Nacional Sociologia e Política UFPR.
- Almeida, P. F. D. (2002). *Avaliação de serviços em saúde mental: o desafio da produção de indicadores para a atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Almeida, P. A., de Castro SilvaII, P. M., EspínolaII, L. L., de AzevedoII, E. B., & FilhaIII, M. D. O. F. (2013). Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbico-ansiosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 528-534.
- Alverga, A. R. D., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 10(20), 299-316.
- Alves, P. A. D. L. (2011). *Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. Em Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R.; Costa, E. S. (Org.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.
- _____. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em Amarante, P. (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- _____. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Mente & Cérebro*, São Paulo, n. 164, p. 30.
- _____. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____. (2009). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, vol. 1, n. 1, jan.-abr.
- Aranha e Silva, A. L., Fonseca, R. M. G. S. (2002). O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. *Rev Esc Enferm USP*; 36(4): 358-66.

²⁰ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

Arrais, A. D. R. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.

Assunção, A. A.; Marinho-Silva, A.; Vilela, L. V. O.; Guthier, M. H. (2006). Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teleatendentes no Brasil. *Rev. Bras. Terapia Ocupacional*, v. 31, n. 114, pp. 47-62. São Paulo.

Babinski, T., & Hirdes, A. (2004). Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto & contexto enferm*, 13(4), 568-76.

Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Trad: Melo, J. A. A. Org: Amarante, P. Rio de Janeiro: Garamond.

Bertaux, D. (2010). *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. São Paulo: Paulus.

Bezerra Jr., B. (2005). Medir ou estimar? Em: Barreto, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFRJ.

Brasil. (1990). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. *Diário Oficial da União*.

_____. (2002). Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*.

_____. (2004a). 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.

_____. (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004c). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: *15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2007a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS - acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2007b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Textos Básicos de Saúde.

_____. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

_____. (2011a). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*.

_____. (2011b). Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* - 10. Ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

Brasil, E. G. M., Jorge, M. S. B., & Costa, E. C. (2009). Concepções de usuários e trabalhadores de um caps da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 333-338.

Brêda, M. Z. (2006). *A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Brito, M. L. D. S. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Cidade do Porto.

Bueno, M. L. D. S., & Caponi, S. (2009). A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 137-150.

Camargo, R. C. V. F. D. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(2), 231-254.

Camatta, M. W., Nasi, C., Adamoli, A. N., Kantorski, L. P., & Schneider, J. F. (2011). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4405-4414.

Campos, A. P. & Romagnoli, R. C. (2007). Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental. *Mental*, v. 05, n. 09, pp.79-99, nov. Barbacena.

Campos, R. T. O. & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 06, pp. 1090-1096, São Paulo.

Coimbra, V. C. C. & Kantorsky, L. P. (2005). O acolhimento em centro de atenção psicossocial. *Rev. enferm. UERJ*, 13(1): 57-62, jan.-abr.

CRP-RJ. (2006). Limites da reforma psiquiátrica. *Jornal Conselho Regional de Psicologia (RJ)*, ano 2, n. 10, jun.

Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 5(2), 300-327.

Costa, D. F. C. D. (2011). *Loucos para prot(agonizar): micropolítica e participação em saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cristo, D. A. D. (2012). Grupo terapêutico no CAPS: cuidado a homens com o sofrimento mental e histórico de violência. *Revista do NUFEN*, 4(2), 61-70.

da Silva Bachetti, L. (2014). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 15(1).

da Silva Bueno, M. L., & Caponi, S. (2009). A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica. *Interface-Comunic., Saude, Educ*, 13(28), 137-50.

Dalmolin, B. M., & Vasconcellos, M. D. P. (2008). Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. *Rev Saude Publica*, 42(1), 49-54.

de Andrade Ferrazza, D., da Rocha, L. C., & Luzio, C. A. (2013). Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2), jul - dez, 255-265.

de Lima, L. T., Surjus, S., & Campos, R. O. (2011). A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental*, 14(1), 122-133.

de Oliveira, R. F., de Andrade, L. O. M., & Goya, N. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3069-3078.

de Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476.

de Oliveira Nunes, M., Jucá, V. J., Pitta, A. M. F., & de Torrenté, M. (2010). A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial—uma proposta metodológica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 204-220.

Dalgalarrondo, P. (2007). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706.

Dias, M. K. (2011). A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. *Cien. Saude Colet*, 16(4), 2155-2164.

Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, v. 04, n. 06, jun. Barbacena.

Ellens, J. H. (1986). *Graça de Deus e saúde humana*. São Leopoldo, RS: Sinodal.

Facundes, V. L. D., Bastos, O., Vasconcelos, M. G. L. D. & Filho, I. A. L. (2010). Atenção à saúde mental em Pernambuco: perspectiva histórica e atual. *Neurobiology*, 73(1), 183-96.

Figueiredo, V. V. & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, v. 09, n. 02, pp. 173-181, Maringá.

Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. D. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446.

Filha, M. D. O. F., & Carvalho, M. A. P. (2010). A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial:(des) atando pontos relevantes. *Rev. Gaucha Enferm*, 31(2), 232-9.

Filho, J. M. J.; Assunção, A. A. (2006). Trabalho em teleatendimento e problemas de saúde. *Rev. Bras. Terapia Ocupacional*, v. 31, n. 114, pp. 4-6. São Paulo.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., ... & Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev. bras. psiquiatr*, 31 (supl. 1), S7-S17.

Fonseca, R. L., Alencar, C. D. A., Pereira, C. V., Fonseca, M. A. M. D. O., & Silveira, A. R. (2014). Percepção de usuários de crack sobre o tratamento em um centro de atenção psicossocial, álcool e outras drogas. *Rev. APS*, 17(2).

Francisco, D. J. (2007). *Criando laços via recursos informatizados: intervenção em saúde mental*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Gonçales, C. A. V. (2009). *Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.

_____. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafios*. São Paulo: EDUC.

_____. (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social. *Revista cubana de Psicología*, 17(1), 121-140.

- _____. (2001). A pesquisa e o tema da subjetividade em educação. *Psicol. educ*, (13), 9-15.
- _____. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. (2003a). A questão das técnicas e os métodos na psicologia: da medição à construção do conhecimento psicológico. Em Bock, A. M. B. (org.) *A psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- _____. (2003b). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. (2004). A emergência do sujeito e a subjetividade: sua implicação para a psicologia social. Em González Rey, F. *O social na psicologia social e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2005). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em González Rey, F. (org.) *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. (2007). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psicologia da Educação*, (24), 155-179.
- _____. (2010). As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(2), 328-345.
- _____. (2011). *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- _____. (2012). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico. *Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Jahn, A. D. C., Rossato, V. M. D., Oliveira, S. S. D., & Melo, E. P. (2007). Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 11(4), 645-649.
- Jorge, M. S. B., de Almeida Sales, F. D., Pinto, A. G. A., & Sampaio, J. J. C. (2010). Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3), 221-230.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., de Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental—Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(7), 3051-3060.

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Ferreira, M. G., Vasconcelos, A. G. A. P., de Souza, R. S., & Caminha, E. C. C. R. (2012). Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. *CEP*, v.60115, p.282.

Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Silva, E. N. F., Guedes, A. C., Cortes, J. M., & Santos, F. (2011). Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1.

Lapischies, S. R. C., Lima, Z. G., Jardim, V. M. R., Coimbra, V. C. C., & Kantorski, L. P. (2012). O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*, 17(4).

Lima, M. (2006). *Entre o discurso e a prática: há reforma? Uma reflexão sobre as práticas interventivas de cuidado na clínica da saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Lima, M.; Jucá, V. J. S.; Santos, L. (2011). Produção de subjetividade e estratégias de inserção social para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial, na Bahia. *Mental*, v. 09, n. 16, pp. 327-352, jan./jun. Barbacena.

Lopes, T. S., Dahl, C. M., Serpa Júnior, O. D., Leal, E. M., Onocko Campos, R. T., & Diaz, A. R. (2012). O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 558-571.

Lopéz, H. R. M. (2013). *Educação em saúde: a produção de sentidos subjetivos em pacientes hipertensos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.

Lucca, S. R.; Campos, C. R. (2010). Saúde mental e trabalho: uma discussão a partir do estudo de trabalhadores da atividade de teleatendimento. *Revista Bras. Med. Trab.*, v. 08, n. 01. São Paulo.

Martins, U. K. L., Oliveira, J. D. D., Silva, K. V. L. G. D., & Moreira, D. D. A. (2010). Oficinas terapêuticas sob o olhar de usuários do caps: um estudo descritivo. *Rev. enferm. UFPE on line*, 4(1), 70-76.

Martinez, A. M. (2005). A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. Em González Rey, F. (org.) *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Marzano, M. L. R. (2004). *O usuário do Centro de Atenção Psicossocial: subsídios para consolidar a enfermagem na Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Marzano, M. L. R., & Sousa, C. D. (2004). O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto Contexto Enferm*, 13(4), 577-84.

Matos, N. G. V. D., & Neves, A. S. (2011). CAPS-POEIRA: um modo de intervenção no CAPS-ad. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 817-841.

Meirelles, M. C. P., Hypolito, Á. L. M., & Kantorski, L. P. (2013). Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. *Journal of Nursing and Health*, 2(1), 63-74.

Mello, R. (2005). *Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Mello, R., & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 12(3), 457-464.

Miranda, L. (2009). *Transitando entre o coletivo eo individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Miranda-Sá Jr, L. S. (2007). Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Rev Psiquiatr RS.*; 29 (2): 156-158.

Moehlecke, V. (2011). *Ballet contágio: tecnologias da arte e da imagem*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Moll, M. F., dos Santos, T. A. P. P., & Ventura, C. A. A. (2009). Sentimentos e percepções de familiares e de pessoas com transtorno bipolar acompanhadas em um centro de atenção psicossocial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 477-483.

Moraes, S. C. C., & Meneghel, S. N. (2009). Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(4), 1303-1322.

Morgado, A. F., & Coutinho, E. S. F. (1985). Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(3), 327-347.

Moya, M. K. V. (2010). *O autorretrato da vida: experiência de sujeitos em sofrimento psíquico*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Munhoz, T. N. (2012). *História oral de vida e saúde mental em Pelotas, RS*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Nascimento, A. F., & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(suppl. 1), 8-15.

Nasi, C. O. (2009). *Cotidiano de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Perspectiva da Sociologia Fenomenológica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Nasi, C. O. (2011). *As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Neves, J. A., Silva, P. M. C., Braga, E. A., Musse, J. O., & de Filha, M. O. F. (2012). Ações do centro de atenção psicossocial para a reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico. *Cogitare Enfermagem*, 17(2).

Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In M. I. Salgado & G. Freire (Orgs.), *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.

Oliveira, J. A. M., & Passos, E. H. (2007). A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico-político. *Vivência, UFRN/CCHLA*, 32.

Onocko-Campos, R. T.; Passos, E.; de Lima Palombini, A.; dos Santos, D. V. D.; Stefanello, S.; Gonçalves, L. L. M.; & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 18, 2889-2898.

Olschowsky, A., Glanzner, C. H., Mielke, F. B., Kantorski, L. P., & Wetzel, C. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 781-787.

Pacheco, M. L., & Ziegelmann, L. (2008). Grupo como dispositivo de vida em um CAPS ad: um cuidado em Saúde Mental para além do sintoma. *Saúde debate*, 32(78/80), 108-120.

Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.

Parente, A. D. C. M., & Pereira, M. A. O. (2004). Percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias: um espelho de dois lados. *Rev Bras Enferm*, 1(47), 44-47.

Pereira, J., & Ribeiro, I. (2012). Análise da relação entre religiosidade e saúde mental em usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Mirinzal-MA no período 2006-2010. *Anais dos Simpósios da ABHR*, 13.

Picoloto, N., Wainer, R., Benvegnú, L., & Juruena, M. (2000). Curso e prognóstico da depressão. Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Rev Psiquiatr Clín*, 27(2), 93-103.

Pinheiro, N. N. B. (1999). Psicanálise, teoria e clínica: reflexões sobre sua proposta terapêutica. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 19, n. 02, p. 20-29, Rio de Janeiro.

Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. D. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na

atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*, 17(3), 653-60.

Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12).

Rézio, L. A., & Oliveira, A. G. B. (2010). Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Esc. Anna Nery* [Internet]; 14 (2): 346-354.

Riessman, C. K. (2008). Constructing narratives for inquiry. Em Riessman, C. K. *Narrative methods for the human sciences*. California: Sage Publications.

Rodegher, P. L. B. (2011). *A escrita na psicose*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Rodrigues, D. S. (2011). *Sentidos sobre saúde-doença mental: uma interlocução com usuários que participam de um grupo terapêutico do CAPS*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Rodrigues, R. C. (2011). *Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.

Ruiz, G. (2012). *Quem usa o Sistema Único de Saúde?* Portal DSS Brasil, Abr, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=9534&preview=true>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

Salles, M. M. (2011). *Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in) visibilidade no território*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Santos, A. D. O., & Nechio, D. E. G. (2010). A paixão de fazer: Saúde mental e dispositivo grupal. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(1), 127-140.

Schneider, J. F., Wagner Camatta, M., Nasi, C., Nickel Adamoli, A., & Prado Kantorski, L. (2009). Evaluación de un centro de atención psicossocial brasileño. *Ciencia y enfermería*, 15(3), 91-100.

Sena, J. M. D. F. (2010). *Produção do cuidado no centro de atenção psicossocial de Fortaleza-CE: limites e desafios na construção da autonomia do usuário*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Silva, A. M. (2007). Condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores em teleatendimento: uma breve revisão. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, v. 01, n. 03. São Paulo.

Silva, G. D. F. (2008). *Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Silva, G. L. S. (2012). *Mais louco é quem lhe chama: a saúde mental nos discursos dos usuários do CAPS II de Campina Grande–PB*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

Silveira, T. M. D., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.

Silveira, C. G. S., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. D. R., Silva, A. B. D., Antonacci, M. H., & Guedes, A. D. C. (2013). Mediadores colaboradores e inibidores na rede social de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 5(4), 696-705.

Simões, W. M. B.; Moreira, M. S. (2013). A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem Revista*, v. 16, n. 03, Set-Dez, pp. 223-239.

Soares, S. R. R., & Saeki, T. O. (2006). Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(6), 923-9.

Teixeira Junior, S., Kantorski, L. P., & Olschowsky, A. (2009). O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 30, n. 3 (set. 2009), p. 453-460.*

Valsiner, J. (2012). *Fundamentos da Psicologia Cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Trad. Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed.

Vasconcelos, M. (2013). *A infâmia de Quincas: (Re) existências de corpos em tempos de biopolítica*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Venco, S. (2008). Quando o trabalho adoecer: uma análise sobre o teleatendimento. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, v. 03, n. 03. São Paulo.

Vieira Filho, N. G., & Nóbrega, S. D. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 373-379.

Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.

Wetzel, C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciêñ Saúde Colet*, 16(4), 2133-43.

Zago, A. C. (2009). *Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas.

ANEXO II.

Orçamento da pesquisa

O orçamento apresentado abaixo foi de inteira responsabilidade da pesquisadora.

ORÇAMENTO

MATERIAL DE CONSUMO	R\$
Xerox e encadernação	240,00
Cartucho	80,00
Papel	80,00
Gravador	280,00
Gasolina	220,00
Ressarcimento de custos de participação	50,00
TOTAL	950,00

ANEXO III.

TCLE dirigido aos profissionais dos CAPS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12)

Convidamos o/a Sr./a para participar como voluntário/a da pesquisa **Sujeitos “reformados”: um estudo das configurações subjetivas de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Recife/PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **RAQUEL CORDEIRO NOGUEIRA**, com endereço à Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Cidade Universitária, Recife/PE – CEP: 50670-901, telefone para contato: (81) 8881.1009 (inclusive para ligações a cobrar) e email: raquelcnogueira@gmail.com. A pesquisadora responsável está sob a orientação da **PROFA. DRA. LUCIANE DE CONTI**, telefone para contato: (81) 2126.8730, ramal 33, e e-mail: ldeconti@terra.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido/a sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, o/a Sr./a não será penalizado/a de forma alguma. Também garantimos que o/a senhor/a tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O presente estudo tem como objetivo investigar as configurações subjetivas produzidas por usuários de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, a partir de seu acompanhamento na rede de saúde mental. Compreende-se por subjetividade um sistema complexo, processual, dinâmico, constituído principalmente por sentidos e configurações subjetivas. Para tanto, esta pesquisa realizará estudos de caso a partir da aplicação dos instrumentos da dinâmica conversacional e do complemento de frases com usuários/as que já concluíram seu acompanhamento nesta instituição. Dessa forma, será necessário que a pesquisadora realize uma discussão com esta equipe acerca dos critérios de alta por melhora adotados na prática desta instituição.

Com o consentimento desta equipe, a pesquisadora responsável participará de parte da reunião clínica (de 30 a 40 minutos) em data previamente agendada, quando apresentará pessoalmente o projeto à equipe, prestará os devidos esclarecimentos, coletará as assinaturas dos TCLE e questionará à equipe acerca dos critérios de alta por melhora adotados em sua prática cotidiana com os/as usuários/as. Será solicitada ainda a permissão para gravar o áudio da discussão proposta, de modo a facilitar o posterior cruzamento dos critérios enunciados por todas as instituições participantes desta pesquisa. Vale salientar que neste procedimento de transcrição e cruzamento de informações, não haverá identificação de suas falas individuais, mas será considerado o discurso de cada instituição como um todo.

É possível que a presença da pesquisadora e do recurso do gravador de áudio causem certo desconforto no espaço privativo da reunião clínico-institucional, havendo ainda a possibilidade de que a equipe sinta-se avaliada em sua prática clínica, tendendo a respostas padronizadas e pouco engajadas na questão proposta. Tal desconforto deverá ser identificado pela pesquisadora responsável, quem esclarecerá novamente os objetivos desta pesquisa e buscará a produção de uma reflexão por parte da equipe acerca da proposta apresentada.

Como benefício direto à sua participação, consideramos a possibilidade de provocar reflexões mais profundas quanto à sua prática e quanto ao funcionamento da instituição como um todo, diante da

proposta de explicitar os critérios de melhora e de alta dos usuários de sua responsabilidade. Este processo pode acarretar em consequências positivas, a partir da reflexão acerca dos procedimentos adotados pela instituição e de suas ideias e posturas individuais. Ademais, esperamos construir, a partir desta investigação, uma compreensão sólida do complexo fenômeno das configurações subjetivas dos/as usuários/as dos CAPS do Recife, de modo a contribuir com as crescentes reflexões no que diz respeito à implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, seus impactos individuais e sociais, repercutindo ainda em contribuições nos campos de estudo da cognição e das narrativas.

A pesquisadora responsável, Raquel Nogueira, e a orientadora do presente projeto, Profa. Dra. Luciane De Conti, se comprometem em preservar a privacidade das informações coletadas, utilizando-as única e exclusivamente para fins acadêmicos (pesquisa, discussões e publicações científicas, etc.), sempre assegurando o sigilo quanto aos dados reais de identificação desta instituição e de seus membros, adotando informações fictícias caso necessário. As informações desta pesquisa serão confidenciais e apenas divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos/as voluntários/as ou das instituições participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Todas as informações coletadas e os arquivos de áudio gravados nesta investigação serão acessados exclusivamente pela pesquisadora e pela orientadora deste projeto e serão armazenadas no banco de dados do Núcleo de Pesquisa em Narrativa, Cultura e Desenvolvimento da UFPE, sob responsabilidade da orientadora Profa. Dra. Luciane De Conti, com acesso restrito, por um período mínimo de 5 anos, quando serão destruídas.

O/A senhor/a ou a instituição não pagarão nada para participar desta pesquisa, a qual também não oferece nenhum tipo de retorno financeiro. Fica também garantida uma indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação nesta investigação, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o/a senhor/a poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1o Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588, e-mail: cepccs@ufpe.br.

Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO/A

Eu, _____, CPF: _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **Sujeitos “reformados”: um estudo das configurações subjetivas de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Recife/PE**, como voluntário/a. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do/a voluntário/a em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

ANEXO IV.

TCLE dirigido aos usuários dos CAPS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12)

Convidamos o/a Sr./a para participar como voluntário/a da pesquisa **Sujeitos “reformados”: um estudo das configurações subjetivas de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Recife/PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **RAQUEL CORDEIRO NOGUEIRA**, com endereço à Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Cidade Universitária, Recife/PE – CEP: 50670-901, telefone para contato: (81) 8881.1009 (inclusive para ligações a cobrar) e email: raquelcnogueira@gmail.com. A pesquisadora responsável está sob a orientação da **PROFA. DRA. LUCIANE DE CONTI**, telefone para contato: (81) 2126.8730, ramal 33, e e-mail: ldeconti@terra.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido/a sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Caso não queira participar, o/a senhor/a não será penalizado/a de forma alguma. Também é garantido que o/a senhor/a tem o direito de desistir do consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo estudar a subjetividade dos/as usuários/as de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, a partir do tratamento na rede de saúde mental. A subjetividade abrange, entre outros elementos, os modos de ser, de pensar e de se comportar de cada indivíduo no seu cotidiano e nas relações com os outros. Para atingir o objetivo proposto, dois instrumentos serão utilizados: a dinâmica conversacional e o complemento de frases, os quais serão aplicados em dois encontros entre o/a senhor/a e a pesquisadora responsável, em dia, horário e local previamente combinados de acordo com suas possibilidades.

No primeiro encontro, a pesquisadora esclarecerá suas dúvidas sobre a pesquisa, além de confirmar o seu consentimento em participar. Ainda neste primeiro encontro se realizará a dinâmica conversacional, que será uma conversa bastante aberta, a respeito de sua história de vida, a partir de uma pergunta-tema. Ao iniciar a conversa, será utilizado um gravador de áudio e espera-se que tenha duração de 2h a 2h30. No segundo e último encontro será feito o complemento de frases. O/A senhor/a deverá ler 30 frases incompletas de uma lista (entregue pela pesquisadora) e imediatamente completá-las com a primeira ideia que surgir na sua mente. A pesquisadora utilizará um gravador de áudio e deverá acompanhar atenciosamente as suas respostas, tomando notas de pontos importantes a serem esclarecidos ou comentados. Ao finalizar as 30 frases, a pesquisadora deverá conversar com o/a senhor/a a respeito dos pontos mais importantes, buscando refletir sobre as frases completadas e seus pensamentos sobre elas.

Durante os encontros e as conversas com a pesquisadora, é possível que apareçam desconfortos, constrangimentos, timidez ou preocupações, por tratarem de assuntos íntimos, significativos e muitas vezes difíceis em sua trajetória de vida, ou ainda pela gravação do áudio. Estes sentimentos podem diminuir ao longo das conversas, porém é garantida para o/a senhor/a a imediata interrupção da gravação ou de sua participação na pesquisa, caso seja sua vontade. Vale ainda salientar que a

pesquisadora responsável é psicóloga de formação e poderá auxiliar com suporte emocional caso o/a senhor/a precise, ou até orientar a busca por um serviço especializado de psicologia.

Para esta pesquisa, os seus interesses, pensamentos e desejos são de extrema importância. Por isso, como benefício direto à sua participação, as conversas com a pesquisadora podem proporcionar ricos momentos de reflexão, melhor compreensão sobre os assuntos abordados, novas formas de ver-se e novas posturas diante da vida. Além disso, a partir desta pesquisa pode-se construir uma compreensão mais profunda sobre o funcionamento das subjetividades dos/as usuários/as dos CAPS do Recife, possibilitando contribuir com as crescentes reflexões da Reforma Psiquiátrica no Brasil, seus impactos individuais e sociais, e ainda em contribuições nos campos de estudo da cognição e das narrativas.

A pesquisadora responsável, Raquel Nogueira, e a orientadora desta pesquisa, Profa. Dra. Luciane De Conti, se comprometem em guardar a privacidade das informações coletadas, utilizando-as somente para fins de pesquisas, discussões e publicações acadêmicas, sempre garantindo o sigilo da sua identidade e adotando nomes fictícios. As informações desta pesquisa serão confidenciais e o/a senhor/a não será identificado, a não ser entre a pesquisadora e sua orientadora, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Todas as informações gravadas e conversadas nesta investigação serão vistas e usadas exclusivamente pela pesquisadora e pela orientadora, e serão guardadas banco de dados do Núcleo de Pesquisa em Narrativa, Cultura e Desenvolvimento da UFPE, sob a responsabilidade da orientadora Profa. Dra. Luciane De Conti, com acesso restrito, por um período mínimo de 5 anos, quando serão destruídas.

O/A senhor/a não pagará ou receberá nenhuma quantia para participar desta pesquisa. Caso o/a senhor/a tenha qualquer despesa com transporte e alimentação para participar dos encontros, estas despesas serão assumidas pela pesquisadora. Fica também garantida indenização em casos de danos, caso se comprove por decisão judicial ou extra-judicial que são consequências da participação nesta pesquisa.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o/a senhor/a poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1o Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588, e-mail: cepccs@ufpe.br.

Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO/A

Eu, _____, CPF: _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **Sujeitos “reformados”: um estudo das configurações subjetivas de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Recife/PE**, como voluntário/a. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do/a voluntário/a em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

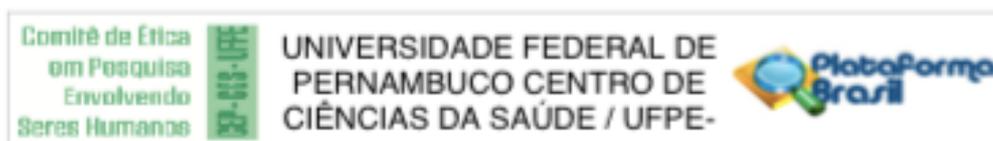
Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICES

APÊNDICE I.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sujeitos "reformados": um estudo das configurações subjetivas de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Recife/PE

Pesquisador: Raquel Cordeiro Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26420213.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 553.861

Data da Relatoria: 12/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as configurações subjetivas construídas pelos usuários da saúde mental a partir de sua trajetória de acompanhamento nos CAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

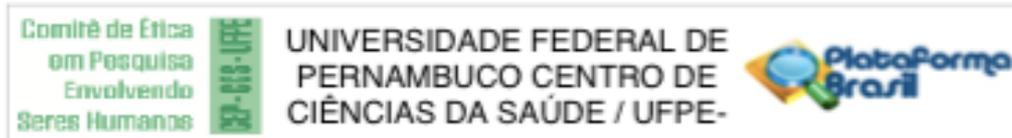
Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa realizará estudos de caso com quatro usuários de CAPS da rede de saúde mental do Recife/PE, a partir da aplicação dos instrumentos da dinâmica conversacional e do complemento de frases. Tais instrumentos propiciarão a construção de informações e narrativas a serem posteriormente analisadas à luz da Teoria da Subjetividade de Gonzáles Rey, do marco da Reforma Psiquiátrica brasileira e das Narrativas de Vida de Bertaux.

Além dos pacientes, participarão da pesquisa as equipes dos CAPS, pois serão úteis para a compreensão do processo de alta e para a indicação de usuários com o perfil desejado.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 553.881

Crêterios de inclusãõ dos pacientes: a) idade superior aos 18 anos; b) concordar em assinar o TCLE; c) haver cursado ou estar cursando pelo menos o ensino fundamental 1 (do 1º ao 5º ano); d) nãõ possuir limitaões fìsicas de comunicaõ oral, de compreensãõ auditiva ou escrita, e) haver recebido alta do acompanhamento por melhora pelo seu CAPS de referêncìa.

Para as equipes das instituiões serãõ selecionados profissionais de CAPS tipo II, responsãveis pelo cuidado de pessoas com transtornos mentais, por esta especialidade jã estar mais consolidada nas prãticas e polìticas pùblicas do que as demais, o que pode ter repercussões nas configuraões subjetivas de seus usuãrios. As equipes multiprofissionais de 4 instituiões foram escolhidas de acordo com os crêterios de: a) uma equipe de CAPS tipo II de cada distrito sanitãrio do municìpio do Recife, na intenõãõ de representã-lo integralmente; b) assentimento da equipe em permitir a participaõãõ da pesquisadora durante cerca de 30min de uma reuniãõ clìnica; c) acordo em firmar, por todos os profissionais da equipe, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (para maiores de 18 anos ou emancipados - Resoluõãõ 466/12).

Consideraões sobre os Termos de apresentaõõ obrigatãria:

Adequados

Recomendaões:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequaões:

Nenhuma

Situaõãõ do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciaõãõ da CONEP:

Nãõ

Consideraões Finais a critêrio do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questãõ e o pesquisador estã autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAõãõ definitiva serã dada, apõs a entrega do relatãrio final, na PLATAFORMA BRASIL, atravê de 'Notificaõãõ' e, apõs apreciaõãõ, serã emitido Parecer Consubstanciado .

Endereõo: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prêdio do CCS
Bairro: Cidade Universitãria **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Municìpio:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br

APÊNDICE II.

Comunicação interna de autorização da Prefeitura do Recife

 PREFEITURA DO RECIFE SECRETARIA DE SAÚDE Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Divisão de Educação na Saúde
CI nº. 033/ 2014 – DES/GFES/SEGTES/SESAU
Recife, 17 de março de 2014.
Prezado/a Senhor/a
<p>Informamos que Raquel Cordeiro Nogueira, pesquisadora do Mestrado em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco - UFRPE, está autorizada, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título “Sujeitos “reformados”: um estudo das configurações subjetivas de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Recife/PE”.</p> <p>Solicitamos ajudamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.</p> <p>Período da coleta de dados: março à julho /2014. Finalização do projeto: janeiro / 2015.</p> <p style="text-align: center;">Cordialmente,</p> <p style="text-align: center;"> Vanessa Santiago Chefe de Setor de Pesquisa e Extensão</p> <p style="text-align: right;">Vanessa Santiago Setor de Pesquisa e Extensão SEGTES/SS/PCR Matrícula nº 87.627-8</p>
Ilm ^a Sr ^a Telma Melo A . G . de Melo Coordenação de Saúde Mental