ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MARIÁ PERES WESTPHAL

UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*

Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MARIÁ PERES WESTPHAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

PORTO ALEGRE
2019

Ficha Catalográfica

W537u Westphal, Mariá Peres

Utilização do diagnóstico em saúde mental : a percepção de usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial / Mariá Peres Westphal . – 2019.

55 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. Diagnóstico. 4. Estigma. I. Rocha, Kátia Bones. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MARIÁ PERES WESTPHAL

ORIENTADORA: Prof.ª Dr.ª KÁTIA BONES ROCHA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

PORTO ALEGRE
2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MARIÁ PERES WESTPHAL

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª Drª MARIA GABRIELA CURUBETO GODOY
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Profª Drª DANIELA RIBEIRO SCHNEIDER
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prof.ª Dr.ª KÁTIA BONES ROCHA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ORIENTADORA

PORTO ALEGRE
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pelo apoio e incentivo aos meus desejos e sonhos, não deixando que nenhuma falta de recursos influenciasse na minha coragem de ir atrás do que é importante para mim. Agradeço por me ajudarem a caminhar com as minhas pernas, tendo a certeza de que sempre terei um lugar para voltar. Agradeço, igualmente, ao meu irmão, Arthur, por ser sempre a palavra de incentivo. Foi por sentir a sua admiração e confiança no meu potencial, e por saber que posso contar com ele incondicionalmente, que tive coragem de vivenciar algumas experiências, entre elas o mestrado.

Ao companheiro que escolhi para a vida, Patrick, agradeço pelos momentos de compreensão pelas ausências. Quando precisei ir, foi o porto seguro, quando eu voltei, foi amor, paciência e aconchego. Agradeço também por conseguir, com seu jeito leve e sonhador, ser meu pé no chão nas vezes em que mais precisei.

Agradeço a minha orientadora Kátia, que, para além dos ensinamentos teóricos e técnicos, por meio de sua postura ética, colaborativa, respeitosa e compreensiva, contribuiu para a construção de minha identidade profissional.

Aos colegas do grupo de pesquisa, por contribuírem para a construção de um ambiente acolhedor, de trocas significativas, por fazerem a experiência do mestrado ser mais leve. Agradeço por todo cuidado, pelo compartilhamento de experiências e por poder ter com quem contar neste processo.

Agradeço às usuárias, usuários e seus familiares com quem tive a oportunidade de realizar trocas durante o período em que atuei em CAPS, este estudo foi motivado por várias reflexões que tivemos juntas(os). Agradeço principalmente àqueles que participaram nesta pesquisa de forma sincera, aberta e disponível, compartilhando suas histórias, perpassadas por sofrimento, mas também muita força e muito afeto. A todos aqueles que confiaram a mim sua história e seu sentir, meu mais sincero sentimento de gratidão.

Às minhas três avós que, cada uma a seu jeito, me ensinaram por seu exemplo a ser uma mulher corajosa, a acreditar que minha força e capacidade não são condicionadas ao meu sexo. À dona Cely, principalmente, que não pôde frequentar a escola por ser mulher, mas me mostrou a cada rabisco realizado que o querer, o amor e a honestidade são o caminho para uma vida cheia de sentido.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos e pelo incentivo à pesquisa em nosso país.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 7
2. RESUMO EXPANDIDO 8
4. SEÇÃO TEÓRICA 12
4.1 Os modelos de atenção à saúde mental 12
4.2 Os novos dispositivos do cuidado em saúde mental 15
4.3 A origem e a utilização do diagnóstico na prática profissional de atenção à saúde mental 17
5. REFERÊNCIAS: 22
6. ARTIGO: Utilização do diagnóstico em saúde mental: a percepção de usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 26
7. ANEXOS 47
7.1 Roteiro da entrevista com usuários do Centro de Atenção Psicossocial 47
7.2 Roteiro da entrevista com familiares do Centro de Atenção Psicossocial 48
7.3 Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul 49

1. APRESENTAÇÃO

A dissertação aqui apresentada é resultado da pesquisa de mestrado da psicóloga Mariá Peres Westphal, aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. A orientação deste trabalho foi realizada pela Profª Drª Kátia Bones Rocha, coordenadora do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades, no qual a autora deste trabalho participa. Este grupo tem desenvolvido estudos em duas linhas de pesquisa, Determinantes Sociais da Saúde e Psicologia e Políticas Públicas de Saúde e Assistência. Esta dissertação se insere na segunda linha de pesquisa do grupo.

A pesquisa aqui apresentada tem como objetivo geral compreender quais os sentidos e significados os usuários e familiares atribuem à utilização do diagnóstico em saúde mental e de que forma esse diagnóstico perpassa sua história, seu viver e seu cotidiano. Ainda, objetiva investigar a forma de recebimento do diagnóstico e as implicações disso em sua vida cotidiana, assim como as influências que o aparecimento da doença e o recebimento (ou não) do diagnóstico interagem em sua relação com o adoecimento, em sua vivência comunitária, em sua relação familiar e com a equipe do CAPS. Conforme Ato de Deliberação 05/2012 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, essa dissertação é composta por uma seção teórica e um artigo empírico.

O desejo de discutir esta temática, no contexto da Reforma Psiquiátrica, vem do meu interesse, desde a graduação, acerca da saúde pública, em formas de ofertar o cuidado em Saúde Mental. Desenvolvi atividades profissionais em Centros de Atenção Psicossocial, enquanto Acompanhante Terapêutica e depois enquanto Psicóloga. Estas experiências me proporcionaram a escuta de histórias de sofrimento, mas também vivenciei encontro com subjetividades carregadas de potencial, em uma sociedade que estigmatiza, exclui o diferente, em um serviço com poucos recursos materiais, em uma rede igualmente excludente, onde minha percepção foi de que embora muito já tenha mudado, ainda há muito por transformar. Minha formação foi marcada por reflexões acerca da responsabilidade daqueles que portam o conhecimento na relação com aqueles que dele necessitam. Portanto, meu objetivo maior com este estudo é produzir conhecimento de forma a contribuir com as mudanças que tanto desejo para o cotidiano daqueles que do nosso saber profissional necessitam.

2. RESUMO EXPANDIDO

O objetivo geral deste estudo é compreender quais são os sentidos e significados que os usuários e familiares atribuem à utilização do diagnóstico em saúde mental e de que forma o diagnóstico perpassa sua história, seu viver e seu cotidiano. Sua problematização situa-se na dimensão teórico-conceitual da reforma psiquiátrica, por discutir aspectos relacionados a conceitos fundantes da psiquiatria. O movimento da Reforma Psiquiátrica é marcado pela coexistência de modelos na prática dos profissionais que atuam no cuidado a usuários dos serviços de saúde mental. Portanto, torna-se importante discutir e problematizar de que forma o dispositivo do diagnóstico, importado do modelo biomédico, é utilizado no contexto de busca pela superação da estigmatização e exclusão social dos usuários que se beneficiam do modelo de atenção psicossocial.

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, no qual foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas, sete com usuários e sete com seus respectivos familiares, os quais estavam vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre. A escolha dos participantes se deu a partir de encontros da pesquisadora com a equipe técnica deste serviço. Foram selecionados usuários que estivessem há um ano ou mais vinculados ao CAPS, pois pressupôs-se a existência de vínculo com a equipe de referência depois de transcorrido tal período. Estimou-se também que a equipe teria conhecimento razoável para estabelecer um diagnóstico ou hipótese diagnóstica após este tempo de vinculação. Assim, pressupõe-se que estes usuários conseguissem ter um olhar mais crítico em relação ao seu processo de cuidado em saúde mental. Foi solicitado que o familiar escolhido fosse alguém que acompanha o usuário de forma mais próxima no serviço. O roteiro da entrevista abordou os seguintes tópicos: compreensão acerca do início do adoecimento; forma de acesso à rede de saúde e outros serviços públicos ou privados; cotidiano e vivências comunitárias e sociais; relação com o CAPS e com a equipe; sentidos atribuídos ao diagnóstico e ao tratamento recebido; percepções de mudança após o adoecimento e ao diagnóstico. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

O percurso metodológico de análise dos dados deste estudo foi conduzido pela Psicologia Discursiva, tendo como base epistemológica o Construcionismo Social. A análise foi realizada com vistas a identificar os repertórios interpretativos que, segundo Potter e Wetherell (1987), são marcados por termos, metáforas, sinais, figuras de linguagem e imagens que são utilizadas na conversação. Foram identificados repertórios interpretativos que deram

origem aos seguintes eixos de análise: 1) Sentidos atribuídos ao processo de adoecimento e à concepção de normalidade; 2) Abordagem do diagnóstico no modelo de atenção psicossocial; 3) Ressignificando o adoecimento: mudanças e o encontro com novas possibilidades de vida.

O uso dos repertórios interpretativos possibilitou a compreensão de que os usuários têm suas possibilidades de vida limitadas pela presença da lógica normativa e biomédica em seu convívio comunitário, o que contribui para que vivenciem estigmatização e exclusão social. Essa lógica é perpassada por uma atenção à saúde mental que por vezes é marcada pela falta de diálogo entre profissionais, usuários e familiares, tanto sobre o diagnóstico em si quando acerca dos demais atravessamentos presentes no processo de adoecimento. Entretanto, a visão positiva dos usuários e familiares acerca do CAPS marca a sua importância enquanto espaço de construção de um olhar para a saúde mental que promova cidadania, autonomia e veja o sujeito adoecido a partir de seu desejo e potencialidades.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Diagnóstico, Estigma.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subárea conforme classificação CNPp: 7.07.05.00-3 – Psicologia Social

3. EXPANDED ABSTRACT

USE OF DIAGNOSIS IN MENTAL HEALTH: THE PERCEPTION OF USERS AND RELATIVES OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

The general goal of this research study is to understand which senses and meanings patients and relatives give to the diagnosis of mental disorders, and how this diagnosis impacts on their histories, living, and daily lives. This question lays on the Psychiatric Care Reform theoretical and conceptual dimensions, as it discusses aspects related to Psychiatry fundamental concepts. The Psychiatric Care Reform movement is marked by by the coexistence of two models in the practice of professionals who act in the care of mental health patients. Therefore, it is important to discuss and to question how the device of diagnosis, imported from the biomedical model, is used in the context of overcoming stigma and social exclusion of users who benefit from the psychosocial care model. It is a qualitative study, exploratory, in which we performed 14 semi-structured interviews, being seven with users and the other seven with their correspondent relatives, all of whom were bounded to a Psychosocial Care Center (CAPS), type II, from a city of the surrounding areas of Porto Alegre, Brazil. The participants' selection happened during the researcher's meetings with the Center's technical staff. We selected users who had been bounded to the CAPS for one year or more, as we assumed the existence of a bonding with the reference staff after such period of time. We also estimated that the staff would have reasonable knowledge to establish a diagnosis or a diagnostic hypothesis after one year of bonding. Therefore, we assumed the users could have a more critical opinion regarding their mental health care processes. We asked that the chosen relative to be someone who checks up on the user closely at the Center. The interview script approached the following topics: understanding on the beginning of getting sick; ways of accessing the health network and other public or private care units; daily life, and community and social experiences; relationship with CAPS and with staff; meaning given to diagnosis and to the received treatment; perceptions of changes after getting sick and diagnosis. The interviews were recorded and then transcribed. The data analysis methodological path of this research study was conducted with Discursive Psychology, having Social Constructionism as its epistemological basis. We performed the analysis in order to identify the interpretative repertoires which, according to Potter and Wetherell (1987), are marked by clusters of terms, metaphors, idioms and vivid images that are used in conversation. We identified interpretative repertoires that originated the following cores of analysis: 1) Meanings given to the process of getting sick and to the concept of normality; 2) Approach to diagnosis in the psychosocial care model; 3) Giving new meanings to getting sick: changing and finding new possibilities of living.

The use of interpretative repertoires made it possible to understand that users have their possibilities of living limited by the presence of a normative and biomedical logic in their community experiences, which contributes to their experiencing of stigma and social exclusion. This way of thinking is crossed by a mental health care that, at times, is marked by the lack of dialogue among professionals, users, and relatives, regarding both the diagnosis itself and other crossings that are part

of the process of getting sick. However, the positive point of view of users and relatives about the CAPS points to its importance as a place of constructing a mental health mentality that promotes citizenship, autonomy, and that sees the sick individual as from their desires and capabilities.

Keywords: Psychiatric Reform, Mental Health, Diagnosis, Stigma.

Area according to CNPq classification: 7.07.00.00-1 – Psychology

Sub-area according to CNPq classification: 7.07.05.00-3 – Social Psychology

4. SEÇÃO TEÓRICA

Esta seção teórica terá como objetivo construir aporte teórico para a discussão da utilização do dispositivo do diagnóstico no modelo de atenção psicossocial, a partir da ótica de diferentes autores. Para isso, inicia discorrendo acerca da constituição dos diferentes modelos de atenção à saúde mental, seguindo com uma breve apresentação dos conceitos dos novos dispositivos de atenção à saúde mental e, por fim, discutindo questões relacionadas à origem do diagnóstico e de que forma sua utilização têm aparecido em diferentes pesquisas sobre o tema.

4.1 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Durante o século XX, o hospital e o saber médico ocuparam posição central na organização dos sistemas de saúde da sociedade Ocidental, consistindo no local para doentes e médicos, no qual esses pudessem aprender e aprimorar suas práticas clínicas. Do final do século XIX à primeira metade do século XX, o hospital torna-se uma instituição complexa, passando a ser o local onde se procura a cura para doenças, relacionando a atenção à saúde a questões biológicas e orgânicas, essencialmente. A partir do questionamento da capacidade deste modelo vigente em melhorar a qualidade de vida e os indicadores em saúde, bem como acerca da medicalização da vida, o excesso de exames complementares – alguns invasivos, passíveis de complicações que pudessem colocar a vida em risco – repensa-se a efetividade do modelo hospitalocêntrico (Coelho, 2013).

O modelo asilar tem como característica a ênfase na determinação orgânica dos problemas psiquiátricos, o que implica em utilizar a medicação para tratamento como meio básico. O sujeito não era percebido a partir de sua subjetividade e não havia investimento em sua mobilização para participação no tratamento, sendo visto como doente. A participação da família, quando presente, era a partir de um caráter pedagógico e assistencial. O saber da equipe que assistia ao "doente" era fragmentado e centrado em sua especialização, sem que houvesse encontro para a construção de estratégias e atividades comuns, confiando que a eficácia do tratamento estava condicionada à química. Sendo assim, tinha-se foco na busca pela cura dos sintomas (Costa-Rosa, 2000).

A instituição típica desse modelo era o hospital psiquiátrico, no qual o cotidiano era perpassado por maus-tratos, realizados por meio de condutas violentas e opressoras por parte dos profissionais, bem com por condições desumanas, tanto para trabalhadores como para moradores dessas instituições. Com objetivo de mudar este cenário, em 1978, a Organização

Mundial da Saúde (OMS) lança o programa *Saúde para todos no ano 2000*, iniciando a busca pela transferência da assistência à saúde do hospital para modelos que contemplem a noção de atenção primária, de descentralização do cuidado e de territorialidade (Paiva & Teixeira, 2014).

É neste contexto de movimentos para a mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil e no mundo que se sustenta a estruturação da reforma psiquiátrica brasileira. Esse processo se dá juntamente com o fortalecimento, nos anos 1980, do movimento em prol da Reforma Sanitária, que tem como objetivo a superação da lógica biologicista e médico-centrada, utilizando propostas relacionadas com o conceito de Saúde Coletiva (Cela & Oliveira, 2015). Portanto, a reforma psiquiátrica brasileira tem história relacionada com o contexto internacional de mudanças no sentido de superar a violência asilar. É considerada um processo político, social, ético e complexo, por envolver transformações de saberes, práticas, valores sociais e culturais, buscando constituir, de forma coletiva, uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo centrado em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2005).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT - MG) apresentou o projeto de Lei nº 3.657/89, que foi aprovado somente em 2001, consolidando o processo relativo ao redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, por meio da Lei n° 10.2016 (Brasil, 2001). Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental. Postula que a internação será realizada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo vedada a realização de internação em caráter asilar. Traz como objetivo central do cuidado a reinserção e reabilitação psicossocial do usuário.

O termo psicossocial estrutura-se enquanto conceito a partir da contribuição de movimentos de crítica mais radical à psiquiatria, tais como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, designando, assim, experiências de reforma da psiquiatria. Os movimentos que aconteceram a partir da proposição desse termo foram relacionados à concepção e estruturação da instituição enquanto dispositivo, principalmente no que diz respeito à relação terapêutica, acompanhada de implicações éticas distintas das práticas asilares. A Reabilitação Psicossocial precisa ser vista como reconstrução, como exercício de contratualidade nas relações familiares e afetivas, na rede social e no trabalho com valor social. É a restituição dos direitos e de vantagens, não tendo um fim definido, consistindo em ofertar todas as possibilidades de cuidado disponíveis. O modelo psicossocial estrutura-se a partir da renúncia e superação do paradigma psiquiátrico, entendendo o processo de adoecimento como histórico

e social, implicando em denúncia da violência que o doente está submetido, desfocando da doença e priorizando a atenção ao sujeito que está em sofrimento (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

Neste contexto, tem-se como premissa a desintitucionalização, entendida como trabalho prático de transformação, que engloba novas formas de lidar com a doença psiquiátrica, a partir da busca por aspectos para além da cura, como a readaptação do sujeito no seu contexto familiar e social, em sua experiência de adoecimento. Para que se efetive, necessita contar com a inserção de estruturas externas aos manicômios, que sejam totalmente substitutivas, transformando as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, investindo mais nas pessoas do que nos aparatos. Ainda, ter centralidade no cuidado e na promoção de autonomia, melhorando a qualificação profissional, descompartimentalizando os saberes, de forma a buscar a integralidade dos usuários (Rotelli, 2001).

Com o intuito de organizar a atenção psicossocial no Brasil, a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como objetivo criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Postula como diretrizes o respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade às pessoas, promoção da equidade (reconhecendo os determinantes sociais da saúde), combate ao estigma e preconceito, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, bem como em sua integralidade. Para isso, necessita de assistência multidisciplinar, diversificação das estratégias de cuidado, que deverão acontecer no território, em serviços de base comunitária.

A RAPS constitui-se pelos seguintes componentes: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). Dentro dessa proposta, a RAPS traz como ponto de atenção psicossocial especializada os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituído por equipe multiprofissional, que deve atuar sob a ótica interdisciplinar, realizando atendimento prioritariamente em espaços coletivos, em seu âmbito territorial. Assim, os CAPS constituem-se como dispositivos estratégicos para transformação na forma de ofertar cuidado em saúde mental no Brasil, sendo serviços comunitários ambulatoriais, ofertando recursos terapêuticos. Tem como objetivo central o tratamento e a reabilitação psicossocial, devendo englobar inciativas relacionadas aos familiares e às questões de ordem social que podem atravessar a sua existência e seu sofrimento (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

É importante ressaltar que apenas os aparatos legislativos relacionados ao modelo de atenção psicossocial, o redirecionamento dos recursos financeiros para que isso se torne viável e a implantação de novos dispositivos não possibilita um rompimento total com o paradigma hospitalocêntrico e manicomial (Rinaldi & Bursztyn, 2008). Portanto, ainda hoje se convive com a coexistência de modelos, de forma que por vezes os profissionais se utilizam de novos dispositivos para realizar antigas práticas, manicomiais e estigmatizantes. Como exemplo disso, a medicação pode tornar-se forma de vigilância e de mascarar sintomas, as visitas domiciliares podem ser utilizadas como mecanismo de controle e de monitoramento (Emerich, Onocko-Campos & Passos, 2014). Para que a mudança de modelo se torne progressivamente mais efetiva, é necessário que ocorra a transformação na prática dos profissionais, para que não promovam a institucionalização e o controle dos usuários. Necessita-se, ao contrário disto, de práticas que possam gerar sua autonomia e inserção social, utilizando os dispositivos para realizar, de fato, uma atenção não-institucionalizada.

4.2 Os novos dispositivos do cuidado em saúde mental

A forma de ofertar o cuidado em saúde mental transformou-se com essa mudança de paradigma. Nos hospitais psiquiátricos, a partir de sua institucionalização, os pacientes perdiam sua identidade, permaneciam separados do mundo externo por longos períodos, tendo suas necessidades controladas, perdendo direitos básicos e sendo reduzidos à doença mental (Emerich, et al., 2014). A partir da criação dos CAPS, oferta-se um cuidado clínico por meio de diferentes ações, guiado pela singularidade dos usuários, considerando os atravessamentos envolvidos no adoecimento e exercitando o cuidado em liberdade, fora de muros institucionais. Com isso, é importante pensar em estratégias de desenvolvimento do cuidado, considerando-o como um processo contínuo. Esse processo envolve a compreensão do sofrimento psíquico presente, a partir da singularidade do sujeito, envolvendo sua história e contexto social, passando, então, à elaboração de estratégias a serem utilizadas como recursos terapêuticos.

Ao reconhecer a subjetividade no processo saúde-doença, reconhece-se também que o limiar entre a saúde e a doença é singular, influenciado por questões que transcendem aquelas estritamente individuais, repercutindo na forma que os sujeitos encontram para lidar com suas fragilidades. Ao reposicionar o objetivo do cuidado em saúde mental, tem-se a necessidade de

pensar em estratégias de cuidado comunitárias, integrando as dimensões emocionais, sociais e familiares ativamente no processo de cuidado dos usuários.

As ações em saúde são organizadas por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser entendido como instrumento de integração e de organização das equipes de saúde dentro da perspectiva da reabilitação psicossocial. Preconiza coprodução e cogestão do processo terapêutico entre usuários e técnicos, colocando a singularidade como sua razão de ser, tendo como principal objetivo produzir saúde, de forma a pensar e criar novas realidades (Oliveira, 2013). Para a construção de PTS no cotidiano dos serviços, é necessário estabelecer vínculo, não somente afetivo e de confiança, mas também conhecer a subjetividade, o território e o contexto do usuário. O PTS pode ser estruturado como intensivo, ou seja, acompanhamento diário aos usuários, semi-intensivo, para os usuários que necessitam de acompanhamento frequente, mas não diário, ou ainda não-intensivo, para a demanda de uma frequência ainda menor (Brasil, 2002).

Com vistas à organização dos serviços em relação ao cuidado oferecido, utiliza-se o dispositivo do técnico de referência, que, de forma geral, é o profissional que realiza o acompanhamento individual dos usuários, sendo responsável por articular seu cuidado com seus familiares, bem como com a equipe de referência e com os serviços da rede sempre que necessário (Filizola, Milioni & Pavarini, 2008). Existem vários conceitos acerca do técnico de referência, entretanto, geralmente aparece associado ao desenvolvimento do trabalho clínico e, principalmente, do vínculo terapêutico com o usuário (Rinaldi & Bursztyn, 2008).

Ao encontro disso, tem-se o conceito de clínica ampliada, que considera que há diferença em relação ao conhecimento científico entre o profissional e o usuário, mesmo que sua relação seja aberta e horizontal, pois o profissional necessita ter conhecimento técnico, com base no saber clínico. Entretanto, busca diminuir a diferença existente, não apostando no abandono completo desse saber, mas sugere que haja sua ampliação e reformulação, considerando o conhecimento privilegiado do usuário sobre seu sofrimento e tudo que o envolve. Portanto, sugere-se que haja um encontro coletivo entre os saberes, baseado no seu compartilhamento, e não na supremacia de um saber sobre o outro, reconhecendo as limitações presentes, a partir da reflexão sobre os papeis assumidos nesse encontro (Campos, Figueiredo, Júnior & Castro, 2014). Para isto, a dimensão simbólica presente neste processo necessita ser considerada, englobando os sentidos e significados sobre o adoecimento, seu processo de recuperação e todos os seus atravessamentos vinculados ao seu contexto (Bock, 2009).

Dentro deste cenário, torna-se importante pautar a prática profissional nos direitos dos usuários, tendo a autonomia como ponto norteador do cuidado. A Cartilha de Direitos à Saúde Mental (Brasil, 2012) preconiza como direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratada com humanidade e respeito (de acordo com suas necessidades), ter garantia de sigilo nas informações prestadas, ser protegida de qualquer forma de abuso ou exploração, ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, em ambientes terapêuticos, pelos meios menos invasivos possíveis, recebendo o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.

Para que a atenção à saúde mental não produza estigmatização e exclusão social dos portadores de transtornos mentais, torna-se importante que os profissionais pautem a sua prática nos direitos dos usuários, com reflexão sobre sua função e a serviço do que elas estão, de forma singular. Caso a singularidade do sujeito seja desconsiderada, o diagnóstico fornecido pode carregar um significado depreciativo, com o potencial de conferir aos sujeitos uma "marca". Esta marca que gera exclusão social por portar uma característica, configurando o processo intitulado estigmatização (Goffman, 1988). Dessa forma, ao receber um diagnóstico em saúde mental, os indivíduos podem ser estigmatizados, dependendo da forma que os profissionais dos CAPS utilizam esse dispositivo. Portanto, torna-se importante pensar sobre o papel do diagnóstico, para que sua utilização no cotidiano dos usuários não produza danos de qualquer ordem.

4.3 A ORIGEM E A UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A partir da proposição da reforma psiquiátrica, diversos dispositivos utilizados na atenção à saúde mental precisaram sofrer transformações, e o diagnóstico em saúde mental é um deles. Importado do modelo biomédico, o diagnóstico em saúde mental é um dos dispositivos que segue perpassando o cotidiano do cuidado dos usuários em sofrimento psíquico. O movimento denominando como Luta Antimanicomial tem como princípios básicos uma ruptura com a tradição científica centrada no modelo biomédico. Busca colocar a doença psiquiátrica entre parênteses a partir da superação da objetivação da loucura e do louco, bem como com o processo de patologização dos comportamentos humanos. Este trabalho situa-se, portanto, na dimensão teórico-conceitual do movimento da reforma psiquiátrica, conceituada como o campo de desconstrução e reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria. Refere-

se ao âmbito de produção epistemológica, ou seja, busca situar quais foram as bases teóricas e conceituais que este campo utilizou para definir seus objetos de conhecimento e suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade (Amarante, 1999).

A psiquiatria enquanto disciplina apresenta, historicamente, reduzida objetividade, diferente das demais áreas da medicina, que se baseiam em evidências orgânicas, sinais funcionais e sintomas físicos. Na busca por fidedignidade e critérios que diferenciassem as questões patológicas das não-patológicas, a psiquiatria propõe sistemas de classificação de doenças mentais, buscando conhecer prognóstico, etiologia, curso e tratamento para cada psicopatologia. A psicopatologia descritiva pode ser definida como um sistema descritivo e cognitivo, pensado para captar os aspectos do comportamento anormal. Sua criação iniciou em meados da segunda década do século XIX e foi até um pouco antes do início da Primeira Guerra Mundial. Foi redesenhada durante o século XX, a partir do uso de ferramentas estatísticas. Seu estudo teve início nas instituições psiquiátricas (manicômios), onde os médicos descreviam listas de sinais e sintomas observados nos internados, que foram refinadas e aprofundadas (Berrios, 2013).

No saber médico, a identificação de um marcador biológico busca permitir que o diagnóstico seja feito independente da avaliação subjetiva do médico bem como do paciente sobre seus sintomas. O desenvolvimento da tecnologia permitiu que os médicos dependessem cada vez menos dos relatos subjetivos dos pacientes para realizar o diagnóstico, e uma boa ferramenta diagnóstica é aquela que não depende do relato do paciente para ser efetiva. Entretanto, na psiquiatria, esse modelo não funciona perfeitamente, pois os instrumentos diagnósticos são fundados sobre o interrogatório e observação dos doentes, dependendo sempre da avaliação subjetiva do médico e do paciente sobre seus sintomas. Portanto, não há marcadores biológicos que permitam realizar o diagnóstico de um transtorno mental, o que impossibilita a utilização de exames complementares (Aguiar, 2004).

Em um primeiro momento, esta abordagem foi necessária para que esta disciplina se constituísse enquanto ciência. Entretanto, em consequência disto, as questões psicossociais foram colocadas em segundo plano, dando lugar à dimensão orgânica (Lima, Ricarte, Filho & Ponte, 2015). Aguiar (2004) sugere que o atendimento na clínica psiquiátrica atualmente é realizado com interesse na parte da narrativa do paciente que pode ser traduzida em critérios diagnósticos, tendo importância apenas os sintomas que puderem constituir sinais da "doença". Propõe a necessidade de que haja flexibilização e ampliação do interesse no encontro com o paciente, tendo em mente o conceito de síndrome, entendido como a

designação de um grupo de sinais e sintomas, cujos processos patológicos de base são desconhecidos e guardam certo grau de indeterminação.

Ao que se refere à forma pela qual as pessoas veem o adoecimento psíquico, a disciplina da antropologia médica propõe a diferenciação entre os termos doença (*disease*) e enfermidade (*illness*). A primeira é o que o órgão tem. Pode ser interpretado de maneiras diferentes por pacientes provenientes de culturas e contextos diferentes. Já enfermidade (*illness*) é a resposta subjetiva do paciente e de todos que o cercam ao seu mal-estar. É como ele(s) interpreta(m) a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas por ele para remendar a situação. Inclui, mais do que a experiência pessoal do problema de saúde, também o significado que o indivíduo confere a ela (Helman, 1994). O significado conferido aos sintomas e a resposta emocional a eles são influenciados pelo *background* do paciente, bem como pelo contexto social, cultural e econômico em que se manifestam.

Dessa forma, os pacientes desenvolvem suas próprias explicações sobre o adoecimento, conceituadas pela antropologia médica como teorias leigas sobre as doenças (*disease*), que fazem parte de concepções mais abrangentes sobre a origem dos infortúnios em geral. São baseadas em crenças relacionadas à estrutura, funcionamento e mau funcionamento do corpo. São fundamentadas em premissas cientificamente incorretas, mas possuem consistência e lógica internas, auxiliando a encontrar sentido e motivo para o que aconteceu.

Para que o tratamento seja bem recebido pelos pacientes, suas teorias leigas e seu entendimento sobre o adoecimento devem ser conhecidas pelo profissional da saúde, para que as ações em saúde façam sentido para quem está adoecido. O consenso sobre a forma e o propósito do tratamento são tão importantes quanto o consenso na denominação do diagnóstico, principalmente se o tratamento envolver o convívio com efeitos colaterais ou sensações físicas desagradáveis. O médico precisa investigar a interpretação do paciente e daqueles que o cercam sobre a origem, o significado e prognóstico da condição, bem como a influência sobre outros aspectos de suas vidas, tais como rendimentos econômicos e relacionamentos sociais. Ou seja, as reações emocionais dos pacientes frente aos problemas de saúde são tão relevantes para o encontro clínico quanto os dados fisiológicos (Helman, 1994).

O movimento da reforma psiquiátrica sugere que a psiquiatria não enfatize a patologia, mas sim contemple a existência dos pacientes e sua inserção no contexto social. Esta visão tem ampliado o ponto de vista clínico, englobando questões relacionadas ao contexto social. Com os manuais propostos a partir da psicopatologia descritiva, o adoecimento psíquico passa

a ser definido por sua topografia, e a definição de um transtorno mental acontece a partir da manifestação simultânea de vários sintomas. O sujeito e sua história passam a ser dispensáveis para a escolha do tratamento. Portanto, os manuais contribuíram positivamente para o pensamento e construção dos tratamentos, entretanto, a classificação e a insistência em reinserção psicossocial descolada da subjetividade, podem perder de vista o sujeito e sua história de vida (Neto, Moreira & Dunker, 2015).

Portanto, para que os sujeitos portadores de sofrimento psíquico se aproximem de reabilitar-se psicossocialmente, faz-se necessário que tenham consciência dos sintomas, entendendo suas causas, possíveis consequências e limitações funcionais em seu cotidiano, podendo, assim, participar ativamente da estruturação do seu processo de cuidado e construção de seu PTS (Pereira & Leal, 2017). Ao encontro disto, saber quais as entidades clínicas mais frequentes e prevalentes em determinada comunidade, bem como a eficácia real dos vários tipos de possibilidades terapêuticas disponíveis é importante para organizar melhor a oferta de cuidado (Neto, Moreira & Dunker, 2015). Entretanto, a forma pela qual os profissionais utilizam o diagnóstico em saúde mental pode contribuir para a estigmatização e exclusão social dos usuários. Isto pode acontecer caso os profissionais busquem enquadrar os usuários em categorias rígidas pré-estabelecidas pelo estudo da psicopatologia descritiva, considerando os sinais e sintomas como naturais e produzidos individualmente, desconsiderando todas as dimensões que influenciaram seu surgimento (Oliveira, 2008).

Emerich et al.(2014), encontraram nos resultados de seu estudo, que a concessão de direitos aos usuários, muitas vezes aparece condicionada à obtenção de um diagnóstico em saúde mental. Relacionado a isso, seus achados apontaram à presença de estigmatização e formas de preconceito vivenciadas pelos usuários que, ao buscar atendimento em serviços de urgência por questões clínicas, foram reduzidos à doença mental e encaminhados ao psiquiatra, negligenciados em sua demanda clínica, o que também denuncia uma fragmentação do cuidado. Ainda, trazem a questão do direito ao trabalho e ao benefício como relação excludente, no qual um direito anula o outro. Ao mesmo tempo em que o usuário tem direito a um benefício financeiro por adoecimento, receber um diagnóstico psiquiátrico dificulta o retorno ao mercado de trabalho por conta da estigmatização e preconceito.

Além disso, os autores colocam que para obtenção de medicação de alto custo, em alguns Estados, os usuários devem ser diagnosticados com esquizofrenia, mesmo que este não seja o seu diagnóstico. Dessa forma, condiciona-se o recebimento de um remédio, que é seu direito, a um diagnóstico. O fornecimento da passagem livre de ônibus também aparece condicionado à presença de um diagnóstico de esquizofrenia. Portanto, tem-se a manutenção

dos circuitos de vulnerabilidade dos usuários, pois eles têm acesso aos direitos sociais devido ao adoecimento, mas tal acesso os estigmatiza, inviabilizando-os como sujeitos de direitos. Os autores propõem que, ao discutir estas questões com os usuários, inicia-se um processo de rompimento deste ciclo (Emerich et al., 2014).

Em seu estudo, Pereira e Leal (2017) entrevistaram usuários que receberam o diagnóstico de esquizofrenia. Esses usuários entenderam que o adoecimento é fruto da ação de outras pessoas, ou seja, relacionam fortemente seu adoecimento às relações familiares e ao seu contexto social. Ainda, os usuários também conectaram o adoecimento a elementos espirituais, religiosos e místicos. Consideram o diagnóstico em saúde mental, assim como o início do tratamento, como marcos em suas vidas, identificando mudanças negativas em sua inserção social a partir de sua vinculação com o CAPS.

Em um estudo descritivo de caracterização do perfil dos usuários atendidos em um CAPS de Curitiba, Borba et al. (2017) encontraram entre seus resultados que portadores de diagnósticos em saúde mental são considerados como incapazes de retornar ao mercado de trabalho. Entretanto, postulam que é justamente pela via do trabalho que os usuários dos CAPS podem chegar à reabilitação e reinserção psicossocial. Para isto, consideram a economia solidária como potente estratégia de inclusão social, pois esta se sustenta no coletivo, na cooperação e no autogerenciamento dos usuários, contrapondo-se à competição e ao empobrecimento das relações sociais no trabalho.

Leitão, Figueiredo, Marbach e Martins (2017) trazem como uma das conclusões de seu estudo a falta de discussões acerca do uso do diagnóstico na prática dos profissionais dos CAPS. Propõe a necessidade de realizar novos estudos que incluam fatores socioculturais no seu entendimento. Sugerem ser importante para a prática clínica nos CAPS a observação, descrição e classificação detalhada dos sinais e sintomas observáveis, que pode auxiliar na (re)avaliação e (re)construção das práticas psicossociais. Discutem sobre a necessidade de flexibilização da utilização do diagnóstico, entendendo que não se pode reduzir os sujeitos a conceitos psicopatológicos, pois sempre haverá algo que transcende a psicopatologia e a ciência.

Os estudos empíricos encontrados demonstram a necessidade de discutir a problemática do diagnóstico e o impacto que seu recebimento causa na vida dos usuários e seus familiares. Destaca-se que este trabalho foi realizado em período concomitante ao cenário de retrocessos na política de atenção à saúde mental no Brasil, após publicação da Portaria 3.588 (Brasil, 2017). Essa portaria recoloca o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS, redirecionando também uma quantidade significativa de recursos às

comunidades terapêuticas. Essas mudanças marcam um desinvestimento no desenvolvimento do modelo de atenção psicossocial, de base comunitária, por meio do cuidado em liberdade, ao retomar o hospital psiquiátrico enquanto recurso importante na atenção à saúde mental.

No cotidiano dos serviços há coexistência de práticas manicomiais e psiquiatrizantes juntamente com práticas que visam a reabilitação e reinserção social dos usuários, entendendo-os enquanto cidadãos. Neste cenário, a presença do diagnóstico em saúde mental é paradoxal: dependendo da função e da forma de utilização, ele pode carregar potencial de reabilitação psicossocial, ou de estigmatização dos usuários, considerando que a linha entre esses dois âmbitos é tênue e difusa. O artigo que segue tem o intuito de discutir a forma pela qual os sujeitos se apropriam do diagnóstico e demais informações que recebem ao longo do processo de adoecimento que vivenciam. Ainda, irá discutir os atravessamentos presentes na atribuição de sentido, o lugar que o adoecimento ocupa e problematizará de que forma essas questões conversam com seu cotidiano.

5. REFERÊNCIAS:

Aguiar, A. A. (2004). *A Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. I. A. Fernandes, I. Régia & E. Silvia (orgs.), *Fim de Século: ainda manicômios?* (pp. 47-52). São Paulo: IPUSP.

Berrios, G. E. (2013*). Historia de los síntomas de los transtornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX* (1ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

Bock, A. M. B. (2009). A psicologia social e as políticas públicas. In Tatsch, D.T., Guareschi, N. M. F., & Baumkarten, S. T. (Eds) *Tecendo relações e intervenções em Psicologia Social* (pp. 174-182). Porto Alegre: Abrapso Sul.

Borba, L. O., Maftum, M. A., Vayego, S. A., Kalinke, L. P., Ferreira, A. C. Z., & Capistrano, F. C. (2017). Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mineira de Enfermagem, 21*, 1-8. DOI: 10.5935/1415-2762.20170020

Campos, G. W. S. Figueiredo, M. D. Júnior, N. P., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface: comunicação, saúde e educação, 18*(1), 983-995. DOI: 10.1590/1807-57622013.0324

Cartilha dos direitos à saúde mental (2012). Brasília, DF: Ministério Público Federal, Procuradoria federal dos direitos do cidadão. Disponível em:

http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/

Cela M., & Oliveira I. F. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*, *20*(1), 31-39. DOI: 10.5935/1678-4669.20150005.

Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, P. (org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade,* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In Amarante, P. (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (*pp.13-44). Rio de Janeiro: Nau.

Coelho, I. B. (2013). Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos, G. W. S. & Guerrero, A. V. P. (Eds). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 96-131). São Paulo, SP: Hucitec Editora.

Emerich, B. F., Onocko-Campos, R., & Passos, E. (2014) Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface: comunicação, saúde, educação*, *18*(51), 685-696. DOI: 10.1590/1807-57622013.1007

Filizola, C. L. A., Milioni, D. B., & Pavarini, S. C. I. (2008). A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *10*(2), 491-503. Recuperado em file:///D:/Downloads/8061-30621-1-PB.pdf

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação – identidade deteriorada* (4ª ed.). São Paulo: LTC Editora.

Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

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 (2001). Brasil. Recuperado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Leitão, I. B., Figueiredo, D. D., Marbach, M. A. J., & Martins, K. S. (2017). Caracterização dos transtornos psiquiátricos diagnosticados no CAPS I, em Jaguaré, ES, no período de janeiro a outubro de 2014. *Revista Psicologia e Saúde*, *9*(1), 19-35. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n1/v9n1a02.pdf

Lima, A. F., Ricarte, C. S., Filho, A. A. O. R., & Ponte, F. D. R. (2015). O diagnóstico de depressão nas cinco edições do DSM: a hipertrofia da dimensão orgânica em detrimento dos aspectos psicossociais. *Revistas Faculdade Santo Agostinho*, *12*(1), 182-199. Recuperado de: file:///D:/Downloads/741-1854-1-PB.pdf

Ministério da Saúde (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Neto, F. K., Moreira, J. O., & Dunker, C. I. L. (2015). DSMs and the Brazilian psychiatric reform. *Frontiers in Psychology*, *6*(401). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394552/

Oliveira, W. F. (2008). Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde em Debate*, *32*(78/79/80), 38-48. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773004.pdf

Oliveira, G. N (2013). O projeto terapêutico singular. In: Campos, G. W. S. & Guerrero, A. V. P. (Eds). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (283-297). São Paulo: Hucitec Editora.

Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006) Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 22*(5), 1053-1062. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf

Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contexto e autores. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, *21*(1), 15-35. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf

Pereira, M. B., & Leal, E. M. (2017). Insight na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em centros de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, *9*(21), 229-249. Recuperado de file:///D:/Downloads/4689-18189-3PB.pdf

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 (SUS) (2011). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (2002). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências (2017). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *60*(2), 32-39. Recuperado de http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/243/182

Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In: Nicácio, F. (Org). *Desinstitucionalização* (pp. 89-100). São Paulo: Hucitec Editora.

6. ARTIGO: UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender quais os sentidos e significados são atribuídos à utilização do diagnóstico em saúde mental e de que forma seu recebimento perpassa a vida de usuários e familiares de um CAPS. Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas e, a partir da utilização dos repertórios interpretativos, com base na Psicologia Discursiva, foram identificados três eixos de análise. O diagnóstico fez parte de um grupo de "não-ditos", marcando a falta de informações que façam sentido, causando o sentimento de desamparo. Para além do sofrimento decorrente dos sintomas, há outro tipo relacionado ao estigma, ao sentimento de não-pertencimento e de limitação gerado pela noção de incurabilidade associada aos problemas de saúde mental. Entretanto, o CAPS apareceu como possível espaço de construção e promoção de cidadania, autonomia e das potencialidades dos participantes.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Diagnóstico, Saúde Mental, Estigma.

Introdução

O movimento da Reforma Psiquiátrica objetiva, em termos gerais, construir "outro lugar social" para a loucura, para a diferença e para a diversidade. Com intuito de contribuir para a afirmação deste campo, este estudo situa-se na dimensão teórico-conceitual desse movimento, definida por Amarante (1999) como espaço de desconstrução e reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria.

A partir da Reforma Psiquiátrica propôs-se uma mudança de paradigma no cuidado em saúde mental através do deslocamento do cuidado centrado no hospital para o cuidado na comunidade, a partir da criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Borges & Baptista, 2008). Esses serviços se articulam por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011) e um de seus pontos de atenção é composto pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços especializados de base territorial, que atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como com necessidades decorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas. Segundo Alverga e Dimenstein (2006), seu objetivo principal é a reabilitação psicossocial dos usuários no seu ambiente familiar e social de origem, buscando a promoção de sua autonomia por meio de práticas não institucionalizadas de cuidado.

Tanto os repertórios dos profissionais quanto os repertórios sociais encontrados para lidar com o adoecimento psíquico são marcados pela mútua presença do discurso classificatório e normatizante, conjuntamente com o discurso que busca a garantia de direitos, a partir do foco no sujeito e não na doença (Emerich, Onocko-Campos & Passos, 2014). Nesse sentido, o diagnóstico em saúde mental é uma das ferramentas importadas do modelo biomédico e da medicina tradicional para a atenção aos problemas de saúde mental. Sendo assim, torna-se importante investigar sua utilização no contexto do movimento pela superação da centralidade nos sintomas, na doença e no manicômio para a construção de formas de exercer o cuidado em liberdade.

A psiquiatria ocidental baseia-se na disciplina da psicopatologia descritiva, que pode ser definida como um sistema descritivo e cognitivo, pensado para captar os aspectos do comportamento anormal (Berrios, 2013). A partir da construção de manuais da psicopatologia descritiva, os transtornos mentais passam a ser definidos conforme a manifestação simultânea de vários sintomas. Os manuais contribuíram para o pensamento e construção dos tratamentos, entretanto, utilizá-los como ferramenta principal reduz o entendimento da condição de adoecimento psíquico, desconsiderando sua complexidade. O movimento da Reforma Psiquiátrica propõe ampliar a visão sobre a patologia e o adoecimento, de forma a contemplar a subjetividade dos usuários e sua inserção no contexto social (Dunker & Neto, 2011).

Tratando-se de políticas públicas de saúde mental, é importante saber quais as entidades clínicas mais frequentes e prevalentes em determinada comunidade, bem como a eficácia real das várias possibilidades terapêuticas disponíveis para organizar melhor a oferta de cuidado (Neto, Moreira & Dunker, 2015). Entretanto, a classificação em categorias diagnósticas descolada do sujeito e da sua subjetividade pode ocasionar a perda deste sujeito e de sua história de vida. Com foco apenas em tratar o conjunto de sinais e sintomas, desconsiderando a singularidade do sujeito, o diagnóstico fornecido pode carregar um significado depreciativo, com o potencial de conferir aos sujeitos uma “marca” negativa. Esta marca que gera exclusão social por portar uma característica, configura o processo intitulado estigmatização (Goffman, 1988).

Na literatura encontram-se diversos estudos que abordam o estigma relacionado ao diagnóstico em saúde mental (Moreira & Melo, 2008; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018), bem como o seu potencial de carregar estigmatização dos usuários ao inseri-lo em uma classificação que marca a diferença dos ditos “normais” (Paranhos-Passos & Aires, 2013; Neto, Moreira & Dunker, 2015). Diferentes leituras sobre o diagnóstico também foram feitas

no processo da reforma psiquiátrica, sendo esse por vezes entendido como contraproducente em função do estigma a ele associado (Emerich et al., 2014; Severo & Dimenstein, 2009; Luiz, Leal e Galletti, 2018). Por outro lado, sua utilização pode auxiliar na reabilitação psicossocial, ao passo que coloca o usuário na condição de protagonista, a partir das informações recebidas, especialmente em abordagens participativas como a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (Passos et al., 2013; Onocko-Campos et al., 2013).

Este trabalho foi desenvolvido em um contexto de retrocessos na atenção à saúde mental no Brasil, após publicação da Portaria 3.588 (Brasil, 2017). Essa portaria recoloca o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS, redirecionando também uma quantidade significativa de recursos às comunidades terapêuticas. Essas mudanças marcam um desinvestimento no desenvolvimento do modelo de atenção psicossocial, de base comunitária, por meio do cuidado em liberdade. De encontro a isso, discute-se a seguir a importância da oferta de um cuidado de fato psicossocial, marcando, assim, o importante papel do CAPS no desenvolvimento da autonomia e exercício da cidadania para os usuários e seus familiares.

Ao entrevistar usuários e seus familiares, buscou-se analisar os diferentes olhares acerca dos processos vivenciados relacionados ao diagnóstico e ao adoecimento em saúde mental, a partir da compreensão dos seus sentidos produzidos no cotidiano. Também tem o intuito de dar visibilidade a esses atores sociais, visto que os debates se mantem centralizados na participação de especialistas (Delgado, 2011). Portanto, este estudo tem como objetivo geral compreender quais os sentidos e significados os usuários e familiares atribuem à utilização do diagnóstico em saúde mental e de que forma o diagnóstico perpassa sua história, seu viver e seu cotidiano.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, no qual foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas, com sete usuários e seus respectivos familiares. A pesquisadora entrou em contato com a gestão de alguns municípios do Rio Grande do Sul e obteve o aceite de um.

A escolha dos participantes se deu a partir de encontros com a equipe técnica do CAPS em questão, sendo convidados usuários que frequentassem o CAPS há pelo menos um ano, pois se pressupôs a existência de vínculo com a equipe de referência depois de transcorrido tal período. Estimou-se também que a equipe teria conhecimento razoável para estabelecer um diagnóstico ou hipótese diagnóstica após esse tempo. Assim, esperava-se que

esses usuários conseguissem ter um olhar mais crítico em relação ao seu processo de cuidado em saúde mental.

Foi solicitado que o familiar escolhido fosse alguém que acompanhasse o usuário de forma mais próxima no serviço. A equipe do CAPS pensou em algumas duplas que preenchiam os critérios expostos, e os técnicos preferiram apresentar a pesquisa aos possíveis participantes, demarcando as considerações éticas, segundo a orientação da pesquisadora, e convidando a participar da pesquisa. Após o aceite de ambos, a equipe agendou horários individuais, nas dependências do serviço, para realização das entrevistas pela pesquisadora, as quais tiveram duração média de 45 minutos. Os participantes formalizaram o aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A idade dos usuários participantes está entre 26 e 42 anos e dos familiares entre 50 e 75 anos. A maioria dos usuários possui ensino médio completo, entretanto há participantes desde ensino fundamental incompleto até pós-graduados. Os familiares dividem-se entre ensino fundamental incompleto e ensino médio completo. Os participantes foram identificados como U1 até U7 para usuários e F1 até F7 para os familiares. A tabela a seguir foi elaborada no intuito de caracterizar as duplas participantes, a partir de informações pontuais acerca de seu processo de adoecimento e de vinculação ao CAPS.

Tabela 1

Caracterização dos Participantes

Caracterização dos usuários	Caracterização dos familiares
U1: Homem, primeira crise há 21 anos quando começou acompanhamento psiquiátrico particular. Há 11 anos vinculado a este CAPS.	F1: Mãe do U1. Primeiro contato com o diagnóstico no psiquiatra particular, lendo no computador do médico.
U2: Mulher, em acompanhamento no CAPS desde sua primeira crise, há 12 anos. Recebeu o diagnóstico em internação em hospital geral.	F2: Mãe da U2. Contato com o diagnóstico lendo em laudos fornecidos por médicos no início do acompanhamento psiquiátrico.
U3: Homem, primeira crise há 18 anos, quando começou acompanhamento psiquiátrico particular. Há cerca de cinco anos vinculado a este CAPS. Soube do diagnóstico por meio de laudos médicos.	F3: Mãe do U3, informada do diagnóstico por médico particular.
U4: Homem, primeira crise há 22 anos, quando começou tratamento particular (inclusive	F4: Pai do U4. Informado do

internação) e foi informado do diagnóstico.	diagnóstico por médico particular.
U5: Homem, iniciou seu tratamento em internação hospitalar e está há aproximadamente sete anos vinculado ao CAPS. Refere nunca ter recebido diagnóstico.	F5: Mãe do U5, refere não ter sido informada acerca do diagnóstico.
U6: Homem, primeira crise há 21 anos, quando começou acompanhamento psiquiátrico particular. Há aproximadamente seis anos em acompanhamento no CAPS, em que refere ter recebido o diagnóstico.	F6: Mãe do U6. Recebeu o diagnóstico do psiquiatra do hospital, há aproximadamente três anos.
U7: Mulher, primeira crise há nove anos, quando começou tratamento particular e foi informada do diagnóstico. Há cinco anos em acompanhamento no CAPS.	F7: Mãe da U7. Recebeu o diagnóstico do médico do hospital geral há cerca de cinco anos.

O roteiro das entrevistas foi elaborado pelas pesquisadoras, abordando os seguintes tópicos: compreensão acerca do início do adoecimento; forma de acesso à rede de saúde e outros serviços públicos ou privados; cotidiano e vivências comunitárias e sociais; relação com o CAPS e com a equipe; sentidos atribuídos ao diagnóstico e ao tratamento recebido; percepções de mudança após o adoecimento e ao diagnóstico. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas

Este trabalho foi conduzido a partir da perspectiva do Construcionismo Social, que entende o conhecimento como construído por meio das práticas sociais, preocupando-se com os processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem (Gergen, 1985). Busca observar para além do objeto, seus sentidos e significados, bem como a interpretação por trás da linguagem (Spink, 2010).

Os sentidos produzidos pelos participantes acerca do adoecimento mental foram foco desta investigação. Buscou-se relacionar de que forma esses sentidos interagem com o fato de entrar em contato com um diagnóstico em saúde mental e como se (re)posicionam em suas relações sociais. Sentido é entendido como uma construção social, atravessado pela dinâmica das relações sociais, da história e da cultura (Spink, 2010).

A partir da proposta metodológica da Psicologia Discursiva, epistemologicamente embasada no Construcionismo Social, foi realizada a análise com vistas à identificação dos repertórios interpretativos. Segundo Potter e Wetherell (1987), os repertórios interpretativos

são marcados por termos, metáforas, sinais, figuras de linguagem e imagens que são utilizadas na conversação. São recorrentemente encontrados em sistemas de termos utilizados para caracterizar e evoluir ações, eventos e outros fenômenos, portanto, situam-se na esfera individual, mas são compartilhados e estão disponíveis como um recurso social (Potter& Wetherell, 1987).

O primeiro passo da análise deu-se com a transcrição das entrevistas na íntegra. Após, foi realizada uma leitura curiosa e atenta, tendo em mente os objetivos desse estudo e aporte teórico prévio. Em sequência a essa leitura, foi feita a identificação dos repertórios interpretativos utilizados pelos entrevistados no encontro com a pesquisadora (Potter & Wheterell, 1987).

O projeto que deu origem ao estudo seguiu o que postula a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob parecer nº 2.530.765 e CAAE nº 81658917.5.0000.5336.

Resultados e discussão

Foram identificados repertórios interpretativos relacionados à concepção de adoecimento e como isso se relaciona aos sentidos atribuídos ao entendimento de normalidade, bem como aos sentidos atribuídos ao entrar em contato com um diagnóstico em saúde mental e ao processo de ressignificação do adoecimento, a partir da percepção de mudanças e do encontro com novas possibilidades de vida. A seguir serão apresentados os eixos de análise.

Sentidos atribuídos ao processo de adoecimento e à concepção de normalidade

Esse eixo busca discutir os sentidos atribuídos ao adoecimento em saúde mental e de que forma esse processo é perpassado pelo conceito dos usuários e familiares sobre normal/normalidade. Os participantes foram questionados acerca das circunstâncias presentes para que os usuários se vissem como adoecidos e que os familiares considerassem que as mudanças observadas se tratavam de adoecimento psíquico.

Os usuários entrevistados referiram não compreender qual o significado do que estavam sentindo no início do aparecimento dos sintomas. Em geral, demoraram a perceber que se tratava de algo diferente, que não fazia parte de si e de seu contexto e apontaram que foram familiares ou pessoas próximas que sugeriram a necessidade de buscar ajuda:

> Estava pensando abobrinha, sei lá, coisas da minha cabeça [...] Eu comecei achando muito legal que dava pra se comunicar pela mente [...] Até que eu descobri que isso não respeita nada né, que se tu não quer ouvir, tu não consegue. (U7)
> Foi uma coisa assim, estampidos de tiro ou uso de arma, relacionados comigo [...] Talvez nem existisse os tiros, ou talvez até existisse os tiros [...] Quem identificou esse comportamento aí né, que causou estranheza, foi minha mãe e meu pai. [...] Era muito grosseiro meu comportamento. (U4)

Alguns familiares referiram perceber os usuários como "diferentes" das demais pessoas de seu convívio social desde a infância, mas que consideraram ser uma doença a partir do aparecimento de sintomas graves, tais como alucinações, agressividade intensa e agitação. Os familiares pontuaram que o processo de dar-se conta do aparecimento dos sintomas graves foi perpassado de angústia e de medo, principalmente pela falta de repertórios para lidar com um campo tão desconhecido, tal como na seguinte fala:

> A maior dificuldade foi eu e a irmã dela entendermos o que era aquilo. [...] Eu tenho muitos parentes com problemas como depressão, suicídio... Mas sempre distante da gente, nunca assim de convívio, de contato, eu sempre morei longe da família. (F7)

Dessa forma, familiares utilizaram durante a entrevista termos como "loucura", "crise", "surto", "ficou fora", "fez coisas horríveis", entre outros, ao se referirem às mudanças percebidas no comportamento e no sentir dos usuários. As colocações dos familiares nesse aspecto são carregadas de discursos normatizantes, marcados por uma construção de anormalidade a partir do modelo médico. Canguilhem (2009) conceitua "normal" como tudo aquilo que pode ser tomado como referência de uma norma, que serve para "endireitar", sendo o "patológico" designado a partir do normal, ou seja, um subvalor derivado do normal.

Nesse sentido, interessa aos médicos o que foge do esperado, do comum, para que seja diagnosticado e curado, retornando ao padrão anterior. Essa forma de entender o adoecimento perpassa os sentidos que usuários e familiares atribuíram às consequências do adoecimento em saúde mental. A busca pela correção do que é percebido como anormal, para se encaixar no que é entendido como normal, perpassada pelo desejo de restabelecer o padrão de funcionamento anterior, causa frustração e exclui outras formas de vida possíveis.

Há muito sofrimento presente na fala dos participantes, principalmente no que se refere à mudança causada pelo adoecimento, pois ela é entendida como uma sentença. Essa

percepção é perpassada pela concepção de incurabilidade, que está presente nas diferentes entrevistas realizadas, como se a doença mental fosse permanente na vida dos sujeitos:

> A doença não é uma coisa boa, é uma coisa que não é boa e é complexo nos estudos e não tem cura né. (U4)

Ao entender o adoecimento enquanto incurável, afirma-se o processo de cronificação por meio de novas formas de institucionalização, demarcando um desinvestimento em possíveis recursos que poderiam potencializar a autonomia dos usuários. Ao mesmo tempo, para os familiares, aceitar a condição do adoecimento como incurável, significa concordar com a ideia de que seu familiar é diferente dos demais e que, por conta disso, suas condições de vida são limitadas. Rodrigues e Figueiredo (2003) encontraram em seu estudo que os familiares entendem a doença como perda do padrão de normalidade, ou seja, a perda da capacidade produtiva, o que caracteriza uma não inserção do indivíduo no plano social.

Para os usuários entrevistados, suportar o sofrimento é muito pesado. Além de lidar com o seu sentir e buscar encontrar sentido e recursos para lidar com a nova condição, precisam se adequar às concepções sociais sobre doença psiquiátrica, que estigmatizam, rotulam e o condicionam à limitação e à diferença.

> Chega um estágio, assim, que parece que a pessoa não aguenta. Parece que a morte é uma libertação. Parar de sofrer, né. (U1)
> Comecei a ouvir algumas coisas na mente [...] Eu não aceitava a condição. (U6)
> Ele fazia coisas horríveis, a gente se apavorava. (F1)
> O coração da gente dói quando ela tá assim do jeito que ela fica, diferente. (F2)

A percepção dos comportamentos que transitam em um terreno desconhecido para os participantes gerou tristeza, medo e angústia. Para lidar com isso, elaboram teorias para tentar explicar o que está acontecendo, buscando dar sentido a sua experiência. Essas explicações são entendidas a partir do conceito de teorias leigas sobre as doenças (Helman, 1994), que são baseadas em crenças relacionadas à estrutura, funcionamento e mau funcionamento do corpo. São fundamentadas em premissas que não necessariamente estão de acordo com o conhecimento científico sobre a questão, mas que possuem consistência e lógica internas, auxiliando a encontrar sentido e motivo para o que aconteceu. Assim, a partir dessas teorias leigas, os entrevistados atribuem sentido ao adoecimento, por meio de explicações baseadas

em crenças religiosas, em acontecimentos traumáticos vivenciados e em fatores genéticos e hereditários.

> Eu acredito que meu pai ele tenha o sintoma na genética dele da enfermidade né [...] de acordo com a minha convicção espiritual, eu já fui ruim. (U4)
> É que minha família é toda do Tambor, eles fizeram trabalho em mim, a minha cabeça com sangue também pode ter prejudicado a minha cabeça. (U2)
> Acho que ele é assim por falta do pai. (F5)

De forma geral, as teorias criadas pelos participantes buscam dar sentido e aliviar o sofrimento causado por todas as mudanças percebidas. Receber informações acerca do adoecimento e conectá-las as suas teorias construídas pode, portanto, auxiliar no alívio desta angústia, como será abordado a seguir.

A abordagem do diagnóstico no modelo de atenção psicossocial

Este eixo discute a abordagem do diagnóstico e os significados atribuídos a esse dispositivo. Todos os entrevistados souberam informar algum nome que receberam durante o processo de tratamento em saúde mental. Alguns foram fornecidos de forma direta, pelo relato do médico, já outros referiram saber de forma indireta como, por exemplo, lendo na tela do computador do profissional durante o atendimento ou em laudo médico fornecido com fins burocráticos. A maioria dos usuários iniciou seu acompanhamento em saúde mental com médicos particulares, pois na época o dispositivo do CAPS ainda não estava instituído ou não era amplamente reconhecido enquanto referência de cuidado em saúde mental.

Grande parte dos usuários e familiares entrevistados referiram saber do diagnóstico antes de começar o acompanhamento no CAPS, em atendimentos médicos no âmbito privado e alguns durante internação hospitalar. Mesmo informando algum diagnóstico, os usuários apontaram não saber, para além do nome, o seu significado, faltando o diálogo para auxiliar na construção de sentido do que estavam vivendo. Percebe-se que a discussão acerca do adoecimento em saúde mental ainda é centralizada nos especialistas. Portanto, há o desafio de que o conhecimento técnico-científico seja apreensível por todos, para que a troca entre profissionais, usuários e familiares não seja marcada pelo desamparo e pelas fantasias acerca da loucura que geram estigmatização e preconceitos (Delgado, 2011).

> Eles não falavam, tu lia. Tinha lá que tu tinha que apresentar no INSS e na perícia tal e tal, aí eu olhava [...] Aí eu perguntava para os meus pais “o que eu tenho?”, eles diziam: “tu tem que ser tratado”. Eu dizia: “mas

> por que eu preciso ser tratado? Qual é o motivo?" [...] Qual é o nome dessa doença, até pra ficar mais calmo e tal. [...] Tem uma sociedade falando isso, ainda mais não te dizendo o problema que tu tem, a doença que tu tem. Por que eu tenho que fazer isso aí? Por que o tratamento? [...] Ah, eles não falam, né. Eu acho estranho que eles não falam. [...] Como tu vai querer tratar uma coisa que tu não sabe o que é. (U3)
>
> Não gostei de saber do diagnóstico. A gente quer ser normal, né. Não é que não seja normal, mas é uma coisa, assim, que nos limita, né. Arranjar um emprego, por exemplo. Às vezes, outras pessoas não acreditam no que tu fala. Pessoas que ouvem vozes, veem alguma coisa ou tem um comportamento meio estranho, né. As pessoas, às vezes, não compreendem a gente, né. Acham que a gente tá falando mentira. (U6)

Nota-se que alguns usuários se referem na terceira pessoa ao tratar do adoecimento, como se falassem de uma experiência que não é sua. Isso pode ser reflexo da falta de direcionamento das informações para eles, que muitas vezes foi feita para seus familiares, marcando a ausência de uma escuta qualificada, singular e direta. Essa falta de diálogo entre profissionais e usuários evidencia uma forma de (não) cuidar, que é tutelar ao passo que centraliza a informação ao compor práticas prescritivas que colocam em segundo plano o desejo e as possibilidades de autonomia do usuário (Mendes & Rocha, 2016).

O encontro entre usuário e profissional se dá por meio de um olhar clínico e, portanto, desigual, no qual o profissional é responsável pelo estabelecimento e manutenção do vínculo entre usuário e serviço. No contexto da Reforma Psiquiátrica, por vezes há a negativa em relação à utilização da clínica, por relacioná-la ao modelo médico clássico em que o paciente é tomado com objeto e caracterizado a partir de sua doença, desconsiderando qualquer interpretação subjetiva que o sujeito possa ter. É inegável que é a figura do profissional que detém o poder de nomear e auxiliar a "dar fim" ao sofrimento, seu poder vem justamente das respostas que apresenta com o intuito de eliminar a angústia causada pelo sofrimento, combinado com o não-saber como agir frente a ele (Rinaldi & Bursztyn, 2008).

Entretanto, a clínica tem o potencial de subtrair singularidades dos discursos que são permeados pela exclusão e por um conceito de normalidade, buscando outras formas de não se submeter a ele. O desenvolvimento de uma clínica que atue de fato com fins psicossociais se baseia em uma escuta efetiva, que inclua a dimensão social das demandas que se apresentam, mas que possa considerar a apropriação singular que cada usuário faz delas, considerando-o como verdadeiro operador de seu desejo (Moreira & Neto, 2017).

O papel do CAPS nesse cenário se constitui como espaço potente de ressignificação e de produção de vida, de acordo com a trajetória de cada usuário. Alguns usuários pontuaram

que informações específicas sobre o diagnóstico não foram abordadas, entretanto, a presença de outras discussões marcaram a possibilidade de encontrar formas de lidar com o adoecimento, conforme exemplificado nas falas:

> Fez falta saber do diagnóstico para entender o que estava acontecendo comigo e de o que eu posso fazer pra ajudar mais. [...] Aos poucos vieram as informações, eu fui perguntando, eles foram me respondendo, às vezes foram trazendo informação... Foi bem melhor assim. [...] Eu acho que foi uma coisa bem natural, eu entrei para o grupo e no grupo se falava sobre essas coisas também. (U7)
> Eu venho só no grupo de escrita e leitura. [...] Gosto muito. A gente pensa e conversa. No início, eu melhorei bastante porque, agora, eu consigo escrever e me... vou falar me expressar. [...] Eu aprendi a ter mais respeito pelas pessoas. A gente aprende a ter mais tolerância, a compreender o sofrimento da pessoa. Hoje, eu compreendo isso. [...] Porque a gente sabe que a gente passou e vê que a pessoa também tá passando algo parecido ou igual. (U6)
> Antes eu não entendia nada. Ahn... Porque o que tá sendo maravilhoso hoje, o que tá sendo bom pra mim, não é maravilhoso, mas o que tá sendo bom pra mim ou regular é o GAM. [...] O GAM fez entender um pouco mais né. (U4)

De acordo com as falas, ao ter um espaço de escuta singular e aberta, no qual o saber profissional se associou ao saber e ao sofrimento do usuário e do familiar, considerando seus diferentes papéis, promoveu a criação de um novo campo, com novas possibilidades aos usuários. Portanto, o modelo de atenção psicossocial proporcionou aos usuários um espaço de ressignificação e de troca por meio da conexão com outras pessoas em situação similar. Ao se reconhecer na experiência do outro, além de gerar sentimento de pertencimento social, gera enfraquecimento do entendimento da doença enquanto incurável, propiciando espaço para construção de alternativas em direção à autonomia e exercício da cidadania.

Para isso, marca-se a importância da utilização de dispositivos como o Guia GAM, que objetiva repensar a relação do usuário com a medicação psiquiátrica e aumentar seu poder de negociação com respeito a seu tratamento junto à equipe que o acompanha (Passos et al., 2013). Aponta-se também a utilização do Cartão e Plano de Crise, que é construído juntamente com o usuário e contém informações acerca da melhor forma de atenção à crise, valorizando o saber e a experiência do usuário (Freitas, 2008).

Foi a partir do recebimento do diagnóstico, em conjunto com mais informações, que alguns usuários se deram conta da necessidade de realizar tratamento, pois perceberam que tinham um “problema” concreto para lidar. Ao fornecer esclarecimentos que façam sentido

com os conhecimentos e sentidos prévios dos usuários, considerando-os como protagonistas e cogestores de sua vida, provoca-se mudanças na dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica, representando uma mudança na forma de pensar a doença mental (Emerich et al., 2014).

Ao mesmo tempo, os familiares demonstraram muita dificuldade em aceitar o diagnóstico informado. Utilizaram repertórios como “meu filho é louco”, “tenho medo de não saber o que fazer”, “tanto estudo para nada”, “minha reação foi só chorar” para descrever o primeiro significado que atribuíram ao diagnóstico. Em geral, eles relataram demorar um tempo para encontrar sentido no adoecimento, principalmente devido a esse tempo significar também ver a melhora de seu familiar, a partir do tratamento. Apesar de todo o sofrimento decorrente do processo de adoecimento, de forma geral, os familiares apontaram ser importante saber do nome e de mais informações. Pontuaram que as informações os auxiliaram a atribuir sentido à experiência e também a perceber formas para lidar com o seu familiar, como exemplificado nos excertos:

> Foi melhor o médico ter falado [...] A gente precisa saber das coisas, pra poder saber o que fazer e como fazer e como encarar né. Bah, teve muita noite que eu não dormi com medo do que ela fizesse. (F7)
> Eu gostaria de ter mais informações sobre o diagnóstico [...] Eu vou me sentir mais segura, porque às vezes, também, me dá uma insegurança, né? Ter um acompanhamento, ter profissionais dizendo o que eu vou fazer certinho... O que eles estão me falando, eu vou ter uma vida mais segura. Segura não... Mas para ver se eu não estou fazendo alguma coisa errada, também! (F6)

Com as mudanças advindas com a Reforma Psiquiátrica, o cuidado em saúde mental deve ser realizado em liberdade, fora de instituições manicomiais, portanto, o usuário permanece em sua comunidade, junto da família. Esse fato corresponsabiliza a família pelo cuidado e, para que seu auxílio seja efetivo, torna-se necessário que seus familiares estejam informados e instrumentalizados, tanto quanto o usuário. Alguns familiares buscaram informações em espaços informais, tais como revistas, *internet* e com pessoas que haviam passado por alguma experiência similar, por não terem recebido informações suficientes dos profissionais que os acompanhavam. Trazem sentimento de angústia, acompanhado da necessidade de cessar com o sofrimento da forma mais rápida possível, para isto, buscaram alívio em todos os caminhos que encontraram.

Muitas vezes, no intuito de não reproduzir o modelo manicomial, os profissionais optam por não falar diretamente sobre o diagnóstico, por acreditar que assim estariam

rotulando e estigmatizando os usuários. Entretanto, as falas dos entrevistados apontam que o "não-falar" provoca a sensação de desamparo e produz espaço para fantasias acerca do adoecimento, provocando a confirmação acerca da diferença percebida dos "normais", gerando, assim, estigmatização. Quando informados pelos profissionais, os familiares trouxeram o sentimento de alívio, principalmente por significar ter um canal de comunicação aberto, no qual podem se amparar e receber o auxílio que necessitam. Muitos familiares referiram encontrar nos profissionais do CAPS este amparo, assim como em espaços de troca entre pares, como grupo de familiares, dentro do serviço:

> Porque no grupo de familiares... Nós temos cinco, seis mulheres, têm homens, um fala uma coisa e outro fala outra, então a gente vai... Puxa assim, cada problema horrível, daí tu vai entendendo as coisas né. (F1)
> Nós precisamos do grupo de familiares para nós sabermos como é que ele tá. [...] Depois que ele começou a se tratar no CAPS, aí ele começou a mudar, mudou muito porque aí ele quer que eu ajude, quer eu vá junto... Quer um acompanhamento. (F4)

Passar pelo adoecimento de um membro da família provoca a vivência de um momento de crise perpassado pela dúvida e incerteza, podendo levar à vivência de um luto pelo adoecimento, como se tivessem que desenvolver um novo olhar, uma forma de lidar com as expectativas frustradas em relação ao familiar adoecido, como se ele não fosse mais a mesma pessoa (Munari et. al, 2008). A troca de experiências com pares, perpassadas pelo olhar informativo do profissional, de forma que faça sentido e converse com suas experiências prévias, auxilia a encontrar formas singulares e subjetivas de lidar com o sofrimento causado pelo adoecimento. Os participantes deste estudo pontuaram perceber muitas mudanças em suas vidas após o adoecimento, as quais serão abordadas no próximo eixo.

Ressignificando o adoecimento: mudanças e o encontro com novas possibilidades de vida

Propõe-se refletir neste eixo as mudanças percebidas pelos participantes a partir do adoecimento. Os sintomas apresentados e o diagnóstico recebido tomam um grande espaço na vida dos usuários e seus familiares, perpassando seu convívio familiar e social. Os usuários entrevistados são vistos primeiramente (e por vezes unicamente) como portadores de doença psiquiátrica. Sentem que as pessoas têm medo de sua expressão emocional, ao passo que as interpretam como sintoma e não como formas de expor sua singularidade e seu sentir. A doença e o diagnóstico passam a definir a existência do sujeito, e todos os seus atos que são

interpretados pela lente da doença são formas de gerar exclusão social. Isso fica evidente nas seguintes falas:

> Ah, eles veem que eu sou meio estranha [...] Alguns ficam com pé atrás e tal. Eu tento mostrar para eles que eu não sou uma pessoa ruim, que eu sou uma pessoa boa, eu nunca fiz mal para ninguém. [...] Eu não posso ficar falante que minha mãe acha que eu tô doente, eu preciso ficar sempre quieta, dormindo e comendo. Eu nunca posso falar, eu nunca posso ter minha opinião. (U2)
> Um dia ele me perguntou: “Mãe, eu tenho uma doença pegajosa”? (F3)

O adoecimento psíquico visto desta forma é resquício do modelo manicomial, no qual os ditos loucos eram vistos como perigosos e, portanto, precisavam ser retirados do convívio social (Amarante, 1999). A maioria dos familiares entrevistados afirma que seus filhos são diferentes dos demais, o que corrobora com seu sentimento de exclusão. Os familiares realizaram comparações com outras pessoas de faixa etária similar, trazendo a percepção de seu filho como inferior ou “atrasado” em relação às conquistas esperadas para cada etapa do ciclo vital. Eles apresentam pensamentos e atitudes que confirmam a exclusão, enxergando o usuário como limitado, como causador de constrangimentos, apresentando surpresa quando o filho consegue se subjetivar e encontrar novas possibilidades de existência, se assemelhando aos ditos normais:

> Ele tem um amigo que não tem aquela coisa "ah, esquisito o U4, é isso, aquilo..." Escuta as bobagens que ele fala, sabe... Tudo o menino aceita. Do jeito que ele se veste, ele leva o U4. O cara confia nele que deixa até ele dar aula para as crianças. Porque a gente sabe que ele não fala coisas certas né. [...] Dá carona pra ele, leva e traz, não se sente sacrificado de fazer isso aí. (F4)

Esta forma de ver o familiar adoecido enclausura outras formas de existência, limitando suas possibilidades, denunciando uma falta de adequação social, tendo como parâmetro o conceito social do que é aceito como normal (Alverga & Dimenstein, 2006). Os usuários entrevistados demonstram medo de sofrer preconceito e, na busca por evitá-lo, preferem não falar com as pessoas de seu convívio social e comunitário, fora da família nuclear, sobre o adoecimento. Alguns usuários não trazem a experiência de ter sofrido preconceito explicitamente, mas trazem o medo de se colocar em situações como voltar a estudar ou procurar emprego e não serem aceitos devido à sua condição. Já outros, trazem a experiência de ter tentado voltar ao mercado de trabalho, mas não ter conseguido por conta do diagnóstico, como se evidencia na seguinte fala:

> Tenho vontade de falar para as pessoas, por que tu vai conversar com alguém e tem que ficar cuidando o que fala para não deixar escapar que tem tal coisa sabe, e isso é muito ruim. [...] Se eu contar... Se eu resolver hoje sair e procurar emprego, pode ter se disseminado a notícia, assim nos meios que eu já trabalhei, que as pessoas ficaram sabendo e aí eu não consigo emprego. [...] Porque disseram que gostaram do meu trabalho e tudo e daí porque eu tive esse problema já me excluíram. (U7)

Nenhum dos usuários entrevistados neste estudo estava inserido no mercado de trabalho, e o medo de sofrer preconceito e discriminação os impediu de buscar sua inserção nele, mesmo enfrentando privações financeiras importantes. Ainda, em nenhuma das entrevistas foram citadas alternativas como espaços de geração de renda ou cooperativas. O trabalho passou a ser, a partir da sociedade industrializada um critério para definição da diferença ou normalidade, visto que se o louco não é economicamente ativo, é destinado à margem social (Paranhos-Passos & Aires, 2013). Percebe-se, portanto, que é muito presente na realidade dos entrevistados o sentimento de inutilidade e de estar marginalizado por não contribuir financeiramente com a família e a sociedade.

De acordo com a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), a RAPS deve promover a reabilitação e reinserção psicossocial dos usuários, por meio de ocupação em atividades laborais produtivas, composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários ou cooperativas sociais. Para que isso se cumpra, é necessário ofertar possibilidades que capacitem os usuários para a vida em sociedade, considerando as possíveis perdas ocorridas em seu processo de adoecimento, proporcionando sua ocupação cidadã, do seu lugar na sociedade. O papel do CAPS nesse processo é bastante significativo, ao passo que é composto pelos dispositivos necessários para auxiliar o usuário em sua reabilitação e reinserção. Também torna possível o desenvolvimento de laços interpessoais e sociais, o que é indispensável para .

Entretanto, os usuários e familiares entrevistados trazem a medicação como central em seu processo de cuidado no CAPS, relacionando-a com a estabilização dos sintomas, como se a melhora do usuário dependesse apenas disso. Percebe-se que os usuários ainda são vistos e, também, se veem em condições limitantes, com o olhar de incapacidade, como se sua condição fosse puramente orgânica:

> É, eu acho que o U1 é uma pessoa que não pode ficar sem remédio. [...] Por causa das crises que deu nele, se não toma o remédio... Penso eu né, mas se não toma o remédio, como é que fica? (F1)

> Assim, o remédio parece que me ajudou, parece que quando eu tomo para, eu viro outra pessoa e não sou uma pessoa do mal ou vingativa. [...] Eu preciso tomar os remédios, senão eu posso ficar doente de novo. (U2)

A centralidade na medicação aparece nas entrevistas como uma forma de controlar os sintomas, na tentativa de restaurar o padrão de funcionamento anterior do usuário, marcando o medo dos sintomas e do seu sentir. A falta de discussão e de informação acerca dos sintomas e da medicação denuncia uma compreensão de saúde limitada aos aspectos orgânicos, novamente colocando o usuário na posição de diferente e limitado (Pegaroro & Caldana, 2008). Para mudar esse cenário, o exercício da clínica necessita de comprometimento com a vida, com a subjetividade livre, com o uso racional dos psicofármacos e com uma maneira de viver orientada para a justiça, com base no desenvolvimento da cidadania (Lancetti & Amarante, 2006).

Ao mesmo tempo, usuários e familiares pontuaram perceber o CAPS como muito importante no processo de cuidado. Grande parte dos usuários desenvolveram sintomas e necessitaram de cuidados antes da existência dos serviços substitutivos, portanto, passaram por internações hospitalares e consultaram apenas em psiquiatras particulares no início do adoecimento.

> Era particular porque a primeira vez que a gente teve não tinha CAPS aqui. Quando eu tinha 19 anos e eu estava mal, não sabia o que era também. [...] O CAPS só ajuda a gente, né. É tão bom vir aqui, o serviço é tão bom... (U1)
>
> A U7 gosta muito daqui, é o único lugar que ela gosta de vir eu não pretendo tirar ela daqui, enquanto aceitarem ela aqui no CAPS... Faz bem pra ela. (F7)
>
> Aqui foi uma ajuda muito boa! Eu sempre digo pras técnicas aqui e pra todo mundo que eu converso, o CAPS me ajudou muito. Se ajuda o meu filho, tá me ajudando também. (F1)

Conforme os entrevistados, o CAPS possibilitou a esses sujeitos que vivenciassem e participassem da vida comunitária, aproximando-se do exercício da autonomia e cidadania. Para que essa vivência se expanda a outros contextos, é necessário que as conexões relacionais das pessoas que habitam o território sejam identificadas. O CAPS não é o único serviço de saúde responsável pelo cuidado em saúde mental, e há ainda o desafio de que a RAPS se articule de forma efetiva para ofertar atenção integral aos usuários (Silveira, Rocha, Rocha & Zanardo, 2016). É preciso que esse cuidado seja estabelecido a partir de relações com a comunidade, trabalhando com e no território existencial de cada indivíduo, com seu modo de produção de vida, a partir de recursos disponíveis no cotidiano dos usuários

(Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira & Gomes, 2016). Para que o cuidado seja de fato psicossocial, é necessário que o usuário produza vida além dos equipamentos de saúde, que possa exercitar sua cidadania, para que, assim, a sociedade possa incorporar a loucura como possibilidade e potência de vida.

Considerações finais

O diagnóstico apareceu na fala de alguns usuários juntamente com um grupo de "não-ditos", em que há a falta de informações que fazem sentido, causando o sentimento de desamparo. Além disso, afirmava a diferença dos ditos normais, dificultando o processo de ressignificação e encontro com novas possibilidades de vida frente ao novo cenário. Ao mesmo tempo, o CAPS encontrou outras formas de promover espaços de ressignificação e de produção do sujeito, a partir dos grupos terapêuticos em seus mais diversos formatos.

Para além do sofrimento decorrente dos sintomas, há outro tipo relacionado ao estigma, ao sentimento de não-pertencimento e de limitação pela incurabilidade. Os usuários desse estudo, de forma geral, não foram aceitos no mercado de trabalho, têm muitos espaços pelos quais não se sentem aptos a circular e são aprisionados e reduzidos ao seu sentir. Nesse cenário, o CAPS pode ser um espaço de potencialização de vida para os usuários, onde há a possibilidade de formação de vínculos, em um ambiente de aceitação e de convivência entre pares. Portanto, marca-se a importância de ofertar espaços para além dos grupos, que sejam informativos, singulares, que auxiliem os usuários a desenvolverem estratégias de enfrentamento e ressignificação.

Para que a reabilitação e reinserção social sejam efetivas, o cuidado precisa ser estruturado de forma a transcender os muros do CAPS, bem como as fronteiras nas quais os usuários encontram-se fechados. Dentre as mais diversas possibilidades, estão os espaços de geração de renda, trabalhos em cooperativas ou outros espaços que possam acolher o usuário a partir de suas potencialidades.

É importante considerar que as entrevistas realizadas neste estudo foram efetivadas no espaço do CAPS e a escolha dos participantes se deu pelos membros da equipe técnica. Tal procedimento pode ter produzido respostas específicas, visto que alguns usuários e familiares demonstraram que o aceite para participar se deu a partir do sentimento de gratidão pelo cuidado recebido no CAPS. A visão positiva acerca do CAPS é um sinal de que o cuidado ofertado se aproxima da liberdade, da autonomia, da cidadania e da potencialidade de vida.

Para que as diretrizes da reforma psiquiátrica se façam presentes na prática dos serviços, é necessário que o cuidado ofertado seja de fato comunitário, baseado na

singularidade e na construção de novas possibilidades de vida. A falta que os usuários sentiram da abordagem direta do diagnóstico propõe a reflexão sobre a necessidade de desenvolver estudos que possam auxiliar a encontrar uma forma de abordar a psicopatologia que seja compatível com o modelo de atenção psicossocial. Entretanto, as mudanças não podem ocorrer apenas dentro dos serviços. É necessário que se passe por um processo de desinstitucionalização social, no qual haja um desapego às formas de vida institucionalizadas, considerando outros caminhos possíveis. Assim, deve-se almejar a emancipação pessoal, social e cultural dos usuários, permitindo um olhar para a sua complexidade e integralidade, para que se possa conviver de forma mais tolerante com a diferença.

Referências

Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: saúde, comunicação, educação 10*(20), 299-316. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf

Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. I. A. Fernandes, I. Régia & E. Silvia (orgs.), *Fim de Século: ainda manicômios?* (pp. 47-52). São Paulo: IPUSP.

Berrios, G. E. (2013*). Historia de los síntomas de los transtornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX* (1ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

Borges, C.F, & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: uma trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(2), 456-468. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf

Canguilhem, G. (2009). *O normal e o Patológico* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

Delgado, P. G. G. (2011). Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.2016/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *63*(2), 114-121. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n2/12.pdf

Dunker, C. I. L Neto, F. F (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, *8*(2), 1-15. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002

Emerich, B. F., Onocko-Campos, R., & Passos, E. (2014) Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface: comunicação, saúde, educação*, *18*(51), 685-696. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220141007.pdf

Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Souza, A. C. N., Oliveira, D. L. & Gomes, L. B. (2016). Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, *21*(61), 373-384. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf

Freitas, C. (2008). A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: Vasconcelos, E. M. (org). *Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares* (pp. 142-70). São Paulo: Hucitec.

Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern Psychology. *American Psychologist*, *40*(3), 266-275. Recuperado de https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.40.3.266

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação – identidade deteriorada* (4ª ed.). São Paulo: LTC Editora.

Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Lancetti A, Amarante P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In Campos, G. W. S., Minayo M. C. S., Akerman M., Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. (Orgs.) *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-34). São Paulo: Editora Hucitec.

Luiz, C. C. A, Leal, E. M. & Galletti, M. C. (2018). Desafios enfrentados por usuários de saúde mental: reflexões sobre narrativas acerca do trabalho dentro e fora de oficinas de trabalho e renda. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *29*(1), 63-69. Recuperado de https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/140212/147348

Mendes, M. F. M., & Rocha, C. M. F. (2016). Avaliação em Saúde Mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. *Saúde em Redes*, *2*(4), 352-359. Recuperado de http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/775/pdf_49

Munari, D. B., Melo, T. S., Pagotto, V., Rocha, B. S., Soares, C. B. & Medeiros, M. (2008). Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *10*(3), 784-95. Recuperado de https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a24.pdf

Moreira, V., Melo, A. K. (2008). "Minha doença é invisível!": revisitando o estigma de ser doente mental. *Interação em Psicologia*, *12*(2), 307-314. Recuperado de file:///D:/Downloads/7289-52363-1-PB.pdf

Moreira, L. R. & Neto, F. K. (2017). Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *Revista de Psicologia*, *8*(2), 110-118. Recuperado de file:///D:/Downloads/11817-49932-3-PB.pdf

Neto, F. K., Moreira, J. O., & Dunker, C. I. L. (2015). DSMs and the Brazilian psychiatric reform. *Frontiers in Psychology*, *6*(401), 1-3. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394552/

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., ... Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, *18*(10), 2889-2898. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a13.pdf

Paranhos-Passos, F. & Aires, S. (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: revista de Saúde Coletiva*, *23*(1), 13-31. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

Passos, E., Palombini, A. L., Campos, R. O., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., ...Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, *41*, 24-38. Recuperado de http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3319/2448

Pegaroro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, *12*(25), 295-307. Recuperado de https://www.scielosp.org/pdf/icse/2008.v12n25/295-307

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 (SUS) (2011). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências (2017). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology* (1ª ed.). Londres: SAGE.

Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde (MS) (2016). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *60*(2), 32-39. Recuperado de http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/243/182

Rodrigues, C. R. & Figueiredo, M. A. C. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia*, *8*(1), 117-125. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17241.pdf

Severo, A. K. S. & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, *14*(1), 59-67. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a08v14n1.pdf

Silveira, L. H. C, Rocha, C. M. F., Rocha, K. B. & Zanardo, G. L. P.(2016). O outro lado da porta giratória: apoio comunitário e saúde mental. *Psicologia em Estudo, 21*(2), 325-335. Recuperado de file:///D:/Downloads/30660-149903-1-PB%20(1).pdf

Sousa, P. F., Maciel, S. C. & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma Biomédico X Psicossocial: onde estão ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Temas em Psicologia*, *26*(2), 883-895. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n2/v26n2a13.pdf

Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Recuperado de https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf

7. ANEXOS

7.1 ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Entrevista com usuário nº_____

Nome:

Sexo: Idade:

Tempo de acompanhamento no CAPS:

Já realizou acompanhamento em saúde mental antes? Se sim, onde?

Motivo de procura pelo CAPS:

1) Conta-me um pouco da tua história de vida, da história do teu tratamento em saúde mental... Quando você percebeu que algo não estava bem contigo?
2) Por quais espaços você já passou?
3) Como é sua rotina? Que espaços você frequenta? E como é o seu cotidiano aqui no CAPS?
4) Quando você iniciou teu tratamento em saúde mental, que nome tu dava para o teu problema?
5) Que informações você obteve sobre seu problema no CAPS? Recebeste algum diagnóstico?
6) O que significou para você essas informações sobre o seu problema?
7) Isto interferiu em sua rotina, sua relação com seus familiares ou com o seu meio social? De que forma?
8) Caso você tenha recebido um diagnóstico, quem falou? Em que contexto? Você o utiliza em seu cotidiano? Com que intuito?
9) Se não recebeu informações, você acha que isso fez falta no seu tratamento? Por qual motivo?
10) De que forma sua família participa do seu atendimento aqui? Como a tua família vê e nomeia teu problema de saúde mental?
11) Como a tua comunidade e os espaços que tu circula veem o teu problema de saúde?
12) Você acha que houve alguma mudança em sua vida se compararmos os períodos antes e depois de receber as informações sobre o seu problema?

7.2 Roteiro da entrevista com familiares do Centro de Atenção Psicossocial

Entrevista com familiar nº _____

Nome:

Sexo: Idade:

Familiar do usuário:

Vínculo:

Tempo de acompanhamento no CAPS:

Motivo de procura pelo CAPS:

1) Quando você percebeu que a saúde mental do teu familiar não estava bem? Como você percebeu que ele tinha um problema?
2) Qual foi a primeira vez que soube que teu familiar tinha um problema de saúde mental?
3) Por quais espaços de tratamento teu familiar já passou?
4) Como é a rotina do teu familiar? Que espaços seu familiar frequenta?
5) De que forma você acompanha o tratamento do seu(a) familiar no CAPS?
6) E fora do CAPS?
7) Antes de seu familiar iniciar o acompanhamento nesse serviço, que nome você dava para o problema? Houve mudanças nesse processo?
8) Que informações você obteve no CAPS sobre o problema do seu familiar? Quem forneceu? Em que contexto? Como foi esse processo?
9) O que significou para você o recebimento destas informações?
10) Você acha que receber essas informações interferiu na vida do(a) usuário(a), nas relações familiares e no meio social dele(a)? De que forma?
11) Se não foi informado(a), você acha que isso fez falta tratamento do seu(a) familiar? Por qual motivo?
13) Você acha que houve alguma mudança na vida de seu(sua) familiar se compararmos os períodos antes e depois de receber as informações? E na sua vida? Na forma que se relaciona com seu(sua) familiar?

7.3 Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUC/RS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES

Pesquisador: Kátia Bones Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81658917.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.530.765

Apresentação do Projeto:

A pesquisa consiste em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, cujos participantes serão usuários e familiares vinculados a um CAPS do tipo II de um Município da Região Metropolitana de Porto Alegre. Para realizar a compreensão da utilização do diagnóstico em CAPS, esta pesquisa tem como base os pressupostos teóricos e metodológicos da Psicologia Discursiva. Os participantes da pesquisa serão seis usuários e seis familiares respectivos a cada usuário, totalizando 12 participantes. O familiar será indicado pelo(a) usuário(a), sendo, preferencial, aquele(a) que acompanhe o processo terapêutico de forma mais próxima. Serão convidados a participar do estudo usuários(as) que estejam há um ano ou mais vinculados ao CAPS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender quais os sentidos e significados os usuários e familiares atribuem à utilização do diagnóstico em saúde mental no processo de cuidado realizado em CAPS.

Objetivo Secundário:

- Compreender como a família recebe o diagnóstico e que implicações isso têm em seu cotidiano;
- Analisar de que forma se dá a comunicação entre profissionais, usuários e familiares, a partir de

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

sua perspectiva;
- Compreender qual a função da utilização do diagnóstico no cotidiano dos usuários;
- Investigar junto aos usuários de que forma o diagnóstico influencia na relação das pessoas com sua equipe de referência e com sua vivência comunitária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
O risco de desconforto é pequeno. Entretanto, caso seja percebido algum desconforto importante ou mobilização de algum aspecto emocional dos participantes, a coleta será interrompida e e será realizado acolhimento. Ainda, se identificada necessidade, será realizado encaminhamento para algum serviço que preste atendimento psicológico.
Benefícios:
Contribuir para um estudo científico, para compreensão da utilização do dispositivo do diagnóstico no cotidiano dos CAPS. Conhecer as implicações para usuários e familiares do recebimento do diagnóstico em saúde mental, bem como de que forma isso influencia no cotidiano e nas relações sociais, familiares e com a equipe de atendimento. Esses conhecimentos auxiliarão no entendimento do fenômeno e na construção de estratégias
para melhorar o atendimento de saúde mental da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A partir da mudança de paradigma no cuidado em saúde mental, advinda com o movimento da Reforma Psiquiátrica, tem-se o deslocamento do cuidado centrado no hospital para o cuidado na comunidade, através da criação dos serviços substitutivos. Desta forma, esta área da saúde passa a ser regulada pelo Estado, por meio de políticas públicas e de constituição de legislação específica sobre o tema.
Neste contexto surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que se articulam por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011). Um dos pontos de atenção da RAPS é composto pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços em nível de atenção especializada de base territorial. Esses dispositivos têm como função atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como com necessidades decorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas, com base em um modelo de atenção psicossocial.
É importante considerar que, apesar da transformação legislativa e conceitual sobre saúde mental, o modelo hospitalocêntrico e o focado na atenção psicossocial coexistem na prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. Dessa forma, temos a presença do discurso

classificatório e normatizante, conjuntamente com o discurso que flexibiliza o saber psiquiátrico tradicional, relativizando o conceito de doença mental e as intervenções, ampliando o olhar sobre o sofrimento psíquico. Assim, tem como intenção principal a reabilitação psicossocial, com práticas humanizadoras, que evitem a estigmatização e o preconceito (Gama, Campos & Ferrer, 2014). Para atender às mudanças dessa reorganização de modelo de atenção, diversos dispositivos utilizados para tratamento da doença mental também precisaram sofrer transformações, e o diagnóstico em saúde mental é um deles.

O estudo das patologias em saúde mental origina-se na disciplina da psiquiatria, em busca de objetividade e fidedignidade do seu objeto de estudo.

Para isto, esta área do saber médico elaborou um sistema de classificação das doenças mentais, buscando conhecer prognóstico, etiologia, curso e tratamento para cada psicopatologia. É importante ressaltar que, de início, foi necessário que a psiquiatria se firmasse em critérios objetivos mais rígidos, por sua necessidade em distanciar seu saber das questões religiosas e morais (Lima, Ricarte, Filho & Ponte, 2015).

Existem várias formas de realizar o cuidado em saúde mental. Pressupõe-se que esse seja realizado de forma a auxiliar o usuário a ter autonomia e protagonismo em relação a sua vida, que possa vivenciar o sofrimento psíquico e sua melhora em sua comunidade, com sua família e rede social.

Entretanto, com a coexistência dessas lógicas no cotidiano dos serviços, encontramos formas sutis de tutela, que rotulam e estigmatizam o usuário, colocando-o na posição de incapaz. Para que isto não aconteça, torna-se importante que a prática dos profissionais seja pautada nos pressupostos que embasam o ato de cuidar, diferenciando de atos tutelares, que seguem prendendo os sujeitos dentro dos novos dispositivos (Mendes & Rocha,
2016).

A partir da transformação na noção de cuidado, pautada na humanização e na reabilitação psicossocial surgiram novos desafios, entre eles a intersetorialidade, a participação popular e protagonismo dos usuários, familiares e da sociedade como um todo no debate da saúde mental. Ainda, ao buscar que este debate não seja realizado apenas por especialistas, tem-se, então, o desafio de que o conhecimento técnico-científico seja
apreensível por todos, para que a troca entre profissionais, usuários e familiares não seja marcada pelo desamparo e pelas fantasias acerca da loucura que geram estigmatização e preconceitos (Delgado, 2011).

Portanto, justifica-se a escolha por esta temática pela necessidade de pensar nestes desafios, existentes após 16 anos da lei da Reforma Psiquiátrica estar em vigor. Considera-

se aqui que o diagnóstico, de acordo com o viés de sua utilização, pode ser potencial de facilidade ou de dificuldade no processo de cuidado e, portanto, na promoção de autonomia e de reinserção psicossocial dos usuários atendidos pelos CAPS.

Portanto, o objetivo deste estudo é compreender os sentidos e significados de usuários, e familiares sobre a utilização do diagnóstico em saúde mental no processo de cuidado realizado em CAPS. Busca-se problematizar de que forma se utiliza a noção de diagnóstico, dentro do serviço substitutivo especializado, considerando essas andanças entre os modelos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está eticamente adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1056694.pdf	29/01/2018 21:59:23		Aceito
Outros	cartaRespostaPendencias.pdf	29/01/2018 21:57:50	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/01/2018 21:55:55	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/01/2018 19:44:02	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Descricao_da_Equipe.pdf	27/12/2017 20:49:53	Kátia Bones Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/12/2017 20:48:58	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Carta_de_Responsabilidade.pdf	27/12/2017	Kátia Bones Rocha	Aceito

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUC/RS

Continuação do Parecer: 2.530.765

Outros	Carta_de_Responsabilidade.pdf	20:44:32	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	27/12/2017 20:43:41	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Carta_de_autorizacao.pdf	27/12/2017 20:42:22	Kátia Bones Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DocumentoUnificadoProjetoPesquisa.pdf	27/12/2017 20:35:51	Kátia Bones Rocha	Aceito
Parecer Anterior	Carta_de_Aprovacao_da_Comissao_Cientifica_1513109880589.pdf	27/12/2017 20:35:15	Kátia Bones Rocha	Aceito
Orçamento	OrcamentoMariaWestphal.pdf	27/12/2017 20:33:56	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/12/2017 20:31:21	Kátia Bones Rocha	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 07 de Março de 2018

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br