



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES

MESTRADO EM PSICOLOGIA

GILVAN VIEIRA LIMA

**FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL:
a configuração subjetiva do cuidado**

Brasília - DF
2020

GILVAN VIEIRA LIMA

**FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL:
a configuração subjetiva do cuidado**

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento na Área da Saúde, do Centro Unificado de Brasília/UniCeub, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart

"O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001."

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Finance Code 001"

GILVAN VIEIRA LIMA

**FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL:
a configuração subjetiva do cuidado**

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart (presidente)
Centro Universitário de Brasília – UniCeub

Profa. Dra. Larissa Polejack (membro externo)
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher Maluschke (membro interno)
Centro Universitário de Brasília – UniCeub

Profa. Dra. Cristina Madeira Coelho (suplente)
Universidade de Brasília – UnB

Dedicatória

*À minha esposa, Ivone, que pacientemente soube
aguardar os momentos de minha ausência.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS que fez compreender quem eu sou e o motivo da minha existência. A sabedoria encontrada nas Escrituras Sagradas me fizeram entender que somos pequenos deuses, possuímos livre-arbítrio e temos algum poder que nos torna capazes de ser autônomos, livres, "porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente".

Aos meus pais, Manoel e Luzia (*in memoriam*), cujos ensinamentos persistem no tempo presente, motivando-me a ser uma pessoa justa, a buscar superar as dificuldades pelo caminho correto e a conquistar meus objetivos de forma merecida. Apesar de ser uma família de nove irmãos, sempre nos incentivaram a buscar o conhecimento para ir além daquilo que nos proporcionaram em vida.

Ao meu orientador, Daniel Magalhães Goulart, que teve paciência no meu desenvolvimento como pesquisador. Muitas vezes, diante de tantas anotações e solicitações de ajustes, pensava em não corresponder às expectativas; mas ele acreditava na relação estabelecida entre orientador e pesquisador como espaço diferenciado. Dessa interação, certamente emergiram produções subjetivas que me fizeram dar um salto qualitativo nas construções interpretativas e no meu desenvolvimento subjetivo.

À minha preceptora, Karina Emy, do CAPS onde foi realizada a maior parte da pesquisa, que gentilmente me acolheu como pesquisador e me acompanhou neste percurso. Nas conversas informais, sempre se mostrou prestativa e aberta para fazer considerações e apresentar as informações solicitadas.

À gerência, aos profissionais e usuários do CAPS, que também compartilharam suas experiências e enriqueceram esse trabalho. Foram quase dois anos convivendo com pessoas de diferentes classes sociais, idades, posições socioeconômicas, gêneros, possibilitando realizar uma reflexão ampla das condições que perpassam aqueles que transitam por um dispositivo do SUS.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro à pesquisa.

*"Ninguém pode ser inteiramente feliz
enquanto todos não forem felizes."*

(Herbert Spencer)

RESUMO

O tema da saúde mental é amplo e complexo, pois vincula-se à transversalidade de saberes, envolvendo indivíduos e sociedades que expressam manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais. Nos últimos 30 anos, o Brasil avançou em políticas públicas, progredindo na promoção de uma atenção à saúde mental mais humanizada, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse processo, a família ganhou protagonismo e passou a ser considerada central no cuidado da pessoa em sofrimento, recaindo à relação familiar uma frequente sobrecarga emocional, que, muitas vezes, é expressa pela exaustão de seus membros e por quadros de ansiedade e esgotamento físico e psicológico. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi compreender os processos subjetivos de usuários de um CAPS do Distrito Federal e de seus familiares, relacionados ao cuidado. Enquanto referenciais centrais, foram utilizados a unidade elaborada por González Rey entre Teoria da Subjetividade em uma abordagem histórico-cultural, Epistemologia Qualitativa e metodologia construtivo-interpretativa. A pesquisa de campo envolveu acompanhamento, durante um ano, de um CAPS, mais especificamente, de uma oficina terapêutica denominada Grupo de Família e das assembleias do serviço – espaços nos quais participam familiares e usuários. Ainda abrangeu-se um estudo de caso com um familiar, com encontros na residência da participante. A dinâmica conversacional, complemento de frases e construção de autorretratos foram os instrumentos utilizados nesse processo. Os resultados foram apresentados em dois eixos temáticos: 1) Configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários e em uma assembleia do serviço e; 2) Configuração subjetiva do cuidado de uma mãe cuidadora de um usuário de um CAPS do DF. Ambos os eixos geram inteligibilidade sobre as dinâmicas familiares como sistema subjetivo complexo nas relações de cuidado, simultaneamente, nos níveis individual e social. O trabalho evidencia que as configurações subjetivas do cuidado estudadas são caracterizadas por conflitos e tensões, que possibilitam tanto a intensificação de processos de sofrimento, como novos processos de subjetivação orientados à abertura de novos posicionamentos individuais e sociais. A compreensão desse processo contraditório e singular possui importância central na gênese de estratégias de apoio especializado, proporcionando experiências mobilizadoras de sentidos subjetivos nos serviços de atenção à saúde mental. Assim, no aprofundamento do estudo dos processos subjetivos dos participantes, foi possível gerar inteligibilidade sobre processos de cuidado que podem servir como base de sustentação para projetos e estratégias favorecedores de desenvolvimento subjetivo.

Palavras-chave: saúde mental, família, cuidado, subjetividade, configuração subjetiva.

ABSTRACT

The mental health theme is broad and complex one, as it is linked to the transversality of knowledge, involving individuals and societies that express religious, ideological, ethical and moral manifestations. Over the past 30 years, Brazil has made progress in public policies, advancing in the promotion of a more humanized mental health care, such as with the implementation of the Psychosocial Care Centers (CAPS). In this process, the family gained prominence and came to be considered central to the provision of care for the person in distress, frequently emotionally overloading the familial relationships, which is often expressed by the exhaustion and anxiety of its members and by physical and psychological fatigue. In this context, the purpose of this study was to understand the subjective processes related to the provision of care of a Federal District's CAPS' users and their family members. The unit developed by González Rey between the Subjectivity Theory in a historical-cultural approach, Qualitative Epistemology and interpretive-constructive methodology was used as my central reference. The field research involved attending a CAPS, for a year, and more specifically, a therapeutic workshop called Family Group and the CAPS' assemblies - spaces in which family members and users participate. A case study with a family member, with meetings at the participant's residence, was also encompassed. Conversational dynamics, phrase completion and the development of self-portraits were the instruments used in this process. The results were presented in two thematic axes: 1) Social subjective configuration of care in a therapeutic workshop for user's family members and in a CAPS' assembly and; 2) Subjective configuration of the care provision of a Federal District CAPS' user's caretaker mother. Both axes generate intelligibility regarding family dynamics as a complex subjective system in care provision relationships, at both the individual and social levels simultaneously. The research shows that the subjective care configurations studied are characterized by conflicts and tensions, which enable both the intensification of suffering, as well as new subjectification processes focused on the opening of new individual and social stances. Understanding this contradictory and singular process is central to the genesis of specialized support strategies, providing experiences that mobilize subjective senses in mental health care services. Thus, through the studying of the participants' subjective processes, it was possible to generate intelligibility regarding care provision processes that can serve as a basis of support for subjective development favoring projects and strategies.

Key-words: mental health, Family, care, subjectivity, subjective configuration.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.2 Saúde mental, reforma psiquiátrica e família: uma relação inseparável.....	21
2.2 Subjetividade, família e cuidado	45
2.2.1 <i>Subjetividade</i>	45
2. 2.2 <i>Cuidado</i>	53
3 OBJETIVOS	58
3.1 Geral	58
3.2 Específicos	58
4 EPISTEMOLOGIA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
4.1 Local de pesquisa.....	62
4.2 A construção do cenário social da pesquisa.....	63
4.3 Participantes	67
4.4 Instrumentos	68
5 CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	74
5.1 Eixo temático 1 - Configuração subjetiva do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na assembleia do serviço.....	76
5.1.1 Construções parciais.....	89
5.2 Eixo temático 2 - Configuração subjetiva do cuidado de uma mãe de um usuário de um CAPS do DF.	91
5.2.1 Construções parciais	116
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
7 REFERÊNCIAS.....	124
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
APÊNDICE - COMPLEMENTO DE FRASES.....	136

1 INTRODUÇÃO

Este texto corresponde a uma dissertação de mestrado, cujo objetivo geral é compreender a configuração subjetiva social dominante do cuidado em espaços privilegiados para familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal (DF). Além disso, busca-se entender a configuração subjetiva do cuidado de uma mãe atendida pelo serviço.

Para alcançar esse objetivo, participei ativamente, de setembro de 2018 a agosto de 2019, dos trabalhos e espaços de socialização desenvolvidos para usuários e familiares no cotidiano de um CAPS. Como parte do estudo, também, acompanhei uma mãe fora das atividades do serviço, em espaços tanto sugeridos por mim quanto pela participante da pesquisa. Desse modo, foram criados espaços sociais para promover o diálogo e a expressão autêntica e singular dos participantes. Este é um aspecto central para a plataforma de pensamento de González Rey (2003; 2015; 2017), que sustenta este trabalho: a teoria da subjetividade em uma aproximação cultural-histórica, a epistemologia qualitativa e a metodologia construtivo-interpretativa.

O meu interesse em explorar tal assunto tem, em certa medida, ligação com as inquietações com relação à minha formação no curso em Psicologia, que se encontra em fase de conclusão. Algumas questões centrais elaboradas nesse percurso foram: 1) o que se pode esperar da atuação de um profissional em Psicologia formado no século XXI, após completados 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pela Constituição Federal de 1988, cujo foco coloca-se na coletividade, sendo conhecida como Constituição Cidadã?; 2) por que a maioria dos currículos para formação do psicólogo ainda se encontra direcionada para o atendimento clínico privado, em detrimento do público?; e (3) por que existe tamanha fragmentação entre as abordagens psicológicas para tratar dos processos de saúde? Essas são algumas das demandas pessoais que me motivaram a investigar o tema do cuidado em saúde mental, uma vez que ele está vinculado à representação do psicólogo nos espaços institucionais públicos, voltados para a coletividade, como o CAPS, para atender a diversas demandas sociais.

Yamamoto (2012) faz uma retrospectiva dos 50 anos de profissão do

psicólogo no Brasil, a partir de sua regulamentação em 1962 até a data da publicação do seu artigo, em 2012. Durante esse período, constata-se que a evolução da profissão com relação ao seu processo de mudança, compromisso e alcance social ainda se encontra predominantemente na contramão da demanda social, com um foco hegemônico em solucionar problemas íntimos individuais das classes mais abastadas. Desse modo, a psicologia desvirtua-se, inclusive, da sua proposta original, que é estender suas soluções e técnicas para o maior número de pessoas, como instrumento de transformação social.

O contexto atual, hegemonicamente marcado pela preocupação mercadológica em detrimento do bem-estar social, independentemente de classe econômica, convida-nos para uma reflexão crítica dos rumos da formação em psicologia e de sua prática, levando em consideração suas teorias e técnicas como possíveis meios para favorecer mudanças sociais. Quanto à variedade de abordagens e de modelos teóricos que buscam classificar o indivíduo em modalidades como corpo-alma, estrutura-comportamento e interno-externo, Vygotsky, ainda no século XX, já defendia o desenvolvimento de uma Psicologia Geral para evitar construções teóricas atomizadas em seus processos de fragmentação (VIGOTSKI, 1927/2004). O seu pensamento sinalizava o desafio de construir uma teoria, epistemologia e metodologia que permitissem enxergar a dinâmica e a complexidade do ser humano em sua integridade (GONZÁLEZ REY, 2013).

Quanto a ser agente de mudança social, a Psicologia está historicamente comprometida com o contexto sócio-político em que está situada. O Brasil tem privilegiado estratégias do modelo neoliberal de modo que as políticas econômicas estejam à frente das políticas sociais. Assim, embora a Constituição Federal vigente seja reconhecida como Constituição Cidadã e Constituição Garantista, somente o mínimo é destinado a atender às demandas sociais (YAMAMOTO, 2012; NETO, 2013).

Essa visão utilitarista da Psicologia sofre influência do mercado internacional, que se apresenta como uma configuração social dominante, herança de uma conjuntura política, econômica e comercial que envolve a globalização – nova forma de colonialismo imperialista que influenciou e ainda influencia os rumos que as psicoterapias tomam no exercício de suas atividades em nome do desenvolvimento progressista, do pragmatismo e do funcionalismo. Parker (2014) afirma que a

psicologia, como um agregado de teorias sobre o conhecimento humano, tornou-se predominantemente uma ideologia cristalizada que expressa o pensamento dominante da sociedade capitalista. Muitas vezes circunscritas a seus horizontes e fechadas em suas próprias interpretações, algumas abordagens psicológicas buscam a universalização, um lugar no mercado global, atualizando seus enfoques conforme as visões e interesses das políticas vigentes. Muitas delas, por exemplo, formulam explicações que se aproximam de ficções científicas, comparando a psicologia à “Jornada nas Estrelas das Ciências Humanas” e replicando-a em academias e entre profissionais.

Rose (2015), nessa mesma direção, coloca a Psicologia como uma das tecnologias da alma, fazendo dos psicólogos ‘*engenheiros da alma humana*’, com o objetivo de administrar a conduta humana. A disciplinarização da Psicologia, ainda tão recorrente na atualidade, como uma forma técnica de psicologização dos comportamentos, passou a regular e a gerenciar espaços urbanos, fábricas, tribunais, escolas e instituições de saúde, categorizando tipos de problemas que prometem solucionar. Essa forma de ver e agir passa a ser hegemônica por causa de interesses envolvendo o governo, círculos de profissionais, editores, acadêmicos e órgãos financiadores, visando à manipulação dos fenômenos psicológicos, à institucionalização da saúde e à naturalização do normal e do patológico. O que se percebe, por conseguinte, são formas de agir e pensar na direção contrária à saúde coletiva, quando deveria, entre outras atribuições, "possibilitar a formação de sujeitos interessados em construir um projeto científico-profissional comprometido com a efetivação do SUS" (CARVALHO; MOTTA, 2015, p.84).

A Reforma Sanitária já questionava a formação dos profissionais de saúde para que fosse contemplado, no currículo, o cuidado integral visando às necessidades coletivas. Nesse sentido, houve conquistas à sociedade, com a inclusão no artigo 200, inciso III, que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos” (BRASIL, 1988, p.120). A legislação, todavia, não privilegiou sua implantação:

No entanto, apesar de a legislação garantir ao SUS a prerrogativa de ordenar a formação de recursos humanos na saúde, não é exatamente o que acontece na realidade. Os currículos dos cursos de graduação pouco dialogam com as necessidades do SUS e a abertura de novos cursos parece atender quase que exclusivamente demandas de mercado. Poucos estudantes saem das universidades realmente preparados para lidar com as

demandas do SUS, derivadas das necessidades de saúde apresentadas por uma população que convive com grandes iniquidades sociais e toda ordem de doenças e agravos (CARVALHO; MOTTA, 2015, p. 85).

Dessa forma, mesmo havendo avanços no aprimoramento das competências dos profissionais com relação às práticas de saúde, a fórmula pedagógica dos cursos de graduação molda-se, em sua maioria, pelo modelo escolar tradicional. As relações e o conhecimento são articulados de maneira verticalizada, pois existem uma fragmentação e uma especialização do saber. Ademais, percebe-se um distanciamento da prática com a realidade, por exemplo. Verifica-se, assim, uma descontextualização entre o conteúdo teórico das ações educativas com as reais necessidades dos profissionais e serviços.

No entanto, mesmo diante dos desafios socioeconômicos e políticos, Gonçalves (2013) destaca um novo movimento da Psicologia, a partir de 1980, desenvolvendo possibilidades na direção de um compromisso social, amadurecido, associado às questões urgentes em nosso país. A autora promove e dá visibilidade às experiências na constituição e construção de campos, como a Psicologia da Saúde e a Psicologia Social, que se estruturaram, tornando-se estáveis, influenciando e trazendo mudanças significativas para a formação dos estudantes e sua vinculação como ciência e profissão. Quanto à presença crítica da Psicologia nas políticas públicas, a autora evidencia, por exemplo, a apropriação do conceito de subjetividade como sistema complexo, plurideterminado, procurando "superar a dicotomia indivíduo-sociedade e a naturalização do fenômeno psicológico por meio da consideração dessa relação como processual e histórica" (GONÇALVES, 2013, p.12). Essa representação vem compartilhar aspectos da subjetividade na visão de González Rey (2011; 2017), que é contrária a visões universais, essencialistas, hegemônicas e standardizadas pelos ideais de modernidade.

Observam-se, também, avanços importantes na formulação da política da educação para a formação e na atuação dos profissionais da saúde no SUS (MERHY, 1994; FEUERWERKER e CECCIM, 2004; CECCIM, 2005, 2014; CORDEIRO, 2018). Cordeiro (2018), por meio de uma revisão sistemática sobre a inserção e atuação da Psicologia no Sistema Único de Assistência Social - SUAS, constatou um aumento considerável, entre 2005 e 2015, do número de psicólogos que ingressaram na rede do Sistema Único de Assistência Social(SUAS), graças a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS)

(BRASIL, 2011a), que contribuiu para que 10% dos psicólogos em atividade no Brasil, estivessem trabalhando em serviços de equipes de referência, por exemplo. Esses dados não estão isolados, mas seguidos de um aumento na produção de conhecimento que promove uma mudança na atuação do psicólogo para além do diagnóstico e da psicoterapia clássicos, impactando na construção e implementação de resoluções, políticas públicas, decretos, normativas etc.

Da mesma forma, Ceccim (2004; 2006) enaltece a implementação de políticas relacionadas a mudanças na formação de profissionais de saúde, mesmo reconhecendo a força da complexidade dos interesses do setor privado que envolvem as grandes corporações de ensino, seus planos, processos, disputas por mercado, em detrimento do sistema de saúde SUS. O autor tem claro que a maioria das instituições está classificada na categoria do tipo indústria de formação, com pouco ou nenhum compromisso social.

Entretanto, segundo Feuerwerker (2014, p. 127), há também, "movimentos de docentes e de estudantes na direção de transformar a formação", provocando e alterando a configuração das escolas brasileiras, como um movimento molecular. Para o autor, "[...] mesmo em instituições duríssimas, é possível fabricar múltiplos e pequenos espaços de produção de relações autopoieticas. Afrontando molecularmente os modos de fabricar processos e territórios existenciais, produzindo novas agendas" (FEUERWERKER, 2014, p.129). Muitas iniciativas e programas como os de "Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae)"(CECCIM, 2004, p. 44), por exemplo, surgiram a partir de críticas ao modelo conservador, tecnoassistencial, formando profissionais para o SUS.

Nesse contexto, comecei a ter o entendimento sobre o desafio da Psicologia para o contexto da saúde mental, tecendo reflexões com base na teoria da subjetividade de González Rey. Ademais, o conhecimento adquirido no curso começou a fazer sentido como propósito de vida, em função do reconhecimento do sujeito que foi esquecido historicamente pelas áreas *psi*, quando o assunto é saúde mental.

A teoria da subjetividade de González Rey (2003; 2011; 2015; 2017) pode ser inscrita no vasto campo da Psicologia Crítica como movimento de ruptura dentro da Psicologia, comprometendo-se com as mudanças necessárias para a inclusão de

todos e dedicando-se a compreender e a mudar a realidade brasileira e latino-americana, como

uma alternativa aos modelos dominantes nas PsicoLOGIAS clínica e da saúde, permitindo novas práticas, novas formas de ver o homem e um novo modelo teórico orientado a produzir inteligibilidade sobre os processos até agora não considerados na pesquisa e nas práticas da Psicologia. Essa inteligibilidade é particularmente sensível à integração inseparável do social com o individual, que aparece de forma diferenciada nas configurações subjetivas sociais e individuais, integradas de forma única no curso da vida individual e dos espaços em que essa vida se desenvolve (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 19).

Considerando a qualidade das categorias da teoria da subjetividade para dar visibilidade aos processos do cuidado em saúde mental, ingressei como aluno de Mestrado em Psicologia na área da saúde, no UniCEUB. Desejei aprofundar na análise de grupos e de um estudo de caso específico para entender o cuidado e o arranjo que se configura em rede, em compromisso com o indivíduo em sofrimento psíquico grave. Ao psicólogo, que tem uma obrigação ética com as questões sociais, a dimensão do cuidado em saúde mental deve estar clara na sua prática profissional.

O campo da saúde mental é extenso e complexo, de modo que nem sempre os profissionais que trabalham nas questões relacionadas à área reconhecem a natureza plural e intersetorial, bem como a associação do campo a uma variedade de saberes. Em um sentido mais abrangente, o campo da saúde mental transcende ao conhecimento da psiquiatria, psicopatologia, semiologia, neurologia, psicologia, filosofia, não estando restrito a certas especialidades profissionais ou reduzido às pesquisas e ao tratamento dos transtornos mentais. Pensar de forma complexa em saúde mental exige ir além das fronteiras ou limites. Ela envolve indivíduos, sociedades e culturas e está vinculada a manifestações religiosas, ideológicas, éticas, morais, bem como à transversalidade de saberes (AMARANTE, 2013).

O Brasil avançou consideravelmente em políticas públicas voltadas para os problemas sociais, para a saúde mental, principalmente após a criação de dispositivos alternativos aos tradicionais hospitais psiquiátricos, como o CAPS (BRASIL, 2004). Esses serviços continuam progredindo na superação de dificuldades cotidianas em questões relacionadas às atividades que envolvem administração, investimento, políticas públicas etc. Entretanto, muitas vezes, no cerne desses serviços, persiste a adoção da lógica biomédica, voltada para o

controle dos sintomas pela medicalização, e da lógica de objetificação das relações (GOULART, 2017;2019).

Fazendo um recorte das dificuldades do cotidiano do CAPS, temos, por exemplo, questões associadas à violência aos direitos humanos, aplicação abusiva de substâncias psicoativas e coerção moral. Dessa forma, as pessoas que integram esses espaços trazem seus conflitos e interesses, estando simultaneamente atravessados por outros espaços, sem terem, muitas vezes, consciência de seus atos. Por conseguinte, tornam-se portadoras de violência nesse espaço configurado de diversas origens, como a família, a política pública, o uso de substâncias, a prática médica e as aplicações de técnicas diversas (VELOSO; EULÁLIO, 2016).

O tema da família e do cuidado no campo da saúde mental é desafiador, como é todo fenômeno complexo. A família passou a ter um papel importante no cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico grave, na sua reabilitação, como um dos eixos que orientam o curso das ações dos profissionais na proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2010; POLEJACK *et al.*, 2015). A inclusão da família pela Constituição Federal de 1988 (OLIVEIRA, 2011; BUENO, 2018), como colaboradora na rede SUS, foi um diferencial importante na promoção da saúde, ampliando seu conceito de cidadania, mais humanizado, constituindo um sistema de atenção que integre indivíduos e seus familiares. A estratégia da rede SUS, baseado no acolhimento, no vínculo e na inserção social, por exemplo, busca uma melhor qualidade de vida de seus usuários. Nela, a família entra no processo terapêutico para contribuir na reabilitação psicossocial do usuário. De observadora, passiva dos eventos e muitas vezes indiferente quanto aos acontecimentos, a família passa a ter envolvimento no processo terapêutico, sendo convidada a participar das atividades nos CAPS, enquanto um dos dispositivos da rede SUS.

A integração da família bem como a própria noção de cuidado extrapola a lógica disciplinar ainda dominante na psicologia, tal como mencionado anteriormente, orientando-se a uma noção ampliada de clínica, sendo realizada de forma longitudinal, em que as estratégias dinâmicas de atenção integral não estão focadas em abordagens psicológicas específicas (POLEJACK *et al.*, 2015; SILVA, 2013). As ações dos psicólogos, pelo paradigma da reforma psiquiátrica, não têm muros, um modelo teórico padrão, mas o psicólogo contribui com sua experiência, buscando "ter um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas atendidas, a partir de práticas que estimulem a promoção e a prevenção em saúde, assim como

ações curativas e reabilitadoras" (CONCEIÇÃO; TOTUGUI, 2015, p. 238). Dessa forma, entre outras perspectivas, como a Psicanálise, Psicodrama e Construcionismo social, a Teoria da Subjetividade nos ajuda a superar o modelo clínico centrado na patologia.

Diante do exposto, o referencial da teoria da subjetividade nos auxilia a gerar alternativas ao modelo de clínica centrado na doença, o modelo biomédico –a partir do qual a enfermidade é vista como desregulação da máquina biológica, e o processo de sua normalização vem do exterior. Nesse sentido, percebe-se uma superação das práticas de tutela, que ignoram o potencial do indivíduo em participar de seu processo terapêutico, como fazem amiúde a medicina e a psicologia. Assim, a teoria da subjetividade defende que "sem a emergência do outro como sujeito do próprio processo terapêutico não acontece mudança terapêutica. O advento desse sujeito toma formas diferentes em cada contexto histórico e institucional" (GONZÁLEZ REY, 2011, p.22). Dessa forma, a lógica da patologia, que sustenta a psiquiatria hegemônica, exclui a singularidade dos indivíduos, favorecendo a "morte" do sujeito (GOULART, 2013). É esse sujeito, afinal, que a teoria da subjetividade possibilita visibilizar como produtor de sentidos subjetivos na relação, abrindo novos campos de subjetivação, tornando-se protagonista, portanto, de sua própria emancipação. Quando se abre espaço de diálogo para o indivíduo em sofrimento mental, logo, abre-se um caminho imprevisível de produção subjetiva, traçado por ele próprio.

A teoria da subjetividade sustenta uma concepção de saúde enquanto processo de subjetivação que transita tanto pela experiência individual como social da pessoa com sofrimento mental, considerando o vínculo existente entre a cultura e a história pessoal dos envolvidos na relação. Assim, fundamentada pelos princípios da epistemologia qualitativa e da metodologia construtivo-interpretativa (GONZÁLEZ REY, 2015), o que se espera com esta pesquisa é a produção de um modelo teórico que abra novos espaços de inteligibilidade sobre alcances e desafios acerca da dimensão do cuidado.

A importância de estudar as produções subjetivas relacionadas ao cuidado no âmbito de um CAPS, com foco nas relações familiares, é gerar inteligibilidade sobre dificuldades existentes nas relações humanas que constituem a atenção à saúde mental, bem como sobre processos voltados ao desenvolvimento subjetivo dos usuários. A discussão desses processos pode ser útil para pensar em impasses

e alcances que os próprios serviços de saúde mental apresentam atualmente.

A seguir, relaciono as partes constitutivas dessa pesquisa, descrevendo sucintamente o conteúdo de cada uma das seções. No primeiro tópico "Saúde mental, reforma psiquiátrica e família: uma relação inseparável", apresento a construção do conceito de saúde mental a partir da discussão da ideia da loucura pelos caminhos da medicina psiquiátrica dominante, e a noção que atualmente é predominante no contexto do SUS. Dessa forma, percorro caminhos teóricos na tentativa de levantar problemas sobre as dificuldades dos serviços, abordando a representação da família nesses contextos, o protagonismo do indivíduo com sofrimento mental grave no seu processo de cura e o avanço de uma perspectiva crítica sobre a trajetória da reforma psiquiátrica no país. Faço um exame sobre a política de saúde mental vigente no Brasil e sobre o que ela diz a respeito do cuidado ao indivíduo com sofrimento mental grave, da sua reabilitação psicossocial, de como o CAPS inclui a participação da família e de como a família entra nessa representação da saúde mental. Desse modo, relaciono saúde mental, reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial, como estratégia operacional adotada pelo SUS no processo do cuidado, e, por fim, o papel dos familiares.

No tópico "Subjetividade, família e cuidado", apresento os conceitos centrais da teoria da subjetividade, construindo articulações que permitam avançar em reflexões sobre a complexa relação entre saúde mental, família e subjetividade. Por meio dos recursos teóricos da teoria da subjetividade, busco refletir sobre a possibilidade de dar visibilidade às produções subjetivas do indivíduo com sofrimento mental no seu processo de cuidado, como protagonista de sua própria emancipação, mesmo diante da sua condição paralisante temporária e dos desafios em suas relações conflituosas. Nesse sentido, a teoria da subjetividade transcende a visão das correntes psiquiátricas como alternativas ao modelo manicomial, distanciando-se das tendências modernas, racionalistas, fechadas em tipologias, para definição dos indivíduos e dos grupos sociais como produtores de sentidos subjetivos capazes de se emancipar.

Na sequência, apresento o tópico da metodologia construtivo-interpretativa (GONZÁLEZ REY, 2011; 2015; 2017) e seus desdobramentos para pensar a proposta de pesquisa. Em seguida, trago a construção da informação, vinculada aos eixos temáticos 1 e 2, que correspondem aos títulos "Configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na

assembleia do serviço" e "Configuração subjetiva do cuidado de uma mãe de um usuário de um CAPS do DF".

Em suma, a pesquisa corresponde à minha expectativa de encontrar, sustentado pela teoria da subjetividade, uma alternativa teórica que favoreça a compreensão dos processos subjetivos do cuidado que se articulam e que são eventualmente desenvolvidos nos serviços substitutivos de saúde mental. Como produção peculiar de um pesquisador que se utiliza da pesquisa qualitativa, com consciência epistemológica, busco, como sujeito ativo, refletir sobre o contexto histórico-cultural, interpretando-o, a fim de romper com a visão reducionista da pesquisa tradicional, positivista, para uma aventura intelectual que possibilite a construção teórica de novas zonas de sentido para o fenômeno estudado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Saúde mental, reforma psiquiátrica e família: uma relação inseparável

Para abordar a configuração subjetiva dominante do cuidado nas práticas em saúde mental, neste tópico, é importante abordar o campo “saúde mental” e a sua ligação com os movimentos da psiquiatria, com as suas correntes e com os diferentes tipos de reforma que ocorreram na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil. Com efeito, o cuidado ao indivíduo em sofrimento mental foi mudando à medida que se transformaram as práticas no campo da saúde mental (AMARANTE, 2013).

Neste projeto, parto de uma concepção do campo da saúde mental que reconhece seu caráter plural e polissêmico, transcendendo a dicotomia que postula como seu oposto à noção de “doença mental”. Segundo a OMS (2001, p.27), o “estado de completo bem-estar físico, mental e social” é o que define a saúde. No entanto, sob essa ótica, caímos em outra armadilha: definir o que seja esse suposto “estado de completo bem-estar”. O que normalmente se percebe é a tentativa de definir saúde como ausência de doença, e vice-versa. Como afirma Amarante:

Realmente nos deparamos com um impasse. O que é normal? O que é ser normal? De perto, ninguém é normal. Mas, se isto é ‘verdade’, podemos concluir, como argumenta Ernesto Venturini (2009), que “de perto também ninguém é anormal”! Existia um médico que considerava que normal era alguém que não foi devidamente examinado... Mais que um jogo de palavras, estamos de frente a um problema científico muito sério e grave. Para certos temas, para certas questões, fica bastante mais claro que o modelo científico dualista-racionalista (erro vs verdade) não é suficiente para lidarmos efetivamente com determinados problemas (AMARANTE, 2013, p. 119-120).

O autor levanta a discussão sobre até que ponto a ciência, sob o viés do modelo científico hegemônico, que postula as oposições “saúde e doença” e “normal e anormal”, é capaz de elucidar ou compreender questões relevantes para a sociedade, como é o caso da saúde mental, um campo altamente complexo.

De acordo com as diretrizes do SUS, a saúde mental é um fenômeno social e está associada à saúde coletiva, sendo de interesse público. Com um caráter interdisciplinar e com uma abordagem ampla e complexa, o campo da saúde

coletiva busca "romper com o paradigma biomédico e as tendências patologizantes e normalizadoras que privilegiam o olhar sobre a doença em detrimento da saúde" (SCARCELLI; ALENCAR, 2009, p.23). Recuperando a questão da subjetividade, a saúde coletiva critica principalmente a desrazão associada à razão iluminista, na invenção da noção da doença mental, propondo reflexões no contexto social brasileiro e mudanças expressivas no campo da saúde mental, tais como: 1) a organização e o processo de trabalho; 2) a reorientação da assistência com ênfase na promoção, prevenção e proteção da saúde; 3) a preocupação com os modos de vida e; 4) as relações entre os sujeitos no contexto social (SCARCELLI, 2002). Vale lembrar que o complexo campo da saúde coletiva surge no Brasil nos anos 1970, para corrigir distorções relativas a

(...) uma saúde pública que tinha lógica campanhista, positivista, matematizante, preventivista, culpabilizadora da vítima, dona da verdade, administradora dos interesses do capital e do Estado (não da população), biologicista-centrada, negadora do social e do psicológico. Ou seja, a versão travestida com o nome de pública – do modelo flexneriano hospitalocêntrico e biomédico dos EUA dos anos 1910 (ZURBA, 2012, p. 15).

Nesse contexto, a discussão da noção de doença e saúde mental é longa e atravessa a História desde as sociedades mais antigas, como a civilização egípcia e as mesopotâmicas, em que se verificam registros de aplicação de técnicas de trepanação craniana (MORAIS, 2011; REZENDE, 2009) como método de cura para doenças relacionadas à loucura. Sem intenção de aprofundar sobre outras técnicas implementadas nesse período (NUTTON, 2013), o procedimento da trepanação era o método mais lembrado como prática de eliminar os maus espíritos e demônios, associados à loucura, tendo como origem e localização da doença o cérebro, visão que perdura até a Idade Média.

A loucura, termo que vai ganhando destaque a partir do final da Idade Média (FOUCAULT, 1972/2011), é tratada de forma silenciosa no período da Era clássica, durante os séculos XVI, XVII e XVIII, que propunha o afastamento do convívio social. Por conseguinte, houve o surgimento da grande internação, a partir da concepção de René Descartes (1596-1650), que vincula a loucura a toda forma de erro. A associação entre o conceito de loucura e a desrazão consistiu-se no fundamento para o que se conhece cientificamente sobre "doença mental", bem como para a prática de internamento durante o classicismo:

Nesse campo, a loucura, da qual a Renascença tivera experiências tão diversas a ponto de ter sido simultaneamente não-sabedoria, desordem do mundo, ameaça escatológica e doença, nesse campo a loucura encontra seu equilíbrio e prepara essa unidade que se oferecerá, talvez de modo ilusório, ao conhecimento positivo; a loucura encontrará desse modo, mas através de uma interpretação moral, esse distanciamento que autoriza o saber objetivo, essa culpabilidade que explica a queda na natureza, essa condenação moral que designa o determinismo do coração, de seus desejos e paixões. Anexando ao domínio do desatino, ao lado da loucura, as proibições sexuais, os interditos religiosos, as liberdades do pensamento e do coração, o Classicismo formava uma experiência moral do desatino que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento "científico" da doença mental (FOUCAULT, 1972, p. 121-122).

Como podemos observar, o pensamento clássico adotou o percurso da dúvida cartesiana, modulando a loucura fora do domínio da razão, suprimindo seu direito de verdade, isolando-a. No século XVII, teve início a criação de numerosas casas de internamento, como lugar natural do louco (FOUCAULT, 1972/2011).

Segundo Foucault (1972, 2011), é nesse cenário em que a loucura passa a ser interpretada pela análise médica como doença mental após o advento da psiquiatria moderna, na transição do século XVIII para o XIX. Com a influência dos estudos da anatomia euclidiana, da botânica e da geometria, os loucos seguem segregados e internados. Convencionalmente, segundo o autor, esses ambientes ganham o nome de Jardim das Espécies, futuras clínicas, onde o corpo é confiscado pelo Estado e passa a ser explorado pela medicina como uma questão de espaço e de representação. Na modernidade, porém, a loucura é alienada, isto é, reserva-se um lugar apropriado aos "loucos". Por conseguinte, Foucault (1972/2011) argumenta o nascimento dos primeiros asilos, instituição dos grandes hospitais, os manicômios, onde a coação física é substituída pela coerção médica. O louco transforma-se, portanto, em objeto de observação para a ciência médica da loucura.

Nesse contexto, a clínica médica moderna (AMARANTE, 2010; FOUCAULT, 1978) foi impulsionada pela obra de Pinel, destinando o hospital como espaço de pesquisa e exercício da medicina, que se deu principalmente pelo conhecimento que tinha sobre o modelo da História Natural. O hospital, do latim 'hospes', isto é, hospitalidade, tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos criminosos, mendigos e loucos, que eram considerados doentes, na Idade Média.

Criado na Idade Média como instituição de caridade, o hospital, a partir do século XIX, converteu-se em instituição médica, lugar social onde os loucos, até

então tidos como endemoniados ou endeusados, eram recolhidos de prisões, ruas, guetos e asilos, ficando ali concentrados. Trata-se de uma forma de segregação de segmentos sociais, ficando conhecida como "A Grande Internação" ou "O Grande Enclausuramento" (FOUCAULT, 1978, p. 49). Esses ambientes tornaram-se excessivamente tensos, caracterizados por conflitos sociais hierarquizados e formais, instituídos pela legitimação do saber médico como saber especializado, psiquiátrico, com seus dispositivos disciplinares (ALVES, 2009; AMARANTE, 2010; 2013).

O corpo, nesse período, passou a ser considerado a habitação do ciclo da doença e posse do Estado, por meio dos hospitais. A doença passa a ser considerada um ser que possui um ciclo de existência; o Estado, agora, com o controle dos corpos e administrando os hospitais, tem o poder sobre os corpos para aplicar o saber médico. Vale lembrar que a medicina não tinha relação com os hospitais, logo, os médicos faziam atendimento de forma domiciliar, destinado aos nobres, a classe privilegiada. Assim, o nascimento da clínica está vinculado ao nascimento dos hospitais e ao surgimento da medicina classificatória, tendo o corpo como espaço da doença (FOUCAULT, 1972/2011).

Esse foi o modelo que se tornou dominante, o qual, segundo Amarante (2010, p. 61), "restringe o espaço da atenção à saúde à sua natureza biológica ou organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções)". O modelo concentrava a terapia no indivíduo, separava-o do convívio familiar e social, além de especializar a profissão, promover um diagnóstico a-teórico, reforçar o ato médico e consolidar a aplicação da estrutura biomédica.

A partir da combinação desses acontecimentos, agravados pela condição a que os indivíduos com sofrimento mental eram submetidos, o modelo manicomial, nomeado por Goffman (1961) em "Manicômios, Prisões e Conventos" de "Mortificação do Eu", foi seriamente questionado quanto à sua estrutura, ao seu poder, a seus objetivos e a seu saber. Eventos posteriores, como as duas grandes Guerras Mundiais, de efeito catastrófico, impactaram o mundo e proporcionaram discussões em várias áreas do conhecimento, trazendo reflexões e promovendo intensas transformações na área da psiquiatria (ALVES, 2009).

Esses movimentos motivaram as reformas na psiquiatria, principalmente na Europa, com destaque à Inglaterra, França e Itália e aos Estados Unidos, criando

formas alternativas para modificar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos (ALVES, 2009). No Brasil, a reforma psiquiátrica foi motivada por "um quadro de ineficácia, ineficiência, baixa qualidade e violação dos direitos humanos" (AMARANTE, 2010, p. 15), de modo que, desde os anos 60, eram evidentes problemas relacionados à corrupção no sistema de assistência psiquiátrica, à cronicidade da doença para obtenção de lucros, à influência política no remanejamento de profissionais e a um processo de descontentamento geral da categoria, evoluindo em protestos e movimentos por desejo de cidadania e justiça social (AMARANTE, 2010).

No Brasil, com a lei 10.216, fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica, promulgada em 2001 (BRASIL, 2001), houve mudanças importantes, como o avanço da implantação de serviços substitutivos ao hospital e movimentos para uma "atitude clínica aberta" nesses espaços, passando a ter considerável melhora e compromisso com a coletividade, em uma tentativa de dissolver práticas características do manicômio, focado no isolamento social e na medicalização. Foram mudanças que suscitaram tensões, resistências, divergências e dificuldades na condução de estratégias que eram orientadas para práticas de atenção ao sofrimento e resgates dos laços sociais de pessoas em intenso sofrimento psíquico. Como afirma Amarante (2000, p. 284):

Na realidade, toda tentativa de reduzir a complexidade, a sutileza e a singularidade da experiência de sofrimento à descrição do fenômeno oferecida por um modelo teórico – seja ele qual for –, resulta num claro empobrecimento e fechamento do trabalho assistencial. Importa pouco se o vocabulário ou o jargão é médico, psicológico, psicanalítico ou político. Quando se substitui a pluralidade de perspectivas e ações pela uniformidade de uma única maneira de abordar a tarefa clínica, todos acabam perdendo.

Refiro-me a uma "atitude clínica aberta" para contrapor à "atitude clínica fechada", voltada para a visão médica centrada na suposta "doença mental", adotando uma forma universal de abordar a tarefa clínica. A comparação descrita nos leva a pensar que essa atitude fechada esteja relacionada diretamente à redução do sofrimento psíquico à dimensão fisicalista, às alterações bioquímicas do cérebro, à disfunção fisiológica, a um padrão ideal de funcionamento tratável pela psiquiatria biológica (AMARANTE, 2000).

Nesse cenário, decorrente de uma busca por modelos alternativos à

psiquiatria dominante, surgiram no Brasil movimentos e mudanças fundamentais em termos estruturais, em que a valorização da família e a sua inclusão no processo terapêutico passaram a ser vistos como fatores essenciais na atenção à saúde mental. O movimento em prol da reforma psiquiátrica brasileira – orientado a transformações radicais na área da saúde mental – encontra, na Psiquiatria Democrática Italiana, sua principal inspiração. Dessa forma, possibilitou-se um novo olhar para a complexidade da loucura, abordando o discurso do sujeito, a família, a comunidade e os atores que integram sua experiência (AMARANTE,2010; 2013).

Dessa forma, a Psiquiatria Democrática Italiana, como experiência de desinstitucionalização, foi a que mais influenciou a reforma psiquiátrica brasileira, porque, além de ser a primeira que "aboliu a internação no Hospital Psiquiátrico do conjunto de prestações e serviços de saúde mental"(ROTELLI, 1990, p. 17), enxergou a reforma como processo social complexo, visando à criação de uma rede substitutiva e à reformulação de toda a organização sanitária, voltada para a construção de novos laços sociais e processos de inserção social. Para Rotelli (1990, p.18), no

(...) contexto cultural e político a desinstitucionalização era uma palavra de ordem central utilizada para muitos e diferentes objetivos: para os reformadores ela sintetizava precisamente esses objetivos; para os grupos de técnicos e políticos radicais ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal.

Nesse sentido, a desinstitucionalização adotada pela reforma italiana tinha a desospitalização como um de seus pilares, assim como a crítica ao paradigma racionalista e conservador da Psiquiatria tradicional. As reformas que ocorreram em outras regiões da Europa e nos Estados Unidos tiveram outros propósitos, voltados para mudanças na capacidade terapêutica da Psiquiatria, para abolição de instituições de controle social (perspectiva antipsiquiátrica) e para programas de racionalização financeira, como a redução de leitos hospitalares. Vale ressaltar que, nos EUA, o processo de desinstitucionalização estava comprometido com programas neoliberais e tinha como bandeira ações voltadas para posições

conservadoras do próprio *Welfare*¹. A antipsiquiatria, portanto, não foi incorporada no projeto de governo americano, pois era contrária à expansão do capitalismo (ROTELLI, 1990).

O modelo italiano tinha como um de seus objetivos a mobilização dos sujeitos sociais como atores, sejam pacientes, sejam instituições, numa relação de poder que possibilitasse uma nova estrutura de saúde mental que reconstruísse e substituísse a internação (ROTELLI, 1990). Essas transformações eram produzidas a partir da utilização de recursos e de energias da própria instituição, como afirma Rotelli (1990, p. 30):

A ruptura do paradigma (fundante dessas instituições) se refere à passagem da pesquisa causal à reconstrução de uma *concatenação possibilidade-probabilidade*; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de "doença". O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo da "cura", mas no projeto de "invenção da saúde" e de "reprodução social do paciente".

Dessa forma, a desospitalização e as formas alternativas de mudança a partir dos recursos internos das próprias instituições, realizadas por Basaglia e sua equipe, ajudaram na desconstrução da cultura manicomial. Esse novo modelo formava uma rede de assistência que gerava inúmeras práticas e atividades que promoviam e sustentavam uma dependência do seu funcionamento da rede, como as clínicas e profissionais, bem como as instâncias sociais e políticas. Como afirma Amarante (2000, p. 285):

A psiquiatria deixou definitivamente de ser apenas uma especialidade médica de tratamento para designar um campo extremamente complexo, que ultrapassa em muito as fronteiras das ações estritamente terapêuticas e expressa, ao mesmo tempo em que reproduz, os modos histórica e socialmente engendrados de relação com a alteridade e a estranheza radical da loucura.

Um outro ponto que é interessante incluir como atrativo para a reforma brasileira, que está implícito nos pressupostos da reforma psiquiátrica italiana, é a reconstrução da *complexidade do objeto*, a importância do contexto, a atenção à saúde mental e às suas infinitas possibilidades-probabilidades de produção de vida.

¹ Welfare ou WelfareState é compreendida como um mecanismo do Estado associado a serviços e garantia de benefícios sociais como forma de diminuir os efeitos da relação do avanço do capitalismo e as forças produtivas (trabalhadores). Este programa é considerado um fenômeno político, porque minimiza a miséria do mundo, enquanto favorece a ascensão da classe dominante (COSTA, 2011).

A produção de saúde acontece na relação, não de forma individualista e fragmentada. Assim, a produção de vida do indivíduo em sofrimento mental deve estar relacionada com a produção de sentido, na sociabilidade, focada na qualidade da convivência nos espaços coletivos, na solidariedade e nas afetividades, gerando recursos subjetivos que favoreçam uma mudança do funcionamento de seu estado paralisante (ROTELLI, 1990).

Em relação à noção de complexidade do objeto, não devemos confundi-lo com uma “complicação do objeto” (MORIN, 2002). Como afirma (AMARANTE, 2009, p. 3), se adotarmos “a noção de complexidade para lidar com o conceito de doença, ela deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um processo saúde/enfermidade”.

Compreender o objeto por essa perspectiva supera o paradigma clássico dualista cartesiano de causa-efeito, resgatando a singularidade do processo, abrindo possibilidades de problematizar o conceito que oculta o objeto.

Morin (2010, p. 190), sobre o termo *complexidade*, diz:

Eu diria, inicialmente, que complexo é tudo aquilo que não pode se reduzir a uma explicação clara, a uma ideia simples e, muito menos, a uma lei simples. Mas isso, evidentemente, não é suficiente. Vou referir-me à origem latina da palavra: *complexus* significa "o que é tecido em conjunto". O conhecimento complexo procura situar seu objeto na rede à qual ele se encontra conectado.

O conceito de *complexidade*, importante para a compreensão da reforma italiana, estabelece uma articulação com o pensamento de González Rey, sustentado pela teoria da subjetividade, em que se discutem aspectos subjetivos vinculados aos processos de saúde. O autor afirma: "as características gerais de um sistema complexo devem adquirir valor heurístico para construir o conhecimento dentro do campo por nós estudado" (GONZÁLEZ REY, 2015). Essa ligação vai ficar mais clara no próximo tópico, quando formos explorar os conceitos fundamentais da teoria da subjetividade e de sua relação com o cuidado.

Essa desinstitucionalização favoreceu o rompimento com a prática da psiquiatria clínica tradicional, exercendo uma transformação pelo saber da complexidade. A 'empresa social', como experiência prática implementada na Itália, pode ser caracterizada como aquela que faz viver o social, a exemplo de um trabalho que promove o

desmantelamento desse aparato rudimentar com a consequente constituição complexa de uma rede de serviços e de uma rede de relações entre as pessoas que sustentem as práticas da diversidade, as práticas da complexidade, que respondam a aspectos sanitários mas que, também, respondam ao mundo da assistência, ao mundo das relações interpessoais, ao mundo da política na cidade, isto é, de como são regulados os conflitos sociais e jurídicos da organização social e dos contratos sociais (AMARANTE, 2000, p. 302).

Essa influência originada pela experiência italiana tornou-se essencial para promover mudanças significativas na área da saúde no Brasil, principalmente a partir do final da década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre outras criações, podemos destacar o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciário do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como importantes operadores da rede de atenção à saúde mental e "responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em seu território, ocupando o papel de regulador da porta de entrada e controlador do sistema local de atenção à saúde mental" (ALVES, 2009, p.94).

Consideramos que, no Brasil, desde a criação do SUS, a luta pelo avanço da reforma psiquiátrica foi contínua, devido às formas inapropriadas de gestão da rede de saúde pública que persistiram em uma mentalidade ancorada, ainda no pensamento da psiquiatria dos 'desejos pelo manicômio' (DIMENSTEIN, 2006) e em sua subserviência à lógica moderna. Essa lógica manicomial que atravessa diferentes dimensões da cultura brasileira atende aos interesses mercadológicos da rede de hospitais, atraindo investimentos para a lógica privada com foco na internação psiquiátrica e exercendo uma política ideológica, levando a sociedade a uma cultura de preconceito em relação à loucura, dentro e fora dos hospitais (DIMENSTEIN, 2006).

Essas posições contradizem os ideais da reforma psiquiátrica, pautados pela noção de desinstitucionalização, que tem como pressupostos a reinserção social, a busca pela autonomia e o resgate da cidadania e dos direitos humanos de quem se encontra em sofrimento mental. Como afirma Baptista (2003, *apud* DIMENSTEIN, 2006, p. 301):

O uso de modelos fixados a duras identidades alheias ao cotidiano poderá fomentar, até mesmos nos profissionais empenhados na consolidação da reforma psiquiátrica, equívocos políticos que poderão traduzir a luta contra a lógica manicomial em um superficial deslocamento de território, isto é, uma

transposição do manicômio para outros espaços destituídos de muros e de exclusão.

Nos bastidores da reforma psiquiátrica brasileira, o Brasil, assim como a maioria dos países em desenvolvimento, tende a seguir a lógica do mercado internacional articulada pelos países economicamente mais desenvolvidos e hegemônicos. Percebe-se que o *WelfareState* é lançado como projeto aos países, incluso o Brasil, como uma falsa generosidade (FREIRE, 1987) para amenizar as consequências produzidas pelo capitalismo triunfante e para exercer uma pressão na legislação, na formulação de leis e decretos associados ao SUS. Dessa forma, o cuidado acha-se enraizado ao assistencialismo, uma vez que encontramos projetos articulados à produção social relacionada à vida decente, à educação, ao saneamento básico, à renda, à habitação, à alimentação e ao meio ambiente (BRASIL, 2002). Afinal, eles são os pilares fundamentais que sustentam a ideologia do *WelfareState*. "Verificam-se nesse movimento mudanças e reformas que apontem na direção da criação de instituições típicas da construção de um Estado de bem-estar, a exemplo das experiências europeias" (GOMES, 2006, p. 203).

Outrossim, o cuidado assumido pela reforma psiquiátrica brasileira, nesse viés, é desenhado por uma concepção voltada para os "serviços sociais" com objetivo de combater males da sociedade, como a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade (GOMES, 2006). Isso fica visível na implementação dos três princípios doutrinários do SUS, em resposta às necessidades da população, os quais são: 1) universalidade de acesso; 2) integralidade de assistência; 3) equidade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Somando-se a estas, como diretrizes organizativas, temos: 1) a descentralização para alcançar a municipalização da gestão dos serviços; 2) a regionalização para atingir uma melhor distribuição de recursos e a; 3) hierarquização com o objetivo de estabelecer o melhor fluxo de assistência nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2002; 2004).

O Brasil, apesar de sua extensão e complexidade demográfica, possui um dos sistemas de saúde mais audaciosos do mundo, valorizando formalmente determinantes socioeconômicos, compromisso político e transformações sociais, além de articular uma produção social associada à vida decente, à educação, ao saneamento básico, à renda, à habitação, à alimentação e ao meio ambiente (BRASIL, 2002). Uma das transformações mais significativas do sistema talvez seja

focar na desconstrução da lógica tradicional dos sistemas de saúde, embasados pelo modelo biomédico e manicomial, constituídos por protocolos, regulação, burocracias, engessamento do sistema e atuação de profissionais de forma hierarquizada e privada.

Não podemos negar que houve grandes avanços na saúde pública brasileira após a reforma psiquiátrica, mas percebe-se que os procedimentos e os serviços encontram-se, ainda, arraigados a valores assistenciais com vícios na sua forma de cuidar e de relacionar-se, em que se defendem "outras formas de relação entre os trabalhadores de Saúde, aí incluídos os psicólogos, em substituição aos modos de cuidado e de gestão dos processos de trabalho que podemos designar de hospitalocêntrico e medicocêntrico" (PASSOS, 2015, p.16).

Nas palavras de Lancetti (2001, p. 96), ainda na virada do século:

Podemos afirmar sem hesitações que, na última década, a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária brasileiras obtiveram vitórias importantíssimas. Estamos, na contramão do modelo econômico imperante, construindo o Sistema Único de Saúde e conseguindo fazer avançar, em grande extensão territorial, uma série de experiências fundamentadas nas ideias do movimento antimanicomial, na práxis da reabilitação psicossocial, com significativa participação e protagonismo de usuários e familiares.

Serviços substitutivos às instituições hospitalares foram crescentemente criados como consequência da Lei 10.206 (BRASIL, 2001). Em 2011, a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011) sistematizou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi criada para suprir a demanda do SUS para oferecer, de forma ampliada, diversificada, efetiva e articulada, os pontos de atenção à saúde mental. Para atingir seus objetivos, com a intenção de garantir o acesso e a qualidade dos seus serviços, a RAPS é constituída pelos seguintes componentes: 1) Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura); 2) Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); 3) Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); 5) Atenção Hospitalar (Enfermaria

especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); 6) Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa) e; 7) Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (BRASIL, 2011).

Na estrutura da RAPS, encontramos como unidades de atenção psicossocial os CAPS. Segundo consta no Ministério da Saúde de 2004:

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar [...] O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 12-13).

O CAPS, em substituição ao hospital psiquiátrico, foi uma resposta criativa e inovadora, cujos objetivos vão ao encontro do processo de desinstitucionalização. Seus pressupostos têm um alinhamento com a reforma psiquiátrica italiana (ROTELLI, 1990) na medida em que busca colocar os atores da promoção da saúde, como técnicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, familiares e usuários, assim como estruturas sanitárias locais e políticos, como participantes ativos numa relação de poder horizontal. Nesse sentido, percebemos que o papel da família que antes, no modelo clássico da psiquiatria, era afastada ou excluída, a partir dessa nova perspectiva, é parte do trabalho terapêutico, com foco no cuidado ampliado.

No modelo asilar, a família era considerada um problema, um elemento patógeno que precisava ser isolado (DIMENSTEIN, 2010), mantendo-se afastada do processo do cuidado por ser considerada um fator determinante para o adoecimento do usuário. Agora, com as transformações que vêm ocorrendo em decorrência da visão apresentada pelo novo Paradigma Psicossocial, a família passa a ocupar um lugar fundamental na realização continuada do cuidado.

Como foi colocado por Dimenstein (2010, p. 1211):

As mudanças que vêm se processando no campo da saúde mental indicam uma perspectiva diferente em relação ao lugar da família, que vem sendo chamada a atuar como corresponsável pelo cuidado e reinserção social de seus membros.

Dentro da lógica do paradigma psicossocial, os CAPS foram pensados em atuar em seu território, não no sentido geográfico do termo, mas em conjunto com pessoas e seus conflitos e interesses, bem como amigos, vizinhos, pessoas próximas, famílias, comunidade e organizações que se relacionam, como igrejas, escolas, trabalho, clube etc. Nesse sentido, os CAPS devem abordar não somente o indivíduo que sofre, mas sua rede existencial, complexa, que inclui outras carências e recursos econômicos, jurídicos, previdenciários, culturais, educacionais, laborais etc. Os recursos são articulados estrategicamente para consecução de seus objetivos, que são as pessoas, seu sofrimento, atuando como facilitadora da autonomia dos usuários, provendo a inserção social dos usuários, promoção da vida comunitária, trabalhando com o auxílio das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2004). Os CAPS, pois, atuam organizando a rede comunitária de cuidados, como referência e tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, direcionando para o seu território local as políticas e programas de Saúde Mental,

(...) desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004, p. 12).

Dessa forma, o objetivo do CAPS possui um alinhamento com a proposta da “empresa social”, em que promove o desmantelamento da psiquiatria clínica tradicional, racional, capitalista, manicomial, por um saber da complexidade, rompendo com o seu domínio (AMARANTE, 2000). Essa desconstrução, como foi detalhado anteriormente, foi organizada pela instituição de uma rede complexa de serviços e de uma ampliação de atendimentos por todo o Brasil, garantida por um conjunto de organizações e de estruturas jurídicas que sustenta as práticas complexas de ordem política, sanitárias e financeiras e de regulação das relações pessoas e interpessoais que integram a rede do SUS (BRASIL, 2004; 2011).

A partir da implementação dos CAPS, a família, segundo Rosa (2009, p.162):

[...] ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político.

Os familiares passam, portanto, a serem considerados como protagonistas fundamentais do cuidado:

Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto interna como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004, p. 29).

Devemos reconhecer que o SUS é uma criação dos mais complexos sistemas de atendimento universal e integral de saúde pública do mundo e que ainda conta com muitos desafios e enfrenta diversas dificuldades para efetivamente considerar os usuários dos serviços como "sujeitos de direitos"(GOULART, 2017; 2019). Como já mencionado anteriormente na introdução, frequentemente nota-se a existência de lacunas (*gaps*) na qualidade do serviço em relação às expectativas dos frequentadores e cuidadores, ou seja, entre o que eles recebem efetivamente e o que realmente está previsto nas leis, portarias e decretos. Dessa forma, nem sempre o que está escrito é exercido na prática pelos profissionais de saúde mental, nos dispositivos da rede. Pande e Amarante (2011) analisam entre os fatores que contribuem para isso aquilo que denominam nova cronicidade, isto é, uma lógica ainda marcada por um modelo empresarial, caracterizado pelo atendimento tradicional e a manutenção do circuito psiquiátrico vinculados ao paradigma tradicional.

Antes de aprofundarmos na discussão da importância da família no cuidado, como parte prevista na constituição dos serviços oferecidos pelo CAPS, vamos tratar da questão da violência como um problema importante nesse contexto. A família é um grupo que precisa de assistência e cuidado e, por isso, deve ser vista não apenas como cuidadora, mas também passível de cuidado; não apenas como provedora, mas recebedora de atenção.

Em relação ao papel da família, à sua reificação e naturalização e ao modo como é elaborada ao longo da História da psiquiatria tradicional, Amarante (2010) comenta sobre movimentos de familiares nos EUA que procuravam, à luz da obra de

Laing e Cooper, retirar a culpa e as marcas de violência deixadas na história nosográfica pelas teorias sociogenéticas. Elas afirmavam que as relações intrafamiliares inadequadas poderiam ser causadoras e explicadoras dos transtornos mentais.

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos 50, mas sua maior repercussão foi na 'conturbada' década de 60. Alguns psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper, começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam. Mas em curto período de tempo perceberam que tais transformações não tinham grande futuro. Laing e Cooper passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade. Elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade (AMARANTE, 2013, p. 498-503).

Veloso e Eulálio (2016) realizaram estudos que apontam para a existência de um histórico de violência familiar que envolve os indivíduos e que é frequente na trajetória deles com transtorno mental. Os autores sinalizam a elevação do risco de violência sofrida contra a pessoa que já se encontra fragilizada pela violência do diagnóstico psiquiátrico. Assim, podemos verificar que o curso do cuidado no CAPS é organizado por uma dinâmica que é atravessada por vários espaços sociais e atores que se encontram numa dialética de instâncias carregadas de tensões e rupturas, numa trama complexa entre produções subjetivas dos indivíduos e dos espaços sociais que participam (GONZÁLEZ REY, 2015; 2017).

Segundo Minayo (2006), os estudos sobre a violência não estão inseridos, na sua origem, quanto as suas raízes históricas, no campo da saúde, mas possuem desdobramentos importantes para pensar produções que podem levar a uma série de sequelas que resultam em lesões, traumas emocionais e mortes.

Para a autora,

Essa vontade de aniquilamento, no decurso da história e das culturas, se manifesta de várias formas como: desprezo e menosprezo pelo outro, discriminações, crueldades, autoritarismo, lutas fratricidas, guerras, terrorismos e processos de autodestruição (MINAYO, 2006, p. 8).

Dessa forma, os desdobramentos do impacto da violência que incidem sobre a saúde mental estão vinculados às condições, às situações e ao estilo de vida de quem as vivencia. A violência é um fenômeno social que transpassa a família, sendo

associada a questões de natureza socioculturais e político-ideológicas (VIEIRA, 2003). Muito presente em outros contextos, ela pode ser averiguada pela ciência, nas intervenções e nos procedimentos médicos, percebida na desigualdade entre grupos sociais. Essa perspectiva é importante para este projeto, porque o CAPS, *locus* da pesquisa, é um espaço social frequentado e atravessado por dinâmicas de múltiplos atores sociais, institucionais, políticos e ideológicos.

Nesse contexto, a violência figura como processo importante de ser enfatizado no contexto do CAPS, de modo a ampliar a atenção à saúde para além dos usuários individualmente, incluindo, também, seus familiares como parceiros importantes no tratamento. “Entende-se que não basta tratar um único membro da família, mas necessita-se oferecer cuidado a todos os familiares envolvidos com o sofrimento psíquico” (BIELEMANN *et al.*, 2009, p. 132).

Para Casaburi (2016), o ambiente familiar é um sistema constituído por pessoas em relação e, como característica da formação de um grupo, é esperada a existência de conflitos, de enfrentamentos e de contradições. Muitas são as possibilidades de o sistema contribuir para o processo terapêutico, inclusive servir como “remédio”, expressão usada em sua pesquisa, em associação ao engajamento familiar na manutenção do tratamento em saúde mental. A autora argumenta que o ambiente familiar, mesmo em condições precárias, em seus desdobramentos, pode ter o mesmo efeito de uma medicação e ajudar no tratamento do usuário. Nesse sentido, percebe-se que os laços afetivos, o compromisso e os sentimentos de amor são exemplos de fatores que ajudam o indivíduo em sofrimento mental a superar desafios, fazendo do ambiente familiar, ainda, um lugar de amparo e proteção.

Dessa forma, a família torna-se uma parceira indispensável para o desenvolvimento subjetivo do usuário do CAPS (DIMENSTEIN, 2006; SANTOS *et al.*, 2016; MAFTUM, 2017; GOULART, 2015, 2017), para promover sua reintegração ao espaço de convivência familiar, com a comunidade, no trabalho, no processo de socialização da pessoa. Assim, como afirma Souza (2008, p. 207):

O suporte familiar pode ser compreendido como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família e pode ser pensado como agente de proteção frente ao risco a doenças mentais, e agente amortecedor frente aos eventos estressantes, o que sustenta a criação de programas de prevenção e tratamento, visando ao restabelecimento da saúde.

Evidentemente, nessa relação de cumplicidade com os serviços da rede de saúde, a família encontra-se, também, como sua avaliadora (SANT'ANA, 2011; MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016; DEMARCO, 2017), pois, como parceira ativa nas dinâmicas do serviço, representa uma parcela da população que utiliza os serviços e é parte de sua construção.

No que diz respeito aos cuidados oferecido às famílias pelos serviços de saúde mental, os desafios logísticos e a falta de disponibilidade de profissionais e de ofertas de serviços são alguns dos fatores que dificultam o apoio aos familiares que, muitas vezes, encontram-se desamparadas no processo do cuidado (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016). No enfrentamento das dificuldades diárias, as famílias fragilizadas e sem o apoio financeiro necessário para manter o usuário em casa são prejudicadas de diferentes formas (CUNHA; GOULART, 2018; ROSA, 2005; GONÇALVES; SENA, 2001, *apud* MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016).

Cunha e Goulart (2018, p. 286) buscaram compreender as produções subjetivas de familiares cuidadores, enquanto sistema relacional que compõe a rede de atenção, reconhecendo seu relevante papel no processo do cuidado, "além de explicar como se dá a relação entre esses familiares e os técnicos de serviços substitutivos de saúde mental". Os autores destacam que, no processo do cuidado, os familiares muitas das vezes são submetidos a demandas e pressões emocionais nas relações interpessoais, alterando sua rotina e estrutura, experimentando, muito frequentemente, sentimento de desamparo. Dessa forma, os autores discutiram que essas condições favorecem o adoecimento dos cuidadores familiares. Na pesquisa realizada, o Grupo de Família de um CAPS, enquanto oficina terapêutica voltada aos cuidados dos familiares, foi apontado como espaço dialógico interessante na construção de estratégias alternativas e promoção de novas formas de cuidado.

Cavalheri (2009) reforça a necessidade de olhar para o cuidado da família no processo terapêutico porque elas se sentem muito frequentemente isoladas e desamparadas diante da sobrecarga de demanda. Ela observou que as queixas dos familiares possuem relação com

(...) o pouco comprometimento e, ou distanciamento dos demais membros da família, bem como de outros recursos da rede social. O acúmulo de cansaço e preocupações, o desconhecimento e a falta de controle sobre o que está por vir. A dedicação quase "exclusiva" ou "total" faz com que o cuidador deixe de ter existência própria, perca vínculos profissionais e sociais, diminua atividades de lazer, aumente a reclusão familiar. Assim,

padece com a pessoa adoecida, perde perspectiva de vida, somatiza dores e entra num processo social desgastante (CAVALHERI, 2009, p. 54).

A autora relata o alto impacto sobre as famílias que são, agora, convidadas como colaboradoras no processo de desinstitucionalização, mas que não recebem a devida atenção. Assim, a maioria das famílias não tem outra alternativa de cuidar de seu ente, quando eles mesmos estão em crise, a não ser em sua própria casa. Esse processo leva frequentemente a quadros de tristeza, angústia e depressão na família. Há, decerto, o reconhecimento, pelas instituições operadoras do SUS, das dificuldades que enfrentam na sua organização para dar apoio aos familiares e na tentativa de mudar a lógica de funcionamento para privilegiar essa unidade de atenção. A questão não é de fácil resolução, pois o contexto do CAPS é atravessado por tensões de ordem estrutural e por histórica falta de investimentos no setor (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016). O Ministério da Saúde também reconhece a importância da família para a rede SUS no âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esses programas e serviços atuam de forma integrada e compartilhada a partir de demandas sociais em que a família é considerada

(...) um sistema aberto que se interconecta com outros sistemas e estruturas da sociedade, é composta por grupos de pessoas com vínculos afetivos, de convivência, com ou sem relação consanguínea, são pessoas que compartilham relações de socialização e de cuidado ligados por valores culturais, socioeconômicos que predominam em um determinado contexto geográfico, histórico e cultural (BRASIL, 2013, p. 63).

A mobilização da rede SUS para o envolvimento da família e o cuidado da pessoa em sofrimento grave, portanto, justificam-se, já que é “protagonista do cuidado em liberdade com participação nas ações de saúde de seu familiar em sofrimento (DEMARCO, 2017, p. 732).

Em suma, a família é um espaço social que atua como referencial de afeto e de amparo (SOUZA& BAPTISTA, 2008). Entre outras contribuições que a família pode exercer no apoio ao usuário, Souza e Baptista (2008) afirma que ajuda na manutenção física e psicológica, além de ser considerada o primeiro suporte emocional que a criança tem contato e estende-se por várias fases de seu desenvolvimento pessoal e de sua relação social.

É necessário observar que o conceito de família deve ser ampliado, porque

vai além das relações de consanguinidade, evoluindo muito dos ideais sociais desde que se começou a pensar sobre o assunto, aumentando o alcance e a compreensão do termo “sociedade conjugal”(WELTER, 2004) e da palavra “*famulus*”, de origem latina, que significa o conjunto de escravos domésticos pertencentes ao mesmo homem (OLIVEIRA; SANTANA, 2015).

Faco e Melchiori (2009) entendem a família como espaço de socialização, uma forma de organização social estruturada de maneira estratégica para sua sobrevivência, o qual provê recursos que possibilitem o crescimento orgânico, moral, individual e grupal dos seus membros. Os autores concebem a família como arranjo social que possui uma dinâmica própria, afetada por pressões internas e externas, que vem se adaptando e se desenvolvendo ao logo do tempo, sofrendo influências políticas e econômicas. Trata-se de um sistema em constante transformação, estabelecido por laços de afetividade e intimidade, constituídos por crenças, valores e práticas associadas às transformações da sociedade, procurando meios de "assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros" (FACO; MELCHIORI, 2009, p.122).

Ainda, acrescenta-se que:

Outro aspecto importante é a contradição família pensada versus família vivida e a sua outra face família estruturada versus família desestruturada, apoiada em uma visão sistêmica inclusiva e não conservadora que reconhece múltiplas estruturas familiares que nada mais são do que formas diferentes de ser família e que vão ganhando contornos específicos por intermédio do tempo e das peculiaridades do espaço geográfico, social e cultural (BRASIL, 2013, p. 67).

Volto a discutir outra recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que entende como importante o fato de saber distinguir e compreender o conceito de família e sua complexidade. Este é o primeiro passo: estabelecer critérios para pensar sobre a família e planos e estratégias para o cuidado aos cuidadores. Assim, é esperado, na rede SUS, que os profissionais estejam orientados a elaborar uma avaliação do contexto familiar, sua estrutura e dinâmica, desenvolvimento e funcionamento, suas condições materiais com visão multidisciplinar, para que haja uma noção da realidade local e de sua singularidade. Dessa forma, para aqueles que estão envolvidos com as famílias, o direcionamento é fortalecer:

(1) a competência da família em garantir a sobrevivência material dos seus

membros utilizando sua rede social primária (parentes, amigos e vizinhos), as instituições e as redes sociais comunitárias; (2) suas relações afetivas e novas possibilidades de agir, pensar e conviver; (3) sua participação social e comunitária enquanto exercício de cidadania (BRASIL, 2013, p. 67).

A ampliação da noção de família, portanto, é fundamental para um cuidado integral, em que "(...) deve estar comprometida com o rompimento, com a lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade" (BRASIL, 2013, p. 67).

Da mesma forma como o conceito de família foi ampliado em períodos diferentes de nossa História, adaptando-se às transformações da sociedade, a noção de cuidado em saúde mental foi se modificando como resultado das transformações ocorridas desde o surgimento das primeiras instituições psiquiátricas, com a psiquiatria tradicional, hegemônica, até os dias atuais. Antes do processo da reforma psiquiátrica, o cuidado era caracterizado eminentemente pelo isolamento da pessoa com sofrimento mental, com a justificativa do afastamento social para um tratamento adequado e para a segurança da população, de modo que os hospitais psiquiátricos eram tidos como formas eficazes para solução da loucura (FILHO, 2015). Hoje, o Brasil, influenciado por diversas correntes psiquiátricas, adota conceitos fundamentais da Promoção de Saúde, baseados em documentos e declarações considerados referências no tema, debatidos em várias partes do mundo, visando a superar o cuidado centrado no controle da enfermidade. Alguns desses documentos e declarações são: Declaração de Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Sundswall (1991), Declaração de Santafé de Bogotá (1992), Declaração de Jacarta (1997) e Declaração do México (2000) (BRASIL, 2002).

Os procedimentos do cuidado, bem como suas prescrições, eram adotados em determinados períodos, influenciados pela psiquiatria vigente naquela época. Dessa maneira, a Psiquiatria Organicista/Biológica, predominante no final do século XVIII, influenciada pela revolução Pineliana, adquiriu um caráter médico e teve sua orientação fundamentada na classificação das patologias, na observação dos sinais e sintomas da loucura. Os procedimentos preferidos nesse período tinham como sede do sofrimento o corpo, objeto da psiquiatria médica, no qual eram realizadas as intervenções terapêuticas. Aplicações como banhos, sangrias e lobotomia evoluíram a partir de 1952 para os psicofármacos, utilizados até os dias atuais, no exercício da

medicina. Essa forma de enxergar o indivíduo estava associada à redução dos sintomas, tendo como referência um padrão de normalidade que, amparado no diagnóstico e em prescrições médicas, resultavam nas internações e no confisco do corpo para tratamento hospitalar como estratégia do controle social (CAMPOS, 2000; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Enquanto a Psiquiatria Organicista se voltava para o controle do corpo, sede de suas intervenções, a Psiquiatria Psicoterápica, influenciada pela Psicanálise, apresentava a importância de ouvir o sujeito e suas histórias, procurando dar significados ao discurso manifesto. Já para a Psiquiatria Social, o foco estava na desconstrução do hospital como campo de concentração para um local de tratamento e assistência. A motivação se deu principalmente em razão dos efeitos danosos à saúde, resultados da indiferença nas relações dos atores envolvidos no processo do cuidado, acusando os hospitais como fontes geradoras de doenças secundárias (CAMPOS, 2000).

Foi em meados dos anos de 1950 em que a Psiquiatria Preventiva, estadunidense, instituiu um modelo de atendimento público mapeando pessoas mais propensas ao sofrimento mental. Essa corrente influenciou o modelo de atenção adotado pelo SUS, no Brasil, na década de 1980. Nessa visão, o cuidado passou a incluir não somente aqueles que estavam em sofrimento mental grave, mas estendida a toda a população, articulada aos conceitos de saúde pública (CAMPOS, 2000; PINTO; FERREIRA, 2010). Com alguma semelhança a Psiquiatria Preventiva, a Psiquiatria de Setor Francesa, surgiu como movimento contra a Psiquiatria asilar, que tinha como pressuposto o enclausuramento. A ideia principal era levar a psiquiatria para a população, em que cada divisão hospitalar estava articulada a uma área geográfica e social da comunidade, assegurando o tratamento no meio social, evitando a segregação (CAMPOS, 2000; AMARANTE, 2010; PINTO; FERREIRA, 2010).

Segundo Amarante (2000), experiências reformadoras como as citadas anteriormente propunham uma nova racionalidade na assistência em saúde mental, mas continuavam a reproduzir procedimentos do modelo tradicional porque não realizavam mudanças profundas em suas estruturas. Castel (1987), em uma outra perspectiva, tece críticas a essas últimas experiências, afirmando que o hospital psiquiátrico apenas mudou sua forma de atuar; depois das reformas, ele continuou gerenciando o sofrimento de maneira aberta, mantendo-se no centro da assistência.

Quanto às críticas do autor, Foucault (1995, p. 256) pronuncia-se com as seguintes palavras:

Eu concordo inteiramente com a posição de Castel, mas isto não quer dizer, como alguns supõem que os hospitais psiquiátricos são melhores do que a antipsiquiatria; isto não significa que não possamos criticar estes hospitais. Penso que seria bom fazê-lo, pois eles eram o perigo. E agora está bastante claro que o perigo mudou. Por exemplo, na Itália, fecharam todos os hospitais para doentes mentais, e há mais clínicas particulares etc. – novos problemas surgiram.

Seja como for, as práticas aplicadas pelos profissionais de saúde no decorrer e a evolução das psiquiatrias, quanto ao cuidado ao indivíduo com sofrimento mental, estavam associadas à assistência psicológica e à medicalização (VILLELA, 2004), que, juntas, promoviam mudanças atuais para seu tempo, à medida que novas técnicas e procedimentos fossem incorporados a uma abordagem psicológica e social, somando-se às transformações que ocorriam nas práticas médicas. Dessa forma, o plano de assistência institucional relacionado ao cuidado era adaptado segundo essas duas orientações médico-psicológicas.

Constata-se, nessa leitura, que as formas de tratamento estavam relacionadas às ideologias de cada psiquiatria e que os modelos de atenção desenvolvidos nas instituições coexistiam, em que uma ou mais correntes influenciam as ações interventivas dos profissionais, no mesmo espaço de trabalho. O importante a se destacar para este trabalho é que, nas experiências reformadoras mencionadas, houve mudanças do lugar em que a família e o usuário vinham ocupando no processo terapêutico. Ademais, o indivíduo com sofrimento mental grave ainda se encontrava numa posição secundária quanto à sua própria emancipação. A predominância atual da ideia de reabilitação psicossocial, termo construído no seio da reforma psiquiátrica como estratégia operacional para o cuidado, é alvo de críticas sobre a possibilidade real para a emancipação do indivíduo, uma vez que o usuário fica sob a tutela de outro que tem posse da razão, sejam profissionais, sejam familiares (SANCHES; VECCHIA, 2018; VENTURINI, 2017).

O conceito de reabilitação psicossocial no âmbito do processo de desinstitucionalização, hoje, é diferente do que representava em tempos passados, pois não tem relação com a noção de retorno à normalidade, a um estado anterior, mas ao favorecimento da reinserção das pessoas com sofrimento mental aos

diferentes espaços da sociedade. Entende-se como reabilitação psicossocial como "o processo que facilita, ao usuário, com limitações, uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções, na comunidade" (JORGE *et al.*, 2006, p. 735).

A reabilitação psicossocial surgiu nos discursos e nas ações da reforma psiquiátrica, constituindo-se num importante operador teórico-prático. Além disso, foi adotada como estratégia pelo SUS nos seus vários dispositivos e na rede de apoio social, orientando serviços como CAPS e NAPS (PINTO; FERREIRA, 2010). Esse conjunto de ações exercidas de forma continuada na rede SUS tem como objetivo desconstruir os mecanismos excludentes, contrário ao confinamento, herança da psiquiatria tradicional, indo além do fornecimento de medicação e da desumanização da assistência, para um olhar de reinserção do usuário à vida em sociedade e familiar. Visa-se, desse modo, a construir uma rede de cuidados compartilhados, em que a família se torna também protagonista, possibilitando ao indivíduo em sofrimento mental grave o exercício de sua cidadania, "ou seja, estudar, trabalhar, ganhar dinheiro, fazer amigos, namorar, frequentar espaços públicos, participar das decisões que influenciam em sua vida" (BRASIL, 2013, p.99). A forma como está sendo implementado o conceito de *Reabilitação Psicossocial*, no Brasil, tem estreita relação com a visão de saúde mental concebida pela OMS (2001), como:

o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (PITTA, 1996, p. 21).

O termo 'reabilitação psicossocial' é usado com frequência em textos sobre saúde mental e está relacionado à restituição da subjetividade do indivíduo, fazendo referência ao subjetivismo (GONZÁLEZ REY; TORRES, 2017), abrangendo basicamente três pontos: casa, trabalho e lazer. O termo subjetividade, mencionado, não tem relação com o conceito adotado pela teoria da subjetividade de González Rey (2017, 2015), tal como será apresentado e discutido no próximo tópico. Segundo Jorge *et al.* (2006, p. 735), essas três dimensões consistem

em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Cabe à equipe de saúde mental compreender o indivíduo em sua integralidade, para tanto, é necessário construir um novo paradigma de saúde/doença mental que busque o desenvolvimento de uma relação saudável [...] Nesta perspectiva, a reabilitação psicossocial se apresenta como um conjunto de atividades

capazes de oferecer condições amplas de recuperação dos indivíduos através da utilização de recursos individuais, familiares e comunitários a fim de neutralizar os efeitos iatrogênicos e cronificadores da doença e do internamento. Reabilitar significa ajudar os portadores a sobrepujar suas limitações e incapacidades e promover o autocuidado, a fim de elevar-lhes a autoestima, oportunizando-lhes a restituição da autonomia, identidade pessoal e social.

Existem críticas que envolvem a aplicação da ideia de “reabilitação psicossocial” como operador da produção de cidadania (PINTO; FERREIRA, 2010), que vamos comentar resumidamente. Os autores levantam pontos importantes para pensar a eficácia da reabilitação como processo-técnico visando à reintegração dos indivíduos à sociedade como louco na figura de cidadão, pois a cidadania é forjada por uma racionalidade moderna, constituída de regras, direitos e deveres. O indivíduo com sofrimento mental grave pode encontrar, na conjuntura atual, um ambiente que exija dele práticas orientadas à normatização, reintroduzindo no cenário a ideia do louco na sua desrazão. Dessa forma, não podemos negar as contribuições que o processo técnico traz para o indivíduo em sofrimento, mas devemos fazer uma reflexão sobre as práticas de reabilitação, porque podem ser tão violentas quanto as que ocorriam nos manicômios, só que, atualmente, com outra configuração, pela violência simbólica, podendo estar presente numa orientação técnica ao usuário para suas atividades diárias, por exemplo (CASTEL, 1991).

Venturini (2003) vai ainda mais longe, afirmando que não se pode reabilitar o outro, mas cada um é responsável por sua própria loucura. É um posicionamento radical, mas pertinente, na medida em que nos leva a refletir sobre a legitimidade do lugar daquele que ocupa a posição de tutor, enaltecido pela relação de poder estabelecida normalmente entre os técnicos e o indivíduo que está em sofrimento. Essa crítica se remete à pedagogia da sociabilidade, a que se refere Birman (1992), como forma de domesticar o louco para inscrevê-lo na sociedade, tendo um profissional de saúde mental (mestre, tutor) de posse da razão para transformá-lo em “sujeito da razão e da vontade”, expressão que já havia sido observado por Foucault (1978). Rancière (2018, p.10), ao usar o termo emancipador no contexto da desigualdade social, aplicado à Pedagogia, diz:

Não há ignorante que não saiba uma infinidade de coisas, e é sobre este saber, sobre esta capacidade em ato que todo ensino deve se fundar. Instruir pode, portanto, significar duas coisas absolutamente opostas: confirmar uma incapacidade pelo próprio ato que pretende reduzi-la ou, inversamente, forçar uma capacidade que se ignora ou se denega a se

reconhecer e a desenvolver todas as consequências desse reconhecimento. O primeiro ato chama-se embrutecimento e o segundo, emancipação.

O autor utiliza como referência a experiência de Jacotot (1818), leitor de literatura francesa na Universidade de *Louvain*, quando usa a expressão 'embrutecimento' e 'emancipação', "quando uma inteligência é subordinada a outra inteligência" (RANCIÈRE, 2018, p. 31). Trazendo para o contexto em foco neste trabalho, trata-se da relação de dominação, de tutela entre o técnico e o usuário. Percebe-se, nessa digressão, que o indivíduo com sofrimento mental ainda se encontra sob disputa de controle por outros considerados superiores, providos de razão, poder, técnicas e saberes, ficando às margens de seu próprio cuidado, em termos de emancipação e autonomia.

Nesse contexto, a teoria da subjetividade pode favorecer a geração de inteligibilidade sobre o que acontece nos bastidores das intenções e da formalização das políticas públicas, ao enfatizar os processos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2017). O indivíduo encontra-se entrelaçado em seu contexto histórico e em sua relação com os atores sociais atuais, que marcaram sua história. Trata-se de processos impossíveis de serem estudados pelos modelos dominantes de pesquisa.

2.2 Subjetividade, família e cuidado

2.2.1 Subjetividade

A teoria da subjetividade concebe os indivíduos e os grupos como possuidores de uma qualidade até então negligenciada. Nessa perspectiva, todo indivíduo, incluindo os que estão atravessando uma situação de sofrimento psíquico grave, possui uma condição subjetiva capaz de transcender obstáculos da vida atual. Em sua experiência com o mundo, o indivíduo torna-se capaz de abrir caminhos inimagináveis, frutos de sua produção subjetiva, com possibilidades para gerar sentidos subjetivos de forma espontânea, criativa e imaginativa. Nesse contexto, a teoria da subjetividade representa um sistema de conceitos em articulação, sobretudo, os conceitos de sentidos subjetivos, configuração subjetiva, sujeito, subjetividade individual e subjetividade social, que permitem avançar num conjunto de categorias, que visibilizam a organização e a dinâmica da subjetividade

humana. Vale salientar que esses conceitos estão integrados um no outro, cada um com sua especificidade (GONZÁLEZ REY, 2017).

A teoria da subjetividade destaca a natureza complexa da psique a partir da perspectiva histórico-cultural. Subjetividade é aqui entendida como um sistema simbólico-emocional, tendo como unidade básica o sentido subjetivo, que emerge das produções humanas em diferentes contextos e representações históricas e sociais, superando o olhar intrapsíquico, essencialista, substancializado, como tradicionalmente veio a ser conhecido na modernidade (GONZÁLEZ REY, 2011; 2015; 2017).

Dessa forma, se o indivíduo com sofrimento mental apresenta, por um lado, um histórico de angústias e conflitos, por outro, é possuidor dessa qualidade subjetiva que emerge em sua posição ativa na relação com o outro, com sua imaginação criativa e fictícia, podendo mudar sua realidade por meio de suas produções subjetivas, a partir de seus recursos simbólico-emocionais. Como afirmam González Rey e Mitjás Martínez (2017, p. 23):

A subjetividade, que traz a emoção como parte essencial dos processos humanos criadores desse mundo de ficção, tem um papel essencial em definir as realidades do homem como subjetivas e não apenas como discursivas. Por isso, os processos de produção de conhecimento sobre a subjetividade impõem exigências que estão além da hermenêutica e que não estão na linguagem nem no discurso, mas nas múltiplas formas que tomam os processos humanos. A linguagem não paira sobre o homem, é uma produção humana que carrega todo o caráter subjetivo de sua configuração e da trama viva da relação com o outro.

Em vista disso, categorias como agente e sujeito, que serão discutidas em detalhes adiante, podem ampliar o desenvolvimento da compreensão do cuidado da pessoa com sofrimento mental contribuindo para um ganho qualitativo para sua vida. Sobre os recursos dessa teoria, González Rey e Mitjás Martínez (2017, p. 24) afirmam:

o projeto da subjetividade abre-se infinitamente aos microcosmos de imaginação, fantasia e criação humanas, os quais, carregados de emoção, não pretendem elucidar os caminhos da subjetividade, mas acompanhá-los em seus desdobramentos não preditivos, que avançam em constantes tensões com a razão, mas sempre escapam ao seu controle e intencionalidade.

Nessa ótica, não podemos subestimar a capacidade imaginativa e criativa das pessoas que estão em situação de sofrimento psíquico grave. Ignorar a

emancipação do usuário por meio de seus próprios recursos subjetivos é não reconhecer a subjetividade como um tipo de processo específico do desenvolvimento humano nas condições da cultura (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Neste tópico, pois, vamos aprofundar os conceitos da teoria da subjetividade e sua contribuição na produção do conhecimento da relação formada entre saúde mental, cuidado e família, tendo o CAPS como campo de pesquisa com suas dimensões interligadas. Como espaço configurado socialmente, o CAPS é um lugar onde indivíduos com diferentes constituições compartilham experiências individuais e sociais, que envolvem discursos médicos, práticas institucionais e linguagens, por exemplo. Essas representações são caracterizadas pelo modelo biomédico, processos de medicalização e do diagnóstico, entre outras, que se estabilizam formando subjetividades sociais. Essas subjetividades articulam-se a valores individuais e sociais, que não são facilmente acessíveis, necessitando de recurso teórico para dar visibilidade aos processos (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Nessa perspectiva, a teoria da subjetividade vem como ferramenta teórica, na direção contrária à ideia moderna de patologia, oposto aos modelos hegemônicos de sociedade que excluem progressivamente indivíduos e comunidades, com características histórico-culturais capazes de gerar inteligibilidade ao sistema subjetivo como gerador de alternativas, levando-nos à compreensão da singularidade do funcionamento de seus processos (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012).

O termo subjetividade foi desenvolvido por González Rey ao longo dos últimos 30 anos a partir de uma perspectiva crítica ao pensamento moderno, mais notadamente ao positivismo, estruturalismo e às diferentes versões do pensamento mecanicista (GONZÁLEZ REY, 2011). Entretanto, desafiando os megassistemas e entidades e organizando-se, essa perspectiva foi sendo constituída por meio de articulações entre teorias da filosofia ocidental e momentos históricos diversos, como o marxismo, o pragmatismo, a hermenêutica, a filosofia da ciência e a teoria da complexidade. Desse modo, González Rey (2007) concebe sua teoria, articulando-a ao *giro complexo do pensamento ocidental*, discurso usado pelo autor para fazer referência à ruptura epistemológica que permitiu avanços na produção de conhecimento, ciência e realidade.

É interessante ressaltar também que na trajetória teórica das várias

abordagens psicológicas até os dias atuais, a psicologia vem sustentando diversas dicotomias, tais como concreto-abstrato, interno-externo, social-individual, consciente-inconsciente, afetivo-cognitivo, inter-intra, entre outras (GONZÁLEZ REY, 2012). Assim, o conceito de subjetividade vem romper com a lógica dessas dicotomias que marcaram a produção do conhecimento psicológico, ao propor a unidade simbólico-emocional.

Como afirmam González Rey e Mitjáns Martínez (2012, p. 53):

A categoria de sentido favorece uma representação da subjetividade que permite entender a psique não como uma resposta, nem como um reflexo do objetivo, e sim como uma produção de um sujeito que se organiza unicamente em suas condições de vida social, mas que não é um efeito linear de nenhuma dessas condições. Os processos de produção de sentido expressam a capacidade da psique humana para produzir expressões singulares em situações aparentemente semelhantes. Digo aparentemente porque nenhuma situação humana é semelhante a qualquer outra, já que seu sentido é um atributo de sua objetividade (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2012, p. 53).

O autor apresenta a categoria de sentido subjetivo como a unidade mais elementar e dinâmica da subjetividade, como um tipo de processo humano ontologicamente diferenciado, no qual as emoções integram-se ao simbólico, gerando uma nova qualidade a partir dessa integração. Nessa perspectiva, entendemos que as famílias e os usuários do CAPS – momentaneamente impossibilitados de gerar sentidos subjetivos alternativos à situação de sofrimento – possam trazer novos posicionamentos, emergir sentidos subjetivos significativos no curso da experiência, mediante a pesquisa construtivo-interpretativa, mobilizadas pelo processo do diálogo.

O sentido subjetivo, assim, existe como momento processual da atividade humana, que, no nosso caso, pode ser exemplificado quando um usuário está na sua casa, depois que retorna do CAPS, e sua mãe reclama porque ele esqueceu o celular. A reação do usuário está sempre relacionada à mobilização de afetos, à reflexão e a disposições que envolvem não somente a atitude da mãe, mas a produção de sentidos subjetivos nesse contexto que, por sua vez, desdobram-se em outros sentidos subjetivos atravessados por outros espaços sociais. Os sentidos subjetivos que se expressam por comportamentos, silêncio e mudança de fisionomia, por exemplo, são impossíveis de serem previstos ou antecipados, nem mesmo podem ser racionalizados, como se fosse possível elaborar uma fórmula ou

um modelo universal, porque possuem formas singulares de expressão (GONZÁLEZ REY, 2015).

Dentre as contribuições trazidas pela teoria da subjetividade em relação a outras teorias emergentes sobre o tema, ela permite

(...) o resgate do sujeito como centro da produção do conhecimento, incluindo-o dentro de sistemas despersonalizados que buscam sua exclusão, como o discurso, a linguagem e o diálogo, este último quando visto como ontologia que desconsidera a subjetividade dos sujeitos em diálogo. Essas tentativas teóricas terminaram excluindo os indivíduos - que são parte inseparável dos sistemas sociais -, ao invés de procurarem uma fórmula que permitisse compreendê-los como seres ativos, constituintes da trama social de sua ação e nela constituídos. Tais perspectivas também omitiram a condição dos indivíduos como sujeitos portadores de uma capacidade geradora que integra emoção, imaginação, fantasia e operações intelectuais, que, em sua unidade, são importante recurso de tensão, ruptura e resistência diante dos sistemas sociais normativos (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 33).

Dessa forma, o autor ressalta a importância do resgate do indivíduo como portador ativo de uma ação capaz de levá-lo para sua própria emancipação como sujeito. Posição que vinha sendo ignorada pelas teorias e, podemos incluir aqui, as correntes psiquiátricas que procuravam fórmulas alternativas ao modelo manicomial.

Sobre a subjetividade como sistema configuracional, que permite fundamentar o tema proposto, afirmam González Rey e Mitjás Martínez (2017, p. 62): “A subjetividade é um sistema configuracional, que se organiza por configurações subjetivas diversas em diferentes momentos e contextos da experiência humana”. Desse modo, a teoria da subjetividade, como sistema teórico, com seu caráter social e cultural, possibilitará acompanhar os processos subjetivos que envolvem a dinâmica das experiências humanas que estão entrelaçadas na interação da rotina diária do CAPS e no cuidado.

A categoria configuração subjetiva é definida por González Rey (2015, p. 21) como

as formações psicológicas complexas caracterizadoras das formas estáveis de organização individual dos sentidos subjetivos, estes também podem aparecer como o momento processual de uma atividade, sem que se organizem nesse momento como configuração subjetiva.

Sobre esse conceito, o autor ainda diz:

As configurações subjetivas são as verdadeiras unidades da subjetividade humana, pois representam os momentos de convergência e articulação da mobilidade dos sentidos subjetivos que emergem na ação. Toda produção cultural aparece organizada em nível subjetivo como configuração subjetiva, pois estas expressam as produções singulares simbólico-emocionais da pessoa e dos diferentes espaços sociais em que a pessoas atua (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 34)

O autor fornece uma explicação sobre a formação das configurações subjetivas a partir dos sentidos subjetivos, que, como unidades dinâmicas, são plásticas, formando uma rede de sentidos subjetivos, nunca isolados, que emergem da expressão da pessoa numa ação concreta. Essa formação, portanto, não é causa do comportamento, mas diz respeito à qualidade com que vivenciamos a experiência vivida. Assim, a configuração subjetiva é vista como a unidade do histórico, síntese singular de múltiplas experiências anteriores que se expressam na vida presente do sujeito integrada de emoções, costumes, valores, a qual se alimenta e gera sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2011). Aqui, entendemos que o sujeito pode emergir em condições precárias de cuidado, mas há formas de cuidado que favorecem a emergência do sujeito.

Compreendendo a teoria da subjetividade, podemos perceber a configuração subjetiva do cuidado, em que o campo experiencial das pessoas que estão em um espaço determinado, tais como o usuário, os irmãos, os pais, os vizinhos, por exemplo, possa ser analisado como um sistema vivo de relações recíprocas, com configurações subjetivas que se expressam por sentidos subjetivos que não aparecem de forma explícita. Como já foi mencionado anteriormente, os sentidos subjetivos, por sua qualidade múltipla, sistêmica e recursiva, conseguem circular em diferentes vivências, mobilizando e gerando novas organizações subjetivas, posicionamentos, alcançando outros espaços sociais ou atividades culturais.

O pai, a mãe, o irmão ou qualquer outra pessoa que é integrante da subjetividade social da família podem desenvolver uma configuração subjetiva individual do cuidado em relação ao familiar em sofrimento, gerando desdobramentos para o sistema familiar de maneira geral. Por outro lado, pelo jogo das configurações subjetivas individuais e sociais, nos diferentes momentos geradores de sentidos subjetivos no curso do processo, suas configurações subjetivas também vão se transformando, modificando-se, porque são sensíveis, maleáveis, em seus modos de organização (GONZÁLEZ REY, 2011).

Outro conceito central da teoria da subjetividade é o de sujeito:

o conceito de sujeito representa aquele que abre uma via própria de subjetivação, que transcende o espaço social normativo dentro do qual suas experiências acontecem, exercendo opções criativas no decorrer delas, que podem ou não se expressar na ação (GONZÁLEZ REY; MITJÁNSMARTÍNEZ, 2017, p. 73).

O que observamos é que a teoria da subjetividade trouxe uma mudança no conceito de sujeito de uma concepção racionalista e determinista, para uma condição singular e processual, rompendo com o individualismo e com a fragmentação de sua emergência. As ações do indivíduo integram-se às configurações subjetivas no curso atual de sua experiência, levando-o a refletir e a assumir posições, gerando novos espaços de subjetivação, onde, geralmente, possibilita-se a emergência do sujeito de seus próprios processos de vida. Essa é a forma como o indivíduo em sofrimento mental deve ser percebido em seu processo de cuidado, principalmente pelos profissionais de saúde e familiares.

Os conceitos de *sujeito* e *agente*, nesta pesquisa, tornam-se relevantes para ajudar a compreender o fato de que não existe estado estático, como uma situação de passividade ou incapacidade do indivíduo, mesmo quando ele se encontra em sofrimento psíquico grave, tal como é o caso de muitos dos usuários do CAPS. O indivíduo, nesse estado, encontra-se extremamente ativo em suas produções subjetivas, como agente, como aquele que "não consegue gerar novos espaços de subjetivação que lhe permitam transcender esses estados dominantes". Diferentemente do agente, o sujeito se apresenta como "aquele que rompe com os processos dominantes, aquele que abre uma via própria de subjetivação" (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.73).

Para a teoria da subjetividade, o transtorno mental não é uma doença, mas um tipo de configuração subjetiva comprometida com o sofrimento do indivíduo, impedindo-o de gerar opções de vida alternativas diante dos rituais perpetuados por essa configuração (GONZÁLEZ REY, 2011). Dessa maneira, podemos entender melhor a relação família e saúde mental relacionada ao cuidado, principalmente quando o espaço configurado pelas experiências do sofrimento psíquico do usuário no cotidiano familiar mobiliza afetos, reflexões e disposições que favoreçam a produção de sentidos subjetivos que integrem novos recursos no cotidiano e novas opções de vida.

Esses aportes nos auxiliam a construir hipóteses no curso da pesquisa sobre

a configuração subjetiva dominante do cuidado no cotidiano familiar e no CAPS, integrando a singularidade da vida do usuário e de seus familiares. Além disso, esse referencial auxilia na visibilização teórica de posicionamentos das pessoas na promoção da saúde, pela permanente possibilidade da emergência do sujeito, que se orienta para mudanças em seus modos de vida em relação ao usuário como portador de um sofrimento. Sob essa ótica, os transtornos mentais “nunca anulam os processos de produção de saúde, o que implicaria a morte da pessoa, portanto, os objetivos do trabalho de promoção de saúde deveriam se orientar a facilitar a emergência do sujeito” (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 71).

A subjetividade é constituída tanto no nível individual, quanto nos diferentes espaços sociais, em seus diversos momentos interativos. Como sistema dinâmico de produção, a subjetividade de um espaço social não pode ser concebida sem a subjetividade dos indivíduos (GONZÁLEZ REY, 2011; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005). Dessa forma, para compreender melhor a realidade circundante e o complexo processo de articulação entre a subjetivação dos espaços sociais e individuais que acontece de forma recíproca, sem que um se reduza ao outro, afirma González Rey (2003, p. 205):

A subjetividade individual se produz em espaços sociais constituídos historicamente; portanto, na gênese de toda a subjetividade individual estão os espaços constituídos de uma determinada subjetividade social que antecedem a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontogenia como um momento de um cenário social constituído no curso de sua própria história.

A forma de subjetivação individual e a sua constituição social concorrem também com os modelos de subjetividade social dominantes. Assim, a subjetividade individual do usuário está sempre articulada às tensões dos sistemas de relações sociais, atravessada por diferentes contextos sociais de subjetivação, possibilitando a emergência de um indivíduo diferenciado em meio a sua integração a diferentes espaços de subjetividade social, dentre eles, a família (GONZÁLEZ REY, 2003; 2011). A subjetividade social é entendida como “um sistema integral de configurações subjetivas, sociais e individuais, que se articulam em diferentes níveis da vida social” (GONZÁLEZ REY, 2013, p. 78), inseparáveis dos indivíduos. O autor afirma:

Assim sendo, as subjetividades social e individual são partes de um mesmo sistema, no qual as contradições entre esses dois níveis de organização se transformam em produções de sentido que participam, simultaneamente, do desenvolvimento dos sujeitos e da sociedade, em processo infinito. Por isso, negar um desses momentos em favor de outro torna-se um obstáculo a que ambos se desenvolvam e está na base das crises violentas enfrentadas por esses sistemas (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 26).

O autor ressalta a importância de enxergar os processos da subjetividade social e individual não de forma excludente, mas como um sistema que compartilha sentidos subjetivos diferenciados. Os indivíduos, afinal, expressam-se em diferentes cenários sociais que integram, quer na tensão quer nas contradições, estabelecendo uma constituição complexa da subjetividade humana.

2. 2. 2 Cuidado

Haja vista a discussão teórica do tópico anterior, o usuário somente encontrará seu espaço criativo dentro do tecido social em que ele vive, no contexto histórico-cultural que envolve família, CAPS, comunidade e escola, dentre outros espaços sociais a ele relacionados. Assim, podemos avançar na forma como o cuidado se organiza como **configuração subjetiva do cuidado**, enfatizando o papel do CAPS na articulação desse processo, entendendo o cuidado não como uma entidade, porque ele surge como processo singular e dinâmico, onde os integrantes é que configuram subjetivamente o cuidado. Como ocorre o processo do cuidado em relação ao usuário no espaço familiar? O usuário, pois, pode ter relações conflitivas com a família, em que podem ser encontrados outros interesses por trás do transtorno, não favorecendo a produção de novos recursos para romper com a configuração subjetiva dominante. Também, o CAPS pode estar alimentando a dependência da família e do usuário em seus espaços, com práticas, que, em tese, volta-se para a emancipação deles. Assim, cuidado nem sempre deve ser visto como proteção, infantilizando e tratando o usuário como um ser frágil, anulando suas potencialidades, colocando-o como incapaz, que deve ser protegido de todas as tensões e desafios, privando-o dos conflitos com o mundo.

Recentemente, em sua dimensão mais ampla, como ética mínima e universal, o termo cuidado vem sendo associado a atenção, respeito, preocupação, interesse e afetividade orientada ao outro, como parte de uma consciência coletiva, ainda mais

em momentos críticos (CECCATO, 2001). O cuidado, afinal, acompanha o ciclo da vida familiar no contexto do desenvolvimento humano nesses momentos críticos, movimentando-se junto com os problemas que acontecem em meios às mudanças individuais e sociais, como casamento, gravidez, cirurgia e doença, por exemplo. Esse movimento de transição que ocorre em âmbito individual e familiar é, geralmente, acompanhado do cuidado transacional, gerando, na experiência da doença, movimentos de alterações de saúde-doença, levando ao crescimento e desenvolvimento da pessoa, a transições, à adaptação, enfim, a mudanças (ZAGONEL, 1999).

O conceito de cuidado em transição ao longo do ciclo da vida permite pensar as formas de cuidado em diferentes períodos, instituições e contextos. O espaço familiar, a comunidade, o hospital e o CAPS, por exemplo, são sistemas e dispositivos em que podem ser verificados processos de cuidado em transição e que devemos considerar fatores que estão entrelaçados, como os individuais, institucionais e terapêuticos. O enfoque deve estar em ajudar o indivíduo na passagem de um estado a outro, sempre em vista o cuidado humano, nos momentos críticos e de sofrimento (ZAGONEL, 1999; CECCATO, 2001). Nesse sentido, o cuidado pode ser analisado quanto a sua implementação, porque, no nosso estudo, uma é a ótica do cuidado na visão manicomial, assistencial, em que se anula o sujeito que ainda persiste como fantasma; outra é o cuidado humanizado, disseminando a ideia de autonomia do sujeito, sua reinserção social, sua reabilitação social, visão adotada pela reforma psiquiátrica.

Boff (1999) conceitua cuidado como uma atitude que vai além do ato, uma resposta ao seu reverso, ao descuido, ao descaso, a falta de cuidado. A atitude é uma fonte produtora de atos, de atenção, de zelo, de dedicação, onde é percebida em tudo, no cuidado material, pessoal, social, ecológico e espiritual. O autor coloca o cuidado como modo-de-ser essencial, uma maneira do ser se estruturar e dar-se a conhecer, como algo que se encontra na raiz primeira do ser humano em sua dimensão ontológica. O cuidado faz parte da constituição humana, é um atributo que pertence a sua essência, em que, sem o cuidado, ele deixa de ser humana. Estudos na área de enfermagem (SILVA *et al*, 2005; CARVALHO *et al*, 2013) têm valorizado o conceito de cuidado na perspectiva de Boff, enfatizando as relações humanas em suas dimensões integral, social e ambiental, resgatando a essência do ser humano como um modo-de-ser-com-o-mundo para desenvolver um cuidado ético consigo

mesmo e com os outros.

Resende (2017, p. 54), fazendo referência a essa mesma estrutura ser-no-mundo, originária da obra de Heidegger (1927/1995), utilizada por Boff (1999), afirma: "O ser-em é ser-com os outros, no sentido de que o mundo da pre-sença é sempre um mundo compartilhado; a pre-sença é em função dos outros". A autora resgata nos trabalhos de Heidegger a questão da convivência cotidiana como modos deficientes e indiferentes de preocupação e a presença se apresenta de modo impessoal, "onde o ser-no-mundo é cuidado, posto que a essência da presença é existência [...] que o ser-no-mundo é ser-com, ao cuidar de nossa vivência, cuidamos da convivência" (RESENDE, 2017, p. 55-56). Dessa forma, o cuidado é entendido ao pensar que todo homem ao nascer, ao ser lançado no mundo, tenha sempre essa preocupação de se cuidar e ter cuidado com as outras formas de existência.

Outra questão que a autora traz em relação ao cuidado é quanto a seu fundamento ético, quando afirma: "o sofrimento é inútil em outrem, mas significativo para mim: me coloca na posição ética, distinta tanto como cidadão quanto do indivíduo, de me tornar responsável pelo outro, sem preocupação com reciprocidade" (RESENDE, 2017, p. 57). A partir do pensamento de Lévinas (1906/1995) sobre ética, a expressão "Eis-me aqui" é enfatizada por Resende (2017) como uma fórmula por excelência, que posiciona todo indivíduo que quer ofertar o cuidado, tornando disponível a estar com, sem apresentar obstáculos para servir, deixar ser.

No entanto, como foi colocado anteriormente sobre o não anular as potencialidades do indivíduo, devemos ter uma certa preocupação na forma como o cuidado deve ser ofertado (PANDE; AMARANTE, 2011), para não ser confundido com assistencialismo, proteção, formando uma couraça em torno do indivíduo, de modo a cultivar o modelo asilar. Como um dos pressupostos da desinstitucionalização, a cura foi substituída pelo cuidado, buscando, agora, formas alternativas para aumentar a autonomia e qualidade dos usuários, para evitar a dependência dos serviços dos dispositivos de saúde mental. Um cuidado pode se expressar de forma ambígua, levando o usuário a se adaptar aos serviços, aos projetos terapêuticos, oficinas, empobrecendo sua vida, deixando-o infrutífero, fazendo-o acreditar que o CAPS, por exemplo, é um lugar onde se sente protegido, conduzindo-o a uma nova institucionalização, pela tutela, pela resignação (PANDE;

AMARANTE, 2011).

Desse modo, ao procurar entender os processos subjetivos do cuidado de um frequentador e de uma família cuidadora de um usuário de um CAPS, que é a proposta deste trabalho, espera-se ter uma compreensão sobre a complexidade do ser humano e explicar o conceito de subjetividade, atrelado a suas categorias. Assim, podemos fundamentar uma percepção teórica que, em contato com as experiências vivenciadas no espaço configurado e no contexto histórico-cultural, permite visualizar aquilo que está além da relação do usuário e a família. Trata-se, afinal, de indivíduos pertencentes ao mundo social, em que possuem suas histórias pessoais, seus valores, suas crenças, que estarão articulados a suas atitudes, posturas e ações.

Masini e Goulart (2018, p.218), em relação à subjetividade social do ensino de medicina, afirmam que a produção subjetiva do cuidado, nesse contexto, encontra-se caracterizada, ainda, pela visão manicomial, articulada ao controle e ao modelo biomédico. A representação de cuidado que transita no contexto do ensino de medicina, que, posteriormente, desdobra-se na ação dos serviços substitutivos de saúde mental, vai no sentido contrário aos princípios da reforma psiquiátrica, uma vez que “a relação com o outro é representada como um instrumento de controle que visa principalmente a adesão ao tratamento medicamentoso, e não como uma forma de cuidado em si.

Quando concebemos o CAPS como dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004), oferecendo serviços alternativos à internação psiquiátrica, estamos nos referindo a um lugar de cuidado em transição, em que os profissionais cuidam de pessoas em sofrimentos graves por um período de tempo. O CAPS torna-se um centro de cuidado atuando fora do hospital, em contato direto com os usuários, suas famílias, seu território, orientando seus profissionais pela visão da desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico grave (BRASIL, 2004). Nesse contexto, algumas questões que emergem são: como está sendo realizado este cuidado? Como acontece o cuidado em relação a família e os usuários? Como a família efetivamente participa dos delineamentos e das práticas cotidianas do serviço com os usuários? Será que este cuidado, exercido tanto pela família como pelo CAPS, não está anulando o outro como agente de seu processo?

Goulart (2013; 2016; 2017; 2019) aborda o surgimento de uma configuração

subjetiva social marcada por uma nova institucionalização que frequentemente marca presença no contexto dos CAPS, figurando-se como um desafio qualitativo no avanço das conquistas já alcançadas pela reforma psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, o autor traz a persistência dos procedimentos técnicos arraigados, ainda, na lógica biomédica, centrado no controle dos sintomas, expressando relações que não são pautadas pelo diálogo e que amiúde são indiferentes às suas condições singulares de vida. Atitudes como ignorar a participação do usuário no destino de seu tratamento terapêutico, acesso ao local somente no horário comercial e, dificuldades de engajamento de familiares no processo terapêutico, por exemplo, são sinais que apontam para a desvalorização do “potencial de mudança do campo de ação das pessoas atendidas, desconsiderando as dimensões subjetivas, culturais e sociais constitutivas de seus quadros” (GOULART, 2017, p. 116). Quando esse quadro se sobressai nas dinâmicas institucionais, cultiva-se uma lógica manicomial

(...) que ainda se faz presente nas dinâmicas assistenciais do serviço, expressa não pelas grades e muros dos antigos hospitais psiquiátricos, mas pela produção subjetiva das pessoas atendidas no curso de suas experiências no tratamento (GOULART, 2017, p. 116).

Nessa perspectiva, perde-se de vista o valor da convivência e de práticas que possam apoiar processos de desenvolvimento subjetivo (GOULART, 2017; RESENDE, 2017). Essa pesquisa, ao centralizar a dimensão do cuidado, busca refletir não somente do ponto de vista crítico quanto ao que acontece atualmente, mas também de forma propositiva, de modo a discutir processos de cuidado emancipadores, orientado à mudança, não ao controle.

A teoria da subjetividade, nesse sentido, permite-nos entender os serviços do CAPS como uma organização social complexa, envolvendo processos subjetivos que transcendem estatutos e princípios que controlam seu funcionamento. A partir de experiências sociais e casos individuais, as pessoas expressam e compartilham suas configurações subjetivas e, nesse contexto, o individual surge como momento da experiência social e possibilita gerar visibilidade sobre os processos subjetivos em atividades concretas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Compreender processos subjetivos de usuários de um CAPS do DF e de seus familiares relacionados ao cuidado.

3.2 Específicos

- Explicar a configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na assembleia do serviço.
- Compreender a configuração subjetiva do cuidado de uma mãe de um usuário de um CAPS do DF.

4 EPISTEMOLOGIA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

González Rey e Mitjans Martínez (2017) defendem uma unidade entre teoria da subjetividade, epistemologia qualitativa e metodologia construtivo-interpretativa. Nesse sentido, como este trabalho está alicerçado na teoria da subjetividade, é indispensável o uso do método construtivo-interpretativa. Dessa forma, o tripé ontológico, epistemológico e metodológico deve ser inseparável para geração de um conhecimento consistente do ponto de vista científico.

Como já foi sinalizado, a família é caracterizada como sistema complexo, como é também o campo da saúde mental e de conceitos associados a ela (AMARANTE, 2000,2010,2013; ROTELLI, 1990). Para estudar sistemas complexos, exige-se também um aporte epistemológico que sustente a geração de inteligibilidade sobre o problema investigado. Nesse contexto, a epistemologia qualitativa é um fundamento epistemológico utilizado como base da compreensão dos processos subjetivos (GONZÁLEZ REY; MITJÁNAS MARTÍNEZ, 2017).

Dessa forma, a proposta da pesquisa exige uma nova postura do pesquisador que deve exercer sua criatividade a partir dos processos que envolvem suas especulações, fantasias e desejos com o objetivo de manter em movimento a produção de modelos teóricos, que caracterizam o curso da pesquisa a partir desse referencial. A esse respeito, González Rey (2005, p. 07) afirma:

A única tranquilidade que o pesquisador poder ter nesse sentido se refere ao fato de suas construções lhe permitirem novas construções e novas articulações entre elas capazes de aumentar a sensibilidade do modelo teórico em desenvolvimento para avançar na criação de novos momentos de inteligibilidade sobre o estudado, ou seja, para avançar na criação de novas zonas de sentido.

Nessa perspectiva, o autor propõe fugir do modelo hegemônico de fazer pesquisa, de modo que o pesquisador deixa de ser passivo, simples observador, neutro, passando a ser ativo na construção do conhecimento, destacando a legitimação do singular como instância produtiva de saber. Assim, o pesquisador ativo abre possibilidades para novas construções, novas articulações para criar novos momentos de inteligibilidade, com vistas à geração de zonas de sentido que permitam a criação de alternativas de pensamento aos desafios teóricos atuais. Nesse sentido, ele tem permissão para fantasiar, especular, ter ideias, como parte inseparável da construção teórica (GONZÁLEZ REY, 2005; 2017).

Uma das importantes contribuições da epistemologia qualitativa é valorizar a comunicação dialógica como atributo exclusivo dos processos humanos, associado à subjetividade (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Chega-se, logo, ao entendimento de que a ciência é uma construção de modelos teóricos como produção dialógica-subjetiva. Isso possibilita a consideração e a expansão dos processos dos integrantes da pesquisa, favorecendo “o amadurecimento de expressões subjetivamente configuradas por diferentes experiências de vida, as quais vão aparecendo no curso conversacional do trabalho de investigação” (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 88).

Assim, a epistemologia qualitativa dá sustentação para a metodologia construtivo-interpretativa e está alicerçada em três princípios: o conhecimento como produção humana, a legitimação do singular como instância de produção do conhecimento e a produção de conhecimento como processo comunicativo-dialógico. Estes princípios serão explorados a seguir.

O método construtivo-interpretativo defende uma posição reflexiva, permitindo questionar as próprias estratégias inicialmente planejadas, seus limites e possibilidades, demandando reflexividade e criatividade dos pesquisadores durante todo o processo de pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005).

A dimensão do conhecimento como produção humana faz referência ao caráter construtivo-interpretativo do conhecimento que está no cerne da epistemologia qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2005). A realidade não pode ser acessada de forma direta, ilimitada e linear. É uma dimensão que nos escapa em sua totalidade, mas sobre a qual podemos construir interpretações e, nesse sentido, gerar inteligibilidades, que, por sua vez, permite-nos diferentes formas de relacionar com a realidade. A partir dessa perspectiva, não podemos entender a realidade como algo pronto, “realidade última”, definida de acordo com categorias universais, mas permeada por zonas de sentido, espaços de inteligibilidade, que não esgotam o fenômeno estudado, pelo contrário, abrem possibilidade para novos caminhos e aprofundamento no campo. Assim, entendemos que “o conhecimento legitima-se na sua continuidade e na sua capacidade de gerar novas zonas de inteligibilidade acerca do que é estudado e de articular essas zonas em modelos cada vez mais úteis para a produção de novos conhecimentos” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 6).

Sob essa ótica, atuamos como protagonistas na geração da inteligibilidade sobre os processos, com base em um sistema teórico que estabelece a sua

significação a partir das experiências em campo. Nesse sentido, o caráter construtivo-interpretativo não exclui o empírico, mas o entende de forma indissociável do processo de produção teórica, rompendo a dicotomia empírico-teórico (GONZÁLEZ REY, 2015).

A dimensão da legitimação do singular como instância de produção do conhecimento científico, conforme previamente mencionado, é outro dos princípios da epistemologia qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2015). O número de participantes a serem pesquisados ainda é uma preocupação para a maioria dos pesquisadores qualitativos (GONZÁLEZ REY, 2015), o que não é o caso do referencial em questão. O foco não está na quantidade de informações obtidas no campo, mas na qualidade das construções teóricas a partir dessas informações. Assim, o aprofundamento em um caso pode, por vezes, ser mais pertinente para a qualidade da produção teórica do que se posicionar em um nível mais superficial de diferentes situações. Essa postura implica em considerar a pesquisa uma produção teórica dinâmica, em que o pesquisador está, o tempo todo, sendo articulado por hipóteses, em constante tensão com o momento empírico, em construção permanente de inteligibilidades.

Assim, a singularidade tem seu valor porque ressalta o aspecto teórico na pesquisa, incorporando as expressões singulares dos participantes como essenciais formas de organização de experiências. A consideração do singular, nesse sentido, é importante para a pesquisa de processos sociais, porque amplia as expressões particulares dos participantes, enquanto momento de produção teórica, podendo ser aplicados em modelos teóricos mais abrangentes, em reflexões além da singularidade.

Nas palavras de González Rey (2015, p. 11, grifo nosso):

A legitimação do singular como fonte do conhecimento implica, segundo já mencionamos, considerar a pesquisa como produção teórica, entendendo por teórico a construção permanente de modelos de inteligibilidade que lhe deem consistência a um campo ou um problema na construção do conhecimento, ou seja, o teórico não se reduz a teorias que constituem fontes de saber preexistentes em relação ao processo de pesquisa, mas concerne, muito particularmente, aos processos de construção intelectual que acompanha a pesquisa. O teórico expressa-se em um caminho que tem, em seu centro, a atividade pensante e construtiva do pesquisador.

Dessa forma, a expressão diferenciada do indivíduo, nos distintos espaços sociais de que participam, é fonte essencial no processo de construção do conhecimento, em que o pesquisador deve considerar o valor do singular como

espaço privilegiado para a elaboração de ideias e do desenvolvimento de modelos de inteligibilidade. A epistemologia qualitativa parte da ideia de que “as ideias que aparecem através do caso singular tomam legitimidade pelo que representam para o modelo em construção” (GONZÁLEZ REY, 2015, p. 11).

Como terceiro princípio e atributo da epistemologia qualitativa, temos a compreensão da pesquisa como um processo de comunicação dialógica. Essa qualidade humana é considerada pelas ciências antropológicas como via de construção do conhecimento, mas, em geral, de forma diferente, reduzindo o processo dialógico à sua dimensão linguística.

González Rey (2015, p. 13), afirma:

A comunicação é uma via privilegiada para conhecer as configurações e os processos de sentido subjetivo que caracterizam os sujeitos individuais e que permitem conhecer o modo como as diversas condições objetivas da vida social afetam o homem.

A comunicação, portanto, para a teoria da subjetividade, torna-se um espaço de expressão da subjetividade por meio dos sentidos subjetivos que atravessam as tramas relacionais, favorecendo a emergência dos participantes como sujeitos do processo de pesquisa, transformando-se em um espaço legítimo para produção da informação. Nesse sentido, a pesquisa construtivo-interpretativa está orientada a estudar a produção de sentidos subjetivos dos participantes no curso da pesquisa e suas articulações com os diferentes processos e experiências de seu contexto social, levando em consideração questões como “quem pergunta”, “de que lugar se pergunta”, “de que lugar se responde”(GONZÁLEZ REY, 2005).

O autor ressalta a importância do pesquisador na organização do diálogo com sua capacidade teórica, subjetiva e criativa para provocar a tensão necessária para produção de informações importantes para a pesquisa. As decisões e posicionamentos do pesquisador influenciam na geração do modelo teórico que está vinculado às novas ideias, hipóteses, construções que emergem no decorrer do trabalho de campo.

4.1 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que compartilha suas instalações com um posto de saúde local. Trata-se de um espaço físico restrito dentro da unidade básica de saúde para atender a um território relativamente grande, com aproximadamente 16 regiões administrativas (Sobradinho I e II, Granja do Torto, Grande Colorado, Asa Norte, Asa Sul, Noroeste, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Lago Sul, Lago Norte, Varjão, Fercal, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal).

O CAPS II desenvolve suas atividades em horário comercial e faz atendimento individual e em grupo. O atendimento individual inclui o acolhimento inicial, o acompanhamento clínico e do plano terapêutico singular, dispensa de medicamentos com atenção às situações de crise, assessoramento em sua reinserção social, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, com caráter aberto e comunitário. Já os atendimentos em grupo correspondem a oficinas terapêuticas, tais como yoga, grupo de escuta, Grupo de Família, grupo de convivência, dança circular, contos e conversas, oficina de expressão, grupo sobreviver, grupo de fuxico etc. As assembleias² contam também como um importante instrumento de socialização, de diálogo, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que, juntos, discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Os atendimentos/acolhimentos são feitos onde houver disponibilidade dentro dos limites do posto, podendo ocorrer, pois, em uma sala, sob uma árvore ou uma tenda. Dentro desses limites, também há espaço para a convivência espontânea entre usuários, familiares e profissionais – aspecto importante da proposta dos CAPS.

A equipe de profissionais que constitui o CAPS II é composta por três psicólogos, dois psiquiatras, quatro enfermeiros, um assistente social, dois técnicos de enfermagem e um médico.

4.2 A construção do cenário social da pesquisa

Assumir os pressupostos da metodologia construtivo-interpretativa implica

² Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004, p. 17).

adotar alguns parâmetros que contribuem para o curso da pesquisa, como a criação do cenário social da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005; GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2016; 2017) para o desenvolvimento do tecido relacional que fundamenta a pesquisa. A construção do espaço social é o início de um processo dialógico como primeira etapa da pesquisa – tarefa que exige paciência e imersão do pesquisador no campo de atuação do participante, como um momento inventivo do pesquisador (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Criar espaço de conversação é ganhar a confiança do participante e favorecer que seja gerado interesse pela pesquisa, com o fim de estabelecer uma boa comunicação dialógica.

Sobre esse aspecto da pesquisa, González Rey e Mitjans Martínez (2017, p. 45) sustentam:

A criação do cenário social da pesquisa não é um recurso informativo-organizativo desse processo, mas um momento criativo do pesquisador e que contribui, quando bem feito, significativamente com a qualidade da pesquisa como configuração subjetiva social em movimento.

Esta pesquisa de Mestrado está vinculada ao projeto guarda-chuva “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, coordenado pelo Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart. O objetivo geral desse projeto é compreender processos subjetivos que fundamentam desafios atuais da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, de modo a fundamentar alternativas institucionais voltadas para o desenvolvimento humano. Esse projeto conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal – requeridos para a realização de pesquisas em serviços públicos de saúde do DF. Nesse sentido, a minha inserção no campo ocorreu, primeiramente, a partir das relações já existentes pelo coordenador do projeto com os profissionais do CAPS.

Considerando o compromisso e o envolvimento que o pesquisador deve ter com a expressão plena da pessoa nos espaços sociais que caracterizam a pesquisa, fui apresentado à equipe profissional – momento no qual fui convidado a me inserir nas oficinas terapêuticas voltadas para familiares. A participação nessas atividades facilitou que eu estabelecesse um vínculo com os colaboradores, familiares e usuários, que se tornaram participantes da pesquisa. Assim, procurei me

aproximar de forma individual e singularizada, a partir de conversas informais com as famílias e os usuários do CAPS, bem como da participação nas oficinas terapêuticas oferecidas pelo serviço para essas pessoas.

Com frequência, durante o período de campo, também participei da reunião de equipe, na qual os profissionais discutem sobre assuntos do funcionamento dos serviços oferecidos à comunidade e, principalmente, sobre o acompanhamento das particularidades dos usuários. Nessas reuniões, participam psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, gerente, isto é, profissionais que exercem funções estratégicas para o funcionamento das atividades do CAPS. Nesse processo, fui muito bem acolhido, e alguns dos presentes prontamente discorreram sobre as possibilidades de que eu participasse das reuniões, atendimentos e oficinas desenvolvidas sob suas lideranças.

Inicialmente, participei do Grupo de Família, de momentos de acolhimento de usuários e familiares, bem como das assembleias do serviço. Quando entrei no espaço onde o CAPS funciona, deparava-me constantemente com usuários e familiares que participavam de atendimentos individuais (consultas psiquiátricas, psicoterapia e atendimentos de orientação) e de grupo (convivência e oficinas terapêuticas diversas). Essa diversificação de atividades favoreceu o diálogo com usuários e profissionais que não eram o foco do grupo de que participava, mas que ampliaram as possibilidades de pensar sobre os eixos que estavam em construção. No processo interpretativo, foram definidos dois eixos temáticos para a pesquisa: 1) Configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na assembleia do serviço; e 2) Configuração subjetiva do cuidado de uma mãe de um usuário de um CAPS do DF. Esses eixos temáticos não foram definidos *a priori*, mas no próprio processo reflexivo a partir do campo, tendo passado por diversas modificações até o seu delineamento ora apresentado.

O Grupo de Família acontece às quartas-feiras, com previsão de início às 14h00 e término às 15h30. É um espaço aberto aos familiares dos usuários e tem função essencialmente terapêutica, envolvendo troca de informações, a inter-relação e integração dos participantes, comunicação e compartilhamento de experiências. Pelos depoimentos, foi possível perceber que este espaço é, muitas vezes, o único lugar onde os familiares conseguem dialogar sobre seus sentimentos e angústias. Assim, torna-se um lugar que favorece o diálogo e a produção de sentidos subjetivos, permitindo a aquisição de novas aprendizagens e de estratégias para

lidarem com situações de conflitos e violência, que geralmente acontecem nos seus lares.

Por sua vez, a assembleia ocorre na primeira quarta-feira de cada mês, também com previsão de início às 14h00 e término às 15h30. As assembleias têm proporcionado momentos de tensão e posicionamentos por parte dos usuários e profissionais que vivenciam aquele espaço. Apesar de ser um instrumento voltado para auxiliar nas questões burocráticas e administrativas relativas ao funcionamento do CAPS, o formato acolhedor e conveniente dessas assembleias permite que as decisões sejam coletivas, favorecendo relações horizontais, o resgate da autonomia, o compartilhamento das experiências e o ganho nas relações sociais (JUNQUEIRA *et al.*, 2015). Essa característica foi percebida em vários momentos da reunião, quando os usuários partilhavam seus sentimentos, dificuldades e angústias. Percebia-se que havia uma participação espontânea em que os usuários e responsáveis opinavam, refletiam e decidiam sobre as atividades do serviço e, muitas vezes, respeitados e valorizados.

O estudo de caso com a mãe de um usuário do referido CAPS, que corresponde ao Eixo temático 2, foi desenvolvido, principalmente, na residência da participante, localizado em um condomínio na região de Sobradinho. A participante é frequentadora do Grupo de Família no serviço, a partir do qual fui apresentado e pude iniciar uma série de diálogos com ela antes e após as sessões grupos. Nesse sentido, o estudo de caso nasceu dos próprios desdobramentos da pesquisa, enquanto oportunidade para aprofundar reflexões sobre um caso específico, de modo a favorecer construções teóricas sobre o tema em questão. O acordo sobre a realização do estudo de caso ocorreu a partir de uma conversa informal, após um encontro em março de 2019.

Contudo, o caminho até chegar à participante foi desafiador. Nesse percurso, houve outras tentativas de construção de um caso, que foram seguidas de desistências, devido à indisponibilidade de tempo das participantes ou a dificuldades relativas à vida íntima desses cuidadores. No processo, percebi haver diferentes expressões que denotam receio, desconfiança e temor de serem julgadas quanto à forma como elas cuidam e como serão avaliadas por um suposto especialista. Maiores detalhes do caso construído serão apresentados na sequência.

4.3 Participantes

O trabalho de campo centrou-se na experiência proveniente do acompanhamento das vivências que os familiares cuidadores dos usuários trocam no Grupo de Família e nas assembleias, como espaços privilegiados do CAPS, bem como no estudo de caso realizado na casa de uma participante.

O Grupo de Família e as assembleias têm formação bastante heterogênea, sendo constituído por pessoas com níveis sociais diferentes, idades que variam entre 15 a 70 anos, sendo, também, bastante rotativo. Ou seja, a cada encontro, pessoas novas aparecem, assim como muitas delas deixam de frequentar por semanas e, depois, reaparecem. Essas reuniões, pois, envolvem trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Considerado como um espaço privilegiado e terapêutico, é importante a presença do coordenador do grupo no manejo e no favorecimento do diálogo.

No início, estava previsto apenas participar do Grupo de Família, mas, ao refletir sobre a riqueza das produções subjetivas que estavam emergindo nas assembleias, houve a decisão de incluir esse espaço como campo de pesquisa. Esse espaço foi considerado como fértil para o trabalho como lugar de exercício da política, da cidadania e da autonomia, porque facilitava as relações horizontais e participação na cogestão, para melhor funcionamento do CAPS.

A partir do vínculo criado com os familiares e em conjunto com a equipe de referência (psicólogos, enfermeiros, estagiários, terapeutas ocupacionais), os participantes foram selecionados atendendo a critérios de disponibilidade, interesse e condições favoráveis para participação. A minha inclusão nessas atividades favoreceu conhecer a história de vida dessas famílias e de sua relação com o CAPS. Os requisitos para que os integrantes do grupo participassem da pesquisa eram que tivessem uma frequência de, no mínimo, duas vezes por mês no CAPS, sem distinção de sexo, de gênero, de idade, de etnia.

A participante do estudo de caso recebeu o nome fictício de Mariana. Ela tem 60 anos, é aposentada, divorciada, mãe de uma filha usuária do CAPS, com idade de 33 anos, e tem o diagnóstico de transtorno bipolar. É também mãe de um filho com 32 anos de idade. Como foi mencionado anteriormente, ela é frequentadora do Grupo de Família, a que foi convidada durante uma conversa informal após o

término de um dos encontros grupais. Maiores detalhes sobre a participante serão apresentados na abertura do estudo de caso.

Com todos os participantes da pesquisa, foram considerados os cuidados éticos e fornecido o Termo de Consentimento Livre (TCLE), com o objetivo de informar os participantes sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

4.4 Instrumentos

Os instrumentos, à luz do método construtivo-interpretativo, são utilizados de forma a favorecer o diálogo com o outro, sendo, portanto, sumamente singular.

Segundo González Rey (2015, p. 77),

Os instrumentos são apenas indutores para provocar a manifestação do sujeito estudado, que, em seu trânsito pelos diversos instrumentos, sempre terá o pesquisador como interlocutor imaginário. É por isso que os instrumentos, com independência de seu caráter, são suscetíveis de múltiplos desdobramentos conversacionais.

Nesse contexto, os instrumentos orientam-se por momentos de produção de sentidos subjetivos, buscando o engajamento dos participantes com o contexto relacional que caracteriza a pesquisa. Assim, entendemos que o pesquisador não deve ser passivo, mas exercer sua criatividade "para alcançar uma expressão autêntica e comprometida do outro, na qual o próprio pesquisador está subjetivamente envolvido" (GOULART, 2017, p. 104).

Vale ressaltar que

O progresso na construção teórica sempre vai implicar o desenho de novos instrumentos, de novos momentos na conversação, a elaboração de novos caminhos e novas questões a serem desenvolvidas com o participante, por isso a tremenda importância de avançar no processo de construção de informação como parte inseparável do trabalho de campo, pois é a partir dele que novas opções serão desenvolvidas no curso da pesquisa (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 148).

Dessa forma, os instrumentos que foram utilizados no curso do cenário social da pesquisa, mas não limitados a esses, são os seguintes:

A) **Dinâmica conversacional**

A conversa é uma forma de abrir espaço para proporcionar a expressão das pessoas envolvidas no processo dialógico. Como pesquisador, a ideia foi atuar como

um facilitador na dinâmica da conversa, buscando gerar um clima de espontâneo interesse entre os presentes no encontro e na conversa em desenvolvimento, que se torna uma rica fonte de informações (GONZÁLEZ REY, 2015). Dessa forma, nos encontros com os participantes, investi em espaços e atividades que promovessem criativamente a liberdade de expressão, em ambientes que desenvolvam um espírito participativo para que o diálogo fluísse com qualidade, abordando as temáticas de interesse dos integrantes.

Segundo González Rey (2015, p. 47),

A conversação é um processo ativo que se trava entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados e que deve ser acompanhado, com iniciativa e criatividade, pelo pesquisador, que deve ter paciência e empregar diversos recursos com as pessoas que apresentam dificuldades para envolver-se.

O cotidiano do CAPS, nesse contexto, é muito dinâmico, de modo que existem várias possibilidades de estabelecer encontros relacionais, despertando conversas, tanto as informais, aquelas que acontecem nos espaços da instituição, como as agendadas em atividades específicas, como no Grupo de Família e nas assembleias, das quais participei durante a pesquisa.

As dinâmicas conversacionais foram utilizadas tanto no Grupo de Família, como nas assembleias e no estudo de caso. O Grupo de Família, geralmente coordenado por um psicólogo ou um enfermeiro, é um espaço em que os familiares, cuidadores dos usuários – que podem ser um amigo, um pai, uma mãe, uma irmã, um filho, ou qualquer pessoa afetivamente significativa para um usuário – encontrem um ambiente acolhedor, terapêutico, para compartilharem suas inquietações e suas experiências. É nesse espaço, sem um planejamento *a priori*, espontâneo e cheio de imprevistos, que emergem diversas informações que se constituíram em matéria-prima para a construção dos indicadores apresentados nesta pesquisa.

O Grupo de Família, como espaço de abertura para socialização dos problemas, conflitos, sofrimentos, bem como de promoção de estratégias de cuidado, proporcionou a utilização da dinâmica conversacional em diversas ocasiões. A maioria dos integrantes do grupo, familiares cuidadores, possui características que, frequentemente, inibiam sua participação na conversa, como idade avançada, baixa escolaridade, situação precária de vida e insegurança no processo de comunicação. Isso exigiu do pesquisador diversas iniciativas para

conquistar a confiança dos integrantes, colocando-o ativo no diálogo. Intervenções como "Tereza, faz sentido para você o que foi colocado por Natália?" puderam facilitar o envolvimento de participantes na conversa, que, por várias razões, como medo de expor situações de sofrimento de sua intimidade, medo de confrontar valores, desconfiança das pessoas que integram o grupo, encontravam obstáculos para se expressarem de forma autêntica e espontânea no grupo.

Nesse sentido, as conversas realizadas em grupo, assim como as informais, que surgiam como consequência de minha aproximação com esses familiares, criando vínculos que podiam acontecer antes, durante ou depois das reuniões com o Grupo de Famílias, em locais como corredores, debaixo de uma árvore, ou qualquer área do estabelecimento em que possamos dialogar, tornaram-se ricas fontes de informação para a construção de indicadores, como resultado do processo dialógico. As conversas incluem os técnicos com que estive em constante contato durante a pesquisa, principalmente nos espaços de acolhimento, em que são concedidos espaços de diálogo. Essas conversas informais duravam em média entre 20 a 40 minutos, com frequência semanal, que transcorreram por um período de aproximadamente um ano, entre setembro/2018 e agosto/2019.

Outro contexto de dinâmica conversacional foi em contato com Mariana, cuidadora de Cláudia, com diagnóstico de Transtorno Bipolar, em um estudo de caso. As conversas aconteceram em espaços onde ela transitava cotidianamente: em casa, parques, comércio, bem como outros locais onde a participante sugeriu durante a pesquisa. Apesar de o estudo de caso ser considerado um sistema subjetivo social diferente do sistema subjetivo social do Grupo de Família, com diferentes dinâmicas sociais e posicionamentos individuais, eles podem "compartilhar aspectos importantes da mesma subjetividade social em uma perspectiva mais ampla do termo" (GOULART, 2019, p. 62).

Nesse contexto, este instrumento, como estratégia metodológica, contribuiu para a construção de interpretações orientadas a gerar inteligibilidade sobre o tema estudado.

B) Complemento de frases

Essa modalidade de instrumento consiste na apresentação de agrupamentos de indutores, que consistem em início de frases a serem completadas pelo participante (GONZÁLEZ REY, 2011), conforme *Tabela 1*, no apêndice. Esses

agrupamentos de frases, como afirma González Rey (2015, p. 141),

[...] devem ser usados para produzir significados, os quais se integrarão a outros trechos de tal processo. Essa é uma diferença essencial entre a produção de informações em uma perspectiva construtivo-interpretativa e a análise de conteúdo. Nesse último, o pesquisador não transcende o plano descritivo-indutivo na análise da informação.

Nesse sentido, o complemento de frases, em articulação com outras fontes de informações, possibilita formas de expressão que, muitas vezes, não emergem nas dinâmicas conversacionais, pois o participante depara-se com outro canal de expressão: a escrita (GONZÁLEZ REY, 2005). Esse instrumento possibilitou-me avançar em reflexões como pesquisador em vários momentos empíricos da pesquisa, permitindo construir indicadores e formular hipóteses, facilitando transitar teoricamente por aspectos contraditórios.

O complemento de frases foi desenvolvido no aprofundamento do estudo de caso, em que a mãe vinculada ao cuidado do usuário, em situações mais favoráveis, foi estimulada a se expressar de outra maneira. A aplicação desse instrumento começou em 13 de maio de 2019 e foi utilizada em quatro encontros, com média de 2 horas de duração, na residência da participante.

Para que a participante não tivesse acesso a todas as palavras que haveria de completar, evitando sua distração e ansiedade, foi fornecida uma folha de papel A4 como material de resposta do instrumento. Assim, eu pronunciava a palavra em voz alta, na sua frente, sentados próximos num sofá, na sala de estar de sua residência e ela escrevia na folha. Em seguida, eu pedia para completar a palavra com frases que achasse que faria sentido para ela. No total, foram apresentadas 48 palavras, que se desdobraram em quatro encontros seguidos. Em cada dia, foram apresentadas em média 12 palavras e, após a finalização das respostas, fazíamos juntos a leitura de cada palavra e seu complemento de frase, abrindo uma dinâmica conversacional a respeito do conteúdo escrito.

C) Construção de autorretratos

Quando o estudo de caso esteve numa etapa mais avançada, desafiei a participante a construir trechos de sua história pessoal de como ela se vê diante da condição de cuidadora de um usuário. A intenção de criar esse instrumento foi gerar a oportunidade para a participante refletir sobre sua posição e participação como

integrante do processo de socialização promovida pelo CAPS. Nesse sentido, busquei proporcionar para a participante um momento de reflexão crítica no qual ela pudesse usar os meios de expressão que preferisse, como uma redação, um desenho ou uma colagem de figuras. Alguns tópicos gerais foram expressos antes desse exercício para estimular suas reflexões sobre sua própria condição: (1) dificuldade de relacionamento com o familiar em sofrimento (atitudes agressivas, ausência de afeto, a imprevisibilidade ou isolamento social); 2) preconceito e estigma vivenciados (crenças em demônios, hábitos estranhos, questões morais); 3) explicação orgânica/biológica para a doença (hereditariedade, ataque ao organismo, defeito da pessoa, influência social); e 4) o medo e a dor do transtorno (negação, perda do controle, perda da cidadania).

A participante afirmava recorrentemente que gostava de escrever e me mostrou alguns trechos dos seus escritos. Encontrando nela essa facilidade de se expressar pela escrita, pedi para que ela escrevesse um texto sobre o que ela estava vivenciando naqueles dias. Eu solicitei em julho de 2019 e não estipulei prazo, deixei que ela ficasse à vontade, no intuito de que produzisse o texto e o tema de sua preferência. Então, em setembro de 2019, ela me enviou pelo *WhatsApp* o primeiro texto, abaixo:

Tempo
O soluço cessa, através dos tempos.
O tempo não espera, se envelhece.
Envelhece-se cedo, mesmo sem ter vivido.
Vive muito, quem muito aproveita.
Aproveitar, não se sabe bem o significado.
Significa ter vários sonhos, realizar no mínimo todos!
Todos é meramente impossível.
Impossível mesmo é ser sempre feliz.
Feliz, é quem vive seus momentos.
Momentos, livres e talvez não imaginados.
Imaginemos o entardecer, levando as tristezas.
Tristezas essas, que vem sem motivos.
Motivos? Criamos em nossa cabeça.
Cabeça, essa que esquece de racionar.

O texto acima foi o primeiro de uma série que enviava regularmente para meu *WhatsApp*. Essa produção textual, como vias de expressão indireta de sentidos subjetivos, tornou-se um instrumento frutífero, pois já não necessitava de minha intervenção direta, porque, ao dialogar sobre o que acabara de escrever, ela retornava, expressando seus sentimentos voluntariamente.

A produção de autorretratos da cuidadora por meio de fragmentos escritos favoreceu a geração de informações importantes sobre, por exemplo, relações de gênero na família, investimento financeiro, preocupações, incômodos, envolvimento subjetivo com o familiar em sofrimento, insegurança etc.

Da mesma forma como aconteceu com os instrumentos anteriores, o emprego dos autorretratos aconteceu em momentos considerados mais adequados, à medida da exigência para exploração de novas informações, para criar situações para construções de novos indicadores.

5 A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Com base na metodologia construtivo-interpretativa, não são propostas conclusões gerais de caráter indutivo no processo de análise das informações. Nesse contexto, aparece o conceito dos 'indicadores' como construções interpretativas, graduais, que vão sendo formuladas ao longo da pesquisa. Quando os indicadores vão se convergindo em significados mais abrangentes, é possível construir hipóteses, que, paulatinamente, vão se constituindo no modelo teórico resultante da pesquisa (GONZÁLEZREY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Sobre os indicadores, González Rey (2015, p.159) afirma:

A produção de indicadores é um processo contínuo e em desenvolvimento que deve ser seguido no estudo e na construção do material. O indicador não é uma entidade que se descreve, como tenho visto em algumas pesquisas realizadas sobre este mesmo marco teórico; os indicadores formam verdadeiras "cadeias de significação", sendo os anteriores matéria-prima dos que aparecem depois, relacionando-se todos pelo modelo em construção mediante o qual vão se significando teoricamente as diferentes questões que orientam o interesse do pesquisador. O modelo não é uma realidade com vida própria, mas que se alimenta pelas construções do pesquisador.

Nessas produções de cadeias de significados, percebemos a importância do conceito dos instrumentos como recursos relacionais, que favoreçam expressões autênticas, como trechos vivos de um diálogo, em que o participante se expressa produzindo diversos sentidos subjetivos. Assim, os indicadores, para a pesquisa em questão, são as construções interpretativas das expressões relevantes dos participantes, originadas a partir de vários instrumentos, tendo em vista o foco da pesquisa. González Rey e Mitjans Martínez (2017, p.122) explicam: "O indicador é sempre uma construção do pesquisador cujo significado nunca está dado nas expressões verbais, posturais, emocionais ou gestuais usadas de forma separada ou em seu conjunto como base para definir o indicador".

As hipóteses são construções interpretativas mais abrangentes em desenvolvimento, nunca fechadas, a partir da convergência e da divergência de indicadores importantes, como num jogo recursivo, apreendidos em diversos momentos vivenciados pelos participantes, surgidas pelas informações produzidas nos diversos momentos que caracterizam a pesquisa. O caminho para se chegar às hipóteses foi denominado por González Rey e Mitjans Martínez (2017) de lógica configuracional, em que o modelo teórico possui uma lógica emergente, dinâmica,

que vai sendo construída, avançando no curso do trabalho de campo. Nesse sentido, é um caminho cercado por hipóteses construídas pelo pesquisador com suas ideias, indagações e desejos que, associados à criatividade e a suas especulações, é possível articular e organizar os significados que emergem entre tensões e contradições, em ocasiões específicas, nas expressões sentidas, faladas ou escritas, relacionadas a vários eventos, no curso da experiência.

Dessa forma, o modelo teórico possui uma lógica dinâmica, que vai sendo construída, avançando no curso do trabalho de campo. Vale ressaltar que o diálogo permanente entre o pesquisador e os participantes é primordial para o êxito da pesquisa na perspectiva da epistemologia qualitativa, quando a conversa torna-se uma via contínua de produção subjetiva que deverá proporcionar ao pesquisador momentos qualitativos como condição para a emergência da matéria-prima, as expressões e experiências dos participantes. Afinal, “é nessa sequência que os indicadores abrem o caminho para uma construção hipotética mais abrangente” (GONZÁLEZREY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.124).

González Rey e Mitjáns Martínez (2017) afirmam que a construção da informação ocorre de forma processual no decorrer do trabalho de campo, por meio dos indicadores que se formam pelas expressões do participante, o que nos leva a elaborar hipóteses que devem ser ampliadas ou modificadas por outros indicadores, em diferentes momentos e contextos que, por consequência, dão origem ao modelo teórico da pesquisa. Portanto, o processo da construção da informação favoreceu elaborar hipóteses que nos permitiu construir momentaneamente modelos compreensivos de configurações subjetivas relacionados ao cuidado com o usuário do CAPS. Essas leituras transformaram-se em recursos para compreensão do problema de pesquisa que foi investigado, orientando-se à construção de uma generalização teórica, não no sentido de ser replicada, mas no sentido de abrir novos caminhos de inteligibilidade sobre o problema pesquisado (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Considerando o exposto, para atingir o objetivo da pesquisa, a construção está dividida em dois eixos temáticos, fruto do desenvolvimento das atividades, no curso e organização das informações. Nas articulações entre as experiências vivenciadas no grupo familiar, no serviço de saúde mental e em momentos informais, foi constituído, sob o título “Configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na assembleia do

serviço”, o eixo temático 1, em que procurei compreender processos subjetivos relacionados à dimensão do cuidado. Sob o título "Compreender a configuração subjetiva do cuidado de uma mãe de um usuário de um CAPS do DF", como eixo temático 2, busquei explicar eventuais conflitos vivenciados no processo de cuidado no âmbito do CAPS e no cerne da própria família, assim como compreender eventuais recursos subjetivos favorecedores de saúde mental nas redes de apoio que a família integra.

5 Eixo temático 1 - Configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na assembleia do serviço.

Este eixo está associado às construções interpretativas que correspondem ao primeiro objetivo específico proposto para esta pesquisa: explicar a configuração subjetiva social do cuidado em uma oficina terapêutica para familiares de usuários, bem como na assembleia do serviço. Esta seção está relacionada, portanto, à minha participação nas assembleias e no Grupo de Família, que compreende, respectivamente, a um espaço de construção democrática para a definição de estratégias para o serviço e a uma oficina terapêutica ofertada pelo CAPS, voltada para os familiares dos usuários. O tempo dessas reuniões eram normalmente de 90 minutos, e minha participação durou aproximadamente um ano, de setembro de 2018 a agosto de 2019, quando os encontros aconteceram uma vez por semana no Grupo de Família e uma vez por mês nas assembleias.

Nesse sentido, a ideia desta primeira parte da construção da informação foi compreender a dimensão subjetiva do cuidado, trazer visibilidade aos processos subjetivos que transitam nesses espaços do CAPS, uma vez que se trata de um serviço que atua organizando a rede comunitária de cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos, colocando-se como referência para a atenção a pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Na minha primeira participação em assembleia, que ocorreu em cinco de setembro de 2018, tive a oportunidade de presenciar a intervenção de Marcos, usuário do serviço, sobre a implantação do Plano Terapêutico Singular (PTS), anunciado pela coordenadora, assistente social:

Coordenadora: Vamos começar a reunião falando sobre a implantação do PTS, das miniequipes por áreas, para atendimento personalizado.

Marcos (usuário): Quero falar que a minha situação é complicada, meu irmão fica com todo o meu benefício e não me acompanha para o CAPS. Não tenho vida social.

Elder(usuário): Eu estou na mesma situação de Marcos. O meu filho fica com a pensão minha e da minha esposa. Ele só está interessado no meu dinheiro, não se preocupa com o meu estado. Estou pensando em falar com o juiz para ele não receber mais o dinheiro.

Carlos (usuário): Eu também queria falar sobre ...

Coordenadora: Pessoal, vamos voltar para a pauta, temos o assunto da nova instalação do CAPS. E ainda temos que terminar mais cedo a Assembleia para irmos para a UnB (Universidade de Brasília). Eles vão decidir se doam um local para o CAPS.

Quando a coordenadora tocou no assunto do PTS, Marcos ficou agitado e, interrompendo a fala, começou a expor a sua situação. A fala de Marcos poderia ser interpretada como uma possível condição de abandono pela sua própria família e de relações conflituosas com seus familiares cuidadores, que se expressam, antes, por interesses materiais do que pelo vínculo afetivo voltado para o cuidado. O trecho em que ele diz que “meu irmão fica com todo o meu benefício” pode ser visto como expressão de sua inconformidade frente à sua situação familiar e ao desejo por maior autonomia. Essa fala pode expressar, também, um pedido de ajuda para o CAPS, com vistas ao rompimento dessa relação de subserviência caracterizada por uma subjetividade social da incapacidade do usuário de assumir responsabilidades. Todos esses processos são, até esse momento, suspeitas fundamentadas em sua fala. No entanto, a abertura para seguir o diálogo com Marcos seria uma via privilegiada para entender de forma mais aprofundada sua situação, de modo a buscar maneira de apoiá-lo nesse processo conflituoso relacionado à sua família.

Os transtornos mentais, no Brasil, tornaram-se uma das fontes geradoras de benefício previdenciário, indispensáveis à manutenção da vida por motivo de incapacidade, como está previsto na Lei nº 13.146 (BRASIL, 2018). A seguridade social, regendo-se pelos princípios da universalidade da cobertura, do atendimento, da igualdade ou equivalência dos benefícios, vem como política pública de inclusão e plena participação social.

A suspeita da condição de abandono do usuário pelos familiares e de sua relação conflituosa, devido aos interesses materiais que estão acima do vínculo afetivo voltado para o cuidado, torna-se tema de interesse dos demais, uma vez que

a fala de Marcos motivou outros usuários a colocar sua preocupação sobre a questão, como foi o caso de Elder, morador do Varjão, que frequenta o CAPS com sua esposa. O fato de a fala de Marcos ter afetado os colegas no mesmo sentido sustenta a construção do **indicador da condição de abandono e conflito familiar como processo recorrente no âmbito do serviço**.

O tema provocou outras falas, como a de Carlos, que queria comentar, mas foi interrompido pela coordenadora para dar continuidade à pauta prevista para a reunião, relacionada à votação para a mudança do local do CAPS II. A maneira como a coordenadora interrompeu a sequência das falas dos usuários para voltar à pauta da assembleia pode ser vista **como indicador da ênfase em pontos específicos da agenda, em detrimento das condições espontâneas em que se gera o diálogo**. Embora não fosse a pauta prevista para o encontro, o assunto trazido poderia ter sido abordado de forma mais acolhedora e cuidadosa.

O indicador de condição de abandono por parte do próprio familiar e de relações com interesses materiais, mais do que pelo vínculo afetivo voltado para o cuidado, reaparece na fala de Edjane, mãe de Surugi, usuário do CAPS, numa conversa informal, antes de começar uma sessão de assembleia:

Pesquisador: Oi, Edjane, tenho visto você no Grupo de Família. Você vem aqui há quanto tempo?

Edjane: Tem uns três meses. É porque meu filho tem problemas de retardo mental, e estou frequentando o CAPS para que a psicóloga dê o diagnóstico de retardo mental grave. A psicóloga de outro CAPS deu como retardo mental leve, e eu preciso que seja diagnosticado como grave. Ele tem retardo mental grave, ele é analfabeto. Realmente, ele consegue fazer muitas coisas, deve ser por isso que pensam que é leve.

P.: Você pode me explicar melhor?

E.: O psiquiatra do HRAN (Hospital Regional da Asa Norte) fez um diagnóstico que ele tem retardo mental grave, e foi confirmado por uma psicóloga particular. Só que para adquirir um benefício que estou querendo, o sistema só aceita se tiver assinatura e o carimbo de um médico psiquiatra e de um psicólogo que atenda pela rede SUS. Então, estou frequentando este CAPS para conseguir este diagnóstico.

P.: E qual seria este benefício que você está falando?

E.: Menino, é o seguinte: se meu filho tiver retardo mental grave, eu posso comprar um veículo isento de impostos, e o que estou querendo é muito caro.

A fala de Edjane relaciona-se com os indicadores previamente construídos, quando se evidencia que os familiares, por vezes, utilizam-se dos usuários como

meio para ascender às vantagens de seus benefícios, em detrimento dos processos de cuidado e das responsabilidades que deveriam ter junto ao familiar que se encontra em sofrimento. Essa fala expressa que o cuidador tem, em alguns casos, o usuário como manobra para alcançar propósitos pessoais, relegando-o, aparentemente, em segundo plano. Em um outro momento, essa situação torna-se mais enfática em uma conversa informal que tive com Marcos, ocorrida dois meses depois da assembleia em que ele havia apresentado seu problema de conflito com o seu curador, quando estávamos no pátio:

Pesquisador: Marcos, quanto tempo! Já faz duas assembleias que não te vejo, como vão as coisas?

Marcos: Nada bem, ontem foi a gota d'água, não dá para morar mais com meu irmão, estou sofrendo até violência física. Ele fica me xingando, me chamando de doente mental, me ameaçando. Para lá, eu não volto mais.

P.: E o que você está pretendendo fazer?

M.: Eu já falei com o psiquiatra de outro CAPS e do CAPS daqui e eles me disseram a mesma coisa, que tenho capacidade de administrar meus benefícios. Fui, também, no Ministério Público, e a promotora pediu para abrir um processo para rever o meu caso, para que possa tomar conta de meu benefício.

P.: Qual a situação atual?

M.: Para casa de meu irmão, eu não volto. Durante a semana, tenho vindo para o CAPS para não ficar com ele no mesmo lugar, mas ontem tivemos uma briga feia, saiu até agressão física. Eu moro num lote com ele, eu fico num lugar nos fundos e ele na casa da frente. Os meus benefícios chegam próximo de três salários mínimos e ele só me dá R\$ 116,00 por mês, com muita briga. Eu tenho que implorar para ele comprar alguma coisa para comer, nem no meu celular ele quer colocar os créditos. Estou pesando 62 quilos, muito abaixo do peso para minha altura. Moro na casa de fundo onde tem uma cama, um pote de água quente e a geladeira que tinha ele pegou, porque a dele deu problema. Será que posso levar o meu caso para a assembleia?

Nesse trecho, podemos perceber, mais uma vez e de maneira mais grave e explícita, a situação de Marcos frente à relação conflituosa com seu irmão que se tornou seu curador³, explorando sua condição de dependente. Percebe-se, no diálogo com Marcos, que ele passa a produzir novos sentidos subjetivos em relação

³ A curatela, conforme Código Civil de 2002, Art. 1.767, é a medida tomada após o procedimento de interdição, que visa ao amparo e à proteção do interditando, para que a sua segurança enquanto pessoa, bem como a segurança de seus bens e patrimônio, possa estar resguardada. Tal medida, que antes não passava de um dispositivo civil destinado à proteção dos bens do curatelado, hoje é uma medida entendida como necessária para se concretizar o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2002).

ao irmão, mobilizando-o a tomar novos posicionamentos. Nesse caso, há uma relação de conflito de sua produção subjetiva individual frente à subjetividade social da relação de curatela e, também, com a subjetividade social dominante dos sistemas de benefícios. Ele é mobilizado no sentido de gerar novos processos, a tomar posicionamentos até então não observados.

Apesar do que vimos na situação de Marcos, Bontempo (2009) afirma que a assembleia, como atividade grupal importante dentro dos serviços de um CAPS, pode tornar-se um espaço de convivência com possibilidade de cuidado em saúde mental, no qual os usuários e familiares podem atuar como protagonistas em busca de sua autonomia, tendo a palavra como instrumento de expressão, atenção e aceitação. Entretanto, percebe-se que existem situações que ainda contradizem essa idealização, como a fala da Coordenadora, em uma assembleia:

Coordenadora: Vamos seguir os assuntos da pauta, agora, vamos escolher o filme que vai passar no CAPSine⁴. Alguém tem alguma sugestão de filme?

Elder: Eu tenho, não sei o nome, mas é sobre um homem que estava falando sobre a bíblia, e ...

C: Vamos sugerir outro, filme religioso pode causar discussão, vamos evitar problemas. Se não houver outro, durante a semana escolhemos um e informamos ao responsável pelo CAPSine, no Uniceub.

O trecho de informação acima sugere que o posicionamento da profissional não considerou a integralidade como um dos eixos de sua atuação no CAPS, pois não expressa atenção às necessidades do indivíduo, de modo a compreender, acolher e apoiá-lo em suas dimensões biopsicossocioespirituais (SALIMENA *et al.*, 2016). A proposta do filme sugerido por Elder deveria, pelo menos, ter sido acolhida e colocada em discussão coletiva e votação, para considerar o direito de expressão do usuário, visto que parecia significativo para ele. Nesse sentido, a fala da Coordenadora pode ser vista **como indicador de uma subjetividade social ainda marcada pela nova institucionalização (GOULART, 2019) nos serviços da rede SUS**. Processos como este põem em xeque as potencialidades do espaço da assembleia, como dispositivo de cuidado singularizado e integral.

⁴ O projeto de extensão do CAPSine é uma parceria entre o CAPS e o Uniceub. O objetivo do evento é promover espaços de convivência por meio de diálogos sobre sessões de cinema no espaço do *campus* universitário. Trata-se de uma oportunidade para articular saúde mental, universidade, alunos, professores, pesquisadores, usuários, familiares e profissionais de saúde.

A expressão da Coordenadora aponta para uma configuração subjetiva cristalizada pela subjetividade social de ensino de medicina (MASINI; GOULART, 2018) centrado no modelo biomédico. O preconceito relacionado àquele que se expressa singularmente a partir de seus interesses e desejos termina amiúde por anular as potencialidades do usuário, comprometendo a forma como o cuidado é ofertado pelo CAPS.

Por outro lado, o comportamento da Coordenadora na assembleia, com relação à recusa da sugestão de Elder, possibilitou-me perceber na expressão facial dele, serena, a informação de que seus sentimentos não foram afetados. A resposta emocional de Elder foi o silêncio, quietude, frente à qual não podemos subestimar a capacidade imaginativa e criativa de sua subjetividade individual que é atravessada por outros espaços sociais. A reação emocional de tranquilidade pode ser explicada com base em informações provenientes de uma visita domiciliar que fiz à sua residência, alguns dias antes da assembleia, na qual conversamos sobre aspectos espirituais e religiosos. Em um certo momento da visita, ele disse:

Elder: Rapaz, que horas são? Está quase na hora de ir para igreja.

Pesquisador: Você vai regularmente à igreja?

E: Sim, duas vezes na semana, e no Domingo pela manhã e à noite.

P: O que representa a igreja para sua vida?

E: Tudo. Deus é quem me sustenta. Parei até de fumar e creio que minha esposa vai parar também. Meu filho fica querendo me internar, para ficar com os meus benefícios, mas Deus não tem permitido. Senão, já estava internado, dopado.

A partir do trecho de informação, é possível construir **um indicador de que a produção subjetiva atual de Elder é fortemente atravessada pela subjetividade social da religiosidade**, como na sua busca individual por uma explicação de suas dificuldades cotidianas. A sua crença em Deus, a sua espiritualidade e a sua relação com os integrantes da igreja têm sido significativas para ele como rede de apoio complementar aos espaços de cuidado oferecidos pelo CAPS. Sem entrar no mérito da definição ou conceito de espiritualidade e religiosidade, ignorar essas redes de apoio pelos profissionais de saúde é ir na direção contrária ao cuidado integral do usuário. A visão de ser humano integral implica enxergar "o papel que a espiritualidade desempenha na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos

portadores de transtorno mental"(SALIMENA *et al*, 2016, p.2).

Com base nos trechos e nas interpretações acima relacionados, foi possível concluir que estão ocorrendo mudanças e posicionamentos expressivos na fala dos usuários que, muitas vezes, não estão sendo acompanhados de modo singular pelos profissionais do CAPS. O “cuidado” oferecido, nesses casos, distancia-se da necessidade singular do usuário. Essa forma de representar os “pacientes” pode estar relacionada às barreiras da subjetividade social vinculadas às representações dominantes sobre a doença mental, a medicalização, o modelo biomédico e, ainda, pode estar vinculada à nova institucionalização no âmbito dos serviços de saúde mental (GOULART, 2017; 2019).

Por outro lado, participando das oficinas do Grupo de Família, foi possível interpretar processos diferenciados aos construídos até então, quando os participantes relataram estar apreensivos com a possibilidade de sofrerem agressão física, ao se sentirem sozinhos na tarefa de cuidar:

Kamila (psicóloga): Dona Maria, assim que finalizarmos esta atividade, aguarde para conversarmos e marcarmos um atendimento individual ... alguém mais quer falar sobre sua experiência?

Telma (mãe): O meu caso é diferente. Eu sou mãe do Bruno. Ele passou a ter surtos depois que o pai faleceu, quando tinha 17 anos. A família se desestruturou e quando ele tem suas crises fica muito agressivo. Certa vez, ele correu atrás de mim no estacionamento de um supermercado e me empurrou e, ao me jogar no chão, fiquei com os pulsos inchados. Outra vez, no mesmo supermercado, em momentos de crise, o pessoal chamou a polícia para levá-lo preso, mas eu pedi para ele entrar no meu carro e saímos a toda velocidade. É meu filho, não vou deixar levá-lo para ser preso.

K.: O que se passa com você nestes momentos?

T.: Eu tenho medo dele, de me machucar. Às vezes me fecho no quarto. Eu já sei quando ele está naqueles dias e não posso contrariá-lo. Ele já passou por várias crises e internações. Eu não sei como agir em determinadas situações, fico com medo. Eu moro sozinha com ele; minha filha mora fora.

Nesse trecho, podemos observar que o espaço social em que o usuário está inserido é atravessado por um conflito familiar, em que as configurações subjetivas individuais e sociais integram-se de forma indissociável. A família, diferentemente do que muitas vezes se pensa, não é externa aos processos subjetivos individuais relacionados a uma situação de transtorno mental. Muitas vezes, processos de ruptura, contradições e tensões no âmbito familiar favorecem a gênese de processos subjetivos relacionados ao sofrimento, que pode se configurar em um transtorno

mental, como parece ser o caso de Bruno. Essa colocação parte do pressuposto de que nenhum sintoma ou comportamento repetitivo que acompanha o indivíduo "(...) é inerente a uma configuração subjetiva definida a priori, mas sim resultado das formas e desdobramentos que uma configuração subjetiva singular toma no curso da experiência vivida" (GONZÁLEZ REY, 2011, p.23).

Destacando o trecho anterior, quando Telma diz que Bruno “passou a ter surtos depois que o pai faleceu e a família se desestruturou”, entendemos que esse ritual que passou a ser persistente e fonte de mal-estar para a vida dele perpetua-se de múltiplas formas como desdobramento da diversidade e complexidade das experiências significativas no espaço que vivencia, porque "(...) cada indivíduo concreto expressa processos da sociedade em que vive por meio de seus próprios sentidos subjetivos pela configuração subjetiva individual de suas experiências de vida" (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.81). Percebemos, nesse mesmo trecho, uma situação de tensão e conflito, quando Telma afirma que “é meu filho, não vou deixar levá-lo para ser preso”. Mesmo numa situação que trazia risco de ser agredida pelo filho, ela, no lugar de mãe, vai em defesa dele como forma de expressão de processos subjetivos relacionados à proteção e ao cuidado pelo filho. Esse trecho ilustra a trama complexa de considerar a família como sistema subjetivo social, no caso, da maternidade, sobressaindo a relação afetiva como recurso para superar o medo e manter o cuidado e a responsabilidade diante das circunstâncias desfavoráveis.

Outro aspecto a ser observado na fala de Telma refere-se a quando ela diz: "Eu já sei quando ele está naqueles dias e não posso contrariá-lo". Essa expressão leva-nos a considerar que Telma está sendo mobilizada pelos múltiplos processos subjetivos que está vivenciando na experiência cotidiana do filho com transtorno mental. Ela está se posicionando, refletindo e aprendendo, pela experiência, a tomar decisões próprias no processo de cuidado do filho. A experiência com o filho, como processo de vida atual, transcendendo as categorias interno e externo, permite-nos compreender a diversidade de sentidos subjetivos que atravessam essa relação marcada por múltiplos e complexos processos contraditórios de uma experiência concreta. Assim, a forma como Telma aprendeu a lidar com a nova situação aconteceu no curso de sua experiência singular, favorecendo a construção de diferentes recursos subjetivos para lidar com a situação.

O relato de Telma, quando expressou "certa vez ele correu atrás de mim no

estacionamento de um supermercado e me empurrou e, ao me jogar no chão, fiquei com os pulsos inchados", deveria mobilizar os profissionais de saúde que estavam presentes – um psicólogo e uma enfermeira – quanto à sua integridade física, na sua condição de vulnerável, ainda mais naquela situação de risco, a oferecer-lhe apoio institucional. Essa indiferença observada na função dos profissionais pode estar relacionada às dificuldades de enxergar para além das representações dominantes da institucionalização, ainda hegemônicas, percebidas pela burocratização dos processos, nas práticas cotidianas.

O Grupo de Família, como foi acompanhado, apresenta-se como espaço social no qual os familiares podem expressar medos, angústias, dúvidas, recursos e ideias a partir do vínculo constituído entre seus membros. Esse contexto de confiança e diálogo que é criado pelo grupo promove um espaço social, no qual os presentes compartilham suas experiências de forma autêntica, e o outro sente coragem de relatar fatos pessoais dessa relação complexa e contraditória que é a família como sistema subjetivo social. Nesse sentido, o Grupo de Família configura-se como espaço de cuidado importante frente ao desamparo por vezes experienciado pelos familiares.

Como podemos observar, os diálogos no Grupo de Família são distintos daqueles que havíamos narrado nos primeiros trechos, em que o familiar parecia abusar da posição de tutor para explorar os benefícios concedidos ao usuário, que, em vez de cuidar e proteger, praticava ofensas, insultos, agressões e desrespeito ao usuário e às próprias regras da curadoria. Agora, como podemos ver, por meio da fala de Telma, acima, encontramos uma pessoa fragilizada diante de uma pessoa que se tornou hostil, que não sabe como agir diante de comportamentos imprevistos do filho Bruno, aprendendo pelas múltiplas e complexas experiências, de modo a não se eximir da responsabilidade do cuidar, pela relação afetiva e pelo compromisso que tem com o filho. Essa dimensão afetiva e as tensões que permeiam o âmbito familiar podem favorecer a geração de recursos subjetivos diante da sobrecarga emocional vivenciada. Esse aspecto pode se tornar mais visível na continuação do trecho anterior, na fala de dona Letícia:

Letícia (mãe): O meu caso é parecido. Sou mãe do Wesley, rapaz com idade avançada, adotado. Desde criança já apresentava sinais de algo diferente. Aos 19 anos passou a ter surtos e crises de violência. Uma vez se envolveu numa briga e cinco homens não conseguiram tirá-lo de cima do outro. Eu tenho muito medo quando ele está naqueles dias, a gente percebe e, fico na

minha, não faço nada para ir de encontro à sua vontade. Uma vez ele estava cortando um queijo com uma faca grande e olhava em minha direção e eu só pensava no pior, mas graças a Deus, nada aconteceu.

Kamila (psicóloga): Quais os seus sentimentos nestas ocasiões?

L.: A gente é mãe, tem que aguentar. Nós moramos no Paranoá, temos uma vida difícil, não existe outra opção, tenho pena dele, desde criança é cheio de traumas.

Na exposição da história pessoal de dona Letícia, abordando seu cotidiano com seu filho Wesley, percebe-se uma proximidade com o caso de dona Telma com seu filho. Ela expressa sentimentos de uma mãe que, diante de circunstâncias adversas, tem medo do que lhe possa acontecer, como ela mesma colocou, afirmando: "Eu tenho muito medo quando ele está naqueles dias, a gente percebe e, fico na minha, não faço nada para ir de encontro a sua vontade". Mesmo narrando o estado tenso de perigo contínuo contra a própria vida, dona Letícia não o desampara, não renuncia à posição de cuidadora. A forma como essas famílias relatam suas histórias pessoais permite a construção do **indicador de sentidos subjetivos relacionados a tensões e conflitos vivenciados na convivência familiar no processo de cuidado em saúde mental**. Essa condição vivenciada na família, apesar de conflituosa, pode favorecer a geração de sentidos subjetivos que possibilitem assumir novos posicionamentos e mudanças no curso da experiência de seus membros.

Esse indicador de sentidos subjetivos relacionados a tensões e conflitos vivenciados na convivência familiar no processo de cuidado em saúde mental adquire mais força e visibilidade no trecho a seguir, ainda na continuação das conversas no Grupo de Família:

Everton (pai): Nosso caso também é semelhante. Somos os pais de Robson que tem diagnóstico de bipolar e, quando ele fica naqueles dias, não podemos contrariá-lo.

Salete (mãe): Eu simplesmente me tranco no quarto, porque eu não sei o que pode acontecer. Eu não sei mensurar a forma como falar quando ele está agressivo, não sei como agir e, me dá um desespero, fico sem reação, com medo do que me possa acontecer.

Kamila (psicóloga): E quais são seus sentimentos nestas ocasiões?

S: Não estou aguentando mais, estou sobrecarregada, já estou com uma psicóloga que está me ajudando a agir nessas situações, mas, mesmo assim, é difícil. Quando não está em crise, é um rapaz ótimo, fez direito, tem o certificado da OAB e dá aulas.

E.: Ele agora está namorando a Susana, usuária daqui do CAPS, que tem diagnóstico de esquizofrenia. Ele fica até mais tranquilo quando está com ela lá em casa. Nós deixamos ele à vontade, mas nós sabemos que essa relação vai nos trazer mais problemas, porque, se com ele já é difícil, imagine com duas pessoas com problemas. E se vier um filho?

S: E tem mais, o pai dela não aceita esse namoro, agora mesmo inventou uma viagem para ela, para tentar separá-los.

K: Vocês querem que agende uma reunião com os pais dela com vocês, para analisar essa situação?

E: Não, o Robson pode ficar muito agressivo se souber que estamos interferindo em seu namoro.

Nesse trecho, vemos o esforço conjunto do casal compartilhando suas angústias e conflitos que os afetam na convivência familiar, marcadas pelo medo, insegurança e imprevisibilidade do comportamento do filho. A dificuldade do manejo em situações como esta frequentemente favorece a emergência de sentidos subjetivos relacionados ao conflito, à insegurança, ao medo e a outras formas de sofrimento. Entretanto, por vezes, sentidos subjetivos emergem do conflito como força para trilhar novos caminhos, mesmo em circunstâncias controversas. Salete, a princípio mais fragilizada, foi aprendendo a se posicionar, a procurar ajuda, a se colocar ativamente no espaço que também é seu, quando diz: "Não estou aguentando mais, estou sobrecarregada, já estou com uma psicóloga que está me ajudando a agir nessas situações, mas, mesmo assim, é difícil". Em suas palavras, percebemos como o compromisso do cuidar é difícil, mas, mesmo em condições contraditórias, vemos que nela se inicia um processo de subjetivação diferenciado (GONZÁLEZ REY, 2011), em que começa a gerar alternativas frente ao problema.

No caso de Salete e Everton, bem como em outros casos acompanhados no espaço do Grupo de Família, nota-se que, frequentemente, a relação estabelecida entre o cuidador e o portador do transtorno mental sustenta-se pelo vínculo afetivo, mesmo em situações de estresse, de tensão e de esgotamento físico e emocional. Por vezes, o estado de sofrimento desses cuidadores é sobressalente, como na fala de Márcia, mãe do Levi:

Kamila (psicóloga): Muito bem, estou vendo carinhas novas, vamos dar oportunidade para quem está chegando. Quem quer começar a falar sobre o está sentido? Dona Márcia, você poderia começar a se apresentar para o pessoal, contar sua experiência, quem é a pessoa que é responsável, o que está sentido neste momento...

Márcia (Mãe): Sou mãe do Levi, jovem de 22 anos, muito calmo, na dele, nunca deu trabalho, mas, do nada, passou a se isolar. Deixou de sair de casa, muito vergonhoso, tímido, estudioso. Tinha sonhos de casar, formar, tinha passado na UnB. E deixou de frequentar, interrompeu seu sonho de casar e se formar. Tentou suicídio várias vezes, cortando os pulsos. Passo a noite vigiando ele para não acontecer novamente (parou e começou a se derramar em lágrimas).

K: Dona Márcia, pode chorar, você gostaria de falar sobre o que está sentindo?

M: Posso falar?

K: Pode sim, todos aqui estão justamente para compartilhar suas experiências, tudo o que é falado aqui, fica aqui.

M: É que da última vez que tentou suicídio eu estava dormindo. Eu sempre o vigiava a noite, com medo de ele cortar os pulsos, como já havia acontecido de outras vezes. Foi que a vizinha vendo meu desespero, que não estava mais dormindo, neste dia eu falei que estava com dor de cabeça e ela me deu um comprimido para dormir, sem eu saber. Quando foi pela manhã, corri para o quarto do Lucas para vê-lo, a cama estava cheia de sangue, mas ele não estava lá. Passei a manhã sem notícias, desesperada e quando foi mais tarde, me deram a notícia que ele estava no hospital porque tinha pulado da passarela da BR 020, de Sobradinho. Tinha escapado com vida, mas ficou com o rosto todo deformado, tinha feito várias cirurgias de correção. Não aguento mais, estou esgotada, não consigo mais dormir.

K: Dona Maria, assim que finalizarmos esta atividade, aguarde para conversarmos e marcarmos um atendimento individual ... alguém quer falar sobre sua experiência?

O grupo, como espaço de comunicação e de acolhimento, proporciona aos participantes compartilhar o sofrimento que dona Márcia está passando numa situação de exaustão física e mental com o cuidado com o filho. Como podemos perceber, esta é uma face marcante e recorrente do processo de cuidado familiar em saúde mental. No caso de dona Márcia, frente à permanência do filho no espaço social familiar, ela foi adotando posicionamentos e gerando processos subjetivos que não favoreceram novas opções de vida, culminando numa situação de marcante sofrimento.

A fala de dona Márcia não representa uma história familiar isolada. Em outro momento do Grupo de Família, ocorreu o seguinte diálogo entre Estela, mãe de Priscila, e a psicóloga:

Kamila (psicóloga): Vamos começar, todos já assinaram a lista. Temos pessoas novas, a senhora pode começar, se identifique, diga a pessoa que você é responsável.

Eunice (mãe): Eu moro no Varjão, minha filha Priscila está com depressão, e tem ideia suicida (começou a chorar). Ela está com comportamento de uma pessoa que está se despedindo da vida. Não quer comer e, quando come, coloca tudo para fora. Já cortou os pulsos. Tenho que ficar vigiando, porque tenho medo que, com um descuido, ela possa fazer algo contra si.

K.: E como você acha que tudo isso começou?

E.: Ela tinha um namorado que tudo era com ele. Qualquer coisa que ia fazer, eram juntos. Até um pão na padaria, iam juntos. Aí, quando terminaram, ela ficou desse jeito. Não sei o que aconteceu, ela não me conta nada. Só sei que não aguento mais essa situação, não sei como agir, quero ajuda.

K: Ela está aqui no CAPS, hoje?

E.: Não. Já veio, mas é difícil trazer na situação que ela se encontra, fraca, está muito debilitada.

K.: Eu poderia até agendar a ambulância da SAMU para pegá-la, mas não posso dar certeza, dependemos da disponibilidade deles.

A forma como Estela descreve sua situação comove a todos que estavam presentes na reunião. O sentimento de impotência diante daquele quadro é expressão do desespero de uma mãe que não mede esforços na tentativa de preservar a vida da filha. A mãe percebe todo o movimento da filha querendo se despedir da vida e não consegue ter mais momentos de tranquilidade. Tal como dona Márcia, vemos que dona Estela mudou seu modo de vida, seus costumes e hábitos, para se posicionar no lugar de cuidadora. Era mãe e sentia que não podia abandonar a filha naquela situação.

Essa intenção de buscar ajuda, tanto de dona Estela como de dona Márcia, mostra a relevância da dimensão afetiva para superar as dificuldades, reconhecendo a importância do Grupo de Família como espaço de apoio e aprendizagem mútua. As declarações dessas duas mães relacionam-se, mostrando como o cuidador posiciona-se em relação ao cuidado, fortalecendo o indicador construído anteriormente, relacionado à produção de sentidos subjetivos associados a um espaço social conturbado. Esse indicador torna-se mais consistente na fala de Júlia, irmã de Gabriela:

Kamila (psicóloga): Você é nova por aqui, você não quer se apresentar e contar um pouco sobre sua experiência?

Júlia (irmã): Meu nome é Júlia e estou aqui por causa de minha irmã Gabriela, com diagnóstico de esquizofrenia. A minha situação é difícil, porque eu simplesmente não tenho mais vida. Ela surtou enquanto morava fora do país, conseguimos trazer de volta para o Brasil, mas ela foi morar no

meu apartamento de um quarto com o filho e, agora tenho que dormir na sala, porque ela se apossou junto com filho do meu quarto. A minha mãe tem 80 anos, é frágil, e não tem como cuidar dela. O meu irmão casou recentemente e até compreendo o motivo dele não poder cuidar dela. Mas, não pretendo ficar nesta situação, com essa carga, para o resto da minha vida. E o pior é que ela fica falando para as pessoas que estou conspirando contra ela, tentando interná-la. Fico preocupado com o filho dela de 6 anos que está sofrendo com os delírios da mãe. Os outros membros da família se distanciam, não dão apoio, tem receio de se aproximar.

A fala de Júlia pode ser vista **como indicador da ruptura com a configuração subjetiva de sua vida em momento anterior ao surto da irmã, trazendo mudanças radicais no seu cotidiano.** O cuidado na condição de transtorno mental da irmã promoveu uma desorganização na vida de Júlia, que culminou em seu isolamento, uma vez que a mãe também necessitava de cuidados e houve afastamento dos outros membros da família. Entretanto, é possível ver uma intenção de mudança na fala de Júlia, apesar de ainda não a ter concretizado em sua vida. O compartilhamento disso no grupo pode favorecer o acompanhamento e apoio de Júlia por parte dos outros membros, no intuito de facilitar sua emergência como sujeito da sua situação de vida.

Outros diálogos interessantes poderiam ser adicionados a esta construção da informação, que ocorreram no período entre setembro de 2018 e agosto de 2019. No entanto, o conjunto de indicadores construídos já é suficiente para sustentar a **hipótese de que as famílias, enquanto sistemas subjetivos sociais, expressam produções subjetivas muito diferenciadas, por vezes contraditórias, relacionadas ao cuidado.** Em algumas situações, as relações familiares participam ativamente da gênese do conflito vivenciado pela pessoa que expressa o transtorno mental. Em outras ocasiões, as famílias geram recursos no processo contraditório de cuidado, que podem favorecer processos de desenvolvimento.

5.1.1 Construções parciais

O processo de construção da informação apresentado até aqui pode ser sintetizado nos seguintes aspectos principais:

- 1) Os grupos investigados são atravessados por produções subjetivas relacionadas a tensões, conflitos e violências, mas também ao diálogo, acolhimento e apoio. Os

grupos são compostos por indivíduos que expressam, a partir da convivência familiar, momentos conturbados, rupturas, pressão e, por vezes, sobrecarga física e emocional. Esses processos, por vezes, culminam em situações de intenso sofrimento, podendo se configurar subjetivamente em transtornos mentais. Dessa forma, enfatizar a importância da família é relevante não somente para considerar relações constitutivas dos conflitos e das alternativas aos problemas de saúde mental, mas também porque a família, muitas vezes, também necessita de apoio e cuidado profissional.

2) Percebe-se que existem posicionamentos individualizados no cotidiano do serviço que são contrários aos princípios dos SUS, a exemplo da integralidade da atenção que supostamente deveria ser ofertada. Essas práticas põem em xeque o funcionamento dos serviços, ao se assentarem, amiúde, em uma subjetividade social dominante marcada pela nova institucionalização. Esse processo é marcado pela negação da singularidade e de recursos pessoais e culturais para além do modelo biomédico que possam apoiar processos terapêuticos.

3) Outro aspecto a ser destacado foi a desconsideração por parte dos profissionais da frequente utilização problemática dos benefícios dos usuários serviços pelos familiares, tutores. Interpretamos que o cumprimento de agendas nos serviços do CAPS tem sido priorizado, influenciado por um funcionamento institucional burocratizado, caracterizado por rotinas e fornecimento de informações aos órgãos de controle.

4) Em todos os processos pesquisados até o momento, entendemos que a consideração da subjetividade na atenção à saúde mental permite um salto qualitativo nas estratégias orientadas ao favorecimento da emergência do sujeito, construindo novas alternativas às condições paralisantes. Pela ótica da teoria da subjetividade, o cuidado não pode ser confundido com assistencialismo, reduzindo o indivíduo à condição de vítima, mas orienta-se à possibilidade de criar espaços relacionais que tencionem, mobilizem e abram caminhos para a mudança a partir do vínculo construído pelo diálogo.

5.2 Eixo temático 2 - A configuração subjetiva do cuidado de uma mãe de um usuário de um CAPS do DF.

Esta segunda parte da construção da informação corresponde a um estudo de caso com intuito de explicar a configuração subjetiva do cuidado em uma mãe cuidadora de um usuário de um CAPS. O estudo de caso foi uma via de acesso à produção subjetiva da família enquanto sistema subjetivo social, entendendo-a como protagonista do cuidado, não como coadjuvante no processo terapêutico (BRASIL, 2004).

Como foi observado no primeiro eixo temático desta construção de informação, muitas são as tensões e situações de sobrecarga emocional com que os familiares lidam nessa posição de cuidar. Também foi possível perceber que as tramas complexas da vida social são fontes de produções subjetivas que favorecem o protagonismo dos envolvidos (GONZÁLEZ REY, 2011). A partir da forma como a teoria da subjetividade entende a saúde, como processo de subjetivação que transita tanto pela experiência individual como social, a família torna-se parte de uma eventual mudança terapêutica, partindo do pressuposto de que existe a possibilidade da emergência do outro como sujeito do seu próprio processo terapêutico, tanto do usuário como do familiar cuidador (GONZÁLEZ REY, 2011; 2015).

O caminho percorrido até minha inserção ao cenário familiar da participante não foi tarefa fácil, mas cheio de inquietações, angústias e apreensões. Como estava inserido em campo no CAPS desde setembro de 2018, envolvido em várias atividades e com boa relação com os usuários e familiares, acreditei em que encontrar uma família que aceitasse o convite para participar da pesquisa fosse consequência natural dessas relações estabelecidas. Mas não aconteceu como imaginei. Aqueles familiares que eu estava considerando serem possíveis participantes, um a um, foram recusando o convite; e aqueles que aceitavam o convite, no processo de construção do cenário social da pesquisa, inviabilizavam a continuidade do campo, impossibilitado de avançar na pesquisa.

O comportamento de recusa desses participantes pode estar relacionado tanto à minha dificuldade, sendo um pesquisador iniciante, mais ansioso, de me aproximar da intimidade desses cuidadores, quanto a obstáculos que envolvem o CAPS em suas ações para cuidar dos cuidadores. A visita domiciliar pode soar

como ameaça a cuidadores que vivem numa relação de exploração com os usuários e de situações abusivas de maus tratos, por exemplo. Os usuários podem oferecer resistência a visitas domiciliares, porque temem posteriormente sofrerem retaliações por parte do familiar cuidador, com receio de serem investigados e prestarem depoimentos em processo judicial (PEREIRA *et al.*, 2014). Essas foram algumas das razões que me fizeram recuar diante da resistência de alguns participantes com o convite.

As interpretações construídas anteriormente, como processos subjetivos relacionados ao medo e ao receio no processo de cuidado, mostram que a família é um sistema complexo e que o pesquisador deve estar consciente destas dificuldades no processo da pesquisa (PEREIRA *et al.*, 2014, p. 94):

Considerando o domicílio como um espaço complexo, com estruturas familiares singulares, diferentes culturas e crenças, acredita-se que muitas famílias demonstraram certa resistência em receber os profissionais do serviço de saúde mental (alunas). As visitas compulsórias podem significar para os indivíduos intromissão do setor saúde, uma interferência na sua liberdade, e assim, favorecer a recusa e também denotar para o indivíduo um controle sobre suas vidas.

Sem ter êxito em algumas tentativas de encontrar participantes para a pesquisa, dialoguei sobre essa situação em orientação – o que foi produtivo para pensar novas estratégias que favorecessem esse contato inicial com algum possível participante. Essas dificuldades e reflexões permanentes são inerentes ao trabalho de pesquisa e, dessa forma, foram entendidos antes como desafios a serem transitados do que como obstáculos intransponíveis. Finalmente, no encontro do Grupo de Família, realizado em 13 de março de 2019, em uma conversa informal com Mariana (nomes fictícios), cuidadora, ela aceitou ser participante. Nessa ocasião, foi combinado o primeiro contato em 25 de março de 2019, na sua residência.

O estudo de caso foi realizado no período entre 25 de março de 2019 e 23 de janeiro de 2020, com Mariana, mãe de Cláudia, uma usuária de 33 anos do CAPS, com diagnóstico de transtorno bipolar. Mariana tem 61 anos de idade, é professora aposentada pela Secretaria de Educação do DF, divorciada e mãe de outro jovem de 32 anos. Mariana trabalhou dois anos como auxiliar de Nutrição em um hospital público do DF e foi professora de Educação Física por 25 anos. Ela reside em um condomínio próximo de Sobradinho - DF, tem casa própria, possui saúde física

relativamente estável, sem maiores complicações atuais. Sua situação socioeconômica é estável, vivendo dos recursos da aposentadoria e de aluguel de um apartamento localizado próximo do Lago Norte - DF. O filho mais jovem reside com a mãe, é autônomo, corretor de seguros para automóveis, ajudando-a em algumas despesas da casa. As obrigações com a compra da medicação da Cláudia, após acordo realizado, ficaram sob responsabilidade de seu ex-marido, que atualmente mora com os pais. Mariana ficou com Cláudia em casa, com o compromisso de pagar-lhe o plano de saúde, exercendo o papel de cuidadora principal.

Durante a pesquisa, Mariana fez uma cirurgia de hérnia inguinal, em setembro de 2019, sem maiores complicações. É uma pessoa de sorriso fácil, poucos amigos, que não se encontrava, no início da pesquisa, motivada para sair de casa. Sofreu o falecimento do primeiro filho com 6 meses de idade, devido a uma pneumonia e, ainda, de outro filho de 15 anos, em 1998, em um acidente de carro. A sua rotina atual é receber a neta Valéria e o neto Lúcio, em determinados dias da semana, para cumprir a guarda compartilhada do filho Weber e, levar Cláudia para consultas e atividades no CAPS. Nos outros dias da semana, quando não está envolvida com as atividades anteriormente mencionadas, fica em casa assistindo a TV, filmes e programas de assinatura digital. Esporadicamente, sai para visitar o pai que mora em um condomínio próxima de sua residência e reúne-se na casa de amigos, no próprio condomínio.

O primeiro encontro ocorreu na residência de Mariana, onde me recebeu sorridente, desconfiada, mas de forma muito acolhedora. A sala foi o lugar da casa onde se desenvolveu o primeiro diálogo. Passamos a conversar sobre o contexto familiar, sua história de vida e acontecimentos que desencadearam o transtorno mental da filha. Ela tinha acabado de fazer um bolo, preparou um cafezinho e, enquanto comíamos, começamos a falar sobre o cuidar:

Pesquisador: Você é a única responsável pelo cuidado da Cláudia, ou tem outras pessoas da família envolvidas no processo?

Mariana: Eu sou a única. Tem o meu filho Weber, mas procuro poupá-lo dessa obrigação, até porque ele tem medo da irmã. Quando ela entra em crise, fica agressiva com todo mundo. Ele só dorme com a porta de seu quarto fechada. Teve uma vez que ela entrou em crise que fomos obrigados a amarrar ela na maca.

P: E o seu esposo? Como ele atua nesse cuidado?

M: Eu sou divorciada há 12 anos. Foi a melhor coisa que me aconteceu. Ele só vivia alcoolizado e, quando estava neste estado, era violento. Antes de nos separarmos, nós já dormíamos em quartos separados. Então, era só uma questão de tempo. E, minha filha ficava me dando força para me separar.

P: Mas, mesmo ele morando fora do ambiente familiar, ele não se faz presente de alguma forma para ajudar com a Cláudia?

M: Hoje, ele mora com os pais que têm problemas de saúde, e ele fica dando desculpas que têm essa ocupação para não ser um pai presente. Ele reside no CA, próximo do Varjão, pertinho, mas só aparece no final de semana para dar um oi para filha, mas nada de compromisso sério.

P: Quais seus sentimentos com relação a seu compromisso?

M: Eu sou a mãe, Deus me deu ela para cuidar. Não podemos fugir da responsabilidade. Não vou abandonar minha filha.

Esse trecho de informação nos permite construir o **indicador de que Mariana expressa sentidos subjetivos vinculados à subjetividade social de um modelo familiar tradicional**, no qual a mulher se ocupa de uma "maior participação nas atividades da casa, como um maior envolvimento nos cuidados com os filhos" (LINS *et al.*, 2015), enquanto o pai não assume responsabilidades reais no âmbito afetivo. Quando a participante justifica a ausência do pai, afirmando "Eu sou a mãe. Deus me deu ela para cuidar, não podemos fugir da responsabilidade. Não vou abandonar minha filha", ela exemplifica a cristalização, que ainda persiste na sociedade brasileira, do papel e atribuições da figura materna como maior responsável pelo cuidado com os filhos. A literatura tem trazido pouca investigação sobre o papel do pai em relação ao cuidado, concentrando estudos na relação mãe-filho (LINS *et al.*, 2015), o que mostra pouca ênfase dada pelas próprias teorias psicológicas sobre a interação e relação dos homens na vida familiar.

Continuando com o diálogo, fiz o seguinte questionamento:

Pesquisador: Mariana, com quantos anos a Cláudia apresentou os primeiros sinais do sofrimento psíquico?

Mariana: A primeira crise veio quando tinha 21 anos de idade. Não existe um diagnóstico fechado. O psiquiatra suspeita é que ela seja bipolar.

Fazendo uma reflexão à luz das informações anteriores, quando Cláudia tinha 21 anos de idade, os pais estavam se separando. O alcoolismo do pai, articulado aos conflitos familiares, marcados pela violência e pelas relações que se desdobram disso, pode ter exercido um papel importante na produção subjetiva de Cláudia

relacionada ao seu sofrimento, que foi se configurando no transtorno mental vivenciado. O ambiente de tensão e sobrecarga emocional que a cuidadora compartilha com a usuária e com o filho, procurando proteção, **é indicador de que ela, como cuidadora, precisa, também, de cuidados psicológicos e assistenciais, tendo em vista a sobrecarga vivida, que inclui a situação de violência doméstica.** Além de ter a preocupação com o cuidado com a filha com transtorno mental, Mariana também se sente única responsável pelo outro filho e pelos cuidados com a casa.

Continuando a conversa, para compreender o cuidado oferecido por apenas um cuidador na família e para saber mais sobre seus recursos subjetivos para lidar com a sobrecarga diária, propus a seguinte pergunta:

P: E, você, como tem se cuidado para suportar essa responsabilidade?

M: No condomínio, graças a Deus, tenho um grupo de amigos que se reúne uma vez no mês em casas diferentes. Tenho me esforçado para ser frequente na academia, aqui mesmo, no condomínio. E o Grupo de Família, no CAPS, tem me ajudado bastante, pois ouvimos que tem gente em situações mais graves que a minha.

P: Quais situações lhe deixa mais sensível?

M: Eu não quero interná-la, como aconteceu da última vez que tive que viajar para uma cidade de Minas Gerais, porque ela entrou em crise quando tinha visto seu antigo namorado, casado. Ela gostava muito dele e não aceitava o término da relação. Ela ficou internada por três meses, dopada, igual a um zumbi. Não se lembra do que aconteceu com ela.

Na semana passada, no sábado, chegou aqui em casa embriagada. Sabe que não pode beber por causa da medicação e fica inventando desculpas que não sabia o que estava bebendo. O meu amigo, que estava junto dela, me ligou e me avisou que ela tinha se excedido. O pai dela tinha chegado naquele dia e reclamou com severidade, alertou sobre as consequências se perdesse o controle da medicação e, ela, me parece, sentiu que estava errada.

Nós temos que ficar vigiando. Eu não quero que ela seja internada. Quando ela entra em crise, fica delirando, com mania de fazer planos para matar seu tio. Fica caridosa com os indigentes, querendo trazer para dormir aqui em casa. É um vexame.

Esse trecho de informação evidencia momentos dramáticos de um cuidador que permanece por longo período de tensão, aflição e angústia, numa relação próxima ao esgotamento físico e emocional. A fala de Mariana pode ser vista como **um indicador de um contexto de conflito, marcado por constantes contradições afetivas, pressionada por um tipo de modelo do papel da mãe cuidadora idealizado socialmente.** A relação conflituosa que Mariana vivencia com

a filha, parte de como ela se posiciona, assumindo a responsabilidade do cuidar, enquanto amigos, filho, ex-marido, por exemplo, assumem posições secundárias. Nesse sentido, a subjetividade individual de Mariana, seus processos e formas de organização subjetivas, sua história de vida singular, sua forma de enfrentar os desafios diários e os recursos pessoais que possui são permanentemente atravessadas por aspectos da subjetividade social, em seus diferentes espaços sociais e esferas da vida.

Vale ressaltar também que sua produção subjetiva frente aos momentos de crise da filha, nos quais ela é exposta ao público pelo “vexame”, pode contribuir para o seu isolamento, afastando-se das pessoas. Um comentário que ela fez em seguida é um dos vários aspectos que Mariana procura evitar, para não ser reconhecida como a mãe da “louca da bicicleta”:

M: Já ouvi boatos que ela está ficando conhecida como a louca da bicicleta, porque ela tem mania de sair de bicicleta e fica rodando o condomínio e eu não sei exatamente o que está fazendo. Qualquer dia desses vou atrás dela para saber o seu roteiro. Ela diz que vai para a casa de uma amiga, mas, às vezes, eu ligo para essa pessoa e ela não se encontra lá. A semana passada mesmo, ela saiu às 10 da manhã e só retornou às 22 da noite. Nem contei para seu irmão, para ele não ficar chateado.

Esse trecho de informação é **um indicador de sentidos subjetivos relacionados ao constrangimento e embaraço que Mariana vem enfrentando, impulsionados pelo estigma do transtorno mental.** Dessa forma, uma rede de apoio para favorecer recursos subjetivos para mobilizar reflexões e posicionamentos torna-se importante para gerar novas formas de produzir sentidos subjetivos alternativos relacionados a esse embaraço e isolamento vivido por Mariana no espaço familiar.

Entendemos que uma pessoa com transtorno mental traz, eventualmente, extremos desafios para o convívio familiar devido à demanda, por vezes, constante e continuada, por atenção e cuidado. Quando ele recai sobre uma só pessoa, como é o caso de Mariana, potencializa o estado de ameaça à integridade física e psicológica, comprometendo sua estabilidade emocional, logo, culminando em cansaço mental, crises de ansiedade e de humor, contribuindo para uma situação de estresse, marcada pelo esgotamento (CUNHA; GOULART, 2019)

Observando as circunstâncias vivenciadas por Mariana, faz-se marcante a ausência de cobertura da RAPS, mediante vários de seus dispositivos para

contribuir no cuidado ao cuidador (GOULART, 2017), apesar de existirem alguns poucos dispositivos nesse sentido, como o Grupo de Família no CAPS. O familiar responsável pelo cuidado, já fragilizado, ao não encontrar apoio institucional, fica ainda mais vulnerável, com desdobramentos múltiplos para o próprio cuidado oferecido no âmbito familiar – contrariando a visão do SUS e os princípios que embasam a reforma psiquiátrica brasileira (GOULART, 2013, 2017, 2019; POLEJACK *et al.*, 2015; CAVALHERI, 2009; DIMENSTEIN, 2010).

Sílvia e Cardoso (2016), em um estudo sobre cuidadores que buscam apoio e acolhimento das ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificaram que os profissionais reconhecem a impotência da rede para atender à demanda e apontam a necessidade de reflexões críticas e a carência de políticas públicas que estimulem o desenvolvimento de ações comunitárias para criação de projetos contínuos de apoio às redes nos seus territórios, como espaços de cuidado à saúde mental. Os autores ressaltam a importância de respeitar às características únicas expressas por cada indivíduo para além de diagnósticos e sintomas, legitimando a potencialidade do coletivo como um ideal de comunidade que pode superar as concepções atuais de estigmatização e rotulação da loucura.

Mariana disse estar aposentada desde 2012. Para entender se a decisão de se aposentar esteve relacionada a alguma estratégia em relação ao cuidado da Cláudia, fiz a seguinte pergunta:

P: Você disse que estava aposentada. Existe alguma relação da decisão pela aposentaria com o cuidado com a Cláudia?

M: Olha Gilvan, depois que me aposentei, eu fiquei dois anos livre, tirei esse tempo para viajar, tentando descansar. Mas tinha que levar a Cláudia comigo nessas viagens. Teve uma vez que viajamos para Fortaleza, tinha que ficar vigiando para não beber, ela gosta de um vinhozinho. Depois eu voltei para trabalhar como professora temporária, na rede de ensino por mais quatro anos. Foi um tempo bom, encontrei um colega que tinha formação em psicologia e eu conversava bastante sobre a minha situação, era terapia particular, ele era muito atencioso.

A fala pode ser vista, mais uma vez, como **indicador de sentidos subjetivos relacionados às contradições afetivas ao assumir a condição de mãe cuidadora, na constante busca por alternativas para lidar com situações de tensão com a filha, buscando saídas para aliviar as ameaças de desorganização emocional**. Algo a se notar é que, frequentemente, ela se refere à questão da “vigilância”, do “controle”, como estreitamente associado ao cuidado – o

que pode estar na raiz de uma relação que vai se configurando subjetivamente como uma relação de dependência, não de emancipação.

Nesse contexto, a aposentadoria soa como tomada de decisão frustrada diante da esperança que tinha para desfrutar de um período de descanso, de sua obrigação de cuidar de Cláudia, o que foi reforçado pela decisão de voltar a ser professora temporária por mais quatro anos. Mariana, em encontros posteriores, comenta que Cláudia tornou-se uma “carga inseparável em sua vida”, não conseguindo se desvencilhar dela – corroborando a interpretação de uma **relação de dependência que foi se configurando entre mãe e filha**. É interessante notar na fala anterior que, nesse momento, ela é capaz de romper com seu usual isolamento social, podendo contar com o apoio do amigo psicólogo, enquanto interlocutor para transitar por um momento difícil em sua vida. Enquanto professora temporária, porém, podemos observar que o espaço social criado entre ela e o amigo psicólogo, por um período de quatro anos, foi importante na produção de novos sentidos subjetivos, mas não o suficiente para promover mudanças em outros espaços sociais.

O trabalho enclausurado da participante, no cuidado da filha, pode ser evidenciado pela ausência do filho ou mesmo de parentes e amigos na viagem, que poderiam acompanhá-la, inclusive, apoiando-a no processo de cuidado de Cláudia. Esse afastamento dos familiares fica explícito na fala de Mariana, no próximo encontro:

P: E dos seus familiares, você tem apoio?

M: Também me distanciei de todos. Ninguém se preocupa com a minha situação. Eu tenho dois irmãos mais novos e duas irmãs, somos todos em número de cinco. O meu irmão mais novo tem o mesmo problema da Cláudia, é Bipolar, e quando entra em depressão, fica dias sem sair de casa. Ele foi diagnosticado aos 18 anos de idade, mas até ter fechado a causa do problema, sofremos muito com ele. Hoje ele tem uma vida regular, é casado e tem filhos. Mas, o que me deixou triste e me fez afastar dele foi que, um dia desses, sabendo da condição da Cláudia, ele fez ela sacar um valor no cartão e não quis devolver. Pelo contrário, ficava fugindo. Eu tentei pegar o valor com a esposa dele, e ela, também, se negou a devolver. Aí, eu disse: “Sabe de uma coisa? Vou me afastar desse pessoal, eles não me ajudam e ainda se aproveitam da situação.”

Nesse mesmo sentido, o seguinte trecho de diálogo ocorreu:

P: Qual é o seu sentimento com relação aos seus familiares?

M: De total indiferença. Hoje, se eu quiser fazer uma viagem, ir a um cinema, tenho que levar a Cláudia, pois ninguém quer ficar com ela. A fala das minhas irmãs e irmãos é que ela não vai obedecê-los. Quando fui ao cinema com Cláudia, tive que sair antes de terminar a sessão porque ela simplesmente queria vir embora. Cláudia tem dessas coisas, de querer me manipular. Já fui alertada pelo pessoal do CAPS sobre essa questão. E eu tenho percebido isso, porque ela me faz comprar objetos, depois, parte para comprar outra coisa e por aí vai. Se não tiver cuidado, fico nas mãos dela.

O primeiro trecho de informação evidencia a sensação de desprezo e desamparo experimentada por Mariana no seio familiar. O estigma da loucura despertava nos familiares um distanciamento, que culminava em indiferença pelo caso. Em vez de ajudá-la, a família eventualmente explorava a situação, ao menos na perspectiva de Mariana. Essa sua perspectiva de olhar a condição em que se encontra, apontando causas unicamente externas que justifiquem seu afastamento do contexto familiar e dos espaços sociais em que circula, pode ser considerada como **indicador da dificuldade de Mariana em gerar alternativas e abrir novos caminhos para romper com seu enclausuramento cotidiano**, de conduzir Cláudia para o CAPS e do controle do comportamento dela em outras atividades diárias.

Ainda, o trecho anterior, sobretudo quando ela diz "tenho que levar a Cláudia, pois ninguém quer ficar com ela", **reforça a interpretação da forma como ela foi, ao longo do tempo articulando, de forma indissociável, cuidado, vigilância e controle – intensificando o que também já foi abordado sobre a relação de dependência que foi se cristalizando entre mãe e filha**. Trata-se de uma relação simbiótica, em que percebemos o modo infantil que ela trata a filha de 33 anos, como se fosse uma criança absolutamente incapaz, reforçando o indicador anterior. Ela procura protegê-la, cercando-a de cuidados excessivos, colocando-a numa redoma, vigiando e controlando os passos da filha. Podemos pensar que o apoio psicológico com Mariana, nesse caso, poderia se orientar ao favorecimento de uma reflexão crítica sobre esse processo, de modo a ajudar criativamente na geração de uma ruptura com essa simbiose por meio de novas organizações subjetivas, que favorecessem o desenvolvimento de sua subjetividade.

Na fala a seguir, percebemos a urgência desse movimento em sua vida:

P: Atualmente com quem você acha que pode contar?

M: Com ninguém. Estou sozinha. Meu ex-marido vem com a desculpa que tem os pais para cuidar, são idosos e com saúde fragilizada, então, me

afastei completamente de meus familiares e familiares do meu ex-marido. Agora me encontro atravessando sozinha um deserto. E o pior, não vejo nenhuma garrafa de água que me traga esperança.

A esperança que Mariana relata, representada pela garrafa de água para refrescar-se do calor, associado ao desconforto provocado pelo incômodo da temperatura quente no deserto, pode estar sinalizando o exausto e conturbado trabalho da sua posição de cuidador, num espaço hermético, sem alternativas, que tem vivenciado com a filha. Essa esperança surge como **um indicador de pedido de suporte, acolhimento, para auxiliar no seu desempenho, complexo, na difícil jornada como cuidadora.**

Essa fala de Mariana me afetou como pesquisador e me reposicionou quanto à minha ação na promoção de um espaço social de qualidade que favoreça a geração de sentidos subjetivos alternativos ao sofrimento. Nesse sentido, retomando a própria concepção de pesquisa à luz da Teoria da Subjetividade, passei a pensar a minha relação com Mariana como favorecedora de momentos interessantes de reflexão, que apoiassem mudanças em outros espaços de vida como na sua relação com os filhos, com os netos, com o ex-marido e com os familiares.

Como pesquisador-educador, passei a buscar entender as dificuldades em relação ao cuidado, rever conceitos e dialogar com a singularidade da vida de Mariana nos diferentes espaços sociais em que ela circula. Dessa forma, procurei identificar o "surgimento do diferente, do múltiplo e das condições complexas e contextos em que a subjetividade se produz e se expressa" (TACCA *et al.*, 2019, p. 05). A ideia foi participar, de alguma forma, do desenvolvimento subjetivo de Mariana, criando um espaço social que pudesse ser fonte de produção de sentidos subjetivos, favorecendo mudanças qualitativas na cristalização momentânea de sua subjetividade individual. Nesse viés, a partir desse ponto da pesquisa, redobrei minha atenção para observar momentos de geração de tensões, própria do desenvolvimento da subjetividade, na ação de Mariana em diferentes contextos.

Em um período mais avançado da pesquisa, considerando o que Mariana havia falado sobre perceber Cláudia uma carga e também desejando saber o que ela pensava sobre dar à filha alguma autonomia, como possibilidade de tornar as atividades diárias menos desgastante, fiz a seguinte pergunta, orientada a provocá-la:

P: O que você acha sobre dar autonomia a Cláudia?

M: Sim, eu também concordo nessa atitude que ela deve ter, mas o pessoal do CAPS fica falando na nossa frente sobre dar autonomia e não fala comigo antes, para saber se concordo com essa postura. Aí, ela chega aqui em casa e fica fixada nessa coisa de ter liberdade. Só quem sabe se deve dar o controle a ela somos nós, que cuidamos. O pessoal fica insistindo nessa autonomia, mas eu conheço a minha filha, sei que se desorganiza facilmente.

P: O assunto sobre dar liberdade a Cláudia parece lhe causar um mal-estar. Você quer falar mais sobre isso?

M: Eu cansei de receber ligação do porteiro, acordava de madrugada, das coisas que ela aprontava. Certa vez me ligaram dizendo que ela estava andando pelada no estacionamento. Outra vez ela foi fazer a limpeza do AP e alagou tudo, o corredor do andar. Ficou desorganizada, pegava as roupas dela, as toalhas, vários utensílios, jogava no piso, fez uma tremenda confusão, fui chamada às pressas para resolver essa situação. Essa foi uma das vezes que tive que interná-la. Estou cansada de fazer essas experiências com Cláudia. Estou me lembrando da última crise dela, porque ela morava sozinha em um apartamento no CA, próximo do Shopping Iguatemi, por insistência dela, e no final tivemos que tirá-la às pressas do apartamento porque estava com transtorno de pânico. O porteiro e os vizinhos me informaram da situação dela, que estava há muitos dias vendo ela dormindo na portaria, ou, no início dos degraus da escada. Depois, com muita paciência, foi que nos contou que não conseguia subir para o apartamento, estava com medo.

Nesse momento, Mariana desabafa sobre sua desconfiança na questão de favorecer a autonomia de Cláudia. Apesar de considerar, num plano racional, a possibilidade dessa autonomia, ela se diz exaurida com as tentativas fracassadas para que essa realidade se concretize, criticando também a postura dos profissionais do CAPS que não têm acompanhado sua história singular, lançando sobre Cláudia uma esperança por uma liberdade, onde eles não oferecem apoio à família para que a proposta se torne real. A queixa de Mariana sobre a falta de profissionalismo e apoio, por assim dizer, de estratégias, do CAPS aos cuidadores, aponta para a necessidade de articular e materializar políticas de promoção à saúde já existentes e de incrementar ações que garantam acolhimento, capacitação dos profissionais, informação e suporte às famílias.

Por outro lado, quando Mariana critica a posição do profissional sobre dar autonomia, enfatizando que "Só quem sabe se deve dar o controle a ela somos nós, que cuidamos. O pessoal fica insistindo nessa autonomia, mas eu conheço a minha filha, sei que se desorganiza facilmente", podemos construir **um indicador de sentidos subjetivos relacionados ao medo de que ela mesma se desorganize subjetivamente nesse processo, levando-a a adotar desesperadamente uma postura controladora sobre o comportamento de Cláudia.** Esse excesso de

controle sobre a vida de Cláudia pode levar a consequências nocivas na relação, criando obstáculo no processo de reabilitação psicossocial, restringindo a capacidade do usuário de tomar decisões que se ancoram em seus próprios direitos.

Esse sentimento de medo e de ansiedade e a preocupação em evitar sua própria desorganização subjetiva aparecem também em outro momento, quando ela diz:

M: Eu nunca falei isto com ninguém, mas quando tinha 17 anos, comecei a ter sensações estranhas, como se tivesse saindo da realidade, não conseguia pegar objetos na minha frente. Aí, sem falar para ninguém, porque sempre fui cuidadosa em confiar nas pessoas, fui a um neurologista e ele passou para eu tomar uma medicação para disritmia do cérebro, depois de ter feito exames de ressonância magnética. Achei estranho, porque já tinha ouvido falar de disritmia cardíaca, mas tudo bem, tomei por um ano, depois, voltei ao médico, como estava previsto. Após a avaliação do médico, parei de tomar a medicação e voltei à vida normal. Fico pensando que se tivesse ido a um psiquiatra, talvez, novamente, penso que estaria semelhante com a situação da Cláudia. Tive sorte nas duas ocasiões, pois poderia estar inválida hoje.

A situação marcada por sofrimento, que o trecho mencionado aborda, pode ter contribuído para a produção subjetiva atual de Mariana em relação à Cláudia. No caso, a mãe orienta-se a manter o controle sobre aquilo que se desorganiza facilmente. Vemos como o cuidado não diz respeito somente ao presente, mas articula-se a uma história de vida singular, sempre marcada por uma trama de acontecimentos que subjetivamente está presente na relação de cuidado atual.

A fala, a seguir, mostra um pouco do cenário cotidiano, do que acontece na privacidade da vida de Mariana, reforçando o indicador anterior, em relação a sua própria fragilidade subjetiva:

Mariana: Cláudia vem sempre com um discurso que eu sou controladora, que fica no pé dela, que tem vontade de sumir, de se matar, para ficar livre de mim. Eu fico com medo é do contrário, de que ela venha fazer algo contra mim, para ficar com meus bens, porque ela é muito avarenta. Eu já te falei que ela se apossou do apartamento dizendo que era dela, e que hoje, como ela mora comigo, fica com o aluguel, porque acha que tem direito. Ela recebe esse dinheiro do aluguel do apartamento, mas, nem para pagar o seu próprio plano de saúde ela não faz, eu é quem tenho de arcar com esse custo. Ela é tão mão de vaca que um dia veio da rua e me trouxe uma torta, e fiquei desconfiada que tivesse veneno para me matar, pois ela não tem esse costume de me oferecer coisas.

Na verdade, eu é quem queria sumir, mas tenho essa carga comigo. O ex-marido liga toda semana para saber como ela está; mas vê se ele quer ficar com ela? Teve uma vez que ele chegou aqui todo feliz porque tinha passado uma semana pescando numa fazenda com os amigos. Eu sei bem o que ele estava sentido, porque não é fácil o que ele passa, cuidando de seus pais, que são idosos e com problemas de saúde. Eu estou sozinha com este peso

para carregar por toda a vida, porque a doença dela não tem cura. Queria vender essa casa e ir para outro lugar, construir uma casa do zero, mas, isso é um sonho.

No trecho de informação acima, é possível perceber que não somente Cláudia está vivenciando um processo intenso de sofrimento, mas a própria mãe tem se mostrado confusa nessa relação, estando também cristalizada em seu sofrimento atual. No que diz respeito ao cuidado, a produção subjetiva dominante de Mariana neste momento, longe de favorecer seu desenvolvimento como mãe cuidadora e como pessoa, termina cultivando a dependência da filha, de modo a atar suas capacidades para criar novas estratégias e caminhos para as duas. Para além das boas intenções de Mariana com relação ao cuidado com a filha, o processo construtivo-interpretativo até este momento fundamenta **a hipótese de que a configuração subjetiva do cuidado por parte de Mariana encontra-se estreitamente vinculada à falta de confiança da mãe no desenvolvimento da filha, o que é favorecido pela representação social dominante de seu transtorno mental como crônico, ou uma espécie de “carma vitalício”**. Ao posicionar-se dessa forma, Mariana passa a se vitimizar como se ela fosse refém de uma situação frente à qual nada pode fazer, de modo que ela contribui para a configuração subjetiva de uma relação sem produtividade para a mudança e sem perspectiva de ampliar a qualidade de vida para família.

A configuração subjetiva do cuidado, tal como construída até aqui, fundamenta a sensação de Mariana estar privada de prazeres na vida, cristalizando-a num lugar de cuidadora sem expectativas de vida tranquila, sem direito de sonhar, sem opções, sem recursos. Esse quadro a leva a não realizar planos e a não fazer projetos para o futuro. Um agravante é que a crença de que a “doença” da filha “não tem cura” é reforçada pelos parentes e amigos que possuem diagnósticos com transtornos semelhantes, assim como pelos depoimentos das famílias no Grupo de Famílias. Isso fica claro no seguinte trecho de informação:

P: Por que você acha que o transtorno mental não tem cura?

M: Porque já foi provado cientificamente. Os psiquiatras falam que doença mental é para toda a vida. No Grupo de Família, já foi falado várias vezes que a medicação deve ser tomada regularmente, para sempre, que se faltar, a doença vai se agravar. O pai de Samantha, que escreveu este livro que estou lendo, Memórias da Esquizofrenia, acredita que não é para sempre.

P: E o que você acha sobre a maneira de pensar do pai de Samantha?

M: Acho que é genético. Eu tenho um irmão que tem depressão, minha tia, já falecida, também tinha essa doença. Agora, a Cláudia. Por isso, acho que é genético. No início, eu tinha até esperança que fosse passar, mas, depois de quase 18 anos, desde que apareceu os primeiros sinais da doença em 2001, na escola, com pânico de subir as escadas, acredito que realmente é por toda a vida. Inclusive, estou entrando com processo na Receita da Fazenda do DF para torná-la minha dependente, quando for declarar o meu imposto de renda.

A fala de Mariana expressa o peso de uma subjetividade social dominante centrada no modelo biomédico, que, muitas vezes, é fortalecida nas práticas dos serviços do CAPS, como no Grupo de Família. Esse processo favorece produções subjetivas paralisantes, como as que Mariana experimenta neste momento. Entretanto, em outros momentos, percebemos que nem sempre ela sentiu e se posicionou dessa mesma forma:

P: Mas, por que só agora, depois de 18 anos da primeira manifestação do transtorno é que decidiu colocá-la como dependente da Receita?

M: Porque tinha esperança que ela fosse se recuperar e passar em um concurso público. Se ela se encontrasse como minha dependente, pelo motivo de incapacidade, seria um impedimento para ser aprovado no emprego. A própria Cláudia tem preconceito de ser colocada como minha dependente, pois a gente percebe que ela vem se isolando das colegas, das pessoas que tinha contato. Ela evita os desembaraços e estigma que a doença causa nas pessoas. Veja estes quadros que a Cláudia pintou. Ela tem talento. Uma vez ela pintou um quadro de uma mulher, de costas, caminhando por uma trilha em direção a um campo, muito bonito, mas, quando elogiei e pedi o quadro para mim, ela simplesmente o destruiu. Teve uma vez que ela pintou a foto de Ivete Sangalo, você precisava ver a perfeição. Ela chega na sua frente, e pinta sua imagem com perfeição. Ela realmente é boa na pintura. O problema é que ela muda rápido e com frequência o que está fazendo. Começa a pintar e sem mais, nem menos, deixa tudo e vai fazer outra coisa.

É interessante perceber que Mariana passou um período longo, em sua trajetória como cuidadora, esperançosa na recuperação da filha. Entretanto, é possível pensar que, atualmente, sua produção subjetiva relacionada ao cuidado e ao transtorno mental da filha encontra-se ancorada no modelo da medicalização e da nova institucionalização (GOULART, 2017), cristalizada em seus pressupostos.

Ao questionar sobre os planos, como imagina o futuro, quando pensa que a condição de Cláudia não vai mudar, ela disse:

M: Olha, eu procuro nem pensar. Nem sei como vai ser. Tenho uma amiga, com idade avançada, que sofre com agressões do filho com problemas mentais. Ela paga uma pessoa para ajudar nos cuidados com ele. Você já viu

como é caro o custo para manter uma pessoa para cuidar das pessoas nestas condições? Eles cobram não é por mês, é a diária, e cobram de acordo com a gravidade do transtorno do paciente. Tem um outro caso de um conhecido meu que se aposentou do trabalho por causa da esquizofrenia. Ele passou a ter cuidados especiais, a pagar para uma pessoa porque tinha crises constantes. Só que ele tem uma boa aposentaria, ganha mais de R\$ 20.000 reais, tem como pagar.

Mariana não se vê no futuro, não tem ânimo para fazer projetos, não se posiciona e não está motivada para novas transformações. Suas produções subjetivas encontram-se temporariamente circunscritas às suas incapacidades e ao sofrimento que se desdobra de sua situação. Isso fica claro, mais uma vez, no complemento de frase a seguir, quando aponta para o seu estado cotidiano:

Com frequência sinto: desânimo.

A fala de Mariana demonstra a condição emocional que estava vivenciando, descrente em si mesma e com sentimento de tristeza. Podemos verificar no trecho de informação abaixo a forma com que Mariana se encontra temporariamente sem recursos para romper com os processos e práticas que dominam os rituais de compromisso com cuidado.

P: Como passou a semana?

M: Menino, fui surpreendida com um susto na marginal, df 020, na terça, vindo para casa, dia seguinte que você esteve aqui. Pois a Cláudia não tentou abrir a porta do carro e pular na estrada? Quase houve um acidente, eu tive que segurá-la com força e me manter na direção para não perder o controle do carro. Fiquei aterrorizada, nunca tinha acontecido uma situação dessa. Já houve crises, de amarrar ela na cadeira, mas de tentar o suicídio, nunca.

P: Aconteceu algo diferente que motivasse ela a fazer isso?

M: Estava imaginando exatamente sobre essas coisas, e a explicação que encontrei é que a Cláudia é muito influenciável. Preciso falar com a psicóloga do CAPS, porque nas reuniões que ela participa surgem muitas conversas com experiências pesadas, sobre suicídios, e eu acredito que ela deve ter aprendido essas coisas por lá.

P: Por que você acha que ela é influenciável?

M: Ela já ficou internada duas vezes, uma, em uma clínica por 17 dias e, na outra clínica, por uns dois meses. Na primeira ela veio fumando e na outra ela veio com vício de beber, de querer ingerir vinho, com frequência. Ela não tinha essas manias.

P: E o que você acha dessas clínicas de internações?

M: Eu acho um horror. Eu tive dó de deixar Cláudia nestes lugares, mas não

tinha outra saída, não sabia o que fazer nos momentos de crise. Eu tinha antes visitado o Hospital Psiquiátrico da região, fiquei apavorada com os pacientes largados no pátio, andando desorientados, parece aqueles filmes de terror. Aí, fui procurar as clínicas que atendiam pelo convênio, mas não eram muito diferentes. Acredita que na clínica eles não tomaram conhecimento da medicação que ela estava tomando e depois de muitos dias foi que vi o estado da minha filha e levei para eles o que ela estava acostumada a tomar. Ela parecia uma pessoa estranha, indiferente à minha presença.

É interessante pensar que Mariana, por meio da reflexão, confronta e analisa as práticas que envolvem, influenciam e comprometem a segurança física e psicológica da filha. Ela é crítica da lógica manicomial e da ainda frequente condição de descaso e de práticas violentas presentes em muitas instituições de saúde mental centradas na internação. Por outro lado, Mariana não rompe com as próprias práticas cristalizadas de controle e vigilância, típicas do modelo manicomial.

Com o avançar da pesquisa e com as reflexões elaboradas em seu processo, foi possível compreender que o modo de agir de Mariana está articulado não somente ao seu momento atual, em que sua configuração subjetiva do cuidado expressa sentidos subjetivos associados ao espaço social com a filha, mas também à sua história singular, construída em múltiplos contextos. As tensões e contradições que operam no processo do cuidar estão associadas às suas experiências sociais e culturais que emergem subjetivamente na sua relação com Cláudia. Com isso, enquanto pesquisador em diálogo, passei a criar novas ações que provocassem Mariana, para mobilizá-la em direção a mudanças voltadas para seu desenvolvimento subjetivo.

Até então, nossas conversas estavam acontecendo na sua casa, mais especificamente, na sala. Durante este período, algumas vezes, eu sinalizei que nossos encontros poderiam ser realizados em outros lugares ou em atividades nas quais ela desejasse que eu a acompanhasse. Como pesquisador, permanecia atento a possibilidades de favorecer produções subjetivas alternativas por parte da participante. Foi assim que, depois de três meses frequentando a casa de Mariana semanalmente, fui surpreendido com uma mensagem no *WhatsApp* pedindo para que o próximo encontro fosse no Santuário da Mãe Rainha, próximo à torre digital.

No novo ambiente de encontro, Mariana disse:

M: Este lugar é muito tranquilo, transmite paz. Eu tenho um amigo que é voluntário aqui. Às vezes vinha aqui, principalmente na festa de São João, aquelas comidas gostosas de milho.

A mudança do encontro para um lugar tranquilo e que transmite paz, sugerida por Mariana, pode ser vista como **indicador da produção de sentidos subjetivos associados à abertura dela para aprofundar seu vínculo comigo enquanto pesquisador**. A atitude de Mariana sinaliza a criação de espaços sociais próprios, onde podia se sentir mais confortável e segura. Esse novo espaço facilitou a abertura para novas reflexões, posicionamentos e construções interpretativas.

Mediante a maior confiança entre pesquisador-participante, novos temas surgiram em nosso diálogo, como descrito a seguir:

P: A canjica está ótima, Mariana. Estava aqui pensando que você não costuma sair de casa, sair para um cinema, ir a uma academia para fortalecer o físico, aumentar o círculo de amizade.

M: É, eu que sou graduada em educação física, sei a importância dos exercícios, mas gosto de ficar em casa, não tenho disposição para me deslocar, mesmo que seja em Sobradinho, aqui pertinho, que tem uma academia ótima. Uma amiga, no condomínio vizinho, me chama direto para nadarmos juntas numa piscina que ela tem em sua casa, mas sempre a indisposição é maior.

P: Você não tem alguma habilidade que gostaria de explorar, colocar em prática?

M: Eu faço crochê e, modéstia à parte, sou boa. Já fiz roupas para os meninos, tapetes, conjunto para banheiros, toalhas de mesas, coisas deste tipo. Tem vários pontos, depois que pega jeito, o desenrolar tornar-se fácil. Vou pegar algumas peças que fiz.

P: São realmente bonitas e bem feitas. Porque você não investe nessa área, pode servir de fonte de recurso e envolver-se numa atividade que possa conhecer pessoas e sair um pouco de casa.

M: É, mas, hoje, não me encontro disposta para voltar a fazer esse tipo de trabalho e não sou boa de vender, não sei negociar, termino dando para as pessoas.

P: No momento, você teria algo que despertasse você, para fazer?

M: Você me fez lembrar do que vi no programa "É de Casa", que passa nos sábados, de como reformar cabeceiras e estrados de camas, transformando-as em bancos. Eu tenho três camas aqui em casa que estou pensando em fazer isto, e eu mesma posso fazer o estofado do assento.

P: Mariana, se você quiser eu posso te ajudar nesse trabalho, eu tenho algumas ferramentas em casa, e podemos fazer juntos.

M: Ah, eu gostaria, vamos combinar de no próximo encontro iniciar esse projeto. Venha, eu vou te mostrar as camas que tenho, está guardada no depósito, no muro. Não olhe a bagunça, feche os olhos (risos).

Antes de continuar relatando sobre a mudança de direção que se deu na pesquisa, é importante ressaltar que, em encontros que antecederam a sugestão dela de irmos ao Santuário, vínhamos falando sobre ela fazer algo diferente, alguma atividade para sair de casa, para se envolver fisicamente e para aumentar seu círculo de amizade. Ela, o tempo todo, vinha mantendo uma resistência em se envolver com as pessoas, apresentando, como desculpas, sua desconfiança nos outros. Tinha uma fala recorrente: que estava cansada com as experiências frustradas de pessoas que só queriam tirar vantagem dela, principalmente os parentes. Dessa forma, vinha se isolando, se fechando. Até o grupo de amigos que regularmente se reúne no condomínio, mensalmente na casa de um integrante, acabou revelando que as relações são periféricas, que, apesar de estar rodeada de pessoas, não existe aprofundamento nos vínculos. Mariana não arriscava conversar assuntos particulares, como podemos observar na fala:

P: Me fale mais sobre sua rede de relacionamento?

M: Falando sério, com ninguém. Até com o grupo de amigos, aqui, onde nos reunimos uma vez por mês, alternando na casa de cada um, você começa a falar com algum deles e você percebe que eles estão com o pensamento em outro lugar. Eles te ouvem, mas não te acolhem como ouvinte. É uma relação superficial, ninguém está preocupado com o outro, de cuidar quando precisa.

Mariana apresentava um círculo social dominado por relações superficiais, que não contribuíam para produção de sentidos subjetivos alternativos. Entretanto, na relação de confiança que estava sendo construída entre pesquisador-participante, mobilizando afetos e reflexões, confrontando a qualidade dos encontros, passou a gerar novos sentidos subjetivos, constituindo recursos do cotidiano e novas opções de vida (GONZÁLEZ REY, 2011). Esse processo se expressou no seguinte encontro, em que observo uma expressão diferente ao bater na porta de sua casa. Mariana abre a porta e se esconde, depois surge de súbito com um sorriso largo, dizendo: "estou pronta". E, antes que eu começasse a falar, me pergunta;

M: Como foi sua semana?

Eu, também em tom bem humorado, disse:

P: Mariana, essa pergunta é minha.

M: Pois é, meu filho, as coisas estão mudando. Estou cheia de ideias.

Analisando esse trecho de informação, podemos tecer um **indicador de sentidos subjetivos alternativos ao sofrimento e ao isolamento social que caracterizavam seu estado até então**. Logo que cheguei, como de costume, passamos alguns minutos conversando na sala e estava observando suas atitudes, inquieta, usando botas de couro e roupas apropriadas para a nova atividade. Meia hora depois, ela se levantou e me conduziu a uma churrasqueira que tem nos fundos da sua casa e passou a me mostrar algumas ferramentas que tinha em casa: furadeira, brocas, extensão, parafusos etc. Em seguida, ela pediu para ajudá-la a descer as partes que compõem as três camas, que estavam desmontadas em cima de uma laje, e começa a comentar sobre como estava pensando em transformar as camas em bancos. Passou, então, a me mostrar alguns modelos no *YouTube* e a pedir minha sugestão. Passamos a conversar sobre as modificações nas camas, como podemos observar a seguir:

Mariana: Gilvan, veja esse banco. Vai dar certo, as camas se parecem com as minhas, o que você acha?

Pesquisador: É, são bonitos, mas o projeto é seu. Você escolhe, estou aqui para lhe apoiar no que for necessário.

M: Então vamos fazer igual a esse aqui. Você concorda?

P: É uma boa escolha.

M: Mas tem um detalhe, eu só faço esses projetos se você aceitar uma cama de presente, para fazer também um banco para você, do seu jeito, porque três camas é demais para mim.

P: Tudo bem, aceito.

A fala que Mariana passa a assumir pode ser vista como **indicador do protagonismo em seus projetos, posicionando-se ativamente na nossa relação, fazendo planos, criando modelos, negociando, assumindo-se como agente desse processo**. Esse processo é fundamentado por novos sentidos subjetivos que ganhavam novos contornos na relação pesquisador-participante e nos planos que ela fazia em sua casa.

Para prosseguir com o projeto, Mariana decidiu qual seria a largura e o comprimento dos bancos. Também, combinamos, nesse encontro, que eu levaria

algumas peças das três camas para minha casa, porque havia espaço e ferramentas apropriadas para cortar, de modo que eu retornaria no próximo encontro com as partes principais já cortadas nos tamanhos, sob medida. Também, combinamos que eu traria ferramentas essenciais para dar continuidade ao projeto, como parafusadeira, martelo, serra tico-tico, serra meia-esquadria, entre outros itens.

Durante a semana, enquanto estava em minha casa cortando as peças da cama, eu e a Mariana trocávamos algumas mensagens pelo *WhatsApp*, alterando o projeto do banco – o que é mais uma evidência de como ela se implicou nesse projeto, realizando escolhas e sugerindo mudanças:

P: Mariana, essas réguas de madeira vem até a frente. É desse jeito que prefere? Porque, pelo que tínhamos combinado, elas ficavam no rebaixo. Você escolhe qual a melhor forma.

M: Tem das duas formas, conforme o pé da cama. A de casal é diferente da de solteiro. Penso que colocar a madeira por cima é mais fácil.

P: Então, vou encaixar do jeito que pediu, depois envio a foto.

A vontade de Mariana em envolver-se nesse projeto, posicionando-se com ideias, apresentando iniciativas, ocupando seu espaço de forma criativa, permaneceu do início ao fim da transformação das camas em bancos, que durou aproximadamente seis encontros, entre julho e agosto de 2019. Nesse período, ela me recebia em sua casa com um sorriso contagiante, perguntando como havia sido a minha semana, soltando piadinhas, dizendo frequentemente: "estou cheia de ideias". É interessante ressaltar que eu me colocava como ajudante, apoio, quando Mariana ia cortar uma peça, quando ela ia realizar furos na madeira, ou parafusar, unindo as partes do banco. Na semana, entre um encontro e outro, ela ficava responsável por lixar, comprar material para envernizar e dar o acabamento final.

Durante a realização do projeto, Mariana, por diversas vezes, utilizou-se da comunicação virtual, via *WhatsApp*, para fazer sugestões sobre como alterar e melhorar o projeto dos bancos. Mandava vídeos e fotos de vários tipos de alternativas de bancos, pedindo minha opinião. Eu fazia minhas considerações, mas sempre devolvia para ela a decisão final. De fato, o projeto dos bancos foi alterado e ficou melhor do que idealizado no início. As figuras 1 e 2, abaixo, registram alguns momentos na casa da Mariana:



Figura 1 - Finalização de um dos bancos, tirada em 03 de agosto de 2019



Figura 2 - Construção de um painel de jardim , tirada em 08 de novembro de 2019

Enquanto realizávamos algumas operações, como medir, cortar, furar, Mariana começou a trazer assuntos que ela mesma confessou que não contaria para mais ninguém, **o que é indicador de que o projeto dos bancos extrapolava a sua concretude e avançava em novas reflexões e abertura a novos campos de diálogo.** Nesse caso, ela passou a falar sobre a perda do filho com seis meses,

que tinha nascido prematuro e morreu de pneumonia. Falou também dos detalhes de um filho que perdeu num acidente de carro em 1998, com idade de 15 anos. A fala dela, a seguir, aborda esses temas:

P: Mariana, está na hora, vou indo.

M: Mas já? O tempo passa rápido! Já escureceu. Deixa eu te falar uma coisa. Sabe sobre aquele assunto que comecei a falar sobre o raio que não cai duas vezes no mesmo lugar? Pois bem. Quando o meu filho morreu no acidente, fiquei mal, com depressão. Como coincidiu com a minha aposentaria, passei uns dois anos em Goiânia, me recuperando.

Esse trecho de informação aponta para um espaço social que estava melhorando sua qualidade, levando-a a refletir sobre outras áreas de sua vida e a entrar nessa discussão. Esse processo me deixou ainda mais motivado na pesquisa, pois percebia que ela ganhava uma dimensão prática e educativa naquela relação. No entanto, essas mudanças não aconteceram de forma somente pontual, mas incluíam os assuntos abordados e o projeto dos bancos. A mudança de Mariana em outros espaços sociais pôde ser observada em relações importantes de sua vida, como com o filho, que começa a participar de seus projetos, apresentando sugestões, como podemos observar a seguir:

Mariana: Meu filho agora deu para se meter nos meus projetos. Disse que seria melhor colocar o apoio dos braços feitos de ferro fundido, em vez de madeira. Aí, fui atrás de um serralheiro, meu amigo, e ele disse que seria uma boa ideia, para combinar com o estilo veneziano que a cama tinha.

A fala de Mariana pode ser vista como um consistente indicador de que a mudança que estava ocorrendo na nossa relação, como espaço gerador de novos sentidos subjetivos, estava se estendendo para outras relações sociais, neste caso, com o filho e o colega serralheiro. Quando ela diz "meu filho agora deu para se meter nos meus projetos", ela expressa de forma não intencional que havia uma outra comunicação com seu filho, que antes era superficial. Possivelmente, ele tenha encontrado nela uma abertura para conversar e, conseqüentemente, vieram as sugestões. A comunicação dos integrantes da família, até aqueles dias que se desenvolvia a pesquisa, caracterizava-se pela falta de interesse entre seus membros. Falava-se o mínimo necessário.

A partir dessa novidade, mencionada por Mariana, em todo encontro ela

passou a trazer novas informações sobre o que estava acontecendo e a contá-las com satisfação. Depois da conclusão do projeto da cama, outros projetos foram sugeridos por Mariana, como pegar as sobras do lastro da cama para fazer uma grade para colocar plantas suspensas na parede, *Figura 2*, apresentada anteriormente. Algumas semanas depois, ela apareceu com uma sacola na sala com jogos de aparador de pratos, feitos de tricô. Ela desceu as escadas com as sacolas, sentou no sofá, colocou as sacolas ao seu lado, ainda sem falar sobre o que seriam aquelas sacolas. Então, perguntei diretamente o que estavam naquelas sacolas, e ela começou a me mostrar, feliz. Disse que estava fazendo peças de tricô e que já estava vendendo para as amigas. A fala de Mariana, abaixo, mostra a felicidade dela ao me mostrar suas novas realizações:

P: Mariana, o que está dentro destas sacolas?

M: Você não vai acreditar, comecei a fazer tricô novamente, e fiquei empolgada. Já fiz vários conjuntos como estes. Veja, tem seis peças e, estou até vendendo. Tem gente na espera.

P: São bonitos, as peças são grandes. Você faz um jogo deste em quanto tempo?

M: Levo uns três dias. Estou empolgada, inclusive fiz duas Boinas de Crochê, para meus netos. Eles ficaram contentes.

A fala de Mariana expressa mudanças significativas no seu cotidiano, de modo que ela não estava mais subjetivamente centrada na condição da vítima cuidadora, na vigilância e no controle da filha, ou na queixa em função da exploração por parte dos familiares, por exemplo. **No processo, foi possível construir uma série de indicadores de sentidos subjetivos, que foram se organizando na base de diferentes iniciativas. Esse processo fundamenta uma segunda hipótese sobre seu caso: a constituição de uma nova configuração subjetiva caracterizada pela sua emergência como sujeito de sua vida naquele momento.** Antes, ela dizia que ficar com os netos, para além do peso de cuidar de Cláudia, era uma carga a mais que o filho tinha arrumado para ela. Interessantemente, nesse processo de abertura subjetiva de Mariana, ela passou a se interessar mais pela vida dos netos, como se percebe na fala "Estou empolgada, inclusive fiz duas Boinas de Crochê, para meus netos. Eles ficaram contentes". Inclusive, esse interesse extrapolou para outros espaços dos netos, como a escola e

como o cuidado deles está sendo realizado pelas noras e familiares da parte da mãe deles. Isso fica explícito no trecho a seguir:

P: Por que você acha que a Valéria está carente?

M: Porque a avó dela tem me comunicado que na escola ela vem dando trabalho para os professores. Facilmente se irrita, joga-se no chão e começa a puxar o próprio cabelo, querendo chamar a atenção. Tem brigado com os coleguinhas. E veja esta foto, dos arranhões que sofreu com a última briga. Ela vive num apartamento pequeno com a mãe, a avó e mais três tios. A avó já está sofrendo com o tratamento contra o câncer, a mãe não para em casa, trata a filha com a mesma agressividade, e os tios têm suas ocupações. É um ambiente difícil. Apesar de estar rodeado de pessoas, ela tem uma carência e isso percebo aqui, porque, quando ela vem para cá, ela não quer que o outro meu neto, o Lúcio, se aproxime de mim. Quer que eu fique somente com ela. Eu só não trago ela para casa, porque já tem Cláudia, que dá muito trabalho.

P: Mariana, existe alguma semelhança entre o comportamento de Valéria e da Cláudia?

M: Olha, pensando direitinho, acho que tem tudo a ver. Cláudia se comportava igualzinho como a minha neta. Como já havia comentado, ela só queria eu e o pai para ela, não queria de forma nenhuma que desse atenção para os outros meus filhos. Dava escândalo, tanto em casa como em lugares públicos, quando não cedíamos aos seus desejos.

P: Percebo que está usando de estratégias com a Valéria. Não daria certo de usar de estratégias semelhantes para o comportamento da Cláudia?

M: Sabe que estou pensando nisso já há algum tempo. Mas fico com medo da reação da Cláudia, porque uma coisa é a agressividade de uma criança, posso controlar, outra coisa é ficar na expectativa da reação da Cláudia, ela pode entrar em crise e ela é muito violenta. Mas, atualmente, os remédios têm deixado ela parecendo uma pessoa normal, até fala comigo pacificamente. Seria uma boa oportunidade de fazer uma tentativa.

Os desdobramentos dessa nova configuração subjetiva, que estão na base de sua emergência como sujeito, expressam-se em diversos espaços sociais e novos projetos levados a cabo por Mariana. Também, passam a trazer novas reflexões e posicionamentos relacionados ao cuidado, tornando-a mais sensível a mudanças e mais confiante na possibilidade de construir o diferente.

Nesse processo, a hipótese construída pôde ser reforçada em vários outros espaços em que Mariana passou a integrar a sua vida. A seguir, apresento mais um trecho de diálogo que representa Mariana e sua configuração subjetiva ao final da pesquisa:

P: Está animada, pelo visto hoje você tem muitas novidades para contar.

M: Até que não, só estou de bem com a vida. Cláudia está namorando, a

cachorra está bem, depois que fez a cirurgia. Eu fui com o meu neto, aqui pertinho, em uma área de preservação do condomínio ao lado, fazer uma caminhada em homenagem ao dia da árvore, e tomei banho numa cachoeira que tem lá, veja as fotos.

P: Observando as fotos, vejo que realmente o lugar é bonito, eu não sabia que tinha essa cachoeira aqui nas proximidades. Vejo nas fotos que você fez grandes esforços, caminhou em trilha, subiu em escadas, então, pelo que percebe a sua situação pós-cirurgia está ótima, não é mesmo?

M: Sim, graças a Deus. Eu e a Sofia (cachorra) estamos muito bem. Agora, uma coisa tem me preocupado, ultimamente venho observando um comportamento estranho em meu neto. Ele não tem mais interesse de sair de casa, fica isolado no celular, a pessoa chama para sair para os lugares e ele fica colocando dificuldades. Um menino na idade dele ficaria feliz se alguém o chamasse para passear, mas ele chega aqui em casa e se tranca no quarto, ou fica na TV ou no celular.

P: Qual a sua preocupação?

M: Sei lá, de repente ele está dando sinais de algum distúrbio e não estou percebendo. Ele chegou recentemente de uma viagem que fez com o tio, e o tio enviava fotos da praia e coisas deste tipo. Seria natural que chegasse aqui em casa e me contasse as novidades, mas não. Ele só fala se você perguntar. No dia do passeio, na cachoeira, foi a maior dificuldade para convencê-lo para sair de casa. Veja essa foto aqui, eu tirei com muito custo, porque ele não quer tirar fotos, fica virando o rosto, fugindo para não sair nas fotos.

Esse trecho de informação é interessante, pois pode ser visto como mais um indicador do novo processo de subjetivação de Mariana, em diferentes espaços sociais, envolvendo os netos, Cláudia e até uma cachorra chamada Sofia. A primeira surpresa foi ver a expressão de Mariana ao falar: "Cláudia está namorando, a cachorra está bem, depois que fez a cirurgia", com naturalidade. Em dias anteriores, a conversa era centrada nos problemas que Cláudia trazia para casa, na vigilância exagerada, que aumentava o sofrimento das duas, e no fato de Mariana apresentar um semblante entristecido, acompanhado de muitas reclamações, além de procurar insistentemente o isolamento, afastando-se das pessoas e de oportunidades que apareciam em sua vida. Ao final da pesquisa, ela aceitava o namoro de Cláudia com outro olhar, seu posicionamento estava voltado para a integração com os membros mais próximo da família e, de forma interessada, desejava resolver as dificuldades que eles apresentavam. Sobre a situação do animal, que, segundo ela, passa bem depois da cirurgia, vale notar que ela se ressentia porque não tinha forças para decidir sobre o que fazer com a cachorra, que estava visivelmente mal de saúde. Pensou até em sacrificá-la. Enfim, Mariana passou a apresentar novas perspectivas, novos interesses e, fundamentalmente, um novo posicionamento frente à vida,

transitando de forma mais fluida por vários espaços e relações, inclusive no cuidar, não mais se adaptando a ele, mas realizando mudanças ativamente no processo.

Para finalizar, a fala a seguir expressa como esse processo aconteceu de forma estreitamente vinculada ao seu desenvolvimento subjetivo. Ela me enviou uma mensagem de *WhatsApp*, enquanto estava finalizando a escrita desta Dissertação de Mestrado:

M: Me candidatei ao Conselho Fiscal do Condomínio.

A fala de Mariana reforça a hipótese de sua emergência como sujeito de seu processo de vida, abrindo alternativas à configuração subjetiva dominante anterior, que a deixava paralisada e sem motivação para criar e atuar de maneira diferente. Nesse processo, Mariana não somente abriu novos caminhos de subjetivação, como resgatou qualidades por ela adormecidas.

5.1.1 Construções parciais

Em conformidade com as construções interpretativas elaboradas a partir do caso de Mariana, podemos assinalar os seguintes aspectos:

1) No início da pesquisa, Mariana apresentava uma configuração subjetiva do cuidado marcada pela subjetividade social dominante expressa pelo modelo familiar tradicional, arraigado numa separação estanque e normatizada de gênero. Ela assumiu o compromisso de principal cuidadora da filha diagnosticada com transtorno mental, impregnada por uma visão de mundo a partir da qual as mulheres são as únicas responsáveis por um conjunto de atividades. Acreditando estar seguindo a norma, Mariana se vê com a “missão perpétua” de cuidar da filha-usuária, assumindo todos os riscos e esforços, isolando-se social e afetivamente dos outros integrantes da família e de outras possíveis fontes de apoio.

2) Como desdobramento desse isolamento social, Mariana representa a grande parte das mulheres que se encontram nessa posição de cuidadora principal, diante de uma rede de dispositivos do SUS que se mostra ineficiente na ação de cuidar do

cuidador. Esse quadro agrava-se a partir de dispositivos técnicos, teóricos e institucionais que não consideram de forma consistente a complexidade e a singularidade dos processos humanos envolvidos no cuidado. Nessa condição, o desenvolvimento subjetivo é obliterado como fonte geradora de recursos para romper com diferentes desafios na tarefa do cuidar.

3) Durante um período razoavelmente longo da pesquisa, acompanhamos Mariana mergulhada em uma trama social e familiar em que ela buscava continuamente o isolamento, afastando-se dos conhecidos e familiares, mostrando-se sem recursos subjetivos para realizar seu papel de cuidadora. O contexto de conflitos familiares, constantes constrangimentos frente a uma sociedade ainda impregnada pelo preconceito do estigma da loucura, articulam-se num quadro no qual Mariana figura como candidata possível de sucumbir às pressões sociais, uma vez que estava fragilizada e sem condições de gerar alternativas ao sofrimento que foi se cristalizando.

4) Embora Mariana tenha tido algumas relações de apoio enquanto cuidadora de Cláudia, esses espaços sociais não foram significativos a ponto de expandir os recursos alcançados para outras dimensões de sua vida, impossibilitando que ela rompesse com a condição de vítima permanente que se sentia. Sua busca por lidar com situações difíceis no cuidado com a filha, articulada a seu enclausuramento cotidiano, bem como à sua fragilidade subjetiva, expressam-se no uso permanente de intenso controle e vigilância sobre o comportamento da filha como estratégia de cuidado. Esse processo pode ser visto como forma inconsciente de defesa contra sua própria desorganização emocional. O cuidado, nesse sentido, constituiu-se num conjunto de ações diárias formando um sistema simbiótico sustentado por uma relação de dependência que foi se configurando entre mãe e filha ao longo da história familiar, indo na direção contrária à emancipação dos envolvidos no processo.

5) Com o decorrer da pesquisa de campo e com o aprofundamento do vínculo entre pesquisador e participante, houve uma mudança sensível em seu cotidiano, fundamentada pela produção e organização de novos sentidos subjetivos orientados ao desenvolvimento subjetivo de Mariana. Nesse processo, a participante foi capaz

de produzir alternativas criativas diante dos desafios que estávamos vivenciando no processo de campo, que, paulatinamente, foram tendo vários desdobramentos em outras esferas, relações e espaços em sua vida, como a transformação de sua relação com os irmãos, filho, netos e com a própria filha. A mudança na relação de Mariana com os membros da família, parentes, amigos e, principalmente, com a filha, abrindo novos caminhos e espaços de subjetivação, expressou sua emergência como sujeito, colocando-se como protagonista da própria vida. Esse processo pôde ser acompanhado nos últimos encontros em seus posicionamentos, iniciativas e em capacidade reflexiva, o que pode ser visto como desdobramento de uma configuração subjetiva contrária à sua condição de alienação, isolamento social e fragilização, que vinha apresentando no início da pesquisa.

6) Os desdobramentos dos diálogos que ocorreram no espaço social da pesquisa contribuíram para dar visibilidade às produções subjetivas da participante e à sua relação com outros espaços sociais, possibilitando reflexões diversas sobre os processos que podem envolver o cuidado em saúde mental. Como já foi justificado na fundamentação teórica, o tema em estudo é complexo e, reconhecendo o valor de outros modelos teóricos, encontrei na teoria e metodologia qualitativa propostas por González Rey uma ferramenta importante nesse campo. O estudo dos processos subjetivos de Mariana tornou-se um processo vivo em que fui sendo demandado de forma ativa, enquanto pesquisador em interlocução dialógica com a participante, em um processo sem regras *a priori*, mas orientado à emergência do sujeito.

Dessa forma, o campo favoreceu uma posição reflexiva como pesquisador e futuro profissional na área da saúde mental, no sentido de fundamentar minha prática em campo nas construções teóricas graduais que fui realizando. Analisando e pondo em prática as diretrizes que a metodologia qualitativa propõe, principalmente com seu caráter interventivo intencional em situações que demandam mudanças, pude vivenciar a transformação subjetiva. Nesse processo, fez-se evidente a possibilidade de o espaço social da pesquisa tornar-se fonte geradora de novas ideias e de sentidos subjetivos que favoreçam o desenvolvimento da subjetividade do participante.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos foram os processos que mobilizaram o percurso e a construção final desta pesquisa, que estiveram associados às minhas inquietações como pesquisador formado em Psicologia e às nuances de um campo social complexo de investigação por estar atravessado por dimensões individuais, sociais, políticas e econômicas. Apresentado a abordagens psicológicas predominantemente individualistas, elitizadas e voltadas para uma lógica mercantil, tive a oportunidade de encontrar os fundamentos teóricos da teoria da subjetividade de González Rey (2003; 2011; 2015; 2017), a qual foi a base para gerar inteligibilidade sobre os processos subjetivos pesquisados, a partir de uma perspectiva integral do ser humano, da cultura e de histórias de vida singulares.

Os pressupostos da teoria da subjetividade levaram-me a compreender o campo da saúde mental e o fenômeno humano em sua pluralidade e singularidade, a realizar construções interpretativas considerando sua dimensão complexa, não girando em torno do sintoma, nem da doença, nem buscando causas, mas considerando sua processualidade e suas relações contraditórias, diferenciadas e recursivas. No percurso da pesquisa, o conceito de sujeito foi fundamental para sustentar a compreensão do entendimento de saúde como processo de subjetivação, como recurso para ampliar o pensamento fragmentado de que o indivíduo desenvolve-se de forma relativamente afastada do social. Dessa forma, entendendo a saúde vinculada às subjetividades individuais e sociais, pude avançar no campo explorando esse atributo humano como fonte geradora de sentidos subjetivos capazes de romper com os processos dominantes que deixam indivíduos momentaneamente paralisados em alguma situação de sofrimento.

Outra contribuição importante para entender o funcionamento dos espaços sociais que vivenciava no campo foi considerar o valor do outro na relação, enquanto interlocutor ativo e gerador de sentidos subjetivos. Sem avaliar a função que os indivíduos ocupavam na relação pesquisador-participantes, o espaço social paulatinamente construído favorecia a produção de sentidos subjetivos promovedores de mudanças na configuração subjetiva dos seus integrantes, influenciando o desenvolvimento de suas subjetividades.

Essas reflexões teóricas corroboram aquilo que foi discutido na fundamentação teórica deste trabalho: há um esforço histórico, político e técnico na

direção da ampliação e da humanização da atenção à saúde mental, mas, ainda de forma predominante, as subjetividades individuais e sociais não são consideradas. Esse processo tem afastado a possibilidade de favorecer a emergência de sujeitos.

Nesse contexto, pesquisar a dimensão do cuidado, considerando a família dos usuários como sistema subjetivo complexo e ativo nos processos de saúde mental, figurou como possibilidade estratégica para contribuir com o campo. Destaco as seguintes ideias como resultados centrais dessa pesquisa:

1) A partir das interpretações construídas no processo de pesquisa de campo relacionadas ao primeiro eixo temático, no Grupo de Família e nas assembleias do serviço, foi possível concluir que os profissionais do CAPS, por vezes, expressam ações voltadas a cumprir rotinas e procedimentos burocráticos, sem estar atento a singularidade dos indivíduos, nem a seus processos de emancipação como sujeitos. Foi possível refletir que o cuidado, muitas vezes, segue centrado numa lógica tradicional, caracterizado por um atendimento periférico, sem considerar o usuário como ser humano complexo.

Com relação ao Grupo de Família, ressaltamos a importância deste espaço relacional como facilitador da mobilização de sentidos subjetivos dos participantes associados às suas experiências no cuidado, criando laços que podem auxiliar em seus processos de desenvolvimento subjetivo, culminando em estratégias inovadoras no cuidar. Sem ter consciência dos processos subjetivos que emergem nesses momentos, os profissionais promovem um espaço relacional em que a comunicação dialógica estabelece uma relação de confiança e de afetividade entre os integrantes, abrindo novos caminhos para refletir sobre a relação de cuidado com o usuário.

A construção da informação fundamentada na experiência do Grupo de Família permitiu pensar as dinâmicas dos familiares cuidadores enquanto sistemas subjetivos sociais. Observou-se que as famílias, mesmo em situações de conflitos, de exploração ou de violência, compartilhando um espaço que oferece tensão permanente, pode configurar-se em um sistema gerador de novos sentidos subjetivos, capaz de produzir recursos e estratégias que possibilitem novas opções aos transtornos mentais. Desse modo, o campo permitiu entender a família como um espaço social potente na geração de mudanças significativas no desenvolvimento subjetivo de seus integrantes.

Nos espaços coletivos estudados, a configuração subjetiva social dominante do cuidado é caracterizada por conflitos, tensões, situações de exploração, violência e rupturas, mas também é a base para novos sentimentos, emoções e reflexões, que possibilitam novos processos de subjetivação, mobilizando novos posicionamentos individuais e sociais. O trabalho evidencia que as configurações subjetivas do cuidado estudadas são caracterizadas por conflitos e tensões, que possibilitam tanto a intensificação de processos de sofrimento, como novos processos de subjetivação orientados à abertura de novos posicionamentos individuais e sociais. A compreensão desse processo contraditório e singular possui importância central na gênese de estratégias de apoio especializado, proporcionando experiências mobilizadoras de sentidos subjetivos nos serviços de atenção à saúde mental.

2) Fazendo referência ao “Eixo temático 2”, que diz respeito ao estudo de caso de Mariana, é importante destacar a mudança significativa que a participante teve no processo da pesquisa, passando de uma mãe infeliz, dependente afetivamente, que não tinha confiança no desenvolvimento da filha, para uma pessoa que emerge como sujeito em seu próprio processo de vida. A visão que Mariana tinha da cronicidade do transtorno mental da filha levou-a a vislumbrar um futuro sem perspectiva, bem como um presente refém de um cuidado em que ela se coloca como vítima. No entanto, quando encontrou um espaço que favorecesse a produção de novos sentidos subjetivos, resultando em processos alternativos à sua configuração subjetiva dominante anterior, Mariana emergiu como sujeito, posicionando-se de forma diferenciada em diferentes campos de sua vida, abrindo novos caminhos de desenvolvimento subjetivo.

É interessante ressaltar o risco de o cuidado confundir-se com controle e proteção. A pesquisa mostrou que a falta de recursos subjetivos e de estratégias para lidar com situações difíceis leva o cuidador a buscar saídas que não contribuem para emancipação dos envolvidos, conduzindo a uma relação de dependência, controle e vigilância. Vimos em alguns momentos da pesquisa que Mariana vivencia um caminho solitário associado ao estigma da loucura, percebendo a ausência e o apoio da rede SUS e o afastamento de familiares e amigos, atribuindo à filha uma carga para toda vida, sem esperança de dias melhores. Como reação e intenção de se proteger emocionalmente, Mariana termina se posicionando de forma a favorecer

que o cuidado se transforme numa relação simbiótica, prejudicial à sua saúde mental e à da filha. No entanto, percebe-se uma mudança subjetiva de Mariana a partir da relação estabelecida como o pesquisador, em que o caráter dialógico dessa relação favoreceu a emergência de Mariana como sujeito, levando-a a construir novas estratégias e novos caminhos para romper com seu enclausuramento cotidiano.

O trânsito em vários espaços sociais do cotidiano da vida de Mariana permitiu-me observar o valor do diálogo que estava presente na relação pesquisador-participante, na comunicação estabelecida e no processo de subjetivação das ações. A junção da teoria e da prática possibilitou-me considerar os espaços sociais como cenários de constante mobilização de sentidos subjetivos, geradores de “novos” mundos.

O caso de Mariana, como familiar cuidadora, mostra sua mudança de posicionamento e de enfrentamento dos desafios cotidianos, passando de uma pessoa frágil, que se distancia dos outros, que busca o isolamento e que está nos limites de uma desorganização psíquica mais severa, para uma pessoa ativa, capaz de desenvolver estratégias para romper as estruturas dominantes, buscando alternativas e apresentando-se de forma diferenciada para solucionar problemas. Mariana gradualmente deixou de se colocar como vítima, refém da situação, para transitar por vários espaços relacionais, ampliando a qualidade de vida da família, facilitando novos campos de diálogo, trazendo mudanças significativas. Desse modo, a pesquisa trouxe visibilidade a processos subjetivos que emergem nas relações sociais capazes de abrir novos caminhos de subjetivação, favorecendo a exploração de caminhos para apoiar o desenvolvimento da subjetividade de indivíduos envolvidos no cuidado em saúde mental.

A configuração subjetiva do cuidado em saúde mental, relacionado a familiares cuidadores de usuários do CAPS, possibilitou a construção de reflexões teóricas que podem ser importantes para compreender outros processos subjetivos que circulam nos espaços relacionais investigados, assim como em outros em situações semelhantes. Atividades como as de Grupo de Família, por exemplo – em que familiares cuidadores reúnem-se para dialogar, apoiarem-se mutuamente, compartilhando seus medos e angústias em processos de desafios associados às ameaças físicas e psicológicas que atravessam – tornam-se espaços sociais geradores de sentidos subjetivos diferenciados como forma inovadora de evidenciar

aspectos subjetivos das relações humanas. Esses momentos qualitativos vivenciados pelos familiares, pois, ultrapassam os limites do campo do conhecimento intelectual, racional, uma vez que comunicam processos subjetivos capazes de promover rupturas com as configurações dominantes. Nesse sentido, a mudança no desenvolvimento subjetivo dos participantes do grupo, cuja consequência é a promoção da própria emancipação, a descoberta de caminhos alternativos ao sofrimento, pode contribuir na ruptura da relação de dependência entre os familiares cuidadores e os serviços oferecidos pelos CAPS.

Diante do exposto, penso que a emancipação dos indivíduos implicados no cuidado no âmbito do SUS reside em acreditar e em favorecer o potencial da subjetividade humana. Embora de forma limitada e contextualizada, esta pesquisa ofereceu um modelo teórico para pensar na complexidade que envolve o tema do cuidado em saúde mental, levando-nos a entender a importância de seus participantes emergirem como sujeitos do processo de cuidado. A construção interpretativa com base nas informações de campo trouxe inteligibilidade sobre processos subjetivos que transcendem a subjetividade social institucionalizante, caracterizada pela naturalização do sintoma, do diagnóstico, da medicalização e das representações hegemônicas do cuidado. Nesse sentido, essa pesquisa pode servir como modelo teórico a ser desdobrado em outros espaços que implicam o cuidado, favorecendo estratégias orientadas à emergência de sujeitos, não ao controle e tampouco à vigilância de crises eventuais.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 05-20, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.

ALVES, C. F. O. *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, [S. l.], v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar, 2009.

ALVES, F. A. **Doença mental nem sempre é doença**: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no norte de Portugal. Porto, Portugal: Afrontamento, 2011.

AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr., 2009.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

BAROSSO, S. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. (Org.). **Diálogos em Psicologia**: práticas profissionais e produção do conhecimento. 1ed. Uberaba: Editora da UFTM, 2012, p. 107-120.

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

BEZERRA, M. S. **Dificuldades de aprendizagem e subjetividade**: Para além das representações hegemônicas do aprender. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2014.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto - enfermagem**., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2019.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B.; P. AMARANTE (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício** – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 71-90.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BONTEMPO, Valéria Lima. A assembleia de usuários e o CAPSI. **Psicologia: ciência e profissão.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 184-189, mar. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil Brasília.** Senado Federal, Brasília - DF, 1988.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 02.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília - DF, 2002.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília -DF, 2004.

_____. **Código civil brasileiro e legislação correlata (2002)** – 2. ed. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

_____. **Ministério da Saúde.** Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2013.

_____. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

BUENO, Chris. **30 anos da Constituição Cidadã.** v. 70, n. 4, p. 11-13, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252018000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** São Paulo, 2000.

CARVALHO, Enewton Eneas de. *et al.* O saber cuidar do ser humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff . **Revista de enfermagem.** UFPE online; 7, 3, n. esp., p. 990-994, mar. 2013.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2009, p. 51-57.

CECCATO, Silvia Regina; SAND, Isabel Cristina Pacheco van der. **O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 3, n. 1, dez. 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/700/769>>. Acesso em: 08 out. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dec. 2019.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-167, 2005.

CORDEIRO, Mariana Prioli. A psicologia no SUAS: uma revisão de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**., Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 166-183, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2019.

COLLETI, Mayara *et al.* A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, p.123 -135, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2018.

COSTA, Fábio Luciano Oliveira. As reformas políticas e econômicas neoliberais no contexto dos países desenvolvidos. **Universitas Relações Internacionais**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 161-187, jul./dez., 2011.

COSTA, I. I. A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. **Interfaces: Revista de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 73-80, jan./jul., 1999.

CUNHA, Isabela de Oliveira da; GOULART, Daniel Magalhães. A subjetividade de cuidadores familiares no contexto da saúde mental: considerações metodológicas. **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. Atas CIAIQ2018, Fortaleza - CE., 2018.

DIMENSTEIN, M.*et al.* Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1209-1226, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel *et al.* O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.12-19.

DEMARCO DA; JARDIM VMR; KANTORSKI LP. Perfil dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: distribuição por tipo de serviço. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. 2017 jul./set.; 9, 3, p. 732-737.

FARR, R. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

FERIOTTI, Maria de Lourdes. **Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo**. Vínculo, v. 6, n. 2, p. 179-190, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2019.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *et al.* **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; SANTI, Pedro Luís Ribeiro. **Psicologia (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência**. São Paulo: EDUC, 2015.

FILHO, Antonio José de Almeida *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 4, p. 117-125, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 2011.

GERGEN K. J. **Realities and relationships: Soundings in social construction** (2nd ed.). Cambridge: Harvard University Press, 1997.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfarestate: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-236, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

GONÇALVES, Maria da Graça M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2013.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

_____. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

_____. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação**

histórico-cultural. Trad. Guillermo Matias Gumucio. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

_____. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 328-345, 2010.

_____. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **O social na psicologia e a psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos da construção da informação**. São Paulo: Cengage, 2015.

GONZÁLEZ REY, F; MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2017.

GOULART, Daniel Magalhães; ALCANTARA, Raquel de. (Orgs.). **Educação escolar e subjetividade: desafios contemporâneos**. 1. ed. Rockville: Global South Press, 2016.

GOULART, D. M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2013.

_____. **Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito**. Tese de doutorado em educação. Brasília – DF, 2017.

_____. A pesquisa qualitativa em psicologia: contradições, alternativas e desafios. **Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, p. 1-4, 2018.

_____. **Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: da patologização à ética do sujeito**. São Paulo: Cortez, 2019.

ILLICH, I. **Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araujo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev.2019.

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. **Vínculo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2019.

YAMAMOTO, Oswaldo H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. spe, p. 6-17, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2019.

LIVIANU, R. **Justiça, cidadania e democracia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009.

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. *Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400216&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2019.

MASINI, Daniela Viecili C; GOULART, Daniel Magalhães. Papel do ensino de medicina na (des) construção do aparato manicomial. **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. Atas CIAIQ2018, Fortaleza - CE.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade em psicologia. In: GONZÁLEZ REY (Org). **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

MORAIS, Gabriela. Contributos portugueses para o estudo do culto das cabeças. **Studi celtici**. An International Journal of History, Linguistics, and Cultural Anthropology, 9, 2011, pp. 115-204.

MORIN, Edgar. **Meu caminho**: entrevistas com Djénane Kareh Tager. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MUNDIM, J. **A crise da educação contemporânea e a escola**: o que paira sobre o chão que pisamos? (Tese de Doutorado) Faculdade de Educação. Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

NEUBERN, Maurício S. Subjetividade e complexidade na clínica psicológica:

superando dicotomias. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 835-851, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000300835&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018.

NUTTON, Vivian. **Ancient Medicine** (Sciences of Antiquity). Taylor and Francis, Routledge 2013.

OLIVEIRA, Carlindo Rodrigues de; OLIVEIRA, Regina Coeli de. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 5-29, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2003. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, June 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Mar. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001.

_____. **1946**. Constituição. Disponível em: <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/)>. Acesso em: 28 maio 2018.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, abr. 2011.

PARKER, I. **Revolução na Psicologia: da alienação à emancipação**. Campinas, SP: Alínea, 2014.

PEIXOTO, M.C.L. Plano Nacional de Educação 2011-2020: desafios para a educação superior. In: CUNHA, C.; SOUSA, J.V.; SILVA, M.A.(Orgs.). **Universidade e educação básica: políticas e articulações possíveis**. Brasília: Faculdade de Educação/Universidade de Brasília; Liber livro, 2012, p. 67- 91.

PINHEIRO, P.N.C. *at al.* O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2005.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal, **Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial**. Psicologia em Estudo, 2010: Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122130004>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

POLEJACK, Larissa *et al.* (Org.). **Psicologia e políticas públicas na Saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

PLANALTO. LEI nº 8.213, de 24 de JULHO de 1991. **Da finalidade e dos princípios básicos da previdência social**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm>. Acesso em: 12 de nov. 2018.

_____. LEI nº 8.1146, de 6 de JULHO de 2015. **Inclusão da pessoa com deficiência**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm#art101>. Acesso em: 12 nov. 2018.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Manual de procedimentos em benefícios: diretrizes de apoio à decisão-pericial em Psiquiatria**. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/21112/3386468_109700.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

RANCIÈRE, J. **O Mestre ignorante** – cinco lições sobre a emancipação intelectual. Tradução de Lílian do Valle. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

RAUTER, Cristina; PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. **Psicologia em Estudo.**, Maringá, v. 14, n.2, p. 267-275, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2018.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RESENDE, Tânia Inessa Martins de. **Saúde mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica**. Tânia Inessa Martins de Resende, Ileno Izídio da Costa. Curitiba: Juruá, 2017.

ROSA, L. C. dos S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, n. 71, ano XXIII, Especial. São Paulo: Cortez, 2002, p. 138-161.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

ROTELLI, F. *et al.* **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira *et al.* Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e51934, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

14472016000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2020.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicologia & Sociedade.**, Belo Horizonte, v. 30, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100228&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2019.

SANTANA, Clara V. M. de Oliveira e R. **A família na atualidade: novo conceito de família, novas formações e o papel do Ibdfam (Instituto Brasileiro de Direito de Família).** Monografia (graduação em Direito) - Universidade Tiradentes - UNIT. Aracaju-SE, 2015.

SANTOS, A. R. C. **Alienados, anormais, usuários claudicantes: a máquina psiquiátrica e a produção da subjetividade falha.** Dissertação de Mestrado (Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, 2003.

SCARCELLI, Ianni Regia; ALENCAR, Sandra Luiza de Souza. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. **Anais.** Florianópolis, SC: Associação Brasileira de Saúde Mental, 2008.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza *et al.* A experiência de familiares no cuidado em Saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** v. 59, n. 2, p. 143-155, dez., Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SILVA, M. A. Do projeto político do Banco Mundial ao projeto político-pedagógico da escola pública brasileira. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 283-301, dez., 2003.

SILVA, Luzia Wilma Santana da *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2019.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Psicologia Argumento**, v. 26, p. 207-215. Curitiba: Universitária Champagnat, 2008.

TACCA, Maria Carmem V. Rosa *et al.* **Subjetividade, aprendizagem e desenvolvimento: estudos de caso em foco.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2019.

TAVARES, R.C.; Sousa, S. M. G. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? **Revista Psicologia & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 40-49, 2009. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/12>>. Acesso em: 4 maio 2018.

MORI, Valéria Deusdará; GONZÁLEZ REY, Fernando. A saúde como processo

subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, dez., 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2020.

VALLE, T. G.M.(Org.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

VELOSO, Thelma Maria Grisi; EULÁLIO, Maria do Carmo (Orgs.). **Saúde mental: saberes e fazeres**. Campina Grande: EDUEPB, 2016.

VENTURINI, E.A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

VIEIRA, Graciete Oliveira *et al.* Violência e mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 1, p. 48-51, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2019.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, dez., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2019.

WELTER, Belmiro Pedro (Coord.) **Direitos Fundamentais do Direito de Família**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

WORLD Health Organization. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Disponível em <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, jul., 1999.

ZURBA, Magda do Canto (Org.). **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.

ANEXO– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que possui por título Família e saúde mental: a configuração subjetiva do cuidado, que se encontra sob a responsabilidade do pesquisador Gilvan Vieira Lima. Esta pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva Saúde mental desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida, liderado pelo Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart, que tem como objetivo geral compreender desafios atuais da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, de modo a fundamentar alternativas institucionais voltadas para o desenvolvimento humano.

Esta pesquisa propõe explicar a configuração subjetiva social da família em espaços privilegiados: uma oficina terapêutica e a assembleia, voltadas para familiares e usuários de um CAPS do DF. Além disso, busca compreender a configuração subjetiva social do cuidado em uma família de um usuário desse centro.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação ocorrerá por meio de sessões de diálogo que ocorrerão no serviço de saúde mental no qual recebe atendimento ou em outros locais da sua escolha, tais como: durante caminhadas pelas ruas da cidade, parques, praças públicas e seu domicílio. Sua participação também se realizará por meio de eventuais exercícios escritos, sempre respeitando a sua disponibilidade e interesse em datas previamente combinadas com um tempo estimado de uma hora para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relativos à exposição de aspectos sensíveis de sua história e situação atual de vida, de modo a deflagrar possíveis situações de mal-estar. No entanto, todas as medidas de cuidado serão tomadas, e você tem total liberdade para interromper as sessões quando sentir necessidade. Caso o mal-estar persista, podemos colocá-lo(a) em contato com o professor orientador do projeto ou entrar em contato com a equipe do serviço para apoiá-lo(a). Se você aceitar participar, estará contribuindo para a produção de conhecimento sobre impasses e possíveis alternativas às dificuldades da rede de atenção à saúde mental do Distrito Federal atualmente.

Você pode se recusar a responder ou a participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo momentos nos quais os encontros ocorram fora do serviço de saúde mental. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da

pesquisa ou exames para realização da pesquisa), será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no setor educacional do Centro Universitário de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Gilvan Vieira Lima (61) 996449412 ou para Daniel Magalhães Goulart, na Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde do Centro Universitário de Brasília no telefone (61)99875-0001, no horário comercial, disponível inclusive para ligação a cobrar. Caso prefira entrar em contato por *e-mail*, o endereço é: gilvanpsicologia@gmail.com ou danielgoulartbr@yahoo.com.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 3325-4940 ou *e-mail*: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias; uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, com você.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome / assinatura

Brasília, ____ de _____ de 2019

APÊNDICE

TABELA 1. Complemento de frases

Mãe ...
Cláudia ...
Weber ...
Transtorno da filha ...
Família ...
Amo ...
Meus vizinhos ...
Passado ...
Presente ...
Futuro ...
Tempo mais feliz ...
Sempre quis ...
Fico ansiosa quando ...
Fico tranquila quando ...
Quando estou sozinha ...
Minhas ambições ...
Meu maior temor ...
Com frequência sinto ...
Meu lar ...
Muitas vezes reflito sobre ...
Minhas melhores atitudes ...
Infelizmente não posso ...
Esforço-me diariamente ...
Não consigo ...
Eu prefiro ...
Felicidade ...
Quando tenho dúvidas ...
Sofro ...
Secretamente eu ...
Estratégias ...
Gosto ...
Viagens ...
Lamento ...
Casamento ...
Divórcio ...
Ex-esposo ...
Perspectiva de outro casamento ...
Aposentadoria ...
Cláudia: o que mudou ...
Crises ...
Responsabilidade ...
Medicação ...
Internação ...
Psiquiatra ...
Grupo de Família ...
CAPS ...
Amigos da Cláudia ...
Futuro da Cláudia ...

Fonte: Elaborada pelo autor (2019).