



**Centro Universitário de Brasília – UniCEUB**

**Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES**

**Curso de Psicologia**

---

**HELLYETE DE FÁTIMA TEIXEIRA**

**UM OLHAR SOBRE O SOFRIMENTO – PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO**

**BRASÍLIA  
2015**

**HELLYETE DE FÁTIMA TEIXEIRA**

**UM OLHAR SOBRE O SOFRIMENTO – PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Psicologia do Centro Universitário de Brasília  
- UniCEUB - como requisito à conclusão do  
curso de Psicologia.

Professora-orientadora – Dra. Tania Inessa  
Martins de Resende

**BRASÍLIA**  
**2015**

**HELLYETE DE FÁTIMA TEIXEIRA**

**UM OLHAR SOBRE O SOFRIMENTO – PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília – UniCEUB - como  
requisito para conclusão de curso de graduação  
em Psicologia da Faculdade de Ciências da  
Educação e da Saúde – FACES.

Professora orientadora – Dra. Tania Inessa  
Martins de Resende

**Brasília, 10 de dezembro de 2015.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende  
Orientadora

---

Professor M.e Frederico Guilherme Ocampo Abreu  
Examinador

---

Dra. Juliana Garcia Pacheco  
Examinadora

*Para minha mãe, meu pai e meus filhos.*

Minha mãe, a primeira professora. Ensinou-me as primeiras letras, talvez todas que conhecia, e me incentivou a prosseguir buscando.

Meu pai, homem da terra e não das letras; não do conhecimento e sim da sabedoria da natureza e da vida, que faz germinar a semente e permite que ela cresça.

Aos meus filhos, o despertar do amor incondicional e o que de melhor aconteceu na minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, força maior que gera e mantém a vida.

Aos meus pais, meu esteio. Trouxeram-me à vida e estiveram presentes orientando e incentivando, com respeito e amor, meus passos.

Aos meus filhos, amor maior, estímulo e força para minha vida e meu crescimento. Presença constante em cada etapa desse projeto tornando mais leve a caminhada.

À minha família, em particular aos meus irmãos, companheiros de vida com quem aprendo, a cada dia, a ser melhor.

Aos meus amigos presenças amorosas que estimularam e deram força na caminhada.

À Ana Maria que me incentivou a iniciar a caminhada para a realização desse sonho.

Ao Marcus que conheci nessa caminhada e que me acompanhou com sua presença, cuidado, amorosidade e apoio até o final.

Às amigas, Kelly, Ana Paula e Claudia pela amizade, dedicação, presença e apoio decisivos.

À Aline querida que, com sua presença amiga e profissionalismo, cuida de mim desde o início.

À Claudia que, dedicada e cuidadosamente, revisou meu trabalho.

À Tania Inessa, minha orientadora, por ter acompanhado a produção desse trabalho com tanta paciência e dedicação.

A todos os usuários do CAPS, que foram os inspiradores deste trabalho e, em especial, para Maria Ariel que, generosamente partilhou sua história que foi parte fundamental.

À equipe de profissionais do CAPS, especialmente à Tatiana, Katarina e Gustavo, profissionais com quem tive mais proximidade e oportunidades de trocar experiências.

A todos os professores, atores imprescindíveis nessa jornada.

Ao INSS, instituição onde trabalho e fui contemplada com bolsa de estudos que muito contribuiu para esta graduação.

Obrigada a todos que me acompanharam nessa caminhada que foi mais leve e melhor ao lado de vocês.

## RESUMO

A importância do diagnóstico na vivência de sofrimento psíquico grave de pessoa que está em acompanhamento no CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial - foi o tema dessa pesquisa. O sofrimento é condição humana, sendo que a intensidade e a forma de lidar com o mesmo é o que difere de uma pessoa para outra. A busca pelo alívio para o mesmo é também uma constante na vida do homem, que, por meio do conhecimento desenvolvido, estabeleceu uma forma de nomear e classificar o sofrimento que passou a ser diagnosticado e tratado como doença. Devido à segregação, dos assim diagnosticados, em manicômios, surgiram movimentos sociais pela desinstitucionalização daquelas pessoas. No Brasil foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como serviço substituto do manicômio, com a proposta de funcionamento sob a ótica psicossocial, porém o cotidiano do serviço objeto da pesquisa apresenta resquícios da lógica biomédica, mesmo que não aparente no discurso expresso, no qual o diagnóstico, ato médico de grande valor na dinâmica hospitalocêntrica, está presente na fala dos usuários e equipe. Visando a uma melhor compreensão do problema, foi realizada uma pesquisa qualitativa, em que buscamos referências bibliográficas que nos ampliaram a visão sobre o sofrimento e sobre diagnóstico, que ilustramos com a narrativa de uma usuária do serviço e com os relatos de experiência vividas em grupos psicoterapêuticos e na convivência em outros espaços daquele serviço. Os dados foram analisados sob a ótica da hermenêutica de profundidade que nos propicia encontrar sentidos evidentes, mas também os subentendidos no fenômeno estudado. Constatamos que o diagnóstico possui diferentes interesses e sentidos para os usuários daquele serviço, a depender do número de crises já ocorridas, de quando iniciaram, e em que idade ocorreu a primeira manifestação. Outro aspecto apresentado é que o diagnóstico é uma resposta para as cobranças externas e internas, relacionadas à capacidade de produção e ingresso no mercado de trabalho, vividas pelos usuários do serviço. Percebemos a importância de estudos que visem a conhecer os diversos aspectos envolvidos em tão complexa tarefa que é o diagnóstico em saúde mental. A forma como é feito, sua influência e conseqüências, bem como o estudo e crítica dos instrumentos utilizados para esse fim, além da importância de estarmos atentos para todos os interesses que envolvem esse ato.

**Palavras-chave: sofrimento; diagnóstico; saúde mental; desinstitucionalização; CAPS.**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
Capítulo 1: SOFRIMENTO: a dor de existir.....	12
1.1. Sofrimento humano: a existência como processo de sofrimento .....	14
1.2. CAPS: estratégia de cuidado.....	20
Capítulo 2: DIAGNÓSTICO: um nome para o sofrimento .....	27
2.1. Diagnóstico – uma visão biomédica.....	31
2.2. Diagnóstico – uma visão psicossocial.....	33
2.3. A respeito do diagnóstico - seus impactos e limitações.....	35
Capítulo 3: METODOLOGIA.....	37
3.1. Procedimentos de Pesquisa .....	39
3.1.1. Análise de dados: Hermenêutica de Profundidade .....	40
Capítulo 4: ANÁLISE: uma experiência .....	42
4.1. Análise sócio-histórica .....	42
4.2. Análise formal .....	47
1ª Categoria: Sofrimento: a dor de existir.....	47
2ª Categoria: Diagnóstico: um registro.....	51
4.3. Interpretação/Reinterpretação .....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
APÊNDICES .....	65
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....	66
APÊNDICE B – Folha de Rosto.....	67
ANEXOS.....	69
ANEXO A – Roteiro para Construção de Narrativas .....	70

## INTRODUÇÃO

O meu desejo de voltar um olhar sobre o sofrimento humano, mais especificamente refletindo sobre o sofrimento psíquico grave vivenciado por usuários do serviço dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e sua relação com o diagnóstico, surgiu quando iniciei meu estágio específico no campo de saúde mental, no qual pude conhecer de perto essa realidade. A graduação em Psicologia do Centro Universitário UniCEUB me trouxe muito aprendizado e experiências que mudaram minha forma de pensar a vida, porém o contato com o serviço de saúde mental, com as pessoas com quem ali convivi e as relações advindas do contato com as pessoas que utilizam o serviço, familiares, equipe de profissionais, estagiários que compartilharam da mesma experiência fez toda diferença na minha visão do que é saúde mental e da importância do curso que eu estava prestes a concluir.

Não foi uma escolha fácil, pois o campo da saúde mental é um universo muito amplo, complexo e fascinante para se delimitar algum aspecto para explorar. A escolha recaiu sobre o sofrimento e diagnóstico por perceber o conflito, que envolvia várias das pessoas que ali procuravam ajuda, por não entenderem bem o que sentiam, o que queria dizer aquele nome do que diziam que eles sofriam e, muitas vezes, porque percebi que sofrimento para eles estava para além do diagnóstico recebido. Na maioria das vezes era a dificuldade de lidar com as situações da vida cotidiana, que se acentuava com os efeitos dos medicamentos que utilizavam, e a angústia por não entenderem para que tomavam tais medicamentos e em que isso melhoraria suas vidas junto à família, além do desejo de voltarem ao trabalho.

Embora o sofrimento seja uma vivência uníssona no ser humano, cada indivíduo a percebe de forma peculiar, o que faz muitas vezes com que se considere o sofrimento do outro como insignificante diante do próprio sofrimento, o que ocasiona, muitas vezes, desconsiderar o “aspecto pessoal e intransferível do sofrimento psíquico” diante de todo conflito que este traz para o grupo no qual ele acontece (LOBOSQUE, 2001, p. 41).

Nesse sentido, sofrimento e loucura são dois conceitos que para a maioria das pessoas se apresentam sob exclusiva negatividade. Talvez porque o sofrimento é visto como a parte da vida que parece difícil, que não está ligada com o prazer, e a loucura porque nos leva a entrar em contato com a falta de controle, com o descabimento (DANIEL; SOUZA, 2006; LOBOSQUE, 2001).

Em se tratando de diagnóstico, Tenório (2000) nos diz que o “sentido do sintoma ligado à experiência do sujeito fundamentou a psicanálise quando os sintomas das histéricas



receberam um sentido ligado ao desejo e que, a ação terapêutica deve incidir sobre a relação do sujeito com seu sofrimento, seu sintoma e, em última análise, com seu ato” (p. 85).

A visão médica, expressa pela psiquiatria, especialidade médica responsável pelas questões do sofrimento psíquico, oferece-nos a seguinte definição e função do diagnóstico:

O termo diagnóstico significa reconhecimento do todo através de suas partes. *Dia* significa separar uma parte da outra; *gnosis* significa reconhecimento, conhecimento, percepção. O ato de diagnóstico é o ato de ver através dos elementos que compõem a unidade subjacente, envolvendo os processos de análise e síntese... **a identificação de um transtorno é a função do diagnóstico**” (NETO; ANDRADE; FILHO, 1995, p. 23, grifo nosso).

Considerando o diagnóstico um instrumento da medicina, que segundo Foucault (1989) se constituiu como uma estratégia de uso dos corpos para o controle da vida, propomos uma reflexão sobre sua presença e influência nos serviços de saúde mental, referenciado no paradigma psicossocial em contraposição ao modelo médico ligado ao paradigma hospitalocêntrico e, portanto, asilar.

Assim, objetivamos, nesse estudo, analisar o impacto do diagnóstico na experiência do sofrimento psíquico do usuário de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Visando a alcançar tal objetivo, iremos caracterizar o diagnóstico no campo da saúde mental, discutir a mudança paradigmática do modelo biomédico para o psicossocial e a presença dos dois no mesmo serviço, além de caracterizar o impacto do diagnóstico na vivência do sofrimento, a partir do olhar do usuário.

No intento de cumprir o acima exposto, subdividiremos o trabalho em 04 capítulos.

O primeiro tratará da parte teórica, na qual serão abordadas algumas visões sobre o sofrimento humano em suas intensidades e manifestações e o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS como espaço de cuidado do sofrimento.

No Capítulo 02, faremos uma visita ao tema “diagnóstico”, seu conceito, sua origem e importância, na tentativa de entender sua influência na vida dos usuários dos serviços de saúde sustentados no paradigma Psicossocial.

O Capítulo 03 constará da metodologia utilizada para coletar os dados da pesquisa, ou seja, as narrativas de dois usuários do serviço. Segundo Lira; Catrib; Nations (2003) a narrativa é um caminho para transpor o limiar do vivido pela pessoa e de como ela significa os acontecimentos cotidianos, propiciando alcançar os processos de saúde/doença.

Será apresentada no capítulo 04 a análise das informações qualitativas dos dados, para a qual utilizaremos a Hermenêutica da Profundidade proposta por Thompson, revista por

Demo (2001), a qual nos permite uma análise do objeto de estudo proposto por meio da narrativa de uma usuária do CAPS e do relato da experiência no estágio da pesquisadora, naquele espaço. Finalizando, apresentaremos as considerações finais, nas quais constarão conclusões do estudo.

Considerando a breve visão a respeito dos temas que nos propomos explorar, apresentamos como objetivo deste trabalho ilustrar a influência do diagnóstico no processo de tratamento do sofrimento psíquico grave, através do olhar de uma pessoa que se encontra nessa condição, que foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - objetivando receber o suporte de que precisa para se reabilitar e dar continuidade à vida fora daquele espaço.

O CAPS é um dos dispositivos da política nacional de saúde mental, inspirado no paradigma da atenção psicossocial, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, cuja clínica visa a desinstitucionalização, autonomia, reinserção social dos usuários daqueles serviços e reabilitação para a vida (LOBOSQUE, 2003). No entanto, a influência do antigo modelo ainda se faz notar quando percebemos naquele ambiente a forte presença do diagnóstico, nos moldes do modelo biomédico, que muitas vezes entra em oposição com sua proposta, impedindo o que Goulart (2013, p. 46) com muita propriedade nos diz:

... que a pessoa atendida se torna sujeito de seu próprio tratamento nos momentos em que ela se coloca de forma ativa, não se submetendo ao rótulo de seu diagnóstico, nem assumindo uma posição passiva com relação aos preceitos técnicos a serem cumpridos neste processo. Assim, ela se torna mais potente na criação de alternativas para seu desenvolvimento, produzindo novas possibilidades que não engessam o seu campo de ação no mundo.

Percebemos que a importância dada ao diagnóstico faz com que a presença ou a falta dele afete os usuários, ou porque o aceitam ou porque o questionam. E muitas vezes, o sofrimento expresso por eles não é o diagnóstico em si, mas a consequência dele na vivência cotidiana desses mesmos usuários, isto é, a dificuldade de se manter por não conseguirem um trabalho, ou de se manter trabalhando por muito tempo, ou ainda de lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos ou com a exclusão, a discriminação, o preconceito e a impotência diante desses fatores, sem terem alguém que dê credibilidade à sua capacidade que está para além da limitação do diagnóstico. Assim, “faz-se necessário que os usuários passem a compreender a doença ou os sintomas como um problema, como uma experiência que exige crítica e reflexão, vivenciado-a como resultante de uma série de determinações que podem ser acessíveis a seu conhecimento” (BEZERRA JÚNIOR, 2001 apud SEVERO; DIMENSTEIN, 2009, p. 63).

Neste sentido e visando a aprofundar o entendimento sobre o exposto, serão feitas entrevistas narrativas com um usuário do CAPS, no intuito de dar-lhe voz, confrontando o discurso diagnóstico oficial e a vivência do sujeito desse discurso, o que traz uma relevância não só científica como social, além de clínica, se pensarmos que a clínica do CAPS visa justamente à autonomia, à inserção social e ao empoderamento do sujeito, e que a presença do diagnóstico, característico do modelo biomédico, muitas vezes vai de encontro à proposta do CAPS e à vivência do sujeito.

Tanto os objetivos como a metodologia a ser aplicada caracterizam a relevância social, uma vez que buscam refletir sobre o cuidado com o usuário do CAPS procurando contribuir para uma nova visão sobre o sofrimento psíquico grave, visando a voltar um olhar para os processos de subjetivação.

Brant e Minayo-Gomez (2004) falam da distinção sobre a forma de manifestação do sofrimento para cada indivíduo, uma vez que o que se constitui sofrimento para uns pode ser diferente para outros. Para ele “o sofrimento tem uma importante função na construção do sujeito uma vez que a memória do sofrimento é o elemento capaz de implicar o ser na preservação da vida” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 215) e apresenta esclarecimentos sobre os conceitos de sofrimento e dor.

Do ponto de vista conceitual, sofrimento e dor não se confundem, mas também não se distinguem com facilidade, da mesma forma que não se pode separar a frente e o verso de uma folha de papel. O que não nos autoriza afirmar a existência de uma relação de complementaridade entre eles. Na realidade, há um estreito e tênue limite entre os dois termos que estaria relacionado com um esgarçamento etimológico e semântico, como muito apropriadamente observa Marquez (1994). Fruto de uma visão dicotômica, a palavra sofrimento tem sido associada ao psiquismo, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo. Tanto é que diante da afirmação “estou com dor” a pergunta imediata é: onde?

Brant e Minayo-Gomez (2004) falam também da transformação do sofrimento em doença na sociedade industrial, quando inicialmente se buscou o controle do corpo, em seguida do pensamento, da criação e das manifestações de sofrimento, para uma melhor produção. Para ele, a medicina científica transforma o sujeito em paciente ao desconsiderar que seu sofrimento interfere na identificação da doença, que passa a ser identificada pelo sintoma que se alojava no corpo. Assim, o sofrimento do sujeito, que o capacitava para lidar com os conflitos da vida, é desconsiderado e a substituição das práticas populares pela medicina ocidental impede que o sujeito construa sua forma de lidar com o sofrimento, o que leva a representá-lo como perturbação mental ou desequilíbrio.

## Capítulo 1: SOFRIMENTO: A dor de existir

*“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é...”  
(Caetano Veloso, 1986).*

O sofrimento como condição humana é um tema que necessita ser explorado, visando a ampliar o conhecimento do ser humano em profundidade, porque, na verdade, apesar de todos conviverem com essa experiência, uns de forma mais intensa, outros nem tanto, poucos se dispõem a se aproximar, isto é, se aprofundar no tema por temerem empreender uma viagem que os levarão ao seu próprio sofrimento, trazendo assim infortúnios, incômodos, desconfortos - no nosso entendimento. O tema exige um olhar sobre o ser humano como um todo e sobre as complexas relações que estabelece na vida (LEAL; DELGADO, 2007)

Consultando alguns dicionários, percebemos que o significado de sofrimento é marcado pela dicotomia corpo/mente, ou seja, há uma distinção do que é o sofrimento que pode ser identificado como do corpo e o que é vivido de forma subjetiva. Vejamos: dor física ou moral; padecimento, amargura; desgraça, desastre; (DICIONÁRIO ONLINE, 2015); prejuízos, decair, tristeza, angústia (DICIONÁRIO INFORMAL, 2015).

Pois bem, a filosofia nietzschiana, na obra “A Gaia Ciência”, diz que “talvez nada diferencia tanto os homens e as épocas como o grau diverso de conhecimento que eles têm da aflição, tanto da alma como do corpo” (NIETZSCHE, 1882/2001, p. 88). Segundo Nietzsche, houve época em que, para sobreviver, um homem infringia a si mesmo uma série de exercícios de dor física, visando a se fortalecer para passar pelos sofrimentos da vida sem se deixar destruir. Se reportar a uma dor física como parâmetro para as aflições que afetam a alma, por quem não tem uma experiência própria, para o autor, se torna um problema, uma vez que não há comparação física para as dores que afetam a alma.

Nietzsche nos fala de sua necessidade de lidar com a doença durante sua vida e critica a dificuldade do homem de conviver com o sofrimento, de reconhecer a dor como inimiga, fazendo de qualquer pequeno sofrimento um peso demasiado para a existência. Indica aflição como remédio para os adeptos de “filosofias pessimistas”, para as pessoas com excessiva sensibilidade para o sofrimento e, também, para os jovens que buscam fora de si um impulso que os levem à ação, para que não precisem viver e repetir a felicidade ou infelicidade dos outros (NIETZSCHE, 1882/2001; FORTES, 2014).

Mais, e ainda como Nietzsche (1888/2001, p. 23) relata, em sua autobiografia, que nos momentos de maior fragilidade optou pelo otimismo e negou qualquer possibilidade de

desânimo e viveu sem fugir do sofrimento, o que o levou à “tresvaloração dos valores” e deixou-nos a máxima: “o que não o mata o fortalece”. Podemos refletir, no entanto, qual é o limite para o sofrimento, considerando que, pelo que a história nos revela, Nietzsche veio a falecer no auge de uma crise nervosa. .

E agora refletindo as palavras de Freud (1929/2010, p. 60), “a vida, tal como nos é imposta, é muito árdua para nós, nos traz muitas dores, decepções e tarefas insolúveis”, percebemos a visão do sofrimento como inerente ao ato de viver. Segundo o autor, a força para suportar tal tarefa é o que o homem busca na questão do propósito e finalidade da vida humana, isto é, a busca e permanência no estado que se chama felicidade, a aspiração humana mais ansiada que seria alcançada, se de forma positiva, com “a vivência de sensações intensas de prazer” (p. 62). Segundo sua teoria, o princípio do prazer, que comandava o psiquismo, antes de qualquer noção do mundo externo, seria a resposta para essa busca, porém a condição humana é incompatível com a aspiração de felicidade plena e constante.

Essa sensação que faz com que o ser humano se sinta em unidade com o ambiente e gera um sentimento de completude, denominada por Freud de princípio do prazer, pode ser o estado de felicidade ansiado pelo “eu próprio do adulto” (p.45). A ânsia por tal estado faz com que sofra, uma vez que a capacidade de felicidade plena encontra-se restrita pela constituição humana, pois, o psiquismo, que inicialmente era comandado pelo princípio do prazer, passa a ser apenas “um resíduo minguado de um sentimento de grande abrangência”, após a ruptura com o mundo exterior (FREUD, 1856-1939, p. 48).

Já Fortes (2014), ao analisar o sofrimento humano, se referenciando nos pensamentos de Nietzsche e Freud, visa a desconstruir a visão de sofrimento como mal – apenas negativo - e apresentar seu lado de força. Segundo a autora, a obra de Nietzsche destaca o tema sofrimento e conceitua a dor, que é naturalmente associada a sofrimento, como algo distinto de ruim e a vê como intrinsecamente ligada à alegria, concluindo que, na visão nietzschiana, a dor é um caminho para o fortalecimento do homem. Quando analisa as obras de Freud apresenta o sofrimento como desamparo, pois, segundo o autor, o tratamento psicanalítico retiraria “o sujeito da miséria neurótica para inseri-lo na miséria comum” (FORTES, 2014, p.4), o que coaduna com o pensamento nietzschiano de que a dor pode ser um caminho para o fortalecimento do homem. O processo analítico seria, por assim dizer, uma volta ao passado para revisitar a dor original e voltar fortalecido, dando um novo sentido a ela.

Segundo Costa (2013), é comum em nossa cultura caracterizar e classificar os sentimentos em bons e maus. Essa forma dual de ver a vida leva as pessoas à tentativa de abolir de suas vidas características que sejam constituintes de sua forma de ser no mundo. O

sofrimento é um desses sentimentos que se tenta descartar a todo custo, sem muita reflexão, pois está associado a outras características indesejadas como fraqueza e inferioridade, reflexão apresentada também por Fortes (2014) ao analisar o pensamento nietzschiano acima. Porém há que se pensar que um sofrimento descomunal pode até levar a uma inviabilização do existir. Nesse viés, refletir o próprio sofrimento é estabelecer e conhecer seu sentido, sua validade e o porquê de estar acontecendo.

Para Costa (2014), o sofrimento “é algo inerente a todo ser humano que se constrói e é expresso nas relações; que demanda delimitação em cada particularidade e é simbolizado de forma diferente em cada sujeito” (p. 40), considerando que cada pessoa tem uma história de vida única. É algo que revela a nossa forma de experimentar a vida e se manifesta nas formas de sentimentos como solidão, angústia, abandono e mágoa que advém de múltiplas causas, intrínsecas à “essência do ser humano” (p.25). Foi largamente explorado, por distintas áreas do conhecimento, porém no intuito de solucionar, e não de refletir sua finalidade e a melhor forma de lidar com ele (COSTA, 2014).

### **1.1. Sofrimento Humano: a existência como processo de sofrimento**

“... existir, a que será que se destina...”  
(Caetano Veloso)

A etimologia da palavra sofrimento nos é apresentada por Costa (2014) como oriunda do grego *pherein* e do latim *suffero*, e significa “resignação, tolerância” e habitualmente é igualado à dor que deriva do verbo *dolere* cujo significado é sofrer (MARTY, 2004, apud COSTA, 2014, p. 27) e que, apesar de se complementarem, são coisas distintas. Sofrimento e dor são diferentes, mas se confundem às vezes e, no aspecto da compreensão e distinção, a semiologia se torna necessária. Cita, concordando com Ricouer, que “reserva o termo *dor* para os afetos sentidos como localizados dentro dos órgãos particulares do corpo ou no corpo inteiro, e o termo *sofrimento* aos afetos abertos sobre a reflexividade, a linguagem, a relação a si, a relação ao outro, a relação ao sentido, ao questionamento” (p.27). Porém alerta para o fato de que dificilmente se presencia um sofrimento psíquico sem que haja um mínimo de somatização, o que explica as expressões do senso comum como “dor por uma perda” e “sofrimento por uma dor de dente”. Assim fica caracterizada a distinção entre dor e sofrimento em duas semiologias distintas, mas que, em diversas situações, são usadas como sinônimas.

Para Freud (1921/2010), o sofrimento humano origina-se de três fontes, quais sejam:

a partir do próprio corpo, que, destinado à ruína e à dissolução, também não pode prescindir da dor e do medo como sinais de alarme; a partir do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças superiores, implacáveis e destrutivas, e, por fim, da relações com os outros seres humanos. O sofrimento que provém desta última fonte talvez seja sentido de modo mais doloroso que qualquer outro; tendemos a considerá-lo como um ingrediente de certo modo supérfluo, embora não seja menos fatalmente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes (FREUD, 1921/2010, p.63).

Assim Costa (2014) também o divide em eixos, o primeiro se dá na relação “eu-outro”, o segundo na relação “agir-sofrer” e o terceiro eixo proposto que trata do questionamento, expresso ou não, no “por que” do sofrimento nesse momento e nessa situação. Daí surge a possibilidade de que o sofrimento desperte uma reflexão que levará a uma aprendizagem (ENRIQUEZ, 1999, apud COSTA, 2014, p. 61).

As possibilidades apresentadas acima nos apontam como denominador comum as relações. Em que pese sermos considerados seres de relações, da cultura, o fato de estarmos em contato com o outro se apresenta como um dos motivos de maior conflito e sofrimento. Refletindo ainda sobre as relações, uma questão que surge quando da crise gerada por um sofrimento psíquico grave é a interrupção do contato com o outro, seja pela dificuldade de se comunicar coerentemente, pelo isolamento e até mesmo por estar em vivências que não são compreendidas pelos demais.

Segundo Costa (2014), o sofrimento é uma condição democrática, pois afeta todos os seres humanos, diferenciando-se na forma e na intensidade em que é vivido e em como afeta cada um. Permeia nossas questões fundamentais, como a busca de cada um pela sua origem primordial, o seu papel na vida e a finalidade dela, ou seja, está presente na angústia da busca pelo sentido da vida que, conforme discutimos anteriormente em Freud, seria o encontro com a felicidade.

Porém, para Costa (2014), o inconformismo com a condição do sofrimento como condição humana, e a dificuldade de conviver com ele, conduziu a uma busca por uma causa e tratamento, como se ele fosse um inimigo e, em que pese as diferentes alternativas dadas para sua compreensão, muita insatisfação nesse propósito povoa os estudos desse fenômeno, pois apesar de ser uma experiência conhecida por todos, sua expressão ou descrição exata é difícil, senão, algumas vezes, impossível. Além de que é uma experiência única, individual, por envolver componente físico e emocional particulares (NIETZSCHE, 1844-1900); COSTA, 2014).

A tendência individualista do modo de vida atual, no qual a eficiência e a competição são palavras de ordem, leva-nos a evitar olhar para o próprio sofrimento como uma estratégia.

Esse artifício, porém, pode gerar ainda um transtorno maior, pois dizer que não existe ou disfarçar nosso sofrimento não fará com que ele desapareça. Segundo Fortes, “negar o sofrimento conduz a exarcebá-lo: a dor excluída é também fonte de dor” (FORTES, 2012, p.29) e sugere que acolher é uma forma de lidar com tal realidade. Se pensarmos que, desde o nascimento, a existência do ser humano está ligada à dependência, o individualismo nos destina ao sofrimento, pois ela é total no início da vida e prossegue até o final, mesmo que em menor escala. Assim, as relações que travamos no decorrer da vida são povoadas pela presença de distintos dissabores como doenças, perdas, indiferença, solidão, desrespeito, desaprovação, etc., com o que temos que aprender a lidar e superar (COSTA, 2014).

Costa (2014) adota a definição de sofrimento psíquico como fenômeno humano que ocorre entre corpo e o psiquismo, e vê o sofrimento psíquico grave como “toda manifestação aguda da angústia humana que não é, ou não tem sido, bem compreendida, explicando-o como: *sofrimento* algo essencial do humano, *psíquico* que não é só da ordem do orgânico e *grave* para enfatizar a sua intensidade e, em geral, de difícil manejo comum” (p. 60). Assim, sofrimento psíquico grave remete “a toda manifestação aguda da angústia humana” (COSTA, 2013, p.59).

Também Vasconcelos (2006), fazendo alusão a Nietzsche, denomina de “demasiado humano” a experiência de eventos tais como “crises existenciais radicais” (p.15) que geram profundo sofrimento. Destaca o autor que as experiências como “pesadelos, angústia, ansiedade, depressão, euforia, ou alguns dos diversos sintomas corporais de origem psicológica” ocorrerão de forma mais intensa e duradoura na vida de algumas pessoas, tornando seu cotidiano mais difícil e exigindo uma luta para lá de “demasiadamente humana” (p.16) para superar a experiência em si e os transtornos advindos com a mesma (VASCONCELOS, 2006).

“A crise é a vida dando um toque” (COSTA, 2013, p. 33), afirmação que nos leva a refletir se sofrimento então seria a reação de cada um à crise. Na crise, o sofrimento é desvelado de forma surpreendente e incompreensível para alguns, e pode ser vista como o ápice da desordem e um ponto de partida para uma reorganização, porém, nenhuma vida pode ser reduzida à crise uma vez que ela é real, universal e, portanto, qualquer um está passível de ser atingido por ela. Significa com isso dizer que somos seres de crise e de sofrimento, uma vez que somos sistemas vivos e, portanto, em constante processo, o que implica em movimento, desequilíbrio e reequilíbrio constante, o que gera crise e sofrimento por sermos seres paradoxais, considerando a necessidade humana de estabilidade e controle.



Desta forma, o sofrimento psíquico grave mostra aquilo que é inédito no homem, algo de inesperado, surpreendente e estranho. É surpreendente, pois ao mesmo tempo em que se identifica e percebe o fio tênue entre a possibilidade de se viver ou não tal experiência, surge o conflito e o temor de que aconteça. Remete-nos à noção de crise como sendo “um momento de ruptura ou uma mudança de cursos, além de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa” (COSTA, 2006, apud COSTA 2013, p. 41).

Conforme dito até então, podemos pensar que o sofrimento faz parte da existência humana, pode ser positivamente encarado como caminho para o crescimento e ocorre, principalmente, nos conflitos advindos das relações. O problema, segundo Basaglia (1979), é que para se viver o sofrimento existencial há que se resolver o sofrimento da sobrevivência, que é uma questão social.

O sofrimento humano é algo que não se pode eliminar. Está na vida, está no homem, é uma condição do homem. O problema da vida é a contradição entre o que é a organização social e a dor que se expressa em cada um de nós. O problema é que, para os que podem sobreviver economicamente, existe também a possibilidade de exprimir a dor, de poder se expressar subjetivamente, porque expressar um sofrimento existencial é se expressar subjetivamente. Quem não tem condições econômicas para sobreviver, não pode se expressar de maneira alguma, não conhece o sofrimento existencial, mas somente o sofrimento da sobrevivência, não havendo assim a possibilidade de expressar a contradição e o antagonismo (BASAGLIA, 1979, p. 37/38).

Basaglia (1979), na citação acima, acrescenta às questões do sofrimento humano a coexistência das contradições existentes entre as necessidades pessoais e as necessidades da organização social do mundo industrial. No conflito entre estas necessidades, voltamos à questão da importância das relações, apresentadas por Freud (1930) e Costa (2014). A institucionalização afeta diretamente esse aspecto, o relacionamento, uma vez que priva o sujeito da convivência familiar e social.

Popularmente costuma-se ver relacionamento e convivência apenas pelo prisma das emoções humanas consideradas “boas”, considerando a forma dicotômica de bem e mal que subjaz nossa cultura. Portanto há que se considerar, em todas as relações e situações de convivência, as demais emoções que geram conflito e que tentamos a todo custo evitar por não serem bem aceitas culturalmente como do “bem”, porque os conflitos estão para as relações assim como o sofrimento para o humano, conforme nos alerta Nishikawa (2012),

tanto os momentos de harmonia, alegria e conforto, quanto os momentos de intrigas e conflitos constituem a convivência. Tentar negar e apaziguar tais conflitos em busca de um conforto situacional pode significar uma regressão ao modelo

repressivo e excludente dos manicômios, cuja ação é voltada para se atingir a adaptação passiva do sujeito às normas institucionais e da ordem social (NISHIKAWA, 2012, p.44).

Szasz (1971/1984) discorre sobre o sofrimento psíquico levantando as questões da opressão ao sujeito que vive experiência de eventos, tais como “crises existenciais radicais” (VASCONCELOS, 2006, p.15), ou como toda manifestação aguda da angústia humana (COSTA, 2014) e faz uma crítica à forma como as pessoas com tal sofrimento são tratadas. Em seus argumentos compara a psiquiatria e a loucura com a Inquisição e a bruxaria na Idade Média e, ao longo de sua obra, tece paralelos entre as duas situações. Para o autor,

a feitiçaria e a doença mental são conceitos imprecisos e excessivamente abrangentes, livremente adaptáveis a quaisquer usos que deles queiram fazer o sacerdote ou o médico (ou o “diagnosticador” leigo) ... e que o conceito de doença mental serve, no mundo contemporâneo, à mesma função social que tinha o conceito de feitiçaria no fim da idade média (SZASZ, 1971/1984, p.19).

Segundo Szasz (1971/1984), há uma ideologia da intolerância que justifica que alguns, considerados “normais”, sobrepujem os direitos de outros considerados “doentes mentais”, tratando-os como inferiores e incapazes de decidirem o que é melhor para eles. Coloca-os sob a tutela da família ou do Estado, utilizando-se de métodos arbitrários, contra as suas vontades, chegando ao encarceramento em hospitais psiquiátricos. Para o autor, essa ideologia está a serviço de uma moral que justifica inclusive o rompimento da “ética médica” que, no lugar de dar aos pacientes um tratamento que os beneficiem, quando eles o desejarem, encerram-nos e os medicalizam contra sua vontade (SZASZ, 1971/1984).

Afirma ainda que o conceito de doença mental ou insanidade subjuga os considerados insanos, tirando deles quaisquer possibilidades de questionamento, uma vez que o primeiro princípio para comprovar o mal que se abate sobre eles é a negativa de que não são “loucos”. Assim, a não admissão os tornam reféns de tratamento e descréditos diante de todos e a aceitação os deixam na mesma condição. Uma vez levantada a suspeita, a pessoa não consegue mais se livrar do que pensam ser melhor para ela, pois deixa de ter credibilidade. Assim perde o direito de querer ou não ser tratada e lhe são infringidos a reclusão e afastamento social como uma pena mais leve se comparada à condenação à morte dada aos considerados heréticos na época da inquisição (SZASZ, 1971/1984). Nesse sentido citamos Basaglia (1985, p.108) que, referindo-se à condição do doente mental na Itália, diz que “ele é o único doente que não tem direito de ser doente porque é definido como perigoso para si mesmo e para os outros, e causa de escândalo público”.

Não se pode negar a importância das conquistas da ciência com base empírica, porém sabemos que a cultura de um certo modo de fazer ciência, ao acreditar apenas no que é visível e palpável, aponta justamente para os limites dessa ciência. A negação ou não aceitação de algo não é prova de que não exista, aliás, não seria esta uma premissa da ciência: provar para poder aceitar ou negar? Szasz assim o coloca:

Afirmar que a feitiçaria e as feiticeiras não existiam não significa, evidentemente, que não existisse a conduta pessoal exibida pelas supostas feiticeiras ou as perturbações sociais que lhes eram atribuídas... afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos (SZASZ, 1971/1984, p.20/21).

Segundo Szasz (1971/1984), a figura do doente mental é uma criação que atende importantes necessidades sociais e também econômicas, se considerarmos o contexto capitalista, no qual a doença se tornou um mercado promissor tanto para investimento em pesquisas de medicamentos como de tecnologia para identificação de novas doenças, e que,

O fundamental é que esses doentes mentais não escolhem o papel de doente mental; são definidos e tratados como doentes mentais contra sua vontade; em resumo, esse papel é atribuído a eles. No que se refere aos acusados de doença mental, prefeririam, se o pudessem, ser esquecidos pelos defensores do poder Médico e do Estado (SZASZ, 1971/1984, p. 21).

Hoje podemos refletir se a questão do assujeitamento da pessoa com sofrimento psíquico grave se agravou com a promessa assistencial a tais pessoas que, para conseguir ajuda do Estado, buscam permanecer e até acentuar sua condição, dificultando o investimento de formas de cuidado e incentivo à reinserção social. Exemplo disso é o fato de que, no Brasil, não se permite a manutenção de benefício assistencial para os participantes de cooperativas sociais para produção de renda. Assim, diante da instabilidade e descrédito em que vivem, os usuários são mantidos reféns de um sistema que os mantém na condição de doentes, improdutivos, por divergirem, em sua capacidade produtiva, dos demais trabalhadores (SZASZ, 1971/1984).

Szasz (1971/1984) alerta para o caráter violento, tanto da psiquiatria como da sociedade, para com a saúde mental. O temor da loucura surge como sintoma de uma sociedade que acredita numa liberdade conquistada com o sacrifício do diferente e com a crença de que tudo pode ser resolvido, solucionado, com palavras de ordem, medicamentos, exclusão do doente mental e emprego de dinheiro no combate à doença mental. Convida a repensar se a doença mental não virá a ter o mesmo fim da bruxaria, ou seja, tornar-se um

mito, e propõe um novo olhar sobre a saúde mental que pode vir a ser gerador de uma forma mais humana de cuidado.

## **1.2. CAPS: estratégia de cuidado**

Em toda história do ser humano o sofrimento está presente e é vivenciado com maior ou menor intensidade por cada pessoa. Quando ele acontece de forma por demais insuportável para ser vivido só, torna-se necessário que a pessoa com tal desconforto seja acolhida e que ela receba ajuda para passar por tal experiência. Por um longo e doloroso período da história, os hospícios públicos eram a solução dada para essas pessoas e o afastamento do convívio social e a internação em hospitais, onde viviam confinadas e isoladas de qualquer convívio que não a dos profissionais que ali trabalhavam, era a solução dada. A família foi considerada incapaz de dar os cuidados que a pessoa necessitava e o convívio dessas com os demais meios foi considerado inviável. Desde o século XIX foram rotuladas como doentes mentais, incapazes de conduzir a própria vida e, portanto, não merecedoras de credibilidade (BRANT; MINAYO, 2003). Registramos aqui que, segundo Lobosque (2001), a partir da década de 60 houve no Brasil um significativo aumento dessas instituições, de caráter privado e ligados ao poder público.

Esse modelo de cuidado visava conhecer a “doença” que acometia essas pessoas, medicá-las e afastá-las dos demais, considerando-as pessoas que ofereciam riscos para si e para os outros. Não podemos deixar de verter um olhar para a influência do desenvolvimento da medicina que, para estabelecer como inquestionável a autoridade médica, neutralizou as práticas populares de cuidado da saúde, tomando para si e afastando da família o membro diferente que passou a ser considerado doente (BRANT; MINAYO, 2003).

Os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS - são os dispositivos da atual política nacional de saúde mental, inspirado no paradigma da atenção psicossocial, criados como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, responsáveis pelo acolhimento da pessoa com sofrimento psíquico grave. Sua clínica visa a desinstitucionalização, autonomia, reinserção social dos usuários daqueles serviços e reabilitação para a vida (LOBOSQUE, 2003).

Criados a partir de conquistas da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira, os CAPS tem como objetivo fazer oposição ao modelo hospitalocêntrico e oferecer um tratamento mais humanizado aos usuários (portadores de sofrimento psíquico grave), com

o envolvimento da família (LOBOSQUE, 2003), o que irá inverter a lógica instituída anteriormente.

Nesse sentido, a criação e implantação de um CAPS é uma conquista de grande alcance, pois muitas pessoas viveram, e vivem confinadas e sofrendo maus tratos em nome de “cuidado” em hospitais psiquiátricos e manicômios. Então, o CAPS constitui a possibilidade do resgate dos papéis sociais, fundamentais para o processo de subjetivação que foram subtraídos das pessoas com sofrimento psíquico, internadas e isoladas. Ali podem conviver socialmente e perceber sua singularidade e, ao mesmo tempo, a semelhança com outros que têm experiências parecidas com as suas. Essa troca de experiências resgatará a vivência do papel de cidadão, do qual elas foram despojadas quando da institucionalização. É também o lugar onde se permite expressar o sofrimento singular do sujeito que é nomeado pelo diagnóstico (NISHIKAWA, 2012).

O CAPS, enquanto lugar de passagem de distintas subjetividades, torna-se o espaço próprio para a convivência (LOBOSQUE, 2001), onde o profissional tem o papel de intermediador, de cuidador e não do responsável pelo bem estar do outro, que sempre lhe foi imposto pela dinâmica do modelo psiquiátrico tradicional (BASAGLIA, 1985).

Faz-se necessário esclarecer que a reforma psiquiátrica brasileira e a política nacional de saúde mental encontra-se amparada legalmente na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 e têm como fim último promoverem a desospitalização por meio da redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos em contraposição ao acréscimo de vagas em hospitais gerais, junto à construção dos CAPS, do serviço de residências terapêuticas, serviços ambulatoriais, bem como a idealização de programas de governo para garantia dos direitos dos usuários (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2001).

Desta forma, o CAPS, como local substitutivo ao manicômio, torna-se um lugar de acolhimento do sofrimento psíquico grave, lugar onde os usuários vão em busca de tratamento e acolhimento para a sua dor, ou de explicação pela falta de compreensão sobre sua forma de ser. Nesse espaço, o usuário tem oportunidade de expressar sua vivência, de ouvir experiências dos outros usuários com os quais se identifica ou não, para que, segundo Lobosque, “construam como possível uma explicação, um quebra cabeças ou uma resposta para as estranhas coisas que vivem” (LOBOSQUE, 2001, p. 42).

Neste sentido, “dar voz” ao sujeito para falar do seu sofrimento, não se limitando ao diagnóstico, é uma forma de empoderá-lo e torna-se uma ação concreta que poderá contribuir para a promoção de ações que favoreçam os usuários no desenvolvimento de projetos de vida, um dos objetivos dos serviços substitutivos em saúde mental, considerando o paradigma da

atenção psicossocial. Neste sentido, Vasconcelos (2006) menciona a importância dos novos medicamentos para a recuperação, porém acentua que:

o que efetivamente tem mudado as perspectivas de recuperação em saúde mental desde meados do século vinte tem sido as novas abordagens de reabilitação psicossocial e os novos serviços em ambientes abertos, nos quais os usuários são estimulados a reinventar uma vida ativa e participativa na comunidade em que vivem (VASCONCELOS, 2006, p. 10).

O autor cita ainda a importância dos relatos da experiência e do processo de superação, em primeira pessoa, pelo portador de sofrimento psíquico como uma forma de assumir o controle do que sente e assim encontrar um caminho para si, tendo em conta suas possibilidades ou impossibilidades. Por meio dos relatos, oportunidades antes desconsideradas, tais como constituir família e ter uma profissão, passam a ser vistas como possíveis, além de que, no processo de construção da narrativa, aspectos que não eram percebidos e não valorizados de sua experiência podem se evidenciar, e se tornar estímulo para o desenvolvimento de novos projetos de vida (VASCONCELOS, 2006).

Vasconcelos nos diz ainda que as narrativas são instrumentos para apresentar o contraste entre a difícil experiência vivida e a riqueza do resultado alcançado. Tem também a função de lembrar nossa condição de sujeitos do desconhecimento, do impulso não civilizado, instintivo. Desenvolve a capacidade de quem superou de reclamar mudanças sociais concretas sobre como essas dimensões do humano são vistas e tratadas nos serviços de saúde mental e no território. Essa perspectiva constitui o que Vasconcelos denomina como empoderamento na saúde mental e no trabalho social, e enfatiza ainda:

(...) o caráter fundamental de se incentivar que usuários de serviços e seus familiares, e particularmente aqueles que se encontram em um estágio mais avançado de recuperação, escrevam ou gravem depoimentos em primeira pessoa, contando a sua história pessoal de crise, das dificuldades durante o processo de tratamento e das estratégias de recuperação (VASCONCELOS, 2006, p. 18).

Sabemos que desde a criação do primeiro CAPS há muita história, tropeços e interrogações. Seu maior desafio é dar fim à institucionalização da saúde mental e foram constituídos como principal instrumento da atual forma de pensar ações em saúde mental. Uma forma de exercer o cuidado, que envolve um conjunto distinto de procedimentos e engloba uma nova linguagem, novos modelos logísticos, tanto físicos como administrativos, além de reestruturação da forma de fazer e desempenhar diariamente as profissões, a expressão científica e a filosofia vigentes (LEAL; DELGADO, 2007). O resultado é uma nova forma de pensar, ser, realizar e exprimir.

A experiência da loucura é o lugar do diferente do habitual, foge ao comum e o CAPS, ou qualquer outro dispositivo criado, só se firmará como seu lugar se encontrar uma forma diferente de atender às peculiaridades e encontrar uma nova forma de se enraizar e reinventar a forma de funcionamento do território onde se localiza (LEAL; DELGADO, 2007). Para que esteja apropriada aos fins emancipatórios, no contexto da saúde mental, necessário é que se firme em princípios sólidos, ou seja, esteja presente em “teorias políticas sociais, culturais e psicossociais consistentes”(p.2828). Em políticas e projetos públicos mais amplos e, finalmente, que seja pensada tendo em conta a realidade e experiências locais. Que não seja uma imposição de estratégias traçadas para outra realidade (VASCONCELOS, 2013).

Leal e Delgado (2007) apontam a rede, a clínica diferenciada e o cotidiano do CAPS como a tríade de sustentação para que ele funcione inquestionavelmente como meio de desinstitucionalização. Para os autores há ainda uma forte crença na impossibilidade de que todos que foram confinados em hospitais possam partilhar da vida fora deles e possibilitar essa experiência é a principal tarefa do CAPS.

A pessoa que utiliza o serviço do CAPS é o sujeito que foi excluído por não ter sido considerado apto a viver na comunidade. Uma vez excluído foi submetido a condições possivelmente mais precárias do que as que anteriormente o oprimiam e foi mantido naquela condição até então. Assim se questiona: quais as ligações necessárias, as redes de cuidado e atenção para que esse sujeito venha a se integrar à vida? De que forma intermediar essas ligações para que haja uma reintegração do sujeito excluído, considerando sua dificuldade criativa de se relacionar com o meio em que está inserido?

Pensando em tudo isso os autores sugerem que as medidas para o fim do tratamento asilar de longo tempo envolvem desde o mapeamento do território, envolvimento dos familiares, até as conquistas de direitos sociais, para garantir a sobrevivência fora dos hospitais e a formação de redes de suporte comunitário. A retirada do indivíduo de uma longa internação e sua inserção na sociedade é um processo que perpassa pela alienação preconceituosa de que há diferença entre os que possuem sofrimento psíquico grave e os demais (LEAL; DELGADO, 2007).

A clínica do CAPS, segundo Leal e Delgado (2007, p. 3), deve ser pensada “como um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado”. Precisa volver um olhar diferente para a concepção de homem e o sofrimento inerente à sua condição, não basta apenas considerar a sua singularidade se não levar em conta sua vulnerabilidade na relação com o social. Assim, a clínica deve estar entremeada em tudo que

faz parte do serviço e em como é organizado o cuidado, considerando que a evolução do quadro é afetada pelos fatos que contextualizam o cotidiano, os serviços e a presença das pessoas que usam o serviço (LEAL; DELGADO, 2007).

Os diferentes atores envolvidos no cuidado oferecido nos CAPS podem caracterizar o tipo de clínica oferecida, se pensarmos que há visões de sujeito que consideram apenas os aspectos biológico ou psicológico, sem levar em conta a importância da relação humano-social; os limites existentes na relação eu-outro (COSTA, 2014), sob pena de extrapolar o limite do outro.

A clínica do CAPS deve trazer como intervenção o resultado da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado pela pessoa que busca ajuda ou continuará reproduzindo, dentro de seu restrito território, o que faz o indivíduo que a procura sofrer, isto é, teremos a mesma reação se agirmos da mesma forma (LEAL; DELGADO, 2007).

Se pensarmos o indivíduo como resultado das complexas relações que estabelece na vida, não podemos deixar de refletir que relações são passíveis de promover mudança no processo do adoecimento mental e definir quais atores – família, equipe, comunidade – e de que forma devem participar do cuidado. Qual a melhor combinação desses elementos para se estabelecer o melhor plano terapêutico para a pessoa que está ali em busca de ajuda (LEAL; DELGADO, 2007).

É fundamental a conexão entre a equipe de cuidado e a pessoa a ser cuidada, pois aquilo que é visto e nomeado como crise ou doença deve ser considerado para ajudá-lo, pois diz como ele se relaciona e dá sinais de como ele responde ao cuidado. Assim, dialogar com o cotidiano da pessoa que busca o serviço, conhecer seu ritmo e descobrir a melhor linguagem para o diálogo, por meio da convivência, segundo Lobosque (2001), identificar-nos-á com a experiência de sofrimento do outro, e é fundamental, ou podemos repetir a forma improdutiva como a comunidade responde à pessoa (LEAL; DELGADO, 2007)

O pensamento dos autores sobre a clínica e sobre como estar com o usuário é um movimento que nem sempre flui da mesma forma para todas as pessoas. Algumas não conseguem ficar sós, outras não conseguem compartilhar espaços comuns. Assim, como conectar-nos com o outro que pode estar em um extremo ou no outro? Os autores sugerem que para tal conexão é necessário que as agendas e a equipe tenham espaços reservados para o encontro com o modo de vida dos usuários, que o recurso a ser utilizado esteja relacionado ao modo como os usuários lidam com seu cotidiano. Possibilitar a sua conexão com o serviço, com o território, com a cidade, a fim de que a reabilitação ocorra em concomitância com o



tratamento e para decidir qual é a melhor intervenção, devemos tentar verificar o que está encoberto pela atitude estranha a nós que chamamos de crise ou surto (LEAL; DELGADO, 2007).

Assim, é importante que este espaço ofereça atividades diversificadas, isto é, com regras de funcionamento diferentes umas das outras, para que alcance distintas formas de viver e os usuários possam vivenciar uma experiência do mundo diferente da que os levaram ao CAPS, pois não se trata de mudar a forma que o sujeito encontrou de estar no mundo e sobreviver ao que ele sente como ameaçador, mas ajudá-lo a reconhecer essa forma como positiva e como a possibilidade que o manteve vivo até então, devendo ser valorizada e não mudada (LEAL; DELGADO, 2007).

Em estudos com pacientes esquizofrênicos realizado por Corin (1988, 1992, 2002 e 2003), citado por Leal e Delgado (2007), observou-se que as pessoas que foram acolhidas fora dos hospitais psiquiátricos, em espaços com exigências mais flexíveis de forma de agir, onde os sintomas foram recebidos sem tentativa de eliminá-los e sim proporcionando oportunidade de experimentá-los de forma diferente, conseguiram dar novo sentido aos sintomas. Enfim, ser um espaço que acolhe a diferença irá estimular a sua aceitação. Trata-se da decisão de promover atividades articuladas com as peculiaridades apresentadas, visando a fortalecer os usuários a continuar a vida fora dali, isto é, muni-los de recursos para seguirem suas vidas, ou escolher tutelá-los para sempre (LEAL; DELGADO, 2007).

Para isso o CAPS necessita estar ativo em dois processos distintos e complementares. A primeira opção seria como instituição, que é parte e, portanto, compõe o território onde o usuário está inserido. Ao mesmo tempo estar em ligação com as demais instituições constituintes desse território, como parte da rede em que o usuário irá transitar e será mais um ator que faz parte daquele cenário. Assim, ele poderá circular confiante de que estar bem é também uma condição, que ocorre naquele momento e que, se for necessário, poderá voltar. Importante ainda ter a consciência de que não é a gravidade do sintoma que define onde o usuário será atendido e sim a complexidade do cuidado que o mesmo necessita naquele momento, o sintoma é um elemento a considerar (LEAL; DELGADO, 2007).

A clínica se constrói no tempo-espaço do encontro que se dá quando, além de corpos, há também empatia, aceitação, intenção, porém, nada disso acontece sem que estejam envolvidos sentimentos e emoções, ou se entre em contato e se resolvam os conflitos inerentes às relações, advindas da convivência. O encontro é como um diálogo em que cada um deve ter a oportunidade de se manifestar, de ouvir e ser ouvido, um fazer juntos. Portanto não haverá uma clínica de desinstitucionalização sem encontro, onde um faz e decide pelo outro.

Podemos então concluir que disponibilidade deve ser a característica da clínica do CAPS. Disponibilidade de tempo, de afeto, de si para ser aceito pelo outro e para aceitar o outro. Romper as barreiras do habitual para construir novas formas de existir. Estar atento para que não ocorra o que Amancio (2012) nos alerta, a prática de “um cuidado desclinizado, baseado apenas na lógica da inclusão, acolhendo sem tratar” (AMANCIO, 2012, p.131).

Assim, o CAPS, como parte da rede de apoio ao sujeito em sofrimento psíquico grave, torna-se um dispositivo poderoso de inclusão social ao promover a prática de uma clínica diferenciada, estimuladora de narrativas como forma de empoderamento e troca de experiência; promotora de convivências singulares em seu cotidiano, tanto nos espaços comuns como em grupos terapêuticos, mediadas por profissionais envolvidos.

## Capítulo 2: DIAGNÓSTICO: um nome para o sofrimento

Conforme visto até então, o sofrimento já foi, e ainda é, alvo de atenção da filosofia, da ciência e até da religião, e está presente na história da humanidade. O surgimento da psiquiatria marca o surgimento de classificações que visam a diagnosticá-lo, isto é, diagnosticar o sofrimento, no intuito de buscar formas de tratamento, e de cura, para ele. Dunker (2015) nos fala sobre a apologia ao diagnóstico, e como ele passou a ser muito valorizado em nossa atual forma de vida e, em função disso, o termo que era médico passa a ser de uso corrente em outras áreas como economia, educação, em detrimento do diagnóstico em saúde que sempre predominou. O que é considerado patológico ampliou seu domínio e, como consequência, já se nomeia e classifica o fenômeno antes deles se estabelecerem, uma ação completamente imprópria, englobando inclusive como fato as “predisposições”, “comportamentos de risco”, “situações críticas de vulnerabilidade”, “estilos de vida”, “formas ergonomicamente indesejáveis” e até “propensões genéticas” e “disfunções cerebrais” (DUNKER, 2015, p. 22).

Apresentamos a seguir definições, segundo diferentes autores, sobre o tema pesquisado.

Para Zimerman (2012, p.114), a palavra diagnóstico “tem origem no grego *diagnostikós*, que é composto do prefixo *diá* (= *através de*) + *gnose*, que, em grego, indica *conhecimento*”. Em resumo, aponta a necessidade de fatores diversos como “observação dos sintomas, o exame clínico, os exames complementares” para auxiliar o médico a identificar seguramente a etiologia da doença, “orgânica ou mental”, para definir qual o melhor caminho para tratar o paciente. Observa em nota que, no caso dos transtornos mentais, o profissional indicado para fazer um diagnóstico completo é o psiquiatra; o psicoterapeuta pode atuar quando envolver muita emoção e que, para o psicanalista uma “impressão diagnóstica” sobre o transtorno emocional do paciente que vai atender é bastante útil para uma clara visão (ZIMERMAN, 2012).

No Dicionário de Psicologia da *American Psychological Association – APA* encontramos o seguinte conceito: **Diagnóstico** s.1. O processo de identificar e determinar a natureza de uma doença ou distúrbio por seus sinais e sintomas, mediante o uso de técnicas de avaliação (p. ex., testes e exames) e outras evidências disponíveis. 2. A classificação dos indivíduos com base em uma doença, transtorno, anormalidade ou conjunto de características. Diagnósticos psicológicos foram codificados para uso profissional, notavelmente no DSM-IV-TR.

**Diagnóstico clínico** o diagnóstico de possível transtorno mental pelo estudo do padrão de sintomas, investigação de fatores do passado, análise de relacionamentos

significativos e quando indicado, administração de testes psicológicos. (APA, 2010, p. 283)

Dalgalarondo (2000) discorre sobre o fato de haver muita discussão “sobre o valor e os limites do diagnóstico psiquiátrico” (p.32). Segundo o autor, há um posicionamento no sentido de que o diagnóstico psiquiátrico não tem validade, considerando a singularidade de cada pessoa, e teria como finalidade “rotular” as pessoas, legitimar o “poder médico”, o “controle social” sobre alguns indivíduos. Outra opinião é de que o diagnóstico psiquiátrico se assemelha ao de outras especialidades médicas (DALGALARRONDO, 2000).

Para o autor o diagnóstico psicopatológico ajuda na compreensão do sofrimento do paciente e propicia o direcionamento para o tipo de tratamento mais indicado, porém considerar as peculiaridades existentes entre os indivíduos é de fundamental importância (DALGALARRONDO, 2000).

O autor distingue que os fenômenos passíveis de serem classificados são os que se encontram apenas em algumas pessoas, pois os que são muito comuns não são muito úteis e os muito singulares restringem a classificação e o agrupamento. Sinaliza que há características distintas entre o diagnóstico psiquiátrico, “do ponto de vista clínico e específico da psicopatologia” (p.33), e os demais diagnósticos relacionados às ciências médicas. Conclui afirmando que “o ideal de um procedimento diagnóstico é que ele seja confiável (reprodutível), válido (o mais próximo possível da “verdade” diagnóstica), com alta sensibilidade e especificidade” (DALGALARRONDO, 2000, p. 33).

Rycroft (1975) define diagnóstico ou diagnose como conceito médico, fazendo possíveis restrições a sua aplicação às psiconeuroses.

Arte de aplicar denominações a doenças, de deduzir a natureza de uma doença a partir dos SINAIS e SINTOMAS apresentados pelo paciente. O *diagnóstico diferencial* é a relação de denominações dignas de consideração séria em qualquer caso específico de efetivação de um diagnóstico. A formulação diagnóstica é o enunciado mais ou menos complexo da PSICOPATOLOGIA de um paciente psiquiátrico. O diagnóstico é conceito médico que implica que as doenças constituem entidades mórbidas específicas, suposição provavelmente não-válida quando aplicada às PSICONEUROSES (RYCROFT, 1975, p. 79).

Já Gonçalves (2011) define diagnóstico como um ato médico que visa a identificação de uma doença e entende que em psiquiatria se aplica o mesmo raciocínio médico, uma vez que é uma especialidade médica ligada aos sofrimentos psíquicos de qualquer origem, que apresente manifestações rigorosas. Para a autora, a elucidação do diagnóstico abarca o exame do estado mental e a história clínica da pessoa. Utiliza os sistemas de classificação CID-10 e

DSM V aprovados pela Organização Mundial da Saúde e *American Psychiatric Association*, respectivamente (GONÇALVES, 2011).

Banzato e Pereira (2014) apresentam uma análise contemporânea do lugar do diagnóstico na psiquiatria, no qual o termo diagnóstico é definido como “o que designa tanto a atividade cognitiva de investigação, discriminação e reconhecimento das condições mórbidas que nos acometem, como o resultado final desse mesmo processo, isto é, a nomeação das afecções porventura identificadas” (BANZATO; PEREIRA, 2014, p.35).

Pois bem, na tentativa de sintetizar os conceitos acima, constata-se que os autores têm em comum a definição de diagnóstico como um procedimento preponderantemente médico na psiquiatria, como especialidade da medicina, e que, portanto, essa especialidade médica é a mais responsável pelos diagnósticos dos transtornos mentais, em contraposição ao pensamento de Rycroft (1975) sobre a não aplicabilidade de diagnóstico às psiconeuroses.

A propósito, o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), proposto pela APA (Associação Americana de Psiquiatria), já se encontra na sua quinta versão e define que:

(...) diagnósticos confiáveis são essenciais para orientar recomendações de tratamento, identificar taxas de prevalência para planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e documentar importantes informações sobre a saúde pública, como taxas de morbidade e mortalidade (DSM-5, 2014, p.5).

Os manuais que auxiliam na prática médica de elaboração de diagnósticos são o CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, editado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que é responsável pelo ordenamento das “burocracias médicas no Brasil” (ZORZANELLI, 2014, p.60) e o DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, manual diagnóstico proposto pela APA (Associação Americana de Psiquiatria). Esses manuais são os mais comumente consultados na hora de se fazer um diagnóstico, sendo que o primeiro tem um capítulo dedicado aos transtornos mentais e comportamentais e o segundo é específico de transtorno mental, conforme indica seu nome (ZORZANELLI, 2014).

Considerando a edição do DSM V e a polêmica gerada em torno dos acréscimos diagnósticos incluídos, Bezerra Jr (2014) nos apresenta a contextualização histórica de seu surgimento e evolução.

Segundo o autor, a publicação do primeiro DSM surgiu da necessidade do governo americano de ampliar a organização da saúde para atender ao interesse e à pressão dos veteranos de guerra de serem reintegrados socialmente. À época, as classificações existentes não contemplavam situações relativas às “síndromes cerebrais crônicas e reações

situacionais” (BEZERRA JR, 2014, p.18), heranças da guerra. Assim foi proposta pela APA uma classificação que se constituía de 145 páginas, contendo 106 categorias diagnósticas. Lembramos aqui que o CID, definido pela OMS, já se encontrava na sua sexta edição (BEZERRA JR, 2014).

O DSM I foi influenciado pela psicopatologia psicanalítica com uma visão dos transtornos divididos como neuroses, psicoses e de caráter. Essa primeira versão trazia o sentido de que os “sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas” (BEZERRA JR, 2014, p.18). Para Lobosque (2001), na prática clínica a utilidade do diagnóstico se torna interessante “para avaliar o modo, o limite e o alcance da nossa operação clínica em cada caso” (p.54), ao se referir à admissão de usuários do serviço de saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Prossegue informando, Bezerra Jr (2014), que em 1968 é publicado o DSM II, que tinha uso clínico restrito à psiquiatria americana. De 106 diagnósticos passou a 180 e continuava com as características principais do primeiro. Grande influência da psicanálise e trazia ainda como suposição a “natureza simbólica dos sintomas psiquiátricos, a serem tomados como enigmas demandando interpretação” (BEZERRA JR., 2014, p.19). A novidade foi a inserção de transtornos comportamentais na infância e adolescência, além de uma seção constando desvios de ordem sexual. A homossexualidade foi taxada de transtorno mental, o que gerou uma reação histórica de contestação pública contra a patologização de uma condição, o que fez com que, a partir da mobilização de simpatizantes, na sétima edição do DSM II a categoria da homossexualidade fosse retirada (BEZERRA JR, 2014).

A leitura histórica sobre o fato da retirada da homossexualidade como doença, no DSM II, é citada como exemplo de que as classificações diagnósticas da psiquiatria são passíveis de negociação, isto é, suscetível de alteração de acordo com interesses não médicos (RUSSO, 2004 apud ZORZANELLI, 2014).

Segundo Bezerra Jr (2014), uma grande mudança ocorreu em 1980 com a publicação do DSM III, que se distinguiu categoricamente dos anteriores por utilizar uma apresentação descritiva, não teórica, com “a definição de critérios específicos para cada categoria diagnóstica; e a introdução de um sistema multiaxial” (p.20). Assim ocorre a expansão dos usos do diagnóstico que passa a ser utilizado como:

(...) instrumento de pesquisa, já que os dados coletados ultrapassam em muito as necessidades da prática terapêutica imediata e podem ser usados como informação de base para estudos epidemiológicos, ensaios controlados para avaliação de

psicofármacos, pesquisas multicêntricas etc., exigências emergentes no cenário dos anos de 1970-80 (BEZERRA JR, 2014, p.20).

Percebemos aí que deixa de ser considerado como norteador do tratamento psicoterapêutico a ser indicado para o paciente, que passa a receber prioritariamente tratamento psicofarmacológico, bem como é dada maior atenção ao sintoma em detrimento do sujeito.

Relata ainda que o DSM III rompeu com a psicanálise, e “o diagnóstico deixava de ser pensado como uma chave de entendimento de conflitos ou desarranjos intrapsíquicos ou relacionais por trás dos sintomas, para se transformarem em balizas na detecção de distúrbios visíveis” (p.21). Desvincula-se do compromisso de uniformização de compreensão entre profissionais de teorias diferentes e começa a ser influenciado pelos conhecimentos da biologia, sustentada pelas novidades advindas da psicofarmacologia (BEZERRA JR, 2014).

## **2.1. Diagnóstico – uma visão biomédica**

Conforme Bezerra Jr (2014), o DSM III chegou com o intuito de mudar a visão clínica da psiquiatria, alimentando o desejo de aproximar a nosologia psiquiátrica das anatomo-clínicas, conforme o estabelecido pelo sistema Kraepeliano.

O diagnóstico passou a se definir por uma consulta a uma lista de critérios de inclusão e exclusão que fixam o número, a duração e a qualidade dos traços a serem escrupulosamente observados na construção do diagnóstico. Esse modo de operar a construção de categorias desestabilizou e pulverizou os diagnósticos, que passam a ser agregados uns aos outros, fazendo surgir a noção de comorbidade e precipitando um processo constante de redefinição das categorias existentes e a constante criação de novas; se o DSM II continha 180 categorias, a terceira versão contempla 295 (BEZERRA JR, 2014, p.22).

Tal aproximação já fora criticada por Jaspers (segundo nos diz Lobosque, 2001, p. 59), “que questionava esta visada das unidades nosológicas naturais em psiquiatria”. Porém, essa diferente visão estabelecida no DSM III amplia sua influência socialmente, foge às fronteiras americanas e se expande para o mundo, criando um novo lugar para a psiquiatria. Além de gerar uma nova forma de ver a suposta doença mental e o modo de lidar com ela (BEZERRA JR, 2014).

Outro aspecto, Zorzaneli (2014) apresenta a ideia do “DSM como produto de cultura”, uma vez que suas edições “mostram as dinâmicas dos grupos envolvidos e de seus valores” (ZORZANELLI, 2014, p.57), e faz crítica no sentido de que ele leva a psiquiatria para além de seus domínios ao expandir os limites da “normalidade psíquica”, introduzindo a

medicalização em questões que até então as pessoas solucionavam com os recursos próprios (ZORZANELLI, 2014).

Lobosque (2001) associa esse novo lugar da psiquiatria com o surgimento do asilo séculos atrás, assegura não só o poder médico como retira a condição da família de cuidar do seu ente e ainda lhe impõe a obrigação de encerrá-lo em “instituições que prometiam sua cura” (LOBOSQUE, 2001, p.56).

Pois bem, nas duas primeiras versões, ou seja, no DSM I e II, havia a reflexão a respeito dos transtornos que eram influenciados por desorganizações do cérebro e os que ocorriam sem tal influência. Já a terceira versão apresenta a presunção de que quaisquer processos psicológicos estão ligados à função cerebral, o que dá força ao uso de psicofármacos no tratamento de transtornos tratados pela psiquiatria. Posteriormente, com os avanços da tecnologia científica, surgem as descobertas da neuroplasticidade, os exames de imagem e mapeamento cerebral que levam a biologia a adentrar o campo das humanidades e estabelecer um discurso de “entendimento da condição humana” associado ao funcionamento cerebral. Efeito colateral dessa visão biológica é o fortalecimento do paradigma naturalista que, conseqüentemente, fortalece o uso do DSM (BEZERRA JR, 2014).

Então, narrando ainda, na década de 60, em que o espírito da época era a contestação e as instituições passam a ser vistas como instrumentos de opressão, a psiquiatria é citada como uma dessas instituições e o modelo asilar é criticado como forma opressora de lidar com a saúde mental, e, de acordo com este *zeitgeist*, o que se evidencia é a necessidade de um novo modelo e a necessidade da desinstitucionalização, isto é, a criação de um sistema de saúde mental fora dos hospitais (BEZERRA JR, 2014; DUNKER, 2015).

Mas, diante da ameaça ao monopólio médico e ao desenvolvimento da indústria farmacêutica, surge a intervenção governamental com o estabelecimento de regras que vinculam o tratamento medicamentoso à comprovação benéfica de seu uso. Dessa forma fica vinculado o tratamento medicamentoso ao desenvolvimento de pesquisas que comprovem sua eficácia. Isto gera um intercâmbio no qual a difusão das categorias é alimentada pela prescrição do medicamento que, conseqüentemente, justifica as categorias pela ação dos fármacos, isto é, surge um círculo explicativo em que o medicamento dá credibilidade à categoria diagnóstica e esta justifica o uso do medicamento (BEZERRA JR, 2014).

O DSM IV, publicado em 1994, segundo Dunker e Kyrillos Neto (2011), lista 297 desordens e sua proposta de mudança não visou a “uma oposição entre fundamentação biológica ou psicológica” (p. 617), mas a descrição de sintomas que davam significado clínico para as categorias “que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo



ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento” (p.616), e levou à popularização de termos psiquiátricos quando altera a nomenclatura dada a alguns diagnósticos de saúde mental geradores de estigma como, por exemplo, de psicótico maníaco-depressivo passar à denominação de transtorno bipolar.

O DSM V sofre forte influência das críticas emitidas por “Francis Allen, o responsável pela elaboração do DSM IV” divulgadas pela internet, de que não compactuava com os critérios norteadores da revisão, o que gera separações no meio psiquiátrico e a adoção de outros manuais como balizadores de pesquisas, em substituição ao DSM (BEZERRA JR, 2014).

Segundo Serpa Jr. e outros (2014), a Psicopatologia Descritiva

(...) visa apenas a uma descrição das manifestações clínicas mais objetivas e imediatamente observáveis, através do olhar de um “examinador” externo ideal, limitando-se a oferecer listas de sintomas que, organizados segundo critérios operacionais, conduzem ao diagnóstico dos transtornos mentais. Nas entidades clínicas que resultam desse processo, a experiência de adoecimento de pessoas portadoras de transtornos mentais graves é completamente erradicada, sendo essas pessoas, com isto, exiladas da prática clínica (SERPA JR. ET AL, 2014, p.110).

Banzato e Pereira (2014) justificam a nova forma classificatória do DSM V defendendo a correlação existente ente sintomas e categorias diagnósticas como tentativa de solução prática para questões práticas e conclui que a clínica psiquiátrica vai além das categorias nosográficas e que “o diagnóstico deve se valer da classificação nosográfica sem se restringir às mesmas”, que “são ficções úteis que – com maior ou menor sucesso - conferem coerência aos fatos observados, de modo a permitir intervenções médicas eficazes” (p.46), e afirmam ainda:

O diagnóstico psiquiátrico é fundamentalmente clínico, ele é baseado na apreensão psicopatológica intersubjetiva daquilo que o paciente relata ou exhibe em seu comportamento e dos elementos fornecidos por pessoas de seu círculo. Tal apreensão depende da teoria de observação adotada e envolve necessariamente interpretação e discernimento clínico. Vale lembrar que o que é clinicamente relevante e o que é facilmente observável nem sempre coincidem. Além disso, os critérios diagnósticos são sempre estipulativos (de acordo com a respectiva matriz teórica e simbólica assumida), e não há meios de confirmação independente das hipóteses diagnósticas para a grande maioria das afecções psiquiátricas (BANZATO; PEREIRA, 2014, p. 45).

## **2.2. Diagnóstico – uma visão psicossocial**

Segundo Banzato e Pereira (2014), a avaliação diagnóstica é um processo que transcende o ato de dar um nome pré-definido e catalogado ao sujeito que deve ter o olhar abrangente do profissional que o examina considerando todos os aspectos singulares de sua

situação, e complementam: “é a pedra angular do encontro inicial com o paciente” (p.35). Deve unir a compreensão da queixa, que se apresenta envolvida por todo discurso do indivíduo, bem como o que é revelado pelo exame físico, independente de confirmar ou não o sintoma ou sinal apresentado (BANZATO; PEREIRA, 2014).

Serpa Jr. e outros (2014) também discorrem sobre a forma de ver o diagnóstico na saúde mental que considera a doença como um processo. Propõem nova forma de tratamento que envolve a integração das vivências pessoais e realização dos anseios individuais nos distintos âmbitos da vida. Diante dessa nova visão, concluem que a Psicopatologia Descritiva, que embasa o CID e o DSM como principais recursos para auxílio de diagnóstico, está considerando cada vez menos a dimensão subjetiva concernente ao humano. Apontam isto como dificuldade para a implantação da nova forma de tratamento, nos novos serviços. Apontam ainda a “incompatibilidade entre o conhecimento centrado numa psicopatologia meramente descritiva e a clínica da atenção psicossocial ou clínica ampliada” (p.111). Indicam também que há indícios nos estudos e avaliações dos CAPS que “o cuidado centrado no modelo biomédico ainda não foi superado nesses serviços” (SERPA JR. et al., 2014).

Os autores apontam ainda resultados de estudos que indicam que o cuidado dos sintomas não deve ser o único objetivo do tratamento, mas igual valor deve ser dado à forma peculiar com que os usuários dos serviços experimentam a vida e que esta forma seja vista apenas como diferente e não como inferior às demais. Apresentam ainda conclusões no sentido de que a forma como o indivíduo reage e significa os sintomas está diretamente ligada à possibilidade de controle e superação da crise e do estigma (SERPA JR. et al., 2014).

Serpa Jr. e outros (2014) apresentam o resultado de pesquisa realizada com psiquiatras que prestam serviço no CAPS e apresentam os critérios utilizados para elaboração diagnóstica, utilizando como referência a experiência da Esquizofrenia por entenderem ser uma vivência de maior sofrimento e por apresentar dificuldade de ser diagnosticada.

Observaram que o diagnóstico efetuado pela definição dos aspectos comportamentais evidentes no ato da consulta, sem levar em conta as manifestações subjetivas e que exigem maior observação clínica, é tardio, o que dificulta a elaboração do plano terapêutico adequado e uma melhor compreensão do processo de adoecimento. Esse processo, quando diagnosticado de forma tardia, já prejudica sua compreensão.

O resultado da pesquisa apontou a importância da empatia para se alcançar os “elementos sutis” necessários para captar as características subjetivas importantes para um diagnóstico precoce, como a forma do “olhar” que foi uma característica considerada tão importante quanto difícil. Os entrevistados apontaram que o olhar do esquizofrênico é

diferente do da maioria das pessoas, pois é um olhar que indica não dar importância para o que está acontecendo. Outras características apontadas são: a “expressão corporal”, “forma de se sentar”, “concretude do pensamento” (p.117) e a sutileza do que foge à percepção “num certo estar do indivíduo”. Diante dos depoimentos que trouxeram tais características, os autores constataam que “o processo diagnóstico se passa em um espaço dialógico, intersubjetivo, no qual a dimensão empática comparece, mesmo que à revelia” (SERPA JR. et al., 2014, p.119).

A utilização da cronicidade como critério diagnóstico é feita para evitar o risco de incorrer no erro de dar um diagnóstico considerado irreversível, devido ao estigma que caracteriza alguns quadros mais graves; o médico aguarda a cronificação dos sintomas para firmar o diagnóstico sem risco de equívoco, como por exemplo, a esquizofrenia. Tal fato incorre na mesma questão do diagnóstico tardio que interfere na possibilidade de conscientização da “experiência do adoecimento, sua aceitação e a incorporação de novos sentidos” (SERPA JR. et al., 2014, p.120).

Nesse sentido, um aspecto positivo apresentado pela pesquisa de Serpa Jr. e outros (2014), relativo à clínica exercida no CAPS, foi o sentimento do psiquiatra de maior liberdade por fazer parte de uma equipe multidisciplinar e não se sentir em evidência, além de não se sentir cobrado a concluir o diagnóstico no ato do atendimento. Outra importante conclusão é a de que o diagnóstico é apenas um aspecto do processo e não determina se será dado cuidado à pessoa, mas apenas sinaliza uma direção para o caminho a ser seguido.

Assim, os sistemas de classificação diagnósticos assumem seu lugar instrumental de atender exigências legais e burocráticas para fins judiciais, previdenciários, sem possibilidade de substituir o pressuposto clínico (SERPA JR. et al., 2014).

Outro instrumento, além do CID-10, desenvolvido pela OMS, é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, que visa a verter um olhar sobre a incapacidade de uma perspectiva mais positiva, considerando que a redução da capacidade é uma experiência que faz parte da vivência humana. É uma tendência do organismo, e qualquer pessoa pode experimentar redução de sua saúde em qualquer momento da vida. Assim, a CIF visa a avaliar a funcionalidade e a incapacidade das pessoas levando em consideração os fatores ambientais (Farias; Buchalla, 2005).

Segundo Di Nubila (2010), “O CID-10 tem como função classificar os estados de saúde para fins diagnósticos e a CIF objetiva a classificação da funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde. (p.122)”. As duas classificações são

complementares e devem ser utilizadas em conjunto, porém não é o que ocorre usualmente, e nos alerta que:

O “diagnóstico” sozinho não prevê a necessidade de serviços, tempo de hospitalização, nível de cuidados ou resultados funcionais. A presença de uma doença ou distúrbio também não é um bom preditor para o recebimento de benefícios por incapacidade, desempenho para o trabalho, potencial para o retorno ao trabalho ou mesmo de integração social. Isto significa que, se usarmos uma classificação médica de diagnósticos sozinha, não teremos a informação necessária para propósitos de gerenciamento e planejamento de saúde (DI NUBILLA, 2010, p.123).

Na introdução da CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - encontramos que:

O objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Os domínios contidos na CIF podem, portanto, ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Actividades e Participação... "Corpo" refere-se ao organismo humano como um todo; por isso, o cérebro e as suas funções, i.e., a mente, estão incluídos. As funções mentais (ou psicológicas) são, portanto, incluídas nas funções do corpo. (OMS, 2003, p.7e13).

Percebemos assim que há novos mecanismos, mesmo que tímidos, que buscam uma visão mais abrangente do homem no processo de diagnóstico.

### **2.3. A respeito do diagnóstico: seus impactos e limitações**

Segundo Lobosque (2001, p. 54), a classificação em termos de estrutura é crucial para a condução do caso. Para a autora, o diagnóstico não é importante para o acesso ao serviço de saúde mental, porém não se pode posicionar quanto a ele como em um período em que era considerado apenas um “rótulo ou etiqueta” (p.55), pois o plano terapêutico com as atividades que o tipo de escuta a ser ofertada a quem chega será norteadada pelo conhecimento da posição do sujeito diante da linguagem.

Ressalta ainda Lobosque (2001) a importância da troca entre a psiquiatria e a psicanálise para efetivar o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose e, ao fazer um passeio pela história da psiquiatria e psicanálise, conclui que com a evolução científica, o surgimento da psicofarmacologia e seus avanços trouxeram vantagens indiscutíveis no tratamento das psicoses, porém também perdas que culminaram “no sentido da simplificação,

com os perigos do empobrecimento” (p.57) da psiquiatria e, da parte da psicanálise, na luta por manter o eixo original da disciplina houve “uma busca necessária de sofisticação intelectual, com os perigos do hermetismo” (p.58).

Lembramos que Basaglia (1979), em sua experiência com saúde mental, no hospital de Trieste, relata que com o contínuo trabalho de olhar a pessoa além do doente hospitalizado, dar ouvidos à sua fala permitindo sua expressão, ajudando-a a se reintegrar socialmente, interagindo com a comunidade da qual ela fazia e fazia parte, percebeu que poderia mudar a denominação de doença por crise. Percebe no diagnóstico a marca da institucionalização. Conta:

Víamos que aquela esquizofrenia era expressão de uma crise existencial, social, familiar, não importa, mas era uma crise. Uma coisa é considerar o problema uma crise ou um diagnóstico, porque o diagnóstico é uma coisa e uma crise é uma subjetividade (BASAGLIA, 1979, p.19).

Segundo Basaglia, quando o médico responde ao doente, ou aceita seu questionamento, sua contestação e dá a ele um lugar na relação, esta passa a ser dialógica e se torna libertadora, porém, o reconhecimento da subjetividade do paciente põe em crise o próprio médico que, segundo ele, não aceita a condição de igualdade com o paciente (BASAGLIA, 1979).

Basaglia problematiza o diagnóstico exemplificando que num hospital há médicos, esquizofrênicos, maníacos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e que tais rótulos não importam se todos esses atores estiverem unidos por um objetivo unificado de mudança, no qual cada um tenha a oportunidade de falar e contribuir (BASAGLIA, 1979).

### Capítulo 3: METODOLOGIA

Considerando a característica do fenômeno a ser estudado, a pesquisa será desenvolvida com foco na pesquisa qualitativa, pois, segundo Demo (2001), a escolha do método é determinada pela característica do fenômeno e qual a melhor forma de compreender os dados acumulados e, a escolha de um não desqualifica ou anula a importância do outro, no caso o método quantitativo, que na verdade se complementam na compreensão dos fenômenos (DEMO, 2001).

A metodologia qualitativa possibilita o estudo das experiências peculiares em contraposição ao geral do fenômeno que se visa a conhecer, considerando aspectos amplos e a complexidade do contexto em que se insere o fenômeno, relacionando-o com outros e contextualizando-o sócio e culturalmente (DEMO, 2001; NEVES, 1996).

A pesquisa qualitativa ocorre no ambiente natural em que acontece o fenômeno e o interpreta de acordo com o significado trazido pelas pessoas, isto é, o foco está na significação do fenômeno para quem vivenciou (TURATO, 2005; DEMO, 2001).

Para Turato (2005, p.208), o “lôcus da construção metodológica da pesquisa qualitativa” contou com a contribuição de Freud que facultou novas e profundas formas de compreensão do ser humano. A pesquisa qualitativa se destaca no campo da saúde no Brasil atendendo às necessidades que surgiram com a implementação do SUS que clamaram por um novo olhar sobre o fenômeno da saúde mental, uma vez que as metodologias tradicionais não o estavam abarcando. Assim as narrativas se tornaram uma boa estratégia, porque possibilitam acessar tais fenômenos em sua singularidade, desde ele próprio, com a valorização da experiência narrada (MACHADO, 2014), além de funcionar como ponte entre a vivência imersa em um contexto cultural, os eventos e a unidade cronológica do fenômeno relatado (SERPA JUNIOR et al, 2014).

A tradição científica mecanicista e organicista que prega a “objetivação, a generalização e a universalização” excluem o sujeito do saber e desconsidera a dimensão da particularidade da história individual, não abordando as ações humanas e, conseqüentemente, o objeto psicológico que é o que pretendemos (BRAGA, 2012; MACHADO, 2014; GERMANO; BESSA, 2010).

Assim, a função narrativa propõe ordenar e conferir inteligibilidade à experiência por meio do relato da pessoa que traz à tona o sentido de um contexto narrado e torna-se

indispensável no campo da pesquisa que visa ao ”modo como os indivíduos e coletividade produzem sentido sobre seu mundo e sobre si” (GERMANO; BESSA, 2010, p. 998).

A confiança do autor no pesquisador é fundamental para garantir a autenticidade do material, e a afetividade no vínculo é de grande importância para que o sujeito da pesquisa expresse, despreocupadamente e sem medo de censura, sua história e sua forma de ser no mundo, o que já se torna uma forma de empoderamento do sujeito e de resgate de sua dimensão de possuidor de direitos (MACHADO, 2014).

Machado (2014), citando Braga (2012), atenta para o fato das narrativas trazerem à tona a peculiaridade do indivíduo em que pese o sofrimento psíquico se apresentar muitas vezes de forma semelhante, o que faz essa metodologia se distinguir das que desconstituem o sujeito do saber em nome de uma ciência que tem como referência a objetivação, generalização e universalização dos fenômenos.

Na busca de alternativas visando ao empoderamento do sujeito, na perspectiva do paradigma psicossocial, as narrativas se tornaram uma opção para “dar voz” a quem foi por muito tempo silenciado em manicômios (VASCONCELOS, 2005 apud MACHADO, 2014). Lira (2003, p. 62) destaca a importância do processo de construção das narrativas:

A questão metodológica da obtenção de narrativas é crucial à abordagem heurística da realidade estudada. Para Silva, Trentini, (2002), duas são as formas de obtenção de narrativas: a entrevista aberta e a observação participante. Entretanto, podemos afirmar que deve haver um cuidado metódico para a obtenção de histórias sustentadas, com o fito de manter o fluxo narrativo.

Este estudo irá utilizar-se das entrevistas narrativas visando à construção de dados qualitativos que essa forma de entrevista propicia, ou seja, a possibilidade da expressão autêntica do sujeito participante da pesquisa.

O curso da narrativa seguirá de acordo com o ritmo do usuário, visando a garantir a autonomia deste e a expressão das emoções envolvidas que fazem parte de sua história, as quais têm espaço para serem revividas, mesmo que parcialmente, (LIRA, 2003), e o tema irá versar sobre o impacto do diagnóstico e as implicações dele na vida da pessoa com sofrimento psíquico grave. Dar voz a essas pessoas que, além das estratégias já elaboradas para lidar com o sofrimento, ao falar da sua história, poderão ressignificar e atualizar as situações difíceis vividas (BRAGA, 2012 apud MACHADO, 2014).

Este trabalho foi realizado com uma usuária de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, que foi selecionado tendo em vista o vínculo já estabelecido com a pesquisadora por ocasião da realização de estágio específico para a conclusão de requisito da formação em Psicologia do UniCEUB, e atender aos critérios de ser adulta, ter sido diagnosticada como

portadora de transtorno mental, não ser interditada e ser considerada, pela equipe do CAPS, em processo de recuperação e, portanto, apta para fazer a narrativa.

### **3.1. Procedimentos de Pesquisa**

Inicialmente informamos que submetemos o projeto de pesquisa relativo ao trabalho apresentado à apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 49936815.1.0000.5553 que foi aprovado conforme Parecer Consubstanciado do CEP – FEPECS/SES-DF nº 1.314.133.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, também submetido à aprovação, encontra-se de acordo como as exigências constantes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde – CNS, responsável pela definição de entendimento para a promoção de estudos com seres humanos.

O contato com a direção do CAPS ocorreu quando do início do processo de solicitação de autorização ao Comitê de Ética, quando foi apresentado o projeto de pesquisa para o Gerente do CAPS e solicitada sua anuência, que ocorreu por meio da assinatura da Folha de Rosto (Apêndice B), documento necessário para o encaminhamento ao Comitê. Após a assinatura do Gerente do CAPS, o formulário foi encaminhado para assinatura do Diretor do Hospital Regional de Taguatinga ao qual o CAPS está vinculado. Após o protocolo de assinatura, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP – FEPECS/SES-DF, que o aprovou posteriormente.

Assim que foi recebida a autorização, foi feito convite a frequentadores (as), que atendiam aos requisitos de ser adulto (a), ter sido diagnosticado (a) como portador (a) de transtorno mental, não ser interditado (a) e ser considerado (a), pela equipe do CAPS, em processo de recuperação e, portanto, apto (a) a fazer a narrativa, para a apresentação do estudo em que detalhamos o objetivo, os procedimentos e riscos do estudo e confirmar o interesse do usuário.

Os termos do TCLE foram apresentados aos voluntários em participar da pesquisa, inicialmente 2, que foram esclarecidos, individualmente, tanto sobre os objetivos do estudo quanto do caráter ético, voluntário e sigiloso, bem como da possibilidade de se desligar a qualquer momento sem quaisquer prejuízos. Solicitamos autorização para gravar as narrativas e esclarecemos sobre o sigilo das informações produzidas durante o processo. Foram



marcados três encontros, de acordo com a disponibilidade dos usuários, quando o termo, constando o nome deles, seria assinado e teria início as narrativas.

Um dos participantes, por motivo de saúde na família, ligou avisando que não poderia participar e se desligou.

Após assinatura do TCLE, no primeiro encontro, em duas vias de igual teor, em que uma ficou de posse do participante e a outra conosco, demos início à construção da narrativa com Maria Ariel<sup>1</sup> que gerou aproximadamente quatro horas e meia de gravação, em áudio, durante três encontros.

Foi utilizado como norteador para a construção da narrativa o roteiro sugerido por Vasconcelos (2005), em anexo, visando a abordar o máximo de aspectos da experiência do narrador, de forma que pudéssemos flexibilizar o curso livre de ideias do participante.

Concluídas as entrevistas para construção das narrativas, aquelas foram transcritas e apresentadas, em sua totalidade para conhecimento da participante que se mostrou surpresa com a quantidade de conteúdo que resultou de “nossas conversas”, nas palavras dela. Disse ser muita coisa para ler e perguntou se podia continuar a conversar e deixar para ler outro dia. Comprometi-me a apresentar a transcrição para ela assim que solicitasse. Dessa forma não foi feita nenhuma alteração na narrativa.

Finalmente agradecemos sua participação, colaboração, bem como sua disponibilidade e confiança, ressaltando a importância dos relatos para nosso trabalho que visa a divulgar experiências em saúde mental que podem ser úteis para usuários e profissionais da área. A participante agradeceu a oportunidade e disse ter pensado muito sobre fatos rememorados, afirmando que foi uma experiência positiva para ela.

### **3.1.1. Análise de Dados: Hermenêutica de Profundidade**

A análise dos dados foi feita tendo por base a hermenêutica da profundidade proposta por Thompson e revista por Demo (2001), por ser uma teoria de interpretação que torna compreensível o fenômeno estudado. Segundo Remor e Remor (2011, p.965), “a interpretação, em seu sentido amplo, é utilizada em todos os campos de conhecimento humano, posto que é parte integrante da linguagem”. É uma análise qualitativa que visa a uma compreensão do objeto de estudo para além dos seus aspectos aparentes para alcançar um significado mais profundo, mais coerente com a vivência expressa (MACHADO, 2014).

---

<sup>1</sup> Maria Ariel é um nome fictício, que foi escolhido pela própria usuária, visando a garantir o sigilo das informações e resguardar a sua identidade .

As gravações de áudio foram complementadas com observações sobre os comportamentos mais visíveis da narradora durante a entrevista, observadas pela pesquisadora, tais como gestos, tom da voz, silêncios, postura, entre outros, registrados em diário de campo pela pesquisadora após as entrevistas narrativas, visando a garantir a autenticidade e a proximidade do que estava sendo registrado e o que foi expresso pela usuária, além de serem complementadas com uma reflexão sobre a experiência de estágio da pesquisadora.

A análise do texto transcrito foi organizada de forma a selecionar os fatos narrados que tivessem relação com o tema da pesquisa, ou seja, a influência do conhecimento do diagnóstico no sofrimento psíquico vivenciado pela usuária do CAPS, visando a organizar o conteúdo das narrativas numa ordem que proporcionasse facilidade para resgate das informações, tornando mais ágil a análise dos dados. Tal ordem facilitou a categorização das informações, tais como períodos de crises, internações, conhecimento do diagnóstico, reações aos diagnósticos dados.

## Capítulo 4: ANÁLISE: uma experiência

A análise de acordo com a Hermenêutica da Profundidade caracteriza-se por interpretar e compreender o fenômeno por meio de três etapas, quais sejam: análise sócio-histórica; análise formal ou discursiva; e interpretação/reinterpretação. A primeira, como o próprio nome diz, se caracteriza por situar o fenômeno a partir da história e contexto social; a segunda intenta identificar os sentidos, expressos e ocultos, na fala do narrador, seja por meio da repetição, pela incoerência entre a fala e a expressão observada pelo pesquisador, daí a importância de unir as informações da narrativa e anotações do diário de campo; e a última incluirá o olhar teórico do investigador sobre as duas primeiras, olhar que estará disponível para ver além do que inicialmente buscava. Assim, iniciaremos agora a construção das etapas de análise.

### 4.1. Análise sócio-histórica

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.  
(Lei Federal nº 10.216/01).

Visando a regulamentar a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, foi promulgada a Lei Federal nº 8.080/90 criando o Sistema Único de Saúde e estabelecendo a “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” da Saúde Mental, área para a qual a atenção dada até então era sintomática, ou seja, visava a apenas o tratamento do sintoma apresentado e crônico.

A Lei Distrital nº 975, de 12.12.1995 (AMARANTE, 2013; MACHADO, 2014), traça diretrizes para a saúde mental do Distrito Federal dando origem ao modelo de assistência e serviços cuja denominação é Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi instituído pela portaria /MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, composto principalmente de CAPS, Hospital Geral, Centro Comunitário e Atenção Básica (BRASIL, 2004), podendo ser diferente a depender da complexidade do território. Território aqui na acepção de complexo que abarca uma estrutura formada por instituições e administração que comporta as dinâmicas da vida cotidiana de um grupo de pessoas (MACHADO, 2014).

Uma nova forma de olhar dá origem ao paradigma psicossocial que amplia o olhar do individual para o social. Assim, a experiência que antes era considerada apenas como doença

do corpo ou da mente desvia o foco, que passa de tratamento de “doença mental” para o cuidado do sujeito, que começa a ser olhado em sua singularidade e na complexidade de sua experiência.

Conforme discutido no capítulo 1, o CAPS é o principal elemento nessa rede e é estimada a necessidade de um para cada 100.000 habitantes e, de acordo com o Relatório Anual de Atividades do Ministério da Saúde de 2011, Brasília possui o menor indicador de cobertura em saúde mental (BRASIL, 2011).

Assim, em 2006, foi inaugurado o Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS II, para atender à demanda de pessoas em sofrimento psíquico grave, no âmbito do Sistema Único de Saúde, daquela Região. As suas atribuições constam da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

De acordo com o seu “porte/complexidade e abrangência populacional”, possui “capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), sendo que além de sua população de aproximadamente 200.000 habitantes ainda atende a demanda das cidades circundantes que não possuem tal serviço, constituindo-se atualmente na maior área de abrangência do DF, atendendo 11 cidades, além de sua cidade sede (MPSMDF, 2013). Este CAPS II conta atualmente com aproximadamente 400 pessoas cadastradas para atendimento, em dois turnos, que funciona das 7 às 18 horas, interrompendo suas atividades no horário de almoço, porém permanecendo aberto. Acolhe novas demandas diariamente sem condições de efetivar o plano terapêutico imediatamente, devido à falta de estrutura física, profissional e material para o mesmo, considerando a demanda superior à sua capacidade de abrangência territorial sem, no entanto, deixar de ser um instrumento de grande importância para a região em que atua.

Os recursos humanos necessários para sua atuação, de acordo com o proposto na portaria 336/2002, seriam, para nível superior, um médico psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Essa especificação visaria ao atendimento de trinta pacientes por turno ou, no máximo, 45 em regime intensivo. Em que pese contar com número de profissionais superior ao estipulado, ainda insuficiente para a demanda, há a limitação do espaço físico como complicador.

Os CAPS no DF lidam com diversos obstáculos para implantação e funcionamento de unidades suficientes para atendimento. Entre elas ocorre a morosidade burocrática, falta de qualificação e rotatividade de gestores e técnicos e inexistência de análise de perfil dos profissionais lotados; dificuldade de comunicação e articulação com os demais níveis de

atenção; falta de condições de estender as ações para a família e sociedade. Esses fatores geram falha na formação de rede (DISTRITO FEDERAL, 2009) que é de fundamental importância para a prática da clínica no CAPS, pensando o indivíduo como resultado das complexas relações que estabelece na vida que envolve a família, equipe, comunidade (LEAL; DELGADO, 2007).

Segundo Machado (2014),

a cobertura da assistência em saúde mental no DF é insuficiente para atender todo o território com sua demanda. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do DF em 2013 é de 2.789.761 habitantes (IBGE, 2014). Considerando que, de acordo com o Ministério da Saúde, o percentual de pessoas em sofrimento psíquico grave, que demanda cuidados continuados representa 3% da população (DISTRITO FEDERAL, 2010), os 5 CAPS saúde mental no DF são insuficientes para atender 3% desta população divulgada pelo IBGE.

Em que pese as medidas para criação de unidades com foco no atendimento da população afetada pelo uso de álcool e drogas, para o público que necessita de atenção à crise relacionada ao sofrimento psíquico grave, conforme estatística apresentada acima, está distante de alcançar o mínimo necessário.

Esta cidade foi um dos primeiros assentamentos do DF, surgiu em 1958 e em 1970 foi reconhecida oficialmente como cidade (MACHADO 2014). É uma cidade autossuficiente que possui rede de educação e um comércio diversificado, tanto nas avenidas comerciais como em shoppings, hotéis, fábricas, faculdades e outros tipos de comércios, onde há oportunidades de trabalho, além de contar com cultura e diversão para sua população.

O CAPS se localiza próximo a um ponto turístico onde acontecem feiras de artesanatos mensais, ficando em local estratégico e com as características indicadas para seu funcionamento, considerando seu papel de promoção da inserção dos usuários socialmente.

Por ter suas instalações numa casa de dois pavimentos, construída para fins residenciais, o CAPS é constituído de dois pavimentos. No superior, há espaços que funcionam como consultórios, sala da Gerência, banheiros, sala de espera para atendimento. No pavimento de baixo, há uma sala de espera, a recepção, salas para atendimento, secretaria, banheiro, cozinha, a sala de enfermagem e uma área onde acontece a atividade física, onde são servidas as refeições, além de serem realizadas as atividades de grupo. Por ser um ambiente que não se distingue do ambiente associado à convivência familiar, é acolhedor, no entanto sabemos que a institucionalização é uma marca que não está apenas na estrutura física do local que abriga o serviço, mas também, e talvez mais fortemente, nas pessoas e no modo como as relações são estabelecidas.

Observamos que, apesar do interesse e esforço da equipe em cumprir o propósito do atendimento diferenciado do praticado no hospital psiquiátrico, uma realidade bem presente é a falta de habilidade de servidores para o trabalho visando à reabilitação psicossocial naquele serviço, mantendo-se presente o poder médico que trabalha à parte dos demais da equipe, com poucas exceções, restringindo-se ao consultório e não participando das reuniões de equipe.

O próprio usuário do serviço, inicialmente, procura-o quase que invariavelmente para ter acesso a atendimento médico psiquiátrico, visando à obtenção de receita de medicamentos e acompanhamento médico. Ao tomar conhecimento dos demais serviços oferecidos e da importância de participar das demais atividades, algumas pessoas costumam oferecer resistência para adesão ao programa terapêutico.

São orientados pela equipe sobre a importância de serem assíduos nas atividades considerando que há muita procura pelo atendimento e podem perder a vaga, sendo comum observar o uso do atendimento psiquiátrico como moeda de troca para a adesão às demais atividades.

As atividades oferecidas são em sua maioria em grupo, porque visa à socialização, e alguns casos específicos recebem atendimento individual, considerando tratar-se de casos mais específicos que não apresentam progressos nos grupos. Faz parte da assistência às pessoas que ali buscam cuidados atividades de grupo e individuais, dentre elas a confecção de artesanato, autocuidado, bazar, grupo de família, de gênero, psicoterapia, terapia comunitária, atividade física, arteterapia, assembleias e atendimentos individuais, além das visitas domiciliares, acolhimentos diários, planos terapêuticos e atendimento medicamentoso.

Além de atividades descritas, são oferecidos também para os usuários que participam dos grupos o café da manhã, um lanche de manhã e outro à tarde e, para os que participam de atividades em dois períodos, é ofertado também o almoço. Os grupos terapêuticos são coordenados por psicólogos, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem, acompanhados por estagiários dessas mesmas áreas que já estejam em final de formação.

É comum ouvir queixas de usuários referentes a dificuldades, como conseguir trabalhar e se sustentar, relações conflituosas em família e impossibilidades ligadas a como lidar com os horários, efeitos e quantidade de medicamentos, além de questionamento sobre o significado do diagnóstico recebido, o que despertou o interesse em conhecer um pouco mais sobre o sofrimento ali apresentado e qual a influência do conhecimento do diagnóstico nesse processo.

Freud diz que a vida tal como nos é dada é difícil e repleta de dores, decepções e tarefas sem solução, mas para tudo suportar tem como finalidade a felicidade e, refletindo

sobre a minha e aquelas vidas que se encontram ali, percebi que todos almejam e acreditam que irão parar de sofrer. Relatam sofrimentos inimagináveis para muitos, sucessões de fatos trágicos, momentos presentes carregados de acontecimentos difíceis, mas sempre acreditando e buscando, semanalmente repetindo, entre crises e superações. Uma busca contínua por entender e superar o incompreensível que acontece na vida de cada um.

Naquele lugar, onde é permitido falar de sua dor, elas adquirem força para continuar e se alimentam, como nos diz Vasconcelos (2003), do poder que brota da dor e da opressão. Ali elas encontram apoio para reconstruir suas vidas e percebem que é possível superar por meio da expressão, convivência e troca de experiência e apoio mútuo. Ali se percebe que, por maior que seja nosso sofrimento, somos capazes de acolher o outro e entendemos como cada um é afetado distintamente pelo sofrimento. As experiências que ali se vivem são recortes da realidade no contato com a angústia humana, muitas vezes em sua forma mais intensa (COSTA, 2013).

O propósito de relacionar o efeito do diagnóstico na vida de usuários de serviço de saúde mental surgiu da experiência da pesquisadora neste CAPS, por ocasião da prática de estágio para conclusão da graduação em psicologia, no local constituído para acolher pessoas com sofrimento psíquico grave, visando a reinseri-los socialmente, por ser espaço que propiciaria à pessoa expressar sua vivência de sofrimento e também receber atendimento médico, cujo ato de diagnosticar é uma prática habitual.

Mudança de paradigma, no entanto, pressupõe mudança de pessoas e, os novos serviços que deveriam funcionar sob a nova ótica encontram-se divididos entre as duas visões, a biomédica e a psicossocial. Os profissionais que ali atuam e que foram designados para a função de fazer diferente aprenderam na antiga escola, na qual vigorava o paradigma hospitalocêntrico. Considerando o fato de ser um programa a ser implementado pelo poder público, a contratação dos que ali trabalham não atende aos critérios de seleção próprias para o tipo de serviço, ocorrendo de compartilhar o mesmo espaço servidores que não partilham dos mesmos princípios, e nem todos estão dispostos a promover mudanças e realmente se envolverem.

Uma pesquisa realizada no sul do Brasil apresenta algumas contradições ao analisar os Projetos Terapêuticos de 21 CAPS da região e relatam as divergências de entendimento entre os profissionais e gestores dos serviços, constatando inclusive a ausência de tal documento norteador da “definição e implementação das diretrizes políticas que orientam a atenção em saúde mental nestes serviços e respectivos municípios. Constituindo-se em importante

referência de planejamento e gestão da política de saúde mental no âmbito do município” (JARDIM ET al, 2009, p. 242).

Segundo os autores da pesquisa, a repercussão social das ações em saúde, ou a falta delas, interfere nas “relações de produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços relacionados a saúde” (p. 247), revestindo as políticas de saúde de importância e poder, o que leva a discussões referentes à mudança do paradigma. A forte presença do conhecimento biomédico e a crença em suas práticas como únicas definidoras de resultados imediatos fortalecem práticas, como a importância dada ao diagnóstico, mesmo nos novos serviços constituídos sob a ótica do paradigma psicossocial (JARDIM et al, 2009).

Concluem que a diversidade de discursos e de práticas, a forma há muito constituída de ordenação social com sua prática excludente da diferença e os interesses das instituições privadas de saúde dificultam a implementação da nova política, até porque sua total implantação desestabilizaria a atual dinâmica social, direcionando a novas mudanças que afetariam setores privados ligados à saúde. Portanto, a convivência com o paradigma biomédico, que visa à hospitalização, ao diagnóstico e, conseqüentemente, à medicalização, é uma realidade bem presente nos serviços constituídos sob o princípio do paradigma psicossocial, uma vez que esse afeta relações econômicas e de trabalho, além da cultura de patologizar a diferença.

## **4.2. Análise Formal**

Considerando o objetivo de refletir sobre a influência do diagnóstico recebido no processo de sofrimento, definimos duas categorias a serem analisadas, uma vez que entendemos estarem relacionadas aos fenômenos que iremos focar, ou seja, ao sofrimento e ao diagnóstico.

### **1ª categoria: Sofrimento: a dor de existir**

Das experiências vividas no CAPS, pude observar algumas distinções do sofrimento ali presente para o sofrimento que presenciamos em outros espaços. A intensidade do sofrimento e a dificuldade em lidar com as questões advindas do mesmo, tais como uso de medicamentos, seus efeitos e questões do dia a dia são algumas dessas características.



Os conflitos apresentados nos grupos são tão distintos quanto o número de participantes, porém, ao mesmo tempo, e quando vivenciados por um período, percebemos que, em sua maioria, estão relacionados a questões cotidianas comuns a todos.

Um dos primeiros contatos com a expressão de sofrimento aconteceu numa sessão de psicoterapia de grupo em que uma participante, que não costumava falar muito e parecia estar sempre cansada e desanimada, foi mobilizada pela fala de outra que relatou sua dificuldade em lidar com o filho. O tema foi devolvido para o grupo a fim de que se alguém tivesse experiência semelhante pudesse compartilhar como lidou com a situação. Aquela pessoa que nunca se pronunciava estava vivendo a mesma situação com seu filho adolescente, que tinha muito conflito com o pai. Ela relatou que quando eles se encontravam ela *“ficava tão angustiada, com medo deles se agredirem e se machucarem, que ela se fechava no quarto e queria só dormir e não ver nada”*. Disse que estava ali porque tinha depressão, mas o que mais a incomodava era essa situação em sua casa, e que não sabia o que fazer para que fosse diferente. Podemos então perceber que o sofrimento aqui representado está associado à dificuldade daquela mulher diante do conflito e quanto sofrimento a situação lhe suscitava, o que pode ser observado na narrativa de Maria Ariel:

É porque não vê assim... mesmo que você tiver com aquele problema, se você tiver com uma crise muito forte, você toma, você vai dormir, você vai relaxar.

Apesar de não gostar de tomar medicamentos e se sentir impossibilitada de trabalhar e levar a vida que ela denomina de “normal”, utiliza-os em situações que considera problemáticas e de difícil enfrentamento.

Outras questões apresentadas nos grupos psicoterapêuticos no CAPS estão relacionadas a vivências no trabalho, por exemplo, como a pessoa que não consegue lidar com limites no trabalho e ao voltar para casa não consegue dormir tamanha a exaustão. Em contrapartida, Maria Ariel relata:

Quantas das vezes eu consegui emprego e eu não consegui levar adiante por conta desse problema né? Ficava cinco, seis meses pedindo para sair. Agoniada! Do trabalho. Me sentindo pressionada!

Vemos aí que o foco do sofrimento é o mesmo, isto é, a dificuldade de lidar com o limite, ou por não conseguir dizer não às solicitações do trabalho, partilhado no grupo, ou a falta de tolerância de Ariel, com a pressão sentida no trabalho. O limiar para mais ou para menos se encontra extremado.

Maria Ariel apresenta outra questão advinda da dificuldade com o trabalho que outros usuários expressaram nos grupos ou em conversas nos espaços de convivência, o fato de se

sentirem cobrados e criticados por não estarem trabalhando, como se fosse uma opção. Ariel assim expressa:

Às vezes as pessoas, principalmente lá na minha casa mesmo, acha que eu sou acomodada mesmo, mas não é! Porque quem tá vivendo sou eu! Sou eu que tá vivendo isso!

Outra situação que se mostra causadora de angústia e sofrimento e, inclusive apresenta uma contradição, é a dificuldade de lidar com o cuidado de familiar doente. Uma participante de grupo repetidamente apresentava queixa por ter que cuidar da mãe acamada e se sentir presa em casa, porém com o falecimento da mãe passou a se queixar de se sentir inútil e não ter uma ocupação. Maria Ariel nos traz um relato que marca também uma contradição, porém em relação à condição de saúde dela e de sua mãe, quando fala:

Minha mãe sempre tomou remédio controlado, então ela... mas ela era uma pessoa normal, tranqüila, assim como eu. Não sei se pode chamar (riso) de normal uma pessoa que toma tanto medicamento. É...

Dificuldade nos relacionamentos é outra questão bem presente nos relatos de grupos e os conflitos advindos das relações conjugais que apontam muitas vezes a violência. Uma usuária, ao relatar que está chateada com o marido, expõe situações que surpreende os outros participantes diante da atitude do marido que exige dela trabalhos pesados na construção da casa, além do cuidado com os filhos, reclamando ainda por ela não ter um trabalho que traga algum rendimento.

Por sua vez, o primeiro casamento de Maria Ariel foi marcado por conflitos que surgiram após a efetivação. Segundo ela, seu intento era o de sair de casa e ser livre.

Mas quando eu me casei eu fui descobrir o outro lado dele né?  
Ele era agressivo, violento, muito, muito! Eu nunca imaginei que um anjo fosse virar um demônio! Ele me agredia, nessa época, a gente bebia muito também. Assim quando a gente ia numa festa sábado aí a gente enchia a cara mesmo! E em várias dessas brigas ele fazia o mesmo gesto do... fazia assim ó! (dedo na frente dos lábios indicando silêncio, olhos bem abertos) pra mim não gritar, porque a gente morava na casa da frente da minha mãe, para minha mãe não descobrir quem ele era. Ele dizia se você contar pra sua mãe ela não vai acreditar e eu vou te matar! Me ameaçava, eu já vi ele com arma! Ele dizia que se eu continuasse saindo... porque eu saía muito. Eu saía para casa de minhas irmãs, eu ia pra festa... eu queria ser tipo independente né? Na verdade eu casei mais pra sair de casa e eu queria minha independência! Eu tinha que me comportar como uma mulher casada e eu (riso quando fala) não me comportava! Ele dizia eu vou dar um tiro no seu pé se você não parar com essas saídas. E aquilo ali ficava dentro da minha mente ! Aquele gesto de novo. Ele me batia e fazia o gesto pra mim.

Sua fala apresenta também os preconceitos em relação ao comportamento feminino que, por ser casada, não pode sair de casa ou ter desejo de se divertir.

Isolamento por ter se desentendido com familiares, por não concordarem com o que querem, também gera sofrimentos que levam alguns usuários ao serviço.

Porém há outra dimensão do sofrimento que surge relacionado à intensidade da vivência e que ultrapassa a capacidade do sujeito de se sustentar sem ajuda profissional, trata-se de experiências intensas de sofrimento ou, como denomina Vasconcelos (2003), de crises existenciais radicais que geram profundo sofrimento.

Entremeada às citadas anteriormente, surpreende-nos e nos deixa perplexos, muitas vezes, relatos como de um jovem que teve seu primeiro filho e diz não se emocionar por ser pai, além de sentir anseios de machucar a namorada, ou o relato de Maria Ariel quando dá à luz seu primeiro filho:

Quando eu acordei e vi aquela criança, meu desespero, minha vontade era de dar um murro até na enfermeira. Eu peguei aquele menino, que ela me deu, foi logo botando assim, aquilo ali pra mim foi o fim, sabe.. arreventou os meu peitos, feriu meus peitos, abriu assim, caiu o bico, ficou aquele buraco de ferida. Na hora da visita eu peguei ele assim, e falei para minha irmã "tira esse menino de perto de mim", porque eu tava com medo de fazer alguma coisa com aquela criança. E eu acho que a minha irmã sacou que era alguma coisa que tava acontecendo comigo. Ela falou assim "nega, não pode fazer isso com o menino está todo mundo olhando" e eu só pedia pra ela tirar o menino de perto de mim. E o menino chorando, chorando. E as enfermeiras e as mãezinhas lá "mãe, dá de mamá pro seu filho" e eu fingia que não estava nem ouvindo elas e nem o menino, por que eu não queria saber daquele momento. Eu queria tentar ir pra casa sem aquele menino. Eu queria, sabe... Me livrar daquilo ali tudo. De hospital, de menino chorando, de bebê, de mãezinha feliz lá sorrindo, tirando foto. E eu lá "meu Deus, que felicidade é essa que eu não tô encontrando? Acabei de ganhar um filho, cadê a alegria que eu tava sentindo". Procurei e não achei.

Tal experiência proporciona comoção no grupo por estar distante do que se convencionou para a maioria das pessoas como normal. Negar ou questionar o amor dos pais em relação aos filhos são questões que se levantam como impensáveis para muitas pessoas, assim como sentir prazer em causar sofrimento, consciente, ao outro. Maria Ariel nos relata, cabisbaixa e quase inaudível, sobre seu impulso de automutilação e tentativa de auto-extermínio, outra vivência só compreensível para quem a vive.

é os cortes no braço, né ? porque eu corto com gilete né? vem essa vontade? ... constante... aí o remédio ameniza...  
Crise assim que eu falo é de agonia, essa angústia, aí vai dando a vontade de morrer, de sumir.

Um relato bem comum nos grupos e nas conversas nos espaços de convivência é o que Maria Ariel nos coloca quando fala sobre vozes que estão sempre presentes em sua "cabeça" e que são incompreensíveis, como murmúrios, mas que às vezes trazem conteúdos que assustam o usuário, que se sente inseguro e temendo seus próprios atos.

As vozes são sem nexos, não entende o que diz. Só uma vez que estava cortando umas verduras e ouviu assim: vá lá fora. Eu tava numa busca de Deus. Eu pensei que era uma mensagem para ajudar alguém. Mas aí não tinha ninguém.

Voltei e ouvi dizer vá lá fora com a faca. Aí... minha fuga para eu não ouvir era me medicar e dormir. Eu tomava bastante medicamento para dormir e não ouvir. Então sempre que isso acontece, eu tomo os remédios para dormir e não ouvir.

O medicamento é um recurso que muitos usuários, assim como Ariel, utilizam como única saída em momentos de grande sofrimento, porém ela apresenta outra possibilidade quando percebe em alguns momentos:

É aquela necessidade de estar com alguém, no meio de pessoas e aí eu venho aqui para o CAPS e fico em qualquer grupo, mesmo que não seja o meu.

Porém há experiências contraditórias que marcam sua vivência, quando diz não se entender, como o que a levou à sua última internação inclusive. São situações que a tomam.

... e ao mesmo tempo, em outros momentos eu não quero nada, nem ninguém, é uma agonia, uma sensação de morte, uma coisa ruim, querer gritar, espernear, de gritar. Dentro de ônibus, sem mais nem menos, eu pensei que o ônibus ia pegar fogo e eu comecei a gritar, foi a maior vergonha. Eu tava só pensando. Eu acho que falei alto com meu pensamento. Eu pensei alto e falei, vai pegar fogo, vai pegar fogo, e a mulher ficou gritando; essa mulher tá doida, vamos colocar ela para fora!

O relato de experiência de sofrimentos que presenciamos no CAPS é tão diversa e tão parecida ao mesmo tempo, pois a convivência naquele ambiente nos ensina que são formas de ser e de sofrer as quais todos estão sujeitos, pois ouvimos relatos de pessoas que sofrem alguns sintomas desde crianças e outros vieram a ter a primeira experiência recentemente, após adultos, e não conseguiram mais ser como antes.

## **2ª categoria: Diagnóstico: um registro.**

O diagnóstico como categoria se apresenta como questionamento do uso inadequado, por ser constante, de um ato médico num ambiente constituído para atendimento num modelo psicossocial em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, no intuito de refletir sua importância e influência no tratamento ali indicado.

Percebemos que o interesse no diagnóstico é um tanto contraditório, mas é uma preocupação presente no CAPS, tanto para profissionais como para os usuários do serviço e, de qualquer forma, leva a uma cobrança em relação aos médicos. De acordo com pesquisa realizada por Serpa Jr e outros (2014), espera-se que o médico defina o que está acontecendo e dê uma resposta que dê sentido àquele sintoma.

Contraditório porque ouvimos relatos de preocupação com o diagnóstico recebido, ou por não ter sido definido, por discordar e até por não entender. Por parte de outros profissionais é comum ouvir o questionamento a respeito do medicamento receitado em relação ao diagnóstico dado.

Presenciamos nos encontros com e entre os usuários que eles trocam informações e ideias a respeito do diagnóstico e, algumas vezes, demonstram confusão por terem diagnósticos diferentes e apresentarem alguns sintomas semelhantes.

Presenciei uma conversa, certa vez, entre dois usuários, em que um dizia ter descoberto o que tinha, concluindo que era bipolar porque, ao ouvir o outro dizer de seus sintomas e diagnóstico, identificou-se. A conversa foi interrompida devido ao início do grupo e a sessão girou em torno de sentimentos, atitudes, experiências de vida que alguns associaram ao diagnóstico de “bipolar”. Percebi que, muitas vezes, a necessidade de se sentir aceito ou ter uma explicação para o que sentem, levava-os a se identificar com os outros e, na verdade, muitos dos relatos feitos não eram sintomas de nenhum transtorno, mas formas de ser e agir nas situações da vida. Por exemplo, na fala de Maria Ariel, que traz comportamento bem característico da rebeldia adolescente, quando diz:

Eu sumia. Acho que fazia isso para deixar minha mãe louca. Pra ser sincera, eu e minha mãe, nesse período a gente brigava muito. Eu te falei né? Nessa época a gente brigava porque ela ficava mais do lado das pessoas, era um pouco de ciúme, não era um pouco não, era muito ciúme... Eu amava muito minha mãe!

Maria Ariel apresenta o seguinte relato sobre sua experiência em relação ao diagnóstico:

Eu sabia que tinha alguma coisa, mas não sabia o que, porque até então nenhum dos médicos tinha falado. Até antes de vir parar no CAPS um médico que me atendeu no Hospital São Vicente de Paula, ele é que falou para mim, porque eu questionei com ele: espera! Mas o que é que eu tenho na verdade, porque, muito exame, muito remédio e eu não melhoro, sempre tenho as crises. O que é que tá acontecendo?

Ela fazia acompanhamento médico e usava medicamentos para suas “crises” desde os quinze anos e só depois dos vinte anos é que veio a questionar o que a levava a tais vivências, demonstrando que saber seu diagnóstico só fez sentido naquele momento.

Continua seu relato dando sua opinião sobre o impacto de tal descoberta em sua vida, dizendo:

ele falou que eu tinha um transtorno, que seria transtorno bipolar, que era oscilação de humor, essas coisas. Bom! Não interferiu em nada! Assim, só fiquei sabendo o que eu tinha.

Disse que só algum tempo depois, quando estava no CAPS, conversando com uma profissional, é que foi esclarecida sobre o que era. Disse ter pesquisado na internet e que se sentiu bem em saber que não era a única a sentir o que sentia, porém algum tempo depois, mesmo fazendo o acompanhamento no CAPS e usando corretamente os medicamentos, teve outra crise e relata:

Fui parar no São Vicente de novo e lá o médico falou para mim sobre se eu sabia alguma coisa sobre transtorno Borderline e eu disse que não. Porque realmente eu nunca tinha ouvido falar, nunca mesmo! Eu nunca tinha ouvido. Ele falou que pelos relatos que eu questionei com ele, ele disse que eu estava com esse transtorno. Aí eu pirei! Porque eu pensei, uai, transtorno bipolar né? Que ele, na época, o médico que disse transtorno bipolar disse que, é tem o transtorno bipolar e o transtorno afetivo bipolar, que poderia também estar associado, e quando esse outro médico me falou de borderline eu fiquei pensando... Meu Deus! Mais um transtorno! O que será isso?! Mas eu não questionei com ninguém, não procurei saber o que é! Não sei e não quero saber não por que... se for algo muito grave vou ficar preocupada. E também tem aquela questão! Se for algo muito grave e se tiver algum recurso que eu possa fazer para melhorar eu vou procurar, mas eu prefiro não saber. Assim, não procurei saber.

Nesse momento Maria Ariel apresenta uma reação bem diferente da anterior quando desejou saber o que tinha, questionando e não desejando saber o que significava. Ao mesmo tempo pode-se pensar que não fazia diferença o nome dado uma vez que, independente do nome, o sofrimento vivido era o mesmo.

Percebemos ainda o quanto o diagnóstico pode ser uma questão ambivalente para o próprio sujeito, como no caso de Maria Ariel que, em um primeiro momento, quando desejou conhecer e, ao saber, fez todo sentido para ela, ajudando-a se sentir parte de um grupo que tinha as mesmas vivências e, em outro momento, mesmo buscando pelo diagnóstico, sentiu-se temerosa de ser algo grave e não se interessou em saber mais informações.

Outra usuária, num momento de convivência, também comentou que pesquisou na internet seu diagnóstico e quando descobriu que tinha um “código” que era de depressão foi conversar com o psiquiatra que a acompanhava, pois não concordava que sofria de depressão, “só pessoas fracas sofrem de depressão”, disse ela.

### **4.3. Interpretação/Reinterpretação**

Conforme discutimos, até o momento mesmo o CAPS sendo um dispositivo de cuidado sob o paradigma psicossocial, o diagnóstico, ato característico do modelo biomédico, possui grande poder de influência, tanto nos usuários como em alguns membros da equipe, impactando as experiências de sofrimento dos usuários.

Conforme dito anteriormente, o CAPS é o lugar constituído para acolher o sofrimento que, mesmo sendo parte do humano, ou seja, a dor de existir (VASCONCELOS, 2003), muitas vezes se apresenta em forma de crise que, dependendo da intensidade, é nomeada de sofrimento psíquico grave (COSTA, 2014).

Podemos dizer que o princípio que norteou a criação dos CAPS é a liberdade, pois sua missão é acolher quem antes não tinha voz e vivia trancafiado em manicômios por ser considerado “louco” e, portanto, perigoso para si e para os outros (BASAGLIA, 1985). Assim, como resultado de movimentos sociais que clamaram pela liberdade de pessoas que sofriam maus tratos em nome de tratamento, eles surgiram com o objetivo de servir de ponte entre o paradigma hospitalocêntrico e o psicossocial, no intuito de acolher, empoderar e inserir socialmente os portadores de sofrimento psíquico grave (VASCONCELOS, 2003; COSTA, 2014; LOBOSQUE, 2003).

No entanto, sabemos que a institucionalização não ocorre apenas no manicômio, mas que pode ser vista também como um sentimento instituído e incrustado culturalmente e que necessita de tempo para ser destituído, o que se observa ainda no CAPS, como, por exemplo, na atitude de um profissional que diz “achar bom” quando o CAPS está vazio, porque não tem usuário incomodando, demonstrando assim pouca compreensão de seu papel no processo de desinstitucionalização.

Desta forma, a experiência vivida num desses serviços substitutivos, ou seja, um CAPS, mostrou-nos que o processo de desinstitucionalização pode ser demorado e não ocorre no mesmo ritmo para todas as pessoas. O relato de Maria Ariel de que, mesmo estando em tratamento nesse local, sofreu uma crise e foi encaminhada para internação em Hospital psiquiátrico, leva-nos a questionar a finalidade do CAPS e o novo paradigma, se houve ajuda para a usuária no gerenciamento de sua crise ou ajuda para que passasse por ela, sem a agressão que relata ter sofrido quando internada. Costa (2014, p. 60) fala que “o sujeito em crise mental necessita de companhia para sua recuperação”.

“Faz-se necessário que os usuários passem a compreender a doença ou os sintomas como um problema, como uma experiência que exige crítica e reflexão, vivenciado-a como resultante de uma série de determinações que podem ser acessíveis a seu conhecimento” (BEZERRA JÚNIOR, 2001, apud SEVERO; DIMENSTEIN, 2009, p. 63). Necessidade apresentada pelos usuários, evidenciado no relato de Maria Ariel quando solicita do médico uma explicação sobre o que sente, mas que não entende que poderia ter tido outro tipo de cuidado, além da receita para adquirir medicamento, e participar de grupos para suprir sua necessidade de companhia.

Segundo Basaglia, quando o médico responde ao doente, ou aceita seu questionamento, sua contestação e dá a ele um lugar na relação, esta passa a ser dialógica e se torna libertadora (BASAGLIA, 1979). No caso de Maria Ariel houve abertura quando ela questiona o médico sobre seu diagnóstico e obtém uma resposta, porém não houve continuidade, uma vez que ela não foi orientada sobre o que pode ser feito quanto aos efeitos sedativos dos medicamentos. No caso de Ariel, por muito tempo o diagnóstico está servindo apenas para a indicação medicamentosa sem uma preocupação em ajudá-la a entender seu processo e recursos diferentes para lidar com a crise, ou até mesmo identificar a proximidade da mesma para evitar ou minimizar sua intensidade (BEZERRA JÚNIOR, 2001, apud SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

O sofrimento do usuário para receber um diagnóstico e, às vezes, a tranquilidade após ser diagnosticado. O sofrimento se deve à angústia de não saber o nome do que o atormenta e a esperança de que o médico irá dar uma solução. A tranquilidade vem devido ao fato de se sentir seguro por saber ter garantido um lugar de cuidado, que naquele CAPS se apresenta, muito fortemente, ser a garantia de estar medicado para não entrar em crise.

O diagnóstico deveria propiciar o diálogo com a equipe e uma melhor indicação do plano terapêutico que ajude a pessoa a lidar com suas questões específicas, com os sintomas que se apresentam, e não a atitude de reduzir a frequência do usuário no CAPS sem entender bem o que sente. No caso de Maria Ariel, sua técnica de referência solicitou que ela fosse atendida individualmente por perceber que havia conteúdos que a incomodavam e que ela não conseguia expressar no grupo.

Os efeitos dos medicamentos, algumas vezes, é o que causa sofrimento, como é o caso de uma usuária, que, segundo relatos de vários profissionais e dela mesma, só piora, mas não foi tentada uma solução fora dos medicamentos para entender se eles são realmente necessários para ela.

Lobosque (2001) esclarece que o diagnóstico psiquiátrico não deve ser critério para admissão do usuário no serviço de saúde, porém admite que ele tem seu valor no momento de avaliação do “modo, o limite e o alcance da nossa operação clínica em cada caso”( p. 54), ou seja, para direcionar o Plano Terapêutico mais eficiente para o usuário, que, não necessariamente, é o medicamentoso, como ocorreu no caso de Maria Ariel, que foi encaminhada para conhecer melhor seu processo e a dinâmica de seu sofrimento.

A falta de aceitação do fenômeno do sofrimento psíquico intenso leva os profissionais à busca de normalização da experiência das pessoas, não permitindo a experiência de simplesmente existir e entender que, mesmo tendo vivências diferentes das suas, aquela



pessoa tem o mesmo direito de ser visto e respeitado na sua forma de ser. Pude observar que Maria Ariel, apesar de tudo que vive e das crises que vivencia, não apresenta uma atitude de vitimização naquele espaço, pois se apresenta com uma postura de quem tem direito de estar ali, conversa com os profissionais olhando para eles e pergunta quando não entende.

O cotidiano do serviço objeto da pesquisa apresenta resquícios da lógica biomédica mesmo que não aparente no discurso expresso. Observamos que de forma sutil as práticas biomédicas estão presentes na crença de usuários e equipe técnica, sendo utilizadas para atender algumas situações nas quais não vislumbram outra possibilidade, como, por exemplo, para o cuidado de crises.

As vivências contraditórias em relação ao diagnóstico, narradas por Maria Ariel, evidenciaram que o diagnóstico é importante em algum momento, mas é só um aspecto do que se apresenta ali, e que, talvez, o mais importante seria utilizá-lo como início do processo de compreensão do usuário sobre o seu sofrimento, existindo a possibilidade de escolher entre neutralizar o sofrimento ou buscar recursos que o ajudem a conviver com ele.

A totalidade da experiência que pude perceber na narrativa de Maria Ariel é muito maior que qualquer diagnóstico ou categoria nosológica possa nomear. Os argumentos apresentados em defesa da objetividade médica para diagnosticar ou mesmo a junção do exame clínico acoplado às categorias constantes dos manuais, só deveriam ser usados após ouvir um relato da história de sua vida e não só de seu sofrimento intenso e isolado, na hora da crise.

A experiência de estágio inicialmente causa sofrimento e incômodo em ouvir o sofrimento do outro e lidar com a impotência de poder ajudar. Com o passar do tempo, a angústia diminui e fica mais fácil acolher o sofrimento do usuário, aprimorando a habilidade clínica, o que reafirma a filosofia nietzschiana de que o contato com o sofrimento nos fortalece.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebemos que o diagnóstico é uma preocupação real para os usuários do CAPS e que pode tanto trazer alívio como pode intensificar o sofrimento vivido por eles. De acordo com a observação feita durante a experiência de estágio no CAPS, nos espaços de convivência e nos grupos psicoterapêuticos, o diagnóstico é um tema que afeta de forma diferente os usuários, a depender da intensidade do sofrimento que os levou àquele serviço.

Pudemos compreender que o sofrimento é condição humana que foi, e é, tema de pensadores e estudiosos, bem como a busca para o alívio do sofrimento é uma constante na vida de todo ser humano, e a intensidade e a forma de lidar com ele é o que difere de uma pessoa para outra, conforme pudemos observar nas contribuições de Nietzsche, Freud e Costa (2014).

Constatamos que, com a busca do conhecimento pelo homem, foi estabelecida uma forma de nomear e classificar o sofrimento, que passou a ser diagnosticado e tratado como doença, o que levou à segregação de alguns por serem considerados diferentes e inadaptados socialmente. Porém, graças a movimentos sociais em que diferentes atores envolvidos na lógica da exclusão, isto é, profissionais de saúde que, incomodados com a realidade que presenciavam, volveram um olhar para aqueles pacientes que estavam reclusos, surge um movimento pela desinstitucionalização daquelas pessoas (BASAGLIA, 2001).

Na Itália, Baságli, médico psiquiatra, inicia um movimento de fechamento dos manicômios como forma de mudar essa lógica da discriminação contra o portador de sofrimento psíquico grave, e inicia um movimento de resgate da cidadania e da subjetividade de tais sujeitos. O Brasil sofre grande influência do modelo italiano e, com as conquistas da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, são instituídos os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como substituto do manicômio, para atender às pessoas em sofrimento psíquico grave (LOBOSQUE, 2003).

Assim, no CAPS, local para acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico grave que deveria funcionar na lógica do atendimento psicossocial, percebeu-se a presença e influência do diagnóstico, ato médico de grande valor na dinâmica hospitalocêntrica, na fala dos usuários do serviço.

Diagnóstico, termo que nomeia ato médico que visa a identificar uma doença, tendo como base os sintomas apresentado pelo doente (GONÇALVES, 2011; RYCROFT, 1975). Tal termo fugiu ao domínio da medicina e hoje é utilizado em outras áreas como economia,

educação, para sinalizar a situação de determinado processo. Na medicina, reveste-se cada vez mais de importância e, além de seu uso para definir doenças do corpo, passa a ser também muito utilizado pela psiquiatria para definir patologias caracterizadas pelo grau de intensidade do sofrimento psíquico (DUNKER, 2015).

O DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - proposto pela APA – Associação Americana de Psiquiatria, manual expressivo para o uso diagnóstico de patologias mentais, de sua versão DSM I para o DSM V passa a ter mais categorias diagnósticas, ampliando o domínio do que é patológico e sofre algumas críticas, tais como estar sendo utilizado para caracterizar experiências pessoais como doença, atender a interesses do mercado farmacêutico que passa a investir em pesquisas de medicamentos, assim a psiquiatria passa a ser questionada por alguns de seus membros, os quais discordam da forma como tais manuais estão sendo utilizados para definir diagnósticos baseados apenas em quadros sintomatológicos, sem considerar aspectos sociais e particulares dos sujeitos (BANZATO; PEREIRA, 2014).

Atualmente discute-se a importância de se estabelecer o diagnóstico psiquiátrico, a sua utilidade e os critérios que devem ser atendidos para que ele não venha a ser apenas um rótulo que tenha como função a exclusão do diferente (BANZATO; PEREIRA, 2014).

Assim, utilizando de metodologia qualitativa, buscamos observar os efeitos do diagnóstico na vivência de pessoas com sofrimento psíquico grave de um serviço substitutivo ao modelo asilar de atenção à saúde mental, que ilustramos com informações da narrativa da experiência de Maria Ariel e com os relatos de outros usuários observados em grupos psicoterapêuticos. Pudemos observar que o diagnóstico possui diferentes interesses e sentidos para os usuários daquele serviço.

Para quem teve sua primeira crise, o interesse e o sentido do diagnóstico está normalmente associado ao interesse em saber o que tem e como fazer para ficar bem, inclusive a preocupação em saber se tem cura e, quando se trata de alguém que já passou várias crises, a preocupação está relacionada aos efeitos colaterais dos medicamentos e saber porque mesmo tomando tantos medicamentos não se sente bem.

Outras situações bem comuns dizem respeito ao interesse em ter um diagnóstico para conseguir um laudo que garanta um benefício previdenciário ou social, como passe livre para poder se deslocar para fazer o acompanhamento, ou receber algum benefício assistencial para ajudar nas despesas com o tratamento e não se sentir um peso para a família.

Percebemos também que um diagnóstico ajuda a pessoa a sentir-se mais confortável com o fato de ter uma resposta para os comentários de que está inventando tudo aquilo para

não trabalhar. Este aspecto, perceber que sua incapacidade se deve a um transtorno e que não é o único a ter tais sintomas, costuma dar muito sentido para a vida de alguns que sofrem muito por não entenderem por que tem um limite diferente do que têm as outras pessoas.

Um dado positivo que surgiu foi relacionado a outra pesquisa, apresentada por Serpa Jr. e outros (2014), que mostra o outro lado da questão na qual psiquiatras, que prestam serviços no CAPS, relatam que o trabalho com equipe multiprofissional interfere positivamente na atuação psiquiátrica quando do diagnóstico do usuário do serviço.

Esse trabalho nos mostrou a importância de estudos que visem a conhecer os diversos aspectos envolvidos em tão complexa tarefa que é o diagnóstico em saúde mental, a forma como é feito, suas consequências e o estudo e crítica dos instrumentos utilizados para esse fim, bem como estar atento para todos os interesses que envolvem esse ato, ainda destacando a necessidade de mais estudos que levem a tais reflexões.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMANCIO, Valdene Rodrigues. **Uma Clínica Para o CAPS: A clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise.** Curitiba: Editora CRV, 2012. p. 131

American Psychological Association (APA) – 6a ed. São Paulo. 2013. (2010). In **Dicionário** de Psicologia American Psychological Association (p. 283).

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

BANZATO, Cláudio E. M.; PEREIRA, Mário E. C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: BEZERRA Jr., Benilton; COSTA, Jurandir Freire; ZORZANELLI, Rafaela (orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamont, 2014.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** 2ª ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada – relato de um hospital psiquiátrico.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **As instituições da violência.** In: BASAGLIA, Franco. (Coord.), **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. 99-133.

BEZERRA JR., Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: BEZERRA Jr., Benilton; COSTA, Jurandir Freire; ZORZANELLI, Rafaela (orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamont, 2014.

BRAGA, Felipe Willadino. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave.** 2012. 168f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasília, 2012.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2003.

BRANT, Luiz Carlos. **O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia** *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63060118>, vol. 6, núm. 1, 2001, pp. 221-231. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Brasil. Acesso em: 11 mai. 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 34, p. 22, 20 fev. 2002, Seção 1. 37.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliar CAPS. Resultados Avaliar CAPS 2008**. Documento da Coordenação de Saúde Mental. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 251, p. 50-60, 30 dez. 2011, Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Atividades - 2012**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012.

COSTA, Ileno Izídio da. **Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros**. In: COSTA, Ileno Izídio (Org.), **Intervenção e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 33-74.

COSTA, Ileno Izidio da. Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade. In: COSTA, Ileno Izídio da (Org), **Sofrimento humano e sofrimento psíquico: da condição humana às “dores psíquicas”**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p. 23-67.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DANIEL, Cristiane; SOUZA, Mériti. Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, p. 117-130, 2006.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa: Aportes metodológicos**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

DICIONÁRIO INFORMAL <http://www.dicionarioinformal.com.br>, capturado: 11/2015).

DICIONÁRIO online de português- <http://www.dicio.com.br>, capturado: 11/2015)

DIMENSTEIN, Magda. **O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção dos portadores de transtornos mentais**. Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC - Mental, Barbacena, a. IV, n. 6, p. 69-83, 2006.

- DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. **Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** *Rev. bras. saúde ocup.* [online]. 2010, vol.35, n.121, pp. 122-123. ISSN 0303-7657.
- DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz ; NETO, Fuad Kyrillos. **A crítica psicanalítica do DSM-IV** – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, vol. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma:** uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas.** *Rev. Bras. Epidemiologia* (online). 2005; 8(2): 187-93.
- FORTES, Isabel. **A dor psíquica.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012.
- FORTES, Isabel. O sofrimento como travessia: Nietzsche e a Psicanálise. **Revista EPOS.** Rio de Janeiro, vol.5, nº 1, p. 99-11, jan-jun 2014.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.
- FREUD, Sigmund. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume II: **Além do princípio do prazer.** In Zigmund Freud: Rio de janeiro: Imago Ed., 2006, p.123-182.
- \_\_\_\_\_, Sigmund. **O mal-estar na cultura.** Porto Alegre: L&PM, 2010. (Trabalho original publicado em 1921).
- GERMANO, Idilva; BESSA, Letícia Leite. Pesquisas narrativo-dialógicas no contexto de conflito com a lei: considerações sobre uma entrevista com jovem autora de infração. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 10, n. 3, set. 2010. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482010000300014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000300014&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 03 jun. 2015.
- GONÇALVES, Maria. **Psiquiatria na prática médica: o diagnóstico em psiquiatria – um ato médico.** *Psychiatry on line Brasil.* Vol.20, outubro 2015. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/prat1011.php>. Acesso em: Outubro 2015
- GOULART, Daniel Magalhães. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista Guillermo de Ockham**, Colômbia, Vol. 11, n. 1, p.21-33, jan - jun 2013.
- JARDIM, Vanda Maria da Rosa, e outros. **Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial.** *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol. 18, Núm. 2, abril-junho, 2009, pp. 241-248, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.

LEAL, Erotildes Maria.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni. et al. (Orgs.). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007. p.137-54.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marylink. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método**. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/333/2035> RBPS 2003; 16 (1/2) : 59-66. Acesso em : 07 jun. 2015.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MACHADO, Dillyan Roriz. **Uma experiência de empoderamento: uma narrativa**. 2014. Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia. UniCEUB, Brasília.

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL (MPSMDF). **Como anda a Saúde Mental na capital do país?** Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Relatório de Visitas Institucionais realizadas através da Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do Distrito Federal e o MPSMDF. Brasília: MPSMDF, 20f, 2013.

MONTEIRO, Katia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **A dimensão psíquica na compreensão da depressão**. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 11, set. 2007 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2007000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 maio 2015.

NETO, Mario Rodrigues Louzã et al (organizadores). **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. **Cadernos de pesquisa em administração**, São Paulo. V. 1, nº 3, 2º sem. 1996.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Ecce Homo**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Além do bem e do mal**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

NISHIKAWA, Christiano Asano. **A Convivência como Instrumento Desinstitucionalizante: (Re) construindo Cidadanias**. 143f. Monografia. Centro universitário de Brasília-UniCEUB, Graduação em Psicologia, Brasília, 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.



REMOR, Carlos Augusto Monguilhott; REMOR, Lourdes de Costa. **A Entrevista: fundamentos da hermenêutica e da psicanálise.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 963-70.

RYCROFT, Charles. **Dicionário crítico de psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SZASZ, Thomas S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1984. (Trabalho original publicado em 1971).

SERPA JR., Otávio et al. Experiência narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e do usuário. **Physis Revista de saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v 24, n 4, 1053-1077, 2014.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; DIMENSTEIN, Magda. **O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental.** *Estud. psicol (Natal)*, Natal, v. 14, n. 1, p. 59-67, Apr. 2009. disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 maio 2015.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo.** São Paulo: editora UNESP; São Paulo: Cultura acadêmica, 2010. Disponível em SCIELO Books [HTTP://books.scielo.org](http://books.scielo.org).

TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e Subjetivar: a especificidade da Clínica da Recepção. In: *A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental.* Cadernos de IPUB n 17. Rio de Janeiro, UFRJ, IPB, 2000.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, 2002.

TENÓRIO, Fernando. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-14, jun 2005.

VANDERBOS, Gary R. **Dicionário de psicologia da APA.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo e outros. (org.). **Reiventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental.** Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArt – Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10):2825-2835, 2013.

ZIMERMAN, David E. **Etimologia de termos psicanalíticos.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

ZORZANELLI, Rafaela. Sobre os DSM's como objetos culturais. In: BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire; ZORZANELLI, Rafaela (orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamont, 2014.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Prezado (a) usuário (a)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: Um olhar sobre o sofrimento – Para além do diagnóstico.

O nosso objetivo é analisar o impacto do diagnóstico na experiência do sofrimento psíquico do usuário de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS visando a entender melhor qual é a relação do usuário com o diagnóstico, sua compreensão do mesmo e as conseqüências deste na sua vida.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação será através de entrevistas que você deverá responder no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em data a ser combinada, com um tempo estimado para sua realização de: 4 horas divididas em 2 ou 3 encontros. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no CAPS, na Instituição Centro de Ensino UniCEUB e no INSS podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá contatar com a pesquisadora responsável Tania Inessa Martins de Resende, a qualquer momento pelo endereço eletrônico: [taniainessa@gmail.com](mailto:taniainessa@gmail.com), ou com a pesquisadora Hellyete de Fátima Teixeira, pelo endereço eletrônico [hellyete.teixeira@gmail.com](mailto:hellyete.teixeira@gmail.com), ou pelo telefone (61) 9927 9364.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome/Assinatura do usuário(a)

---


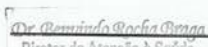

Tania Inessa Martins de Resende

---

Hellyete de Fátima Teixeira

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

## APÊNDICE B – Folha de Rosto

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP <b>FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b>			
1. Projeto de Pesquisa: Um olhar sobre o sofrimento - para além do diagnóstico.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 2	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Tania Inessa Martins de Resende			
6. CPF: 762.274.561-87	7. Endereço (Rua, n.º): SQN 214 Bloco D Asa Norte 105 BRASÍLIA DISTRITO FEDERAL 70873040		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (61) 9977-1763	10. Outro Telefone:	11. Email: taniainessa@gmail.com
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>34 / 08 / 15</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE	14. CNPJ: 00.394.700/0009-65	15. Unidade/Orgão: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT	
16. Telefone: (61) 3353-1000	17. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável:	 Dr. Remígio Rocha Braga Diretor de Atenção à Saúde DGST-SES-DF		CPF: <u>46648101300</u>
Cargo/Função:	 Assinatura		
Data: <u>30 / 8 / 15</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

  
 Marília M.O.L. de Matos  
 Mat 138298-5  
 NEPS/GH/DA/CGST  
 CHEFE

**ANEXO**

**ANEXO A - Roteiro para Construção de Narrativas (Vasconcelos, et al., 2005, p. 223)**

- Estamos falando de uma jornada – uma jornada que levou muito tempo, talvez muitos anos.
- É uma jornada que inclui crises e os sofrimentos pelos quais cada um passou. Como era sua vida antes desses problemas mentais? Em que consistiram seus problemas mentais? Fale um pouco sobre o que a crise gerou e interrompeu em sua vida. Como estes problemas afetaram as relações com a sua família?
- Acerca do tratamento (por exemplo, hospital, medicação, terapias, participação em serviços de saúde mental abertos tais como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, etc): o que ajudou? O que não ajudou? Você procurou algum tratamento alternativo ou suporte informal (como por exemplo, amigos, grupos religiosos e de auto-ajuda, etc).
- Como é que você foi se restabelecendo e reorganizando sua vida? O que você aprendeu em relação a lidar com os sintomas e os efeitos colaterais dos remédios? Como a vida espiritual (se houver), a militância, o trabalho, vida familiar, participação em atividades artísticas, sociais, educacionais, etc, ajudaram nesse processo?
- Você sentiu alguma forma de discriminação e estigma? Como foi isso? Como lidou com isso?
- Como são as suas perspectivas atuais e futuras de vida? Quais as sugestões que você daria a pessoas que ainda estão como “participantes na jornada de vida com os problemas mentais?” Que conselhos daria?
- Olhando para trás, quais os possíveis significados que você vê na sua experiência de sofrimento e de vida? A que lições de sabedoria você conseguiu chegar através dessa jornada?