

MARA SOARES FRATESCHI

**Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo
compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação
psiquiátrica**

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutora em
Ciências.

Área de concentração: Psicologia.

Apoio: CAPES.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso

**Ribeirão Preto
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Capa: “Camponesa em um campo de trigo”, de Vincent Van Gogh, 1890. Fonte: <https://www.vincentvangogh.org/>

FICHA CATALOGRÁFICA

Frateschi, Mara Soares

Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2020.

313 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Cardoso, Cármen Lúcia.

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Intervenção na crise. 4. Fenomenologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Frateschi, Mara Soares

Título: Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação psiquiátrica.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Julgamento: _____
Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Às participantes deste estudo que gentilmente me acolheram e aceitaram contribuir com esta pesquisa, compartilhando suas experiências.

À Universidade de São Paulo, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e seus professores e funcionários por toda a estrutura disponibilizada para a realização e conclusão desta pesquisa.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso, por me proporcionar tanto crescimento. Pelo grande exemplo de professora e, sobretudo, de pessoa, conduzindo seus trabalhos com seriedade e afetividade ímpares.

Aos colegas, membros do LaproSUS, pela companhia neste fascinante e árduo trabalho de fazer pesquisa. Pelas contribuições a este estudo em específico, compartilhando ideias e reflexões desde o delineamento do projeto até a finalização deste texto.

Às professoras Kátia de Souza Amorim e Rita Martins Godoy Rocha pelas ricas contribuições na banca do Exame de Qualificação.

Ao Hospital, instituição coparticipante do estudo, pela abertura para realização desta pesquisa. Em especial, aos profissionais dos setores de Recursos Humanos e Acolhimento.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

À minha família. Ao meu pai, Paulo, e minha mãe, Rogéria, a quem eu poderia agradecer por inúmeras doações, e hoje agradeço especialmente pela continuidade da presença e do afeto. Aos meus irmãos, Paula e Alexandre, pela certeza que vimos construindo de que embora os caminhos tomem direções diferentes, algo grande nos une e permanece.

Ao Alexandre, pelo amor a qualquer tempo. Por escolher, dia a dia, seguir compartilhando os passos comigo, trazendo leveza ao cotidiano. Pelas inúmeras contribuições diretas a esta pesquisa.

Aos amigos, em especial, Vanessa, Marcela, Isabella, Juliana, Marília e Camila, que ora de mais perto, ora de mais longe, estão sempre presentes enriquecendo a caminhada.

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

João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas.

RESUMO

Frateschi, M. S. (2020). *Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação psiquiátrica* (Tese de Doutorado). Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

A atual Política Nacional de Saúde Mental, apoiada nas premissas da Reforma Psiquiátrica, prevê a consolidação de práticas de cuidado no território, inserindo as questões relacionadas ao sofrimento mental no âmbito da comunidade, diferentemente da realidade associada ao modelo manicomial que previa a retirada do convívio em sociedade das pessoas que não correspondiam a um determinado padrão de comportamento. Nesse cenário, a atenção à crise configura um eixo estratégico tencionando para que serviços e profissionais utilizem novas tecnologias de cuidado em saúde mental visando superar a lógica manicomial. A internação psiquiátrica em unidades especializadas visa oferecer retaguarda aos casos em que foram esgotadas as possibilidades de atendimento em serviços extra-hospitalares. O objetivo desta pesquisa foi compreender a vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental, sob a perspectiva de pacientes e familiares, em estudo longitudinal realizado após a alta da internação psiquiátrica. As participantes foram três mulheres, que estiveram internadas em Hospital Especializado em Psiquiatria em decorrência do diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, e suas respectivas familiares. Foram realizadas três entrevistas abertas e individuais com cada participante, com intervalos de dois meses entre os encontros. Além disso, foi realizada observação participante e consulta ao sistema informatizado do Hospital. As 18 entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, e os registros da observação participante compuseram um diário de campo. O material foi submetido à análise qualitativa, tendo a Fenomenologia clássica como referencial teórico-metodológico. A análise foi desenvolvida em três seções pautadas na intencionalidade fenomenológica: 1) “*Descrição sintética das histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento*”, que apresenta de forma descritiva a trajetória das participantes com foco sobre o adoecimento; 2) “*Caminhos percorridos na rede pública de saúde*”, que aborda os cuidados em saúde mental recebidos nos diferentes serviços, incluindo a espera pela vaga nos serviços de urgência, o período de internação no Hospital e o acompanhamento recebido após a alta; 3) “*Contexto atual e desejo de retomada da vida*”, que compreende as referências feitas pelas participantes sobre o momento atual e os desejos de que as circunstâncias pudessem ser melhores. Deparamo-nos com as histórias *de vida* das participantes nos âmbitos de indivíduo, família e comunidade. Situações de pobreza, abandono, luto, violência, desemprego, entre outras, foram fatores por elas referidos como associados à condição de sofrimento mental que culminou no desencadeamento da crise psiquiátrica e na necessidade da internação. Observamos práticas ainda muito pautadas no saber biomédico, tendo a medicação como recurso mais importante e prioritário. Conforme as ações em saúde permanecem centradas nos sintomas e medicações, uma série de possibilidades de saúde e de vida deixam de ser exploradas, e a doença vai se consolidando enquanto parte da identidade da pessoa. Consideramos que a aproximação feita com as participantes, a partir do olhar fenomenológico, pode contribuir para o desenvolvimento de práticas inovadoras em saúde, partindo da possibilidade de colocarmo-nos diante da realidade e do ser humano, buscando apreender os sentidos constituídos pelo usuário em seu percurso sócio-histórico, em uma postura de abertura em direção à Pessoa que busca cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Pública; Intervenção na Crise; Fenomenologia.

ABSTRACT

Frateschi, M. S. (2020). *The experience of becoming ill and mental health care: comprehensive and longitudinal study after being discharged from psychiatric hospitalization*. (Doctoral Thesis). Faculty of Philosophy, Sciences and Literature of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil.

The current Brazilian National Mental Health Policy, supported by the propositions of the Brazilian Psychiatric Reform, provides for the consolidation of care practices in the Brazilian territory, inserting issues related to mental distress into the community setting, unlike the reality associated with the asylum model, which advocates that people who do not meet a certain behavioral pattern should be excluded from living in society. In this scenario, paying attention to the crisis is a strategic axis that intend services and professionals toward using new care technologies in mental health to overcome the asylum logic. Psychiatric hospitalization in specialized units aims to offer support to cases in which the possibilities of providing outpatient care have been exhausted. The objective of the present study was to understand the experience of developing a disease and mental health care from the perspective of patients and family members. The study had a longitudinal design and was carried out after discharge from psychiatric hospitalization. The participants were three women who were admitted to a hospital specialized in psychiatry after being diagnosed with bipolar affective disorder and their family members. Three open and individual interviews were performed with each participant, with a two-month interval between consecutive meetings. Additionally, participant observation and a search in the computerized system of the hospital were carried out. The audio of the 18 interviews was recorded and transcribed, and the participant observation logs originated a field journal. The material was submitted to qualitative analysis, with classical phenomenology being used as a theoretical-methodological framework. Analysis was developed according to three sections ruled by phenomenological intentionality: 1) *“Summarized description of the life stories and circumstances related to the process of becoming ill”*, which showed the participants’ trajectory descriptively, focusing on the development of the disease; 2) *“Paths taken in the public health system”*, which addressed the mental health care received in different services, including waiting for a place in emergency services, the period during which they stayed in the hospital, and the follow-up they received after leaving the institution; and 3) *“Current context and desire to go back to their lives”*, which encompassed the references mentioned by the participants about the current time and the desire that the circumstances were better. We came across the participants’ *life* stories at the individual, family, and community level. Situations of poverty, neglect, mourning, violence, and unemployment, among others, were factors mentioned by the participants as associates with the condition of mental distress that culminated in the onset of the psychiatric crisis and the need for hospitalization. We noticed practices that are still deeply grounded on biomedical knowledge, which has medication as its most important and priority resource. As health actions are centered in symptoms and medications, several health/life possibilities remain unexplored, and consequently the disease consolidates as part of a person’s identity. The approach carried out with these participants, based on a phenomenological perspective, can contribute to developing innovative health practices, offering the possibility of placing ourselves before reality and human beings as a starting point, trying to understand the meanings created by users in their sociohistorical path, and assuming an open attitude toward people who seek care.

Keywords: Mental Health; Public Health; Crisis Intervention; Phenomenology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Critérios de inclusão dos participantes	75
Figura 2 - Participantes do estudo; nome (fictício), idade e grau de parentesco.....	82
Figura 3 - Sinais gráficos utilizados na transcrição das entrevistas.....	84

LISTA DE SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COHAB	Companhia Habitacional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.
DRS	Distrital Regional de Saúde
ECT	Eletroconvulsoterapia
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPA	Substâncias psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	21
1. INTRODUÇÃO	29
1.1. As transformações em saúde e saúde mental e os modelos de intervenção na crise no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	29
1.2. A pessoa com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar: da sintomatologia à psicopatologia fenomenológica	42
2. OBJETIVOS	55
2.1. Objetivo Geral	55
2.2. Objetivos Específicos	55
3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO	59
3.1. Cuidados éticos: o ponto de partida.....	59
3.2. Caracterização do contexto do estudo	61
3.3. Referencial teórico-metodológico	66
3.4. Constituição do <i>corpus</i>	71
3.4.1. Entrevista Fenomenológica	71
3.4.2. Observação Participante	74
3.4.3. Consulta ao sistema do Hospital Especializado em Psiquiatria	74
3.5. Participantes	75
3.6. Análise do <i>corpus</i>	83
4. ANÁLISE DO <i>CORPUS</i>.....	87
4.1. Descrição sintética das histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento	87
Fernanda e Eunice	88
Regina e Marli	113
Carla e Fátima.....	133
4.2. Caminhos percorridos na rede pública de saúde	161
A espera pela vaga.....	161
A internação.....	174
O acompanhamento após a alta	184
4.3. Contexto atual e desejo de retomada da vida	197
O desenrolar da vida no momento atual	197
O convívio com o outro em sofrimento mental: A sobrecarga da família	205
Reverendo e atualizando horizontes	213
5. DISCUSSÃO	235
5.1. O adoecer e a cronificação do sofrimento	235
5.2. O olhar do outro para a constituição do ser pessoa	252
REFERÊNCIAS	269

APÊNDICE A – Ofício encaminhado ao Hospital Especializado em Psiquiatria.....	285
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Pacientes.....	287
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiares	289
APÊNDICE D – Roteiro Orientador da Entrevista com os Pacientes	291
APÊNDICE E – Roteiro Orientador da Entrevista com os Familiares	293
APÊNDICE F - Linha do Tempo: Fernanda e Eunice	295
APÊNDICE G – Árvore Genealógica: Fernanda e Eunice	297
APÊNDICE H - Linha do Tempo: Regina e Marli	299
APÊNDICE I – Árvore Genealógica: Regina e Marli	301
APÊNDICE J - Linha do Tempo: Carla e Fátima	303
APÊNDICE K – Árvore Genealógica: Carla e Fátima	305
ANEXO A – Declaração de tramitação – Hospital Especializado em Psiquiatria.....	309
ANEXO B – Ofício de aprovação pelo CEP-FFCLRP/USP	311
ANEXO C– Ofício de aprovação do Hospital Especializado em Psiquiatria	313

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como pano de fundo o desenrolar das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no contexto brasileiro. Há quase cinquenta anos, em meio à crise do modelo assistencial em saúde, começaram a surgir movimentos populares de reivindicação por novas formas de atendimento que fossem universais, equânimes e integrais, levando em consideração o indivíduo em sua trajetória social, econômica e cultural. Os debates em torno do conceito de saúde motivaram revisões da legislação e a sedimentação do entendimento de saúde enquanto um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, conforme consta na nossa Constituição Federal, promulgada no ano de 1988. Após, em 1990, houve a promulgação das Leis n. 8.080 e n. 8.142 que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) no país a partir de princípios e diretrizes que orientam a construção de práticas mais contextualizadas e integradoras.

Na área da saúde mental, o processo reformista também derivou de reivindicações por formas de cuidado mais integradoras e, principalmente, que considerassem a dignidade da pessoa em sofrimento mental tendo em vista a história da loucura e a marginalização do “louco”. No Brasil, no final da década de 1980, começaram a surgir os primeiros serviços substitutivos aos grandes Hospitais Psiquiátricos, dando início a um processo de experimentação e implementação de novas práticas. O marco legal deste processo foi a Lei n. 10.216, em 2001, que orienta as mudanças no sistema de atenção psiquiátrica no Brasil, redirecionando a atenção à saúde mental para uma rede de base comunitária e resguardando a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

As novas formas de assistência à saúde e à saúde mental vêm atraindo o interesse de pesquisadores que visam problematizar as alternativas de cuidado, propor reflexões sobre o tema ou, ainda, apresentar as estratégias que vêm sendo realizadas em diferentes cenários. Neste contexto, nasce meu interesse pela temática dos cuidados em saúde mental, partindo de diferentes experiências durante minha formação acadêmica. Em sala de aula, disciplinas como “Psicologia e Saúde”, ministrada pela professora Cármen Lúcia Cardoso, e “Organização do Trabalho e Saúde do Trabalhador”, oferecida pelo professor Marco Antônio de Castro Figueiredo, foram minhas primeiras oportunidades de aproximação com a área da saúde enquanto universo profícuo de intervenção e pesquisa.

Fora das salas de aula, ainda no contexto acadêmico, participei por dois anos da Liga de Saúde mental promovida pelo Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

(FMRP/USP), com encontros semanais para discussões e palestras com profissionais da medicina, psicologia e terapia ocupacional. Como parte das atividades, realizávamos observação de plantões no setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital-Escola, que configurou meu primeiro contato com pessoas em sofrimento mental em situações de crise. Víamos a equipe médica cuidar das medicações para conter os sintomas e discutir as possibilidades de encaminhamentos para cada paciente. O contato com os pacientes propriamente era breve e superficial. Lembro-me que apresentavam condições variadas de falarem sobre si e que se referiam ao momento presente de modo fragmentado.

Como membro do Centro Estudantil da Psicologia ao longo de quase toda a graduação, me envolvi com a organização de eventos que promoviam espaços de discussão e reflexão sobre temas pouco abordados na grade curricular. Os Encontros de Saúde Mental “A loucura desamarrada”, em 2008, e “Como somos tratados?”, em 2009, foram integralmente organizados por estudantes e abordaram temas como a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, os serviços de saúde disponíveis para o cuidado em saúde mental e os caminhos percorridos pelos usuários na rede de saúde.

No ano de 2009, realizei estágio curricular em uma Unidade de Saúde da Família, quando pude participar do cotidiano do serviço, conhecendo a comunidade local e desenvolvendo estratégias de intervenção com foco nas necessidades da população atendida. Esta experiência possibilitou um exercício de reflexão e questionamento sobre as respostas institucionais às questões relativas à saúde mental e o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde na comunidade a partir da demanda observada. Uma das atividades desenvolvidas foi um grupo de promoção de saúde voltado para mulheres da comunidade, proposto após observarmos que várias mulheres, donas de casa, jovens, com filhos pequenos, estavam recorrendo ao serviço com queixas de solidão e entristecimento. O objetivo foi construir um espaço de troca entre as participantes e, ao mesmo tempo, fortalecer o vínculo entre elas e a equipe de saúde.

Ao final do estágio, a fim de continuar estudando a temática dos cuidados em saúde mental ofertados pela Atenção Primária, aproximei-me da professora Cármen Lúcia Cardoso, dando início a uma parceria muito cara tanto no âmbito acadêmico quanto pessoal. Sob sua orientação, desenvolvi minha Iniciação Científica (IC) durante os anos de 2010 e 2011, com bolsa FAPESP (Processo nº 2010/07143-3), que resultou na monografia intitulada “*Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Avaliação sob a ótica de usuários*”. O objetivo deste estudo foi investigar a avaliação que os usuários faziam do cuidado em saúde mental oferecido por dois serviços públicos de saúde da Atenção Primária, a saber: uma Unidade Básica de Saúde e uma Unidade de Saúde da Família. Observamos que a avaliação feita pelos usuários constitui

peça fundamental para o planejamento e implementação de práticas de saúde que partam de suas reais necessidades e expectativas. Os resultados deste trabalho culminaram na elaboração de um artigo científico homônimo à monografia, publicado pela revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva* da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

No mestrado, realizado de 2012 a 2014, dando continuidade à pesquisa sobre os cuidados em saúde mental ofertados pela Atenção Primária, buscamos conhecer e compreender as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no que se refere à Reabilitação Psicossocial em saúde mental, a partir da perspectiva dos profissionais, usuários e familiares. A dissertação intitulada “*Reabilitação Psicossocial e Estratégia Saúde da Família: Desafios no cuidado à saúde mental*”, realizada com bolsa FAPESP (Processo nº 2012/13720-9), objetivou fomentar um exercício de reflexão e questionamento sobre os sentidos que sustentam as ações em saúde mental, na tentativa de avançar nos processos de desmistificação do sofrimento mental e na consolidação de ações que respondam às necessidades dos usuários, seus familiares e da comunidade. Para este trabalho foi realizada uma ampla revisão da literatura que resultou no artigo “*Práticas em Saúde Mental na Atenção Primária*”, publicado na revista *Psico* da PUC do Rio Grande do Sul.

Minha trajetória tanto na graduação quanto em pesquisa delineou meu interesse pela área da saúde mental no contexto da saúde coletiva. Nas produções sobre esta temática, é comum encontrarmos pesquisas que investigam o efeito de determinadas medicações, a eficácia de terapêuticas e as possíveis correlações genéticas ou sociodemográficas. Algumas pesquisas qualitativas, em especial aqueles que se utilizam de entrevistas como instrumento para coleta de dados, tem a característica de promover uma aproximação maior com seus participantes, abrindo espaço para que expressem suas realidades, todavia, quando se trata de saúde mental, os participantes comumente eleitos são profissionais da saúde, gestores de serviços e familiares de usuários.

Entretanto, minha trajetória pessoal na pesquisa foi se voltando para a escuta dos usuários sobre suas experiências de cuidado em saúde mental. Pessoas historicamente desacreditadas, pouco vistas e ouvidas, facilmente colocadas à margem dos espaços de discussões, passíveis de aceitarem quaisquer decisões que outros tomem em seu nome. Ademais, ainda são recorrentes as associações entre pessoa que necessita de cuidados em saúde mental e a imagem do “louco” clássico, com gestos e falas desconexas, de quem se deve manter certa distância dada a imprevisibilidade e periculosidade. Nesse cenário, surpreendia-me com a capacidade dessas pessoas de falarem sobre si, avaliarem sua própria condição e seu entorno,

refletirem sobre limites e possibilidades, pensarem estratégias para alívio do sofrimento, costurarem as memórias com os acontecimentos do presente e com o que pretendiam de futuro.

A proposta desta pesquisa foi sendo delineada a partir do interesse em constituir canal de voz e lugar de existência às pessoas em sofrimento mental. Além disso, após percurso de estudos sobre as estratégias de cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Primária, sob o enfoque da promoção de saúde e prevenção de agravos, vislumbramos a aproximação da problemática a partir de outro vértice. Há décadas os Hospitais Especializados em Psiquiatria vem sendo mote de extensivos debates sobre formas de cuidado das pessoas em sofrimento mental. Historicamente, já figuraram como grandes depósitos de pessoas, utilizado como recurso para tirar de circulação aqueles que se desencaixavam de um determinado padrão de razão e de produção. Anos após o surgimento dos primeiros movimentos reformistas que impulsionaram a atualização da legislação e progressos na transformação do imaginário social acerca do “louco” e da “loucura”, os Hospitais Psiquiátricos ainda mantêm sua sustentação prática, técnica e ideológica perante a sociedade.

É certo que estas instituições também passaram por grandes transformações, adequando-se aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, e atualmente atuam sob o prisma da proteção e respeito aos direitos humanos, propondo-se um equipamento integrante da rede de saúde e que oferta cuidados especializados nas situações de crise em saúde mental. Por mais de 15 anos, desde a promulgação da Lei n. 10.216, em 2001, a Política Nacional de Saúde Mental previa a redução progressiva dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e a expansão concomitante dos serviços substitutivos que atuam sob o paradigma da reabilitação psicossocial, de base territorial. A partir de 2017, uma inversão no curso das políticas, até então vigentes, recolocou os Hospitais Psiquiátricos como integrantes legítimos da rede de saúde e vem propondo a superação do entendimento de que alguns serviços devam “substituir” outros. Novos mecanismos de repasses de verbas governamentais também referendam a manutenção destas instituições, que acabam tendo seu lugar social reforçado.

Em meio a esta conjuntura política e trajetória pessoal de pesquisa, entre os anos de 2018 e 2019 tive a oportunidade de orientar o trabalho de Iniciação Científica da graduanda em psicologia Júlia Noronha Ferraz de Arruda. A monografia intitulada “*Cuidados em saúde mental: a experiência da alta hospitalar no contexto do Hospital-Dia*” tinha como objetivo conhecer o modo de apreensão das vivências da internação psiquiátrica parcial em um Hospital-Dia sob a perspectiva de pacientes em momento que antecedia a alta hospitalar. Como resultados, encontramos que a possibilidade de, durante a internação, o paciente ser percebido enquanto pessoa humana para além de um diagnóstico, é favorecedora do estabelecimento de

vínculos profícuos e da atualização dos projetos de vida, que, no momento da alta, foi valorizado como fator de melhora.

No contexto de reforma da assistência em saúde mental, em que novas possibilidades de atuação vêm sendo desenvolvidas (e questionadas), compreender a vivência de usuários de forma sistematizada em estudos científicos pode contribuir com reflexões mais conectadas com a realidade e que se pretendem úteis tanto do ponto de vista científico, avançando no entendimento do processo saúde/doença mental, quanto do ponto de vista político, visando à continuidade do processo de transformação das práticas em saúde. Esta pesquisa de doutorado teve como objetivo compreender a vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental, sob a perspectiva de pacientes e familiares, em estudo longitudinal realizado após a alta da internação psiquiátrica.

Diferentemente do que acontecia nos tempos dos grandes manicômios, atualmente, a internação psiquiátrica tem o objetivo de ofertar cuidado em saúde mental diante de situações de crise, com duração suficiente até a estabilidade clínica do paciente e consequente preparação da pessoa para o retorno ao convívio em família e comunidade, seguindo lógica análoga a qualquer outra situação de urgência em saúde. Todavia, apesar dos avanços, ainda é muito marcante o estigma sobre a doença mental e, especialmente, sobre as situações que culminam em internação(ões) em Hospitais Especializados em Psiquiatria, comumente referenciados como “hospitais de louco”. Assim, intencionamos nos aproximar de pessoas que experienciaram esta situação (como paciente ou familiar), prezando pela vivência de cada um dos participantes, a fim de compreender os sentidos atribuídos ao que viveram.

Respondendo aos objetivos propostos, este texto está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo (1), apresentamos o contexto do estudo com foco sobre as transformações em saúde e os modelos de intervenção na crise no contexto da Reforma Psiquiátrica, com detalhamento específico sobre a vivência do Transtorno Afetivo Bipolar, por este ser o recorte metodológico utilizado para identificação dos participantes. No segundo capítulo (2), apresentamos exclusivamente os objetivos geral e específicos da pesquisa. O terceiro capítulo (3) constitui-se do detalhamento do percurso metodológico adotado, elencando as estruturas metodológicas de maneira formal, elucidando as etapas da pesquisa quanto à constituição e análise do *corpus*. No quarto capítulo (4), realizamos inicialmente uma descrição sintética das histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento das participantes do estudo, buscando destacar como compreendem o adoecer enquanto parte do todo da vida. Em seguida, apresentamos e discutimos o percurso das participantes nos diferentes equipamentos que compõem a rede pública de saúde, o desenrolar da vida após o acontecimento da internação

psiquiátrica e as perspectivas que nutrem com relação ao futuro. Por fim, no quinto capítulo (5), apresentamos a discussão de dois temas que identificamos como transversais às experiências relatadas, a saber, o processo de cronificação do sofrimento mental e a necessidade do encontro humano enquanto condição essencial para a constituição do ser pessoa.

Desejamos que o texto deste estudo reverbere as vozes de suas participantes que, mesmo na singularidade de seus vividos, possivelmente representam tantas outras, por vezes, silenciadas. Ter a vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental como tema, incluindo a internação psiquiátrica, conforme vivida em primeira pessoa, nos oportuniza uma via de acesso aos sentidos que a compõem. Almeja-se que esse acesso possa contribuir para o desenvolvimento de estratégias de cuidado em saúde mental comprometidas com a pessoa humana em sua integralidade e dignidade, avançando também no conhecimento sobre o território interior do ser humano.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. As transformações em saúde e saúde mental e os modelos de intervenção na crise no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira

A construção social de um novo sistema de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde

No Brasil, as décadas de 1970 e 1980 ficaram marcadas por importantes transformações sociais, políticas e econômicas motivadas por uma série de fatores que culminaram em quadro de recessão e inflação no país. A transição para um Estado Democrático, a expansão desordenada dos grandes centros urbanos, a queda do crescimento econômico, o endividamento externo, a expansão da dívida pública e a elevação dos juros foram fatores que, somados, contribuíram para o enfraquecimento do governo e fortalecimento de movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida da população (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Dimenstein, 1998; Luz, 1991; Silva, 2011).

Na área da saúde, este cenário fomentou questionamentos sobre a vigência até então de um sistema pouco resolutivo, centrado no modelo biomédico, sinalizando a necessidade de criação de novas modalidades de trabalho pautadas na descentralização das ações, na participação popular e no enfoque em práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Mendes, 1996).

Em meio ao processo de crise do modelo assistencial, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco para a Reforma Sanitária brasileira, colocando em pauta o entendimento de saúde como um direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e as estratégias de financiamento deste setor (Amarante & Nunes, 2018; Ministério da Saúde, 1986; Rosa & Labate, 2005). No evento, que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, o conceito de saúde pôde ser amplamente debatido, tendo seus sentidos revisitados e ampliados. A saúde que até então era entendida como um estado biológico, ou, ainda, como ausência de doença, passou a ter uma concepção mais dinâmica e positiva, ou seja, a saúde vista como produto social, atrelada à ação de determinantes sociais como acesso a moradia, educação, saneamento básico, trabalho, lazer,

serviços de saúde, entre outros (Cardoso & Ishara, 2013; Mendes, 1996; Ministério da Saúde, 1986).

Respondendo diretamente à mobilização popular e aos amplos debates sobre o processo saúde-doença que vinham acontecendo em diferentes cenários e em nível internacional, a questão da saúde foi incluída na nova Constituição Brasileira de 1988, no capítulo da Seguridade Social, representando um avanço com relação à Constituição anterior, sendo referendada como "direito de todos e dever do Estado" (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Frateschi, 2014; Rocha, 2015; World Health Organization, 1978, 1986). Em 1990, a Reforma Sanitária brasileira foi regulamentada pelas Leis Orgânicas n. 8.080 e n. 8.142 com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste no arranjo organizacional do Estado que dá suporte à concretização das políticas de saúde no Brasil (Lei n. 8.080, 1990; Lei n. 8.142, 1990).

Os princípios e diretrizes que sustentam o SUS ética e operacionalmente são: universalidade no atendimento, equidade, integralidade da assistência, descentralização da gestão administrativa, regionalização, hierarquização das unidades prestadoras de serviços, integração das ações e participação e controle popular (Cardoso & Ishara, 2013; Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Rosa & Labate, 2005). Concebidos enquanto objetivos estratégicos para viabilizar a concretização do SUS, os princípios e diretrizes legitimam uma lógica pública na organização dos serviços e das ações em saúde, pautados na perspectiva do cuidado e da diminuição das desigualdades sociais, dos preconceitos, da exclusão e da estigmatização das minorias (Silva, 2011). Para Luz (1991), a institucionalização do SUS provocou uma mudança radical na maneira como os cidadãos brasileiros se relacionavam com a oferta de ações em saúde, pois passaram a ser reconhecidos como financiadores e usuários do sistema, superando a visão de que o acesso à saúde é uma recompensa pelo trabalho.

Para Cardoso e Ishara (2013), desde a conquista legal do SUS, a produção de cuidado à saúde vem se destacando por meio de ações que abarcam as questões micropolíticas do trabalho, ou seja, voltadas a vertentes locais, subjetivas e relacionais, com envolvimento responsável de todas as partes envolvidas no processo do cuidar (profissionais, usuários, famílias, organizadores e prestadores de serviços). Essa nova ótica pressupõe a desconstrução da lógica de tratar apenas a doença, para olhar a pessoa em seu sofrimento e suas necessidades, no contexto da comunidade (Rosa & Labate, 2005). Neste contexto, Camargo-Borges (2002) afirma que a reorganização do sistema de saúde brasileiro, concretizada através do SUS, parte do entendimento de que a saúde é conquistada por meio da possibilidade de vivenciar o

processo saúde/doença de maneiras diferentes e por meio de ações mais amplas e integrais, o que implica, por exemplo, em mais investimentos voltados às comunidades, ao território e em intervenções intersetoriais na saúde.

O Sistema Único de Saúde está organizado em níveis de atenção – primária, secundária e terciária – que respondem à complexidade das demandas e às tecnologias disponíveis em cada dispositivo que compõe a rede. Os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente e o acesso da população deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, conhecidos como a “porta de entrada” do usuário na rede, e que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que se apresentam nos serviços de saúde. Os demais são referenciados para os níveis secundário e terciário, onde estão os serviços que dispõem de maior complexidade tecnológica (Ministério da Saúde, 1990). A hierarquia dos níveis de atenção segue três princípios que orientam o trânsito dos usuários pelos mesmos, a saber: o princípio da suficiência e da insuficiência tecnológica, que sustenta que o nível de atenção deve ter necessariamente uma suficiência resolutiva correspondente a sua composição tecnológica; o princípio da referência e contra-referência, que apregoa a existência de um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações, gerenciais e tecnológicas, pelos diferentes níveis; e o princípio da intercomplementaridade, que trata da relação de interdependência entre os diferentes níveis e serviços (Mendes, 1996).

Transformações nos cuidados em Saúde Mental

No campo da saúde mental, as práticas e discursos remontam a um longo processo histórico em torno das concepções e saberes sobre a loucura. Extensivos estudos e questionamentos vem sendo realizados há décadas e foram fundamentais para a composição da história da loucura, da psiquiatria e das formas com que a sociedade moderna lida com as diferenças sociais e culturais (Amarante, 1995; Barreto, 2005; Basaglia, 1968/1985; Costa, 1989; Foucault, 1972; Pessotti, 1994).

Ao longo dos séculos e nas diferentes sociedades, o entendimento e aproximação com a loucura e os “loucos” tiveram múltiplas roupagens. Para Pessotti (1994), se a loucura é considerada como perda das capacidades racionais ou falência do controle voluntário sobre as paixões, então, uma história da loucura se inicia concomitantemente à história da espécie humana. Segundo o autor, quando se alude a um conceito de loucura, deve-se ponderar que

conceitos distintos podem emergir a depender do contexto em que é formulado, por exemplo, uma conceituação de loucura formulada no contexto da ciência será diversa da que nasce no campo das ideias morais ou religiosas ou, ainda, no da poesia. De acordo com suas análises, Pessotti (1994) aponta que, na antiguidade, por exemplo, os atos das pessoas destituídas de razão eram relacionados a uma ordenação divina (séculos 9-8 a.C.) ou produto de conflitos passionais do homem permitidos ou impostos pelos deuses (485-406 a.C.), configurando um entendimento que desresponsabilizava o indivíduo pelo seu sofrimento.

Uma virada de concepções decorre das proposições de Hipócrates (1 a.C.) que inaugura um entendimento de loucura como um desarranjo de natureza orgânica, corporal. Assim, os processos de perda da razão ou do controle emocional são associados ao funcionamento do organismo sediado no cérebro humano e no equilíbrio de seus elementos essenciais (os humores) com o ambiente. Outra mudança significativa se deu na Idade Média Europeia (séculos V-XV d.C.) quando a loucura foi associada à possessão demoníaca, banindo qualquer competência médica da esfera de seu entendimento ou tratamento, o que ficava a cargo da dimensão da fé e da crença através de redenções, devoções ou penitências (De Tilio, 2007; Pessotti, 1994). No século XVII, segundo Pessotti (1994), se inicia a caminhada para uma abordagem científica da loucura, devido à exacerbação do racionalismo científico que caracterizou este período, distanciando o descontrole emocional das concepções mágicas e místicas. Para De Tilio (2007), neste período a loucura é redesignada para o cerne do indivíduo enquanto perda da razão, da vontade e do livre-arbítrio, cuja cura deveria ser a estabilização do acometido em um local social e moralmente aceito, dando início aos grandes asilos.

Segundo Amarante (2017), a criação de uma instituição denominada “Hospital Geral” em Paris, em 1656, tem grande relevância histórica quanto à construção do *lugar social* do louco e da loucura na sociedade ocidental contemporânea. Esta instituição foi criada como consequência de uma grande reforma das hospedagens religiosas e filantrópicas que atuavam naquele cenário e destinavam-se a acolher os pobres “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescente, curáveis ou incuráveis” (Foucault, 1972, p. 56).

Assim, tratava-se de abrigar toda sorte de miseráveis considerados como incapazes de contribuir para o desenvolvimento social, viver em comunidade e projetar o próprio futuro. Esta primeira experiência viabilizou uma prática regular e sistemática de circunscrição da loucura em espaços fechados, como se os loucos portassem algo desviante da natureza dos homens (Amarante, 2017). Embora o nome remetesse a estabelecimentos de saúde e cuidado, o Hospital Geral, segundo Foucault (1972) e Amarante (2017), não era um estabelecimento

médico, mas antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa com poder para decidir, julgar e executar. Para Foucault (1972):

a prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um novo relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua existência, assumiu no decorrer no século XVI uma figura que a idade média não conheceu. (p. 64)

Nesta marcha, no contexto da Europa ocidental, notadamente da França, no século XVIII, a instituição “hospital”, cuja denominação remete à hospedaria, hospedagem, foi se consolidando enquanto uma instituição médica na medida em que foi se tornando constante a presença e atuação de médicos neste espaço (Amarante, 2017). A inserção médica permitiu que estes profissionais empreendessem observações sistemáticas das doenças, dia a dia, em seu curso e evolução, permitindo agrupamentos dos sintomas manifestados e fazendo da medicina a *práxis* hospitalar.

É neste contexto que Philippe Pinel (1745-1826), desenvolve a primeira incursão especificamente médica sobre a loucura, se pautando em uma prática de observação, descrição e classificação do normal e do desviante. De acordo com Amarante (2017), esse método de conhecimento operou a passagem da “loucura” para a “alienação mental” e fundamentou o princípio do *isolamento do mundo exterior* como forma de *tratamento moral*. Para Magalhães (2016), a classificação de Philippe Pinel estabelecia que a alienação mental era uma perturbação das funções do cérebro e dos nervos e, assim, o isolamento nos hospitais psiquiátricos configurava como tratamento, separando o paciente daquilo que o adoecia e colocando-o onde o médico poderia controlar todos os aspectos de sua vida, submetendo-o a uma severa disciplina.

Para Costa (1989), os dispositivos estruturais e morais forjaram um contexto para que a loucura fosse entendida como falta, defeito e doença, ao passo que o saber psiquiátrico foi se estruturando nos processos de organização do espaço da instituição psiquiátrica e nas propostas de tratamento. Segundo Magalhães (2016), o “louco”, então declarado “doente”, passou a ser isolado para se tratar, o que dá origem ao binômio psiquiatria (saber sobre a loucura) e manicômio (local onde este saber é praticado). No âmbito dos processos humanos, a loucura foi adentrando o sentido de normatividade e se configurando como uma diferença (Rocha & Salerno, 2018), o que reafirmava o hospital como local de destinação daqueles que desviavam de uma determinada conduta moral e ética.

O *tratamento moral*, circunstanciado a um regime de ordem pautado na vigilância e no controle, era a operacionalização de uma relação de poder unidirecional que, partindo do médico, em nome da ciência, transforma a conduta do alienado (Amarante, 2017). Marcado por ser asilar e excludente, o modelo hospitalar não contribuiu para a melhora da autonomia e para a superação das dificuldades vivenciadas pelas pessoas em sofrimento mental. Como consequência, o hospital psiquiátrico se revelou como um lugar de exclusão social: lugar do louco, da miséria, dos improdutivos, daquilo que se desencaixa da ordem da razão e da produção (Nicácio, 1989; Souza, Matias, Gomes & Parente, 2007).

De acordo com Costa (1989), no Brasil, o primeiro Hospital Psiquiátrico foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, por meio de decreto do imperador Pedro II. Esta obra foi edificada em resposta às reivindicações de médicos higienistas para que fosse construído um hospício para os alienados, sob alegações de que os “loucos” estavam abandonados a si mesmos e que deveriam ser tratados de acordo com os princípios do tratamento moral. Em 1912, a Psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma e, a partir de então, houve um grande aumento na quantidade de estabelecimentos destinados aos doentes mentais no Brasil (Costa, 1989).

Assim, consolidou-se no país um modelo de atenção psiquiátrica pautado na instituição hospitalar sendo o cuidado ofertado principalmente pelos hospitais privados, que tinham o Estado como seu grande financiador. Este esquema de financiamento se deu, a partir da década de 1960, por meio da celebração de convênios entre as empresas hospitalares e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tornando a psiquiatria um lucrativo negócio (Yasui, 2006). Dessa forma, os hospitais recebiam repasses de verba correspondentes à quantidade de pessoas internadas e, sem controle pelo estado, consolidou-se um sistema que ficou conhecido como “indústria da loucura”, sustentado por um poderoso *lobby* que atuava impedindo qualquer tentativa de mudança. Segundo Amarante e Nunes (2018), em 1977, 96% de todos os recursos gastos na assistência psiquiátrica, no Brasil, eram destinados ao pagamento de diárias hospitalares nos mais de 80 mil leitos existentes no país naquele ano. Observava-se ainda que de 1973 a 1976 as internações psiquiátricas aumentaram 344%. Dadas estas circunstâncias, os hospitais psiquiátricos foram se confirmando como grandes “depósitos de gente”, marcados pela superlotação, descaso, negligência, violência e violação de direitos, o que distanciava significativamente de uma instituição de cuidados em saúde.

Neste contexto, no Brasil, na década de 1970, começaram a se organizar os movimentos sociais que questionam o modelo hospitalocêntrico e lutam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Estes movimentos emergiram a partir das propostas de desinstitucionalização da assistência médico-psiquiátrica e das críticas ao modelo asilar, inspirados em outros

movimentos reformistas que vinham ocorrendo nos Estados Unidos e na Europa desde a década de 1940 (Amarante, 2009; Basaglia, 1968/1985; Dimenstein, 1998). O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o primeiro coletivo social com este propósito no país, tornando-se um protagonista dos acontecimentos que delinearão a luta pelas reformas em saúde mental até a definição de seu caráter categoricamente antimanicomial (Amarante & Nunes, 2018; Magalhães, 2016; Tenório, 2002). No Brasil, tal mobilização ficou conhecida como Reforma Psiquiátrica, entendida como uma importante reivindicação social pelo tratamento digno às pessoas em sofrimento mental, atuando contra a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a psiquiatrização de questões sociais e a hegemonia de uma rede privada de assistência (Ministério da Saúde, 2005; Silva & Vieira, 2008).

Segundo Rocha (2015), a Reforma Psiquiátrica brasileira inspirou-se, em especial, no modelo protagonizado por Franco Basaglia na Itália, em meados da década de 60, que apoiava a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental diante da crise assistencial da época, em um momento histórico em que a lógica de cuidados se baseava no encarceramento manicomial. Rocha (2015) e Borgna (2019) apontam para a influência de teorias vanguardistas nas ideias de Basaglia, entre elas a fenomenologia de Edmund Husserl. Amarante (2009), utilizando-se dos conceitos de Franco e Franca Basaglia, pontua: “A Psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença; para Basaglia a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que pudéssemos ocupar-nos do sujeito em sua experiência” (p. 5). A partir desta perspectiva, é proposta a suspensão do entendimento posto sobre a doença mental, oportunizando a compreensão da experiência da pessoa em sofrimento mental para além do diagnóstico.

Para Amarante e Nunes (2018), no Brasil, a noção de Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo com vistas à desinstitucionalização tem sido adotada no sentido de destacar a amplitude desta demanda, que não se reduz às reformas de serviços e tecnologias de cuidados, em que pese a importância destas. Os autores assinalam que a questão central colocada é o delineamento de um outro “lugar social” para a loucura em nossa tradição cultural.

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica, ocorridas contemporaneamente, foram movimentos que marcaram a necessidade de uma mudança paradigmática na área da saúde. Essa nova ótica pressupõe a desconstrução da lógica de tratar apenas a doença, para tratar a pessoa com seu sofrimento no contexto da comunidade (Munari et al., 2008; Silva & Cardoso, 2013). A partir destes novos paradigmas, a Reforma Psiquiátrica propiciou inúmeras transformações no campo da saúde mental, atuando em favor da mudança dos modelos de

atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção do cuidado (Frateschi & Cardoso, 2016; Ministério da Saúde, 2000).

No final da década de 1980, surgiu a perspectiva de criação de serviços substitutivos àqueles que atuavam de acordo com a lógica manicomial, institucionalizante, dando início a um processo de experimentação e implementação de práticas inovadoras. Segundo Amarante e Nunes (2018), são serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização. A inclusão dos princípios do SUS na Constituição Federal de 1988 e a consequente perspectiva de maior autonomia por parte dos municípios, forneceu as bases para a criação não apenas de serviços descentralizados, de base territorial, mas também de dispositivos que levassem em conta as outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer e cultura.

Desde então, com o propósito de redução progressiva dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e a expansão concomitante de serviços substitutivos, diversos dispositivos foram criados, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dia, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, oficinas e ações diversas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, entre outros, que passaram a integrar a rede de cuidados em saúde mental juntamente aos Ambulatórios de Saúde Mental, Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos. Assim, os Hospitais Especializados em Psiquiatria deixaram de ser a única referência de oferta de cuidados em saúde mental, dividindo o encargo com os dispositivos extra-hospitalares com a intenção de diminuir o número de internações (Bezerra & Dimenstein, 2011; Ministério da Saúde, 2002, 2004, 2011a).

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei n. 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, proposta pelo deputado Paulo Delgado, o que configurou um marco histórico na concretização de mudanças no sistema de atenção psiquiátrica no Brasil ao redirecionar a atenção à saúde mental para uma rede de base comunitária e dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (Lei n. 10.216, 2001; Ministério da Saúde, 2005, 2011b; Rocha & Salerno, 2018; Silva, 2011; Tenório, 2002). Sob o arcabouço político, técnico e ideológico sustentado pela Lei n. 10.216, as práticas em saúde mental preconizam a desinstitucionalização, a garantia dos direitos das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos e a centralidade dos atendimentos extra-hospitalares e dos recursos comunitários, considerando a comunidade e a família como importantes atores no cuidado da pessoa em sofrimento mental (Frateschi & Cardoso, 2014;

Gomes, Silva & Batista, 2018; Jaegger et al., 2004; Ministério da Saúde, 2005; Oliveira, Schneider, Nasí, Camatta & Olschowsky, 2015; Silva, 2011).

Em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual se volta para o cuidado das 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, sendo normatizada pela portaria n. 3.088/2011 (Ministério da Saúde, 2011a). Como objetivos principais da RAPS, foram definidos a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Macedo, Abreu, Fontenele & Dimenstein, 2017; Ministério da Saúde, 2011a).

Após quase 20 anos da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei n. 10.216, 2001), são notáveis os avanços na área da saúde mental, por exemplo, o decréscimo dos leitos em Hospitais Especializados em Psiquiatria, a inversão dos gastos públicos, antes focados na assistência hospitalar, e a significativa ampliação de serviços de base comunitária (Alves & Guljor, 2005; Amarante & Nunes, 2018; Silva & Dimenstein, 2014). Porém, no contexto mais atual, segundo Amarante e Nunes (2018), o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvos de mudanças radicais e de importantes retrocessos. Para Rocha e Salerno (2018), está em curso um movimento paradoxal de retomada da centralidade do cuidado nos espaços de isolamento social.

Em 21 de dezembro de 2017, a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, que é integrada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacionais das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), aprovou a Portaria n.º 3.588 que resgata o modelo manicomial ao retomar o financiamento dos Hospitais Psiquiátricos e fomentar a criação de serviços ambulatoriais em detrimento do investimento em serviços de base territorial e comunitária (Amarante & Nunes, 2018; Ministério da Saúde, 2017; Rocha & Salerno, 2018). A propositura destas mudanças são fruto de alianças entre o Ministério da Saúde, a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e alteram o foco da política de saúde mental, até então em ações de reabilitação psicossocial, para modelos de assistência fechados e de longa permanência (Lima, 2019).

A Nota Técnica n.º 11/2019 emitida pela Coordenadoria Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em 04 de fevereiro de 2019 reafirma a Portaria n.º 3.588 e indica mudanças

estruturais nas políticas de saúde mental em vigência até então. Como fundamentação de tais mudanças, o texto do documento afirma que “O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. [...] Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro.” (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo Lima (2019), além da inclusão do Hospitais Psiquiátricos na RAPS, muitos são os pontos problemáticos na Nota Técnica nº 11/2019, a saber: os recursos oriundos de altas ou fechamentos de unidades hospitalares passam a ser reaplicados na própria rede hospitalar psiquiátrica, ao invés de serem destinados a serviços comunitários, como acontecia até 2016; amplia os aportes financeiros à Comunidades Terapêuticas, modelo assistencial fechado, frequentemente de matriz religiosa e baseado na exigência de abstinência total para tratamento de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas; a ênfase na criação de ambulatórios especializados para o tratamento de quadros menos graves, em detrimento do estímulo às ações na Atenção Primária à Saúde, que tem alto potencial de resolutividade e grande capilaridade territorial em boa parte do país; a internação de crianças e adolescentes; o financiamento de equipamento para eletroconvulsoterapia (ECT).

A publicação da Nota Técnica 11/2019 gerou grande repercussão e diversos movimentos atuantes no campo da saúde mental se manifestaram amplamente em repúdio às suas determinações, tais como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outros. O cenário atual é de tensionamento político e ideológico, em que uma maré contrarreformista, travestida de “nova” política, vem ganhando força, sustentando premissas que vão na contramão do que vem sendo preconizado e construído ao longo de, pelo menos, três décadas de Reforma Psiquiátrica brasileira (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2019). Dentre avanços e retrocessos, o percurso da Reforma Psiquiátrica já se apresenta de forma concreta, sendo uma realidade em construção (Bezerra & Dimenstein, 2011). O atual momento político demanda atualização das lutas e resistências, reiterando a Reforma Psiquiátrica enquanto processo inacabado, pelos direitos das pessoas em sofrimento mental, pela superação da lógica do confinamento e pela valorização do usuário enquanto sujeito sociopolítico.

Intervenções na crise no contexto da Reforma Psiquiátrica

O desenvolvimento de conhecimentos sobre a anatomia patológica a partir do século XIX colocou luz sobre o conceito de crise dado o cenário de investigações acerca de quais correlatos orgânicos (órgãos, lesões ou alterações biológicas) poderiam constituir a causa da loucura (Jardim & Dimenstein, 2007; Magalhães, 2016). Para Magalhães (2016), ao longo do processo histórico, através de comparativo com outras patologias, a crise psiquiátrica passou a entendida como o agente patogênico da doença mental, ou seja, o evento que seria responsável por deixar a pessoa suscetível ao adoecimento psíquico. Segundo Jardim e Dimenstein (2007), a crise figurou como a prova de realidade de que a psiquiatria precisava para tomar a loucura enquanto doença mental. A partir deste entendimento, diante da situação de crise a conduta terapêutica objetivava equalizar o sujeito por meio de contenção química ou mecânica e, em alguns casos, de afastamento do convívio social por meio da internação psiquiátrica.

Dell'Acqua e Mezzina (1991) afirmam que é difícil uma conceituação única de crise em psiquiatria e que a problematização do tema requer o reconhecimento e percepção de valores como normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, rupturas das relações familiares, sociais e/ou de trabalho (Dell'Acqua & Mezzina, 1991; Nicácio & Campos, 2004). Para Costa (2007), no campo da saúde mental em um contexto mais contemporâneo, o termo "crise" geralmente é utilizado para designar um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio. Diversos autores apontam também para uma compreensão do momento da crise enquanto movimento de mudança e transformação, uma manifestação autêntica do indivíduo que sofre (Dimenstein et al., 2012; Jardim & Dimenstein, 2007). Neste vértice, Magalhães (2016) sugere que o momento da crise não é apenas uma ruptura com a história vivida até então, de modo que se os objetivos das intervenções se reduzirem a supressão da crise, é suprimida também a oportunidade de subjetivação e transformação que se abre para a pessoa.

De acordo com Jardim e Dimenstein (2007), as crises psiquiátricas no geral são identificadas pelas pessoas que estabelecem algum tipo de convivência próxima com aquele que a manifesta. Ao acionarem os serviços com demanda de tal natureza, a crise é transformada em uma urgência psiquiátrica. Para Flahert, Channon e Davis (1990), uma urgência psiquiátrica pode ser definida como a situação em que o transtorno do pensamento,

do afeto e da conduta é de tal modo disruptivos que o próprio paciente, a família ou a sociedade consideram que requer uma atenção imediata.

Na área da saúde mental e na perspectiva da reabilitação psicossocial, a atenção à crise tem como objetivo o reposicionamento subjetivo da pessoa e a promoção de sua reintegração ao território familiar, social e afetivo. Não obstante, a atenção ao usuário em crise também tem se configurado um dos grandes desafios do modelo substitutivo, alicerçado nos princípios da desinstitucionalização (Lima, Jucá, Nunes & Ottoni, 2012; Silva & Dimenstein, 2014; Silva, 2011). Para Silva e Dimenstein (2014), a decisão por internar um usuário, por vezes, pode gerar desconforto ou sensação de fracasso na equipe que o acompanha em serviços extra-hospitalares, todavia, frente aos casos mais graves a internação é entendida como uma intervenção necessária, um último recurso que se lança mão.

Da perspectiva do paciente, a internação psiquiátrica pode configurar uma experiência mobilizante, com implicações em diversos âmbitos da vida da pessoa e dos familiares, como por exemplo, o desafio de lidar com os estigmas, a perda de autoconfiança, as dificuldades de restabelecer vínculos, o impacto de perceber-se doente, ou, ainda, de não se reconhecer em seus atos (Johnson, 2013; Magalhães, 2016). As iniciativas pautadas nos preceitos da Reforma Psiquiátrica tencionam para a consolidação de práticas de cuidado no território, inserindo no âmbito da comunidade as questões relacionadas ao sofrimento mental, diferentemente da realidade associada ao modelo manicomial que previa a retirada do convívio em sociedade das pessoas que não correspondiam a um determinado padrão de comportamento.

Este contexto tem levado pesquisadores a investigar a eficácia e as consequências das estratégias de intervenção precoce em saúde mental. Chavez (2007), em estudo sobre o primeiro episódio psicótico, aponta que o intervalo de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a procura por tratamento pode variar significativamente de acordo com cada caso e, além disso, a trajetória da doença em longo prazo é influenciada pela forma como os sintomas foram identificados e manejados durante os primeiros anos. Freitas-Silva e Ortega (2014) e McGorry (2005) apontam que o cuidado clínico nos momentos iniciais dos transtornos mentais, bem como a maneira como foi vivenciado e significado um primeiro surto psiquiátrico pode ter consequências importantes no curso da doença.

Segundo Silva e Dimenstein (2014), a intervenção na crise configura um eixo estratégico do cuidado em saúde mental no contexto da RAPS, sendo que o atendimento a esta demanda ocorre no âmbito dos serviços de urgência tais como Serviços Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU), ambulatórios de especialidades, CAPS, Unidades Básicas Distritais de

Saúde (UBDS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os quais indicam e viabilizam a internação psiquiátrica, quando necessário.

Destaca-se que tanto os leitos em Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais quanto os de Hospitais Especializados em Psiquiatria visam oferecer retaguarda no âmbito hospitalar para os casos em que foram esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência (Oliveira et al., 2015). Segundo Oliveira et al. (2015), e com base nos documentos do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1992, 2011a, 2011b), as internações nestas instituições devem ser breves, até a estabilidade clínica do paciente, e estar articuladas com os outros serviços de saúde que compõem a rede de cuidados.

Os Hospitais Especializados em Psiquiatria, assim como os demais serviços de atenção à saúde mental, operam seu funcionamento de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas pela portaria n. 224/1992 (Ministério da Saúde, 1992) e são parte integrante da RAPS. Assim, podem ser acionados para o cuidado das pessoas em sofrimento mental tendo como uma de suas atribuições a preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, CAPS).

Diante de situações em que se mesclam fatores de risco, ausência de suporte familiar e/ou comunitário, pouca resposta à medicação, comprometimento clínico demandando intervenção hospitalar e dificuldade de pactuação entre os dispositivos da RAPS, a internação em serviços especializados passa a ser significada pelos profissionais e usuários como um recurso mais criterioso e efetivo, mantendo sua sustentação prática, técnica e ideológica (Costa, 2007). Para Silva e Dimenstein (2014), os serviços constituídos ao longo do processo de Reforma Psiquiátrico no Brasil ainda orbitam em torno dos Hospitais Psiquiátricos, o que só poderá ser superado com a conformação de espaços continentais de sustentação das crises nos territórios existenciais das pessoas.

1.2. A pessoa com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar: da sintomatologia à psicopatologia fenomenológica

A descrição sintomatológica proposta pela psiquiatria clássica

Sob a perspectiva da Psiquiatria clássica, tem-se que o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno do humor caracterizado por alterações afetivas persistentes, podendo durar semanas ou meses, que representam um desvio marcante do desempenho habitual do indivíduo e que tendem a recorrer de forma periódica ou cíclica (Bin, Campos, Junior & Turato, 2014; Sadock & Sadock, 2008). Ainda neste vértice, tem-se que o TAB é um quadro nosológico com conhecida tendência à remissão e recorrência, possibilitando que, salvo em situação de episódios agudos de depressão ou mania, a pessoa experimente uma redução significativa dos sintomas entre os episódios, conseguindo manter um nível plenamente funcional (Associação Psiquiátrica Americana, 2013).

O TAB é acompanhado por risco aumentado de tentativas de suicídio e de suicídio consumado, confirmando a importância de estudos que busquem entender todas as dimensões envolvidas na vivência deste diagnóstico (Bin et al., 2014). Segundo Moreno, Moreno e Ratzke (2005) trata-se de “um dos quadros nosológicos mais consistentes da história da medicina e as suas formas típicas (euforia-mania, depressão) são bem caracterizáveis e reconhecíveis, permitindo diagnóstico precoce e confiável” (p. 40).

De acordo com o compêndio de psiquiatria de autoria de Sadock e Sadock (2008), obra tida como referência contemporânea na área da farmacologia psiquiátrica, as pessoas normais podem apresentar uma ampla faixa de estados de humor, com grande repertório de expressões afetivas, sentindo-se no controle de seus estados de humor e afetos. Já nos casos de TAB, assim como nos demais transtornos de humor, a sensação de controle é perdida, havendo uma experiência subjetiva de grande sofrimento.

Assim, nos quadros de TAB há dois padrões básicos de sintomas: a fase depressiva, caracterizada por humor deprimido, perda de energia e de apetite, sentimento de culpa, dificuldade de concentração, e pensamentos de morte e suicídio; e a fase maníaca, caracterizada por humor elevado, aumento de energia e de libido, expansividade, fuga de ideias, redução do sono, elevada autoestima, ideias de grandeza, prejuízo da crítica e aumento da impulsividade (Associação Psiquiátrica Americana, 2013; Bin et al., 2014; Menezes &

Souza, 2012; Sadock & Sadock, 2008). Segundo Moreno et al. (2005), a mania é o mais característico dos episódios, sendo o que mais resulta em internações devido às graves mudanças de comportamento e conduta que provoca. Esta fase, além de frequente e incapacitante, tem como particularidade o fato de, geralmente, o paciente não se perceber como doente (Bin et al., 2014).

Com o propósito de nortear a prática clínica, pesquisadores e clínicos vêm desenvolvendo sistemas classificatórios das patologias, visando algum nível de padronização internacional dos diagnósticos. Tais sistemas são resultados de amplos trabalhos de pesquisa e de experiência clínica acumulada. Na área da saúde mental, os sistemas mais utilizados pelos profissionais são o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais, que se encontra na quinta edição (DSM-5) (Associação Psiquiátrica Americana, 2013) e a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10) (Organização Mundial da Saúde, 2007), sendo que esta última engloba todas as condições clínicas em medicina, inclusive os transtornos mentais. Ressalta-se que os sistemas classificatórios passam por constante processo de aperfeiçoamento e frequentemente suas atualizações suscitam debates e conflitos de ideias. Para este trabalho utilizou-se a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (2007) visando manter-se afinado ao sistema classificatório adotado pelo Hospital Especializado em Psiquiatria em que a coleta de dados foi realizada.

Para a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 2007), o TAB é caracterizado por pelo menos dois episódios nos quais o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados. Tal alteração “consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e atividade (mania ou hipomania) e em outras de um rebaixamento do humor e diminuição da energia e atividade (depressão)” (Organização Mundial da Saúde, 2007, p. 113-114).

As alterações afetivas que caracterizam o TAB acabam por acarretar muitos prejuízos às pessoas que apresentam esta condição. Na fase maníaca, dado o rebaixamento do senso crítico, o paciente pode se envolver impulsivamente em atividades prazerosas tais como surto de compras, viagens inesperadas, alterações drásticas na aparência, direção imprudente, investimentos financeiros insensatos, aumento do uso de álcool e/ou outras drogas e comportamento sexual incomum para a pessoa (Associação Psiquiátrica Americana, 2013; Menezes & Souza, 2012; Moreno et al., 2005). O comprometimento resultante da perturbação pode ser suficientemente grave a ponto de causar acentuado prejuízo no funcionamento ou de exigir hospitalização, em caso de ameaça à própria pessoa ou a terceiros, podendo apresentar características psicóticas (Associação Psiquiátrica Americana, 2013; Moreno et al., 2005). Em

contrapartida, na fase depressiva, a pessoa pode empreender um violento processo de autocrítica em relação àquilo que fez em uma fase de mania, acarretando sentimentos de angústia e rejeição (Bin et al., 2014). Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2013), nesta fase, muitas pessoas relatam prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões, podendo comprometer as habilidades de funcionar social e profissionalmente. Em casos extremos, pode haver incapacidade de exercer os mínimos cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene. Destaca-se que ideações suicidas e tentativas de suicídio têm maior probabilidade de ocorrer quando a pessoa está em estado depressivo. De acordo com o estudo de Abreu, Lafer, Baca-Garcia e Oquendo (2009), entre 14% e 59% dos pacientes com TAB apresentam ideação suicida e entre 25% e 56% têm pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida.

Psicopatologia fenomenológica: a pessoa em sofrimento

Para Borgna (2011), a psiquiatria marcada pelo paradigma biológico (clássica), se torna biologicista quando reduz cada ato psíquico à expressão imediata e direta de uma alteração neuroquímica e neurofisiológica das estruturas cerebrais. Para o autor, a psiquiatria clássica, devido a suas premissas cognoscitivas e metodológicas, vive um período histórico de ambivalências e dilemas. Novos paradigmas em psiquiatria, marcados pela hermenêutica, diferenciam-se radicalmente das perspectivas biologicistas com relação à concepção de doença e às modalidades de encontro terapêutico com cada paciente (Borgna, 2011; Feijoo, 2017; Ferla, 2011).

No paradigma hermenêutico, o diagnóstico em psiquiatria não deixa de ser considerado em sua importância fundamental, no entanto, ele adquire o valor de uma orientação clínica formal e não é tomado como absoluto e central de forma a encerrar as experiências humanas em simplificações nosológicas. Uma mesma formulação diagnóstica pode tomar formas radicalmente diferentes quando compreendidas dentro de cada experiência humana de angústia e sofrimento, de fragmentação do eu e do tempo (Borgna, 2011).

Nas psiquiatrias marcadas pelo paradigma hermenêutico estão a de base psicanalítica, de Sigmund Freud e Carl Gustav Jung, e a de matriz fenomenológica, de Ludwig Binswanger e Karl Jaspers, que buscam avançar para além da simples análise sintomatológica e clínica,

considerando sobretudo as histórias de vida das pessoas, em sua profundidade e dimensão psicológica e humana (Borgna, 2011). Neste paradigma, segundo Ferla (2011),

É necessário saber ir além do diagnóstico, que tem apenas valor de orientação clínica, para analisar e escutar a vida que grita, em silêncio, o seu desespero e sua nostalgia. É possível conduzir uma terapia adequada somente se nascer, entre quem cuida e quem é cuidado, entre quem assiste e quem é assistido, uma relação nutrida pela confiança e humildade, escuta e diálogo, mesmo quando no silêncio. Se quem cuida tem a percepção de que no transtorno-loucura existem significados e valores a serem reconhecidos, respeitados e acolhidos, então quem é cuidado pode ter esperança enquanto espera a cura. (p. 17)

Borgna (2011) pondera que as emoções, os modos de ser e de viver, são parte tanto da vida cotidiana quanto da vida psicopatológica, compondo um tênue limite entre experiências ditas adoecidas ou sãs. Segundo o autor “as emoções podem se incendiar e adoecer, podem se tornar áridas e se esvaziar de sentido, testemunhando, em cada caso, a pulsante vitalidade das almas feridas e abatidas pelo sofrimento e pela angústia” (Borgna, 2011, p.12). Desenvolvendo esta ideia, o autor sugere que a loucura não é estranha à vida, mas *uma* das possibilidades humanas. Em algumas pessoas, ela se manifesta com grande intensidade e pode, então, configurar doença, porém, em qualquer dos casos, compreendida enquanto possibilidade humana, a loucura é experiência histórica e experiência social, engastada ao percurso de vida daquele que a experimenta. Para Ferla (2011), a loucura não nasce como evento natural, biológico, mas é experiência histórica e social do homem, composta por afetos, rostos, traições, abandonos, diálogos e encontros.

Borgna (2011), Ferla (2011) e Feijoo (2017) usam a abordagem fenomenológica como embasamento para suas contribuições no campo da psicopatologia, colocando como central a busca pela compreensão do vivido psicopatológico. Neste contexto de diálogo entre o olhar para o sofrimento mental e a abordagem fenomenológica, retomamos a fenomenologia conforme proposta por Edmund Husserl enquanto uma teoria do conhecimento humano (gnosologia), uma vez que seu principal tema é a reflexão sobre como é possível que venhamos a conhecer o mundo (Cardoso & Massimi, 2013; Husserl, 1913/2006). Enquanto um movimento filosófico amplo, a fenomenologia contribuiu para a revisão dos métodos de produção do conhecimento em ciências humanas predominantes até então, propondo a superação do modelo explicativo e causal, voltando a atenção para o caminho compreensivo que permite acessar o mundo ao mesmo tempo em que se acessa a pessoa em sua experiência (Bello, 2006; Husserl, 1913/2006; Rocha, 2015).

Para Cardoso (2012), sob o enquadre da fenomenologia de Edith Stein (Stein, 1933/2000), os termos *vivência* e *experiência* possuem distinções substanciais. O termo *vivência pura* é entendido como uma estrutura peculiar presente em todos os seres humanos, relativas aos atos de sentir, imaginar, pensar, entre outros. O conteúdo de tais vivências é considerado como *experiência* e se refere à relação intencional entre o sentir e o que é sentido, o imaginar e o que é imaginado, entre o pensar e o que é pensado em cada situação singular. Este significado de *experiência* conforme proposto por Stein contribuiu para avanços na compreensão da intencionalidade fenomenológica, pois entende que o conhecimento se dá a partir de um movimento correlativo entre o mundo tido como “visado” e seu componente intencional humano que apreende os sentidos (Cardoso, 2012; Husserl, 1913/2006; Rocha, 2015).

Firmando o conceito de intencionalidade da consciência, tem-se que a pessoa e o mundo vivido correspondem-se mutuamente. Assim, considerando os apontamentos de Stein, é preciso ter em conta que as vivências intencionais possuem duas facetas, uma subjetiva e uma objetiva¹, de modo que ater-se a apenas à faceta subjetiva é insuficiente para a compreensão de uma vivência (Cardoso & Massimi, 2013; Stein, 1933/2000). O polo objetivo também constitui a vivência à medida em que os atos de consciência (percepção, recordação, imaginação, reflexão) são todos vivências *de* alguma coisa. Pelo olhar fenomenológico, o humano retoma a possibilidade de ser a fonte de um sentido, fonte esta abastecida pelo mundo intencionalmente acessado. Nesta direção, Holanda (2011) aponta que uma psicopatologia sob a ótica da fenomenologia é fundamentalmente relacional, uma vez que o ser humano só existe na relação com algo ou alguém, e implica significado a estas experiências, dando sentido à sua existência.

Karl Jaspers (1882-1969), psiquiatra alemão, utilizou a fenomenologia de Husserl para desenvolver seus estudos sobre os fenômenos psíquicos, fundando a psicopatologia enquanto área específica do conhecimento, diferenciada da psiquiatria (Molaro, 2019; Moreira, 2011). Em sua obra, Jaspers (1913/1987a) afirma que para compreender o homem, tem-se de compreender o que ele sabe, que conteúdos possui em sua consciência e quais significados lhes atribui. No enquadre da psiquiatria fenomenológica, segundo Jaspers, devemos principiar com uma representação clara daquilo que está se passando com o paciente, o que ele está realmente experimentando, como as coisas surgem em sua consciência, quais sensações, e assim por diante. Nesta etapa, devemos evitar o emprego de quaisquer construtos básicos ou

¹ Denominadas respectivamente de *noesis* e *noema*, que serão aprofundadas na seção dedicada à apresentação do referencial teórico-metodológico.

modelos de referência, colocando de lado todas as considerações sobre a relação entre as experiências, deixando figurar apenas o que de fato se apresenta à consciência do paciente (Jaspers, 1912/2005). Segundo Moreira (2011), para Jaspers a expressão dos pacientes com relação aos seus sintomas se dá pela descrição do espaço e tempo e a consciência do corpo e da realidade.

Jaspers (1912/2005) apresentou três métodos pelos quais é possível empreender uma análise fenomenológica e alcançar o que os pacientes de fato experimentam: 1) a “imersão” nos gestos, comportamentos e movimentos expressivos dos pacientes; 2) a exploração pelo questionamento direto ao paciente e por meio da avaliação que os próprios pacientes fazem de si mesmos sob a condução do fenomenólogo; 3) as autodescrições escritas produzidas pelo paciente. Tais métodos, segundo o autor, possibilitam o caminho em direção à experiência psíquica subjetiva e não às manifestações objetivas. Neste enquadre, entende-se como sintomas *objetivos* os eventos concretos que podem ser percebidos pelos órgãos sensoriais do observador, tais como reflexos, movimentos, fisionomia de um indivíduo, sua atividade motora, verbal e escrita, ações e condutas em geral. Além destes, também pode-se incluir aqui os conteúdos racionais que os pacientes comunicam tais como suas capacidades para trabalho, aprendizagem e memória, os quais são alcançados por meio do pensamento racional, sem qualquer empatia para com o psiquismo do paciente. Na outra senda, entende-se que os sintomas *subjetivos* não podem ser percebidos pelos órgãos sensoriais, podendo ser acessados pelo observador apenas pela sua participação na experiência de outra pessoa e não por qualquer esforço intelectual. Os sintomas *subjetivos* incluem todas as emoções e processos internos, tais como o medo, a tristeza e a alegria que são apreendidas pela transposição de si mesmo ao psiquismo do outro indivíduo, isto é, pela empatia.

Detalha Jaspers (1912/2005):

Quando, usando esses métodos, tentamos nos aproximar da vida psíquica do paciente, nossa primeira impressão é de um insondável caos de fenômenos constantemente mutáveis. Nosso objetivo inicial deve ser apreender, delimitar um elemento particular, e retratá-lo com fim de construir uma noção do mesmo, da qual nós e outras pessoas passam fazer uso permanente; além de lhe provermos um nome pelo qual podemos sempre identificá-lo. Fenômenos psicopatológicos parecem exigir este tipo de abordagem; uma que se propõe a isolar, fazer abstrações a partir de observações correlatas, apresentar como reais apenas os dados em si mesmos, sem tentar entender como emergiram; uma abordagem que apenas pretende “ver”, e não explicar. (p. 777-778)

O autor pontua que as experiências dos pacientes individuais podem ser infinitamente variadas, sendo que a fenomenologia extrai delas algumas características gerais que podem

ser encontradas em outros casos, enquanto a infinidade de experiências singulares continua mudando. Assim, o método possibilita que uma variedade de fenômenos sejam delineados e iluminados e, segundo Jaspers, um processo de delimitação deve se seguir para colocação dos fenômenos em algum tipo de ordem (classificação) de modo a podermos ter acesso ao conhecimento da vida psíquica de maneira sistemática e tornar possível a investigação dos mesmos para além dos limites já alcançados (Jaspers, 1912/2005).

Jaspers (1913/1987b) aborda os conceitos saúde e doença e transpõe seus questionamentos para o campo da psiquiatria. Segundo o autor, a definição do significado de *sadio* ou *doente* é de pouca importância ao médico dado que este atua cientificamente sobre processos vitais e doenças definidas. Assim, o que significa *doente* depende menos do juízo do médico que do juízo do paciente e das concepções que vigoram no contexto cultural particular. Avançando, o autor afirma que se procurarmos o que há de comum sob o significado da palavra *doente*, jamais encontraríamos um mesmo existir ou um mesmo evento. Pelo contrário, o que há de comum é o fato de exprimir um juízo de *valor* atrelado às ideias de nocivo, indesejado e inferior. Para afastar a ideia de *valor*, Jaspers propõe um conceito existencial empírico, a *média*, entendida como aquilo que é próprio da maioria, médio, e, portanto, *sadio*. Sob este prisma, o *doente* é o que é raro, o que varia ou desvia da *média*.

Segundo Jaspers (1913/1987b), na psiquiatria essas questões assumem grande importância para a teoria e a prática. No campo psíquico, o uso de um conceito unitário de *doente* é ainda mais problemático e o conceito de *média* é realmente difícil de ser conhecido. Assim, entende-se que não existe conceito que seja geral ou unitário que respondam às possibilidades de fenômenos da psique humana. Para o autor, no estado de *doença* não se encontram apenas as exceções vitais que discriminam; mas, sim, este estado é parte da própria vida como elemento de sua ascensão, como risco superável. “É neste todo biológico que reside o *especificamente humano*. O homem é exceção dentre os seres vivos. É a maior abertura da possibilidade, a oportunidade máxima e, no entanto, ao mesmo tempo, o maior perigo” (Jaspers, 1913/1987b, p. 938). Deste entendimento deriva que o uso do termo *doente*, de maneira ampla, não implica qualquer condição específica no campo do psíquico, pois esta expressão abrange do “idiota” ao “gênio”, abrange todos os homens e não implica que o indivíduo esteja psicicamente enfermo.

Arthur Tatossian (1929-1995) psiquiatra francês, foi um autor reconhecido internacionalmente e escreveu vasta obra sobre os fenômenos psicopatológicos. Resgatando o pensamento de Husserl, pontua que a fenomenologia não se interessa pelas realidades como tais, mas pelas suas condições de possibilidades no universo dos vividos intencionais, o que

exige uma mudança de atitude, ou, em outras palavras, o abandono da atitude natural e “ingênua” e suas teses implícitas ou explícitas sobre a realidade (Tatossian, 1979/2006). Assim, uma psiquiatria de matriz fenomenológica não se fixa em uma “teoria” ou em uma “psicologia fenomenológica sistemática”, pois se assim o fizesse, cessaria de ser fenomenologia. Para Tatossian (1979/2006), o trabalho do psiquiatra como fenomenólogo “trata-se muito mais ‘de uma maneira de trabalhar sempre em fluxo’ e a relação entre filosofia e psicopatologia é de implicação e não de aplicação.” (Tatossian, 1979/2006, p. 27).

Citando Binswanger (1950, citado por Tatossian, 1979/2006), Tatossian pontua que a experiência clínica no sentido usual opera uma “redução diagnóstica” pela qual o paciente faz-se presente através do sintoma, passando de parceiro na relação médico-paciente à “caso clínico”. Sob o vértice da fenomenologia, entende-se que em cada experiência há mais do que o empirismo comum reconhecido; há também a essência daquilo que se mostrou, sendo que a essência é o que constitui o dado transcendentalmente. Assim, no encontro com um depressivo temos, pois, a experiência de que ele é depressivo, mas também do que é a “depressividade”.

Tatossian (1979/2006) afirma que as experiências de melancolia e mania, as nossas e as do paciente são, antes de tudo, de sofrimento; um sofrimento que difere ao “natural” por ser *sem objeto*. Para o autor, o melancólico não “sofre”, assim como o maníaco não “goza”, como o homem sadio sofre e goza. A distinção entre humor e sentimento indica uma compreensão da melancolia e da mania enquanto distúrbios de humor. Diferentemente do sentimento, que comporta uma temporalidade (com início, desencadeamento e possibilidade de terminação), o humor implica uma estabilidade ao menos relativa. Enquanto o sentimento envolve um movimento afetivo em direção a um objeto, o humor tem um traço de passividade. “O humor depreende-se, assim, da esfera vital do ser humano e se enraíza na sua totalidade” (Tatossian, 1979/2006, p. 119), e vários sentimentos podem coexistir sobre esse fundo global referenciados àquilo que o indivíduo era ou possuía como perdido (tristeza) ou acrescido (alegria).

O distúrbio fundamental da melancolia é a alteração do tempo vivido, sendo este diverso ao “tempo das coisas” do mundo exterior, mas um tempo propriamente humano (Tatossian, 1979/2006). Na melancolia, a defasagem entre o tempo transcendente (intersubjetivo) e o tempo imanente (pessoal) procede da alteração do segundo e as mudanças do mundo exterior podem ser insuportáveis à pessoa em sofrimento, porque o escoamento do tempo do mundo coloca-lhe em relevo a imobilidade do tempo imanente (Tatossian, 1979/2006). O melancólico vive uma estagnação do tempo vivido, o que se desdobra em uma incapacidade basal à ação verdadeira e ao alargamento vivido de si, constituindo uma angústia de não-poder.

Assim, se a ação é desprovida de ressonância pessoal, se o tempo é vazio, segundo Tatossian (1979/2006), não há nada para o melancólico entre o instante presente e a morte, na presença da qual ele vive constantemente.

Se para o melancólico o presente parece demasiadamente estendido e o futuro inalcançável, o presente do maníaco é um agora pontual, descolado de um passado e um futuro, o que o desenraiza ainda mais que a melancolia. Não havendo mais que o presente, perde-se também qualquer traço de desdobramento do tempo, de modo que o maníaco acaba por não alcançar mais que um presente inautêntico e impessoal. Como pólos opostos de uma mesma série, a mania e a melancolia implicam a mesma “perda da projeção da corporeidade no mundo”: enquanto o melancólico se fecha ao encontro com Outrem, o maníaco – por se lançar em múltiplas direções - acaba por não chegar ao encontro. Nisso, a temporalização maníaca, reduzida ao momento presente, ignora toda a duração e desaparece, assim como a temporalização melancólica (Tatossian, 1979/2006).

Tatossian (1977/2016) delinea as diferenças entre depressão, tristeza e melancolia. Para o autor, a depressão e a tristeza se situam em níveis diferentes da vida psíquica, sendo a depressão ao nível do humor, e a tristeza àquele dos sentimentos. A depressão, por natureza, como transtorno do humor, é invasiva e durável e não se polariza sobre um objeto, mas se estende a todos os objetos. Assim, o que está em questão na depressão é o si mesmo e não um objeto particular, como no caso da tristeza. A psiquiatria clássica usa de uma série de sintomas para definir um grupo unitário de estados depressivos: tristeza, lentidão ou inibição psicomotora e intelectual, ansiedade, fadiga, entre outros transtornos somáticos. Em outra senda, Tatossian (1977/2016) examina o sentido da depressão (Para onde tende? A que serve?) e a descreve como uma posição de retraimento, de fuga do mundo, de repouso, possuindo, assim, um aspecto positivo de *defesa* contra transtornos psíquicos mais graves. Tal aspecto deve ser levado em conta nos começos depressivos das psicoses esquizofrênicas e, também, em certos casos neuróticos que oscilam, em certo momento, na melancolia. Neste vértice, a depressão é entendida como diversa da melancolia pois não comporta a transformação do ser humano enquanto sujeito, bem como a transformação da forma como ele acessa o mundo e outrem, o que caracteriza a psicose.

A incerteza, a passividade e a espera do deprimido continuam ao alcance da compreensão do homem normal, mesmo se, para alcançá-la, ele deve reativar modos primitivos datando da primeira infância e quase esquecidos: a melancolia escapa a esta compreensão. Esta impressão de diferença radical e de instabilidade desconfortável da comunicação com o melancólico é o sinal de alarme disso que o público chama de loucura, e, o médico, de psicose. (Tatossian, 1977/2016, p. 37)

De acordo com Ferla (2011), a depressão classificada como bipolar se manifesta pela alternância entre episódios depressivos e de mania. A obscuridade e o peso da melancolia se contrapõem à leveza e à volubilidade da mania, ressaltando que inúmeras contradições subjazem à experiência maníaca, apenas aparentemente marcada pela “felicidade”. O fluxo da vida, que na melancolia se lentifica e fica aprisionado, lança-se vertiginosamente na mania, na qual a desinibição, o impulso frenético e febril ao movimento se constitui na sua estrutura fundamental.

Para Bloc e Moreira (2016), a distinção entre sintoma e fenômeno está no bojo da imersão da fenomenologia no campo psicopatológico. Um sintoma (somático ou psicológico) sinaliza um processo patológico ligado a um processo causal, e a partir do qual é possível inferir a ocorrência de uma doença. O diferencial no campo da psiquiatria reside no sintoma psiquiátrico estar restrito ao plano descritivo, pois o vivido do paciente é o objeto, por excelência da experiência psiquiátrica, acessada somente por meio da mediação de aspectos exteriores (comportamento motor, gestual, mímico e verbal), vias de expressão do vivido (Bloc & Moreira, 2016; Tatossian, 1979/2006). Para compreender o fenômeno, Tatossian usa a distinção proposta por Tellenbach (1961, citado por Tatossian, 1979/2006) de que o fenômeno está frequentemente escondido e é trazido à tona por certas modalidades de aproximação que sinalizam apenas que algo está presente (Tatossian, 1979/2006). Assim, o fenômeno é da ordem do sentido, constituído pela subjetividade, e se trata da expressão do ser humano inteiro, ou, em outras palavras, de seu *modo de ser* (Bloc & Moreira, 2016; Tatossian, 1976/2006). Para Bloc e Moreira (2016), a psicopatologia fenomenológica de Tatossian evidencia um fenômeno que se apresenta como modo de ser global do sujeito, isto é, como funcionamento que, ao perder o movimento, está fadado a quadro psicopatológico.

Tatossian (1994, citado por Bloc & Moreira, 2016) propõe o distanciamento do modelo de diagnóstico clínico inferencial/sintomático, a partir do qual a função do clínico é promover a passagem do que é diretamente observável (gama de sintomas apresentados pelo paciente) para o diagnóstico construído via comparações entre as configurações sintomáticas presentes na memória do clínico e nos manuais. O autor propõe o modelo perceptivo/tipológico, em que as entidades diagnósticas não seriam inferidas a partir do sintoma, mas percebidas e reconhecidas globalmente sempre em *statu nascendi* no sintoma e com o sintoma. Nesta lógica, busca-se abster de todo prejulgamento e não se interessa pelo sintoma, mas pelo fenômeno, não pelo doente, mas pelas maneiras de se viver.

A partir de revisão bibliográfica realizada para acesso à produção científica sobre o TAB, pode-se observar uma lacuna na literatura quanto ao que diz respeito à compreensão das vivências de pacientes com o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, e de seus familiares. Os trabalhos científicos encontrados, em geral, centram-se em aspectos neuropsicológicos, genéticos, sociodemográficos do quadro clínico, apresentação de características clínicas ou de alternativas de tratamento, principalmente medicamentoso (Baldessarini, Tondo & Vázquez, 2018; Cheniaux, 2011; Silva et al., 2015; Silva et al., 2016; Souza, Vedana, Mercedes & Miasso, 2013; Stahl et al., 2019). Tendo em vista este cenário, acredita-se que estudos cujo objetivo seja desenvolver uma compreensão do vivido psicopatológico podem contribuir para o desenvolvimento de ações de cuidado mais conectadas com o percurso de vida das pessoas, a partir de uma via ética, na perspectiva da autonomia e da liberdade do sujeito.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo desta pesquisa foi compreender a vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental, sob a perspectiva de pacientes e familiares, em estudo longitudinal realizado após a alta da internação psiquiátrica.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Conhecer a história de vida de cada participante;
- b) Compreender as vivências de cuidado em saúde mental (espaços de convivência familiares e sociais, estratégias de promoção de saúde, psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento médico, entre outras ações ofertadas pela rede pública ou privada de saúde);
- c) Compreender a vivência de crise psiquiátrica;
- d) Compreender a vivência da internação psiquiátrica considerando memórias e sentimentos a ela relacionados;
- e) Compreender a vivência pós-alta da instituição psiquiátrica (rotina doméstica e/ou de trabalho, relacionamentos familiares e sociais, sentidos atribuídos à internação e ao sofrimento mental, perspectivas de futuro).

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1. Cuidados éticos: o ponto de partida

Precedente aos trâmites e protocolos éticos, ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho, esteve presente como fundamento uma postura de respeito ao ser humano, ao sofrimento e às instituições. Neste sentido, os cuidados éticos foram priorizados e praticados enquanto alicerces desta pesquisa, entendidos como anteriores ao cumprimento das exigências formais de submissão, análise e aprovação do projeto pelas instâncias éticas. Destacamos que quanto aos aspectos protocolares dos trâmites éticos, estes representaram um longo caminho e envolveram uma série de revisões e modificações do curso do estudo.

Inicialmente, o delineamento metodológico desta pesquisa previa que os participantes seriam contatados por meio de um Hospital Especializado em Psiquiatria que funciona em um município de médio porte. Esta definição partiu de estudo sobre a organização da rede de cuidados em saúde mental de tal município e de reuniões com pessoas envolvidas com a temática dispostas a contribuir com o delineamento da pesquisa.

Esta pesquisa de doutorado teve seu início em agosto de 2016, quando tínhamos como prioridade o encaminhamento do projeto para apreciação e aprovação pelos comitês e comissões de ética em pesquisa. Como uma primeira ação deste percurso, em 24 de agosto de 2016, por meio de um ofício, o projeto foi entregue ao setor de Recursos Humanos do Hospital Especializado em Psiquiatria (instituição coparticipante) visando encaminhamento à Comissão de Ética Médica da instituição para apreciação (Apêndice A). Buscávamos obter uma primeira aprovação nesta instância ou, ao menos, uma declaração de que o projeto estava em apreciação, uma vez que esta documentação era necessária para a submissão do trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-FFCLRP/USP).

Como resposta ao ofício encaminhado, a instituição coparticipante se pronunciou informando que não era possível realizar a apreciação do projeto antes que ele fosse aprovado pelo CEP-FFCLRP/USP. Com isso, uma instituição colocou-se como dependente da outra para prosseguir na avaliação do projeto, comprometendo sua tramitação. Após solicitação da orientadora deste estudo, em novembro de 2016, a instituição coparticipante assentiu em

emitir uma declaração na qual afirmava que o projeto se encontrava em tramitação interna para análise, aguardando aprovação do CEP-FFCLRP/USP (Anexo A).

De posse desta declaração, o projeto foi submetido imediatamente para avaliação do CEP-FFCLRP/USP, tendo sido aprovado em 04 de abril de 2017, de acordo com o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) n°62744216.8.0000.5407 (Anexo B). Após esta aprovação, o trabalho voltou a ser encaminhado para apreciação pela Comissão de Ética Médica da instituição coparticipante, a qual emitiu a carta de aceite, oficializando formalmente a parceria em 23 de agosto de 2017 (Anexo C), totalizando um ano de tramitação do projeto nestas duas instâncias. Em junho de 2017, uma autorização informal foi concedida e nos comunicada por telefone, após o que foram iniciados os contatos para operacionalização da pesquisa.

Quando a proposta deste estudo foi sendo consolidada no formato de um projeto de pesquisa, tínhamos como ideal que os participantes seriam pessoas que estivessem passando pela experiência da *primeira* internação psiquiátrica devido ao diagnóstico de TAB, sendo que estes participantes seriam acompanhados ao longo de *seis meses* após a alta hospitalar por meio de três encontros para realização de entrevistas, com intervalos de três meses entre os mesmos. Todavia, tendo em vista a morosidade dos trâmites éticos, o intervalo de tempo entre os encontros precisou ser revisto e reduzido a fim de tornar viável a coleta de dados dentro do prazo de que ainda dispúnhamos. Como consequência, o tempo de acompanhamento foi reduzido para quatro meses, com intervalos de dois meses entre os encontros.

Para definição da experiência da *primeira* internação como objeto de estudo, levávamos em consideração a literatura científica sobre primeira internação psiquiátrica, primeiro episódio psicótico e intervenções precoces, que nos dava a base para uma compreensão deste evento como um momento de ruptura na vida da pessoa, destacando a importância de serem pensadas estratégias de cuidado e acolhida do sofrimento mental evitando que as situações se conformem enquanto crônicas. Posteriormente, no percurso da pesquisa que se estendeu ao longo do segundo semestre de 2017, deparamo-nos com dificuldades em encontrar pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar que estivessem passando pela primeira internação no referido Hospital Especializado em Psiquiatria. Por isso, o desenho do estudo foi revisto juntamente com profissionais do Hospital e optamos por flexibilizar o critério de inclusão dos participantes quanto ao número de internações. Assim, começamos a buscar por pacientes que estivessem passando por, no máximo, a terceira internação psiquiátrica.

Ao longo de toda a realização desta pesquisa, tivemos como compromisso a adoção dos procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com as

resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Ministério da Saúde sobre “pesquisas envolvendo seres humanos” e “pesquisa em ciências humanas e sociais” (Ministério da Saúde, 2012, 2016). Todos os nomes próprios de pessoas, cidades e instituições foram substituídos por nomes fictícios ou omitidos visando preservar a identidade dos participantes.

Todos os participantes foram antecipadamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do referido trabalho, após o que foram convidados a colaborar voluntariamente. Foi referida a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que isto acarretasse qualquer ônus ao participante. Garantimos o sigilo quanto à identificação dos entrevistados, informando-os que os nomes reais seriam omitidos em toda e qualquer publicação futura dos resultados. Aqueles que aceitaram participar voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices B e C) e receberam uma via do documento.

Os possíveis riscos inerentes a esta pesquisa são aqueles que poderiam decorrer do encontro entre duas pessoas como, por exemplo, desconforto, constrangimento ou irritabilidade excessivos diante dos temas apresentados. Foi acordado com os participantes que caso se sentissem mobilizados com as entrevistas, nós ficaríamos responsáveis por orientar e encaminhar a pessoa para serviço de atendimento psicológico, acompanhando-a até que o atendimento fosse iniciado. Destaca-se que ao longo da realização desta pesquisa não houve situações em que tenha sido necessário realizar este acompanhamento.

3.2. Caracterização do contexto do estudo

O município sede deste estudo possui uma população em torno de 600.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). A rede municipal de saúde contempla os três níveis de atenção, a saber: Atenção Primária à Saúde, Assistência Ambulatorial Especializada e Assistência Hospitalar, além da rede suplementar. De acordo com o Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2018 a 2021, a Rede de Atenção SUS do município está organizada em cinco Distritos de Saúde, cada um composto por uma unidade que funciona 24 horas com serviço de pronto atendimento e várias unidades de atenção básica².

² As citações dos materiais consultados para elaboração desta seção foram omitidas a fim de atender aos cuidados éticos de não identificação do local de estudo.

O acesso do usuário à Rede de Atenção SUS do município ocorre por meio de três vias, a saber, através das unidades que compõem a Atenção Primária (sendo 23 Unidades Básicas de Saúde e 19 Unidades de Saúde da Família), através das unidades de Pronto Atendimento (sendo uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA - e quatro Unidades Básicas Distritais de Saúde - UBDS), ou através dos CAPS (sendo sete unidades, incluindo as modalidades II, III, ad e i). Estas unidades, consideradas as “portas de entrada” do usuário na rede, são responsáveis por grande parte das demandas em saúde, coordenando ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, atendimentos de enfermagem, odontologia, imunização, assistência farmacêutica, além de consultas clínicas, pediátricas e ginecológicas. Diante de situações mais complexas, essas unidades também são responsáveis por referenciar os usuários aos serviços que ofertam cuidados especializados, tais como, no caso da saúde mental, os Ambulatórios de Especialidades, CAPS, Hospital Especializado em Psiquiatria e Hospital Geral. No âmbito da saúde mental, a retaguarda hospitalar é ofertada por um Hospital Especializado em Psiquiatria e por Unidades Psiquiátricas de um Hospital-Escola ligado a uma das faculdades de medicina do município.

O Hospital Especializado em Psiquiatria

A área onde atualmente se localiza o Hospital Especializado em Psiquiatria já foi utilizada para diversas finalidades ao longo do tempo, sendo que para cada tipo de ocupação foram efetivadas construções, reformas e adequações para atender às diferentes funcionalidades. No local, em 15 de novembro de 1886 foi fundada uma Estação Ferroviária visando o escoamento da produção de café das grandes fazendas da região. Após, datam de 1911 as primeiras tentativas para a destinação da área para um uso institucional com a instalação de um posto zootécnico e, depois, em 1925, do Patronado Agrícola, destinado ao abrigo e atividades educacionais para crianças e jovens.

Em 1935, tendo em vista a ameaça de superlotação do Hospital Psiquiátrico Juquery, localizado em Franco da Rocha, começam a surgir propostas de descentralização por meio da criação de hospitais regionais a serem situados nos principais centros de convergência das entradas de ferro e rodagem, para onde deveriam ser distribuídos os internos daquela instituição.

Neste contexto, em 1937, na cidade sede desta pesquisa, foi decretada a criação do Hospital Psiquiátrico, que seria instalado na área onde até então funcionava o Patronado Agrícola, com inauguração prevista para 1938, tornando-se uma dependência do Hospital Juquery. Com o decreto, as edificações existentes passaram por reformas e adaptações tais como a construção de novos pavilhões. Todavia, em 1940, o decreto foi revogado, os materiais foram retirados e a ideia da instalação de um hospital regional de “insanos” naquele local foi abandonada. Por forças políticas, na época, naquela área foi instalado um novo quartel que estava em vias de ser transferido para outra cidade da região.

De acordo com a bibliografia consultada, a justificativa mais usual sobre a criação do Hospital se refere ao desafogamento do Juquery. Porém, outros motivos, embora silenciados, podem ter sido determinantes para a criação do Hospital Psiquiátrico nesta localidade: fatores locais, econômicos, políticos e sociais de uma cidade produtivamente diferenciada e em franco crescimento econômico decorrente da produção das fazendas cafeeiras, que não eram compatíveis com o quadro de pessoas “insanas” amontoadas nas cadeias locais ou praças públicas.

Em 29 de fevereiro de 1944, um telegrama enviado à Estação Ferroviária pelo Interventor Federal comunicava a transferência de 20 internados do sexo masculino do Hospital Psiquiátrico do Juquery para o Hospital Psiquiátrico, dando a entender que era esperado que tal Hospital já estivesse em funcionamento na época. Este telegrama, então, determinou a efetiva fundação e início das atividades do Hospital Especializado em Psiquiatria. Em dezembro de 1944, a instituição já contava com 500 pacientes do sexo masculino e 81 funcionários, sendo dois médicos, 24 guardas, quatro encarregados de pavilhões e 47 funcionários de manutenção administrativa e hoteleira.

A ala feminina foi inaugurada em 1945, quando então a instituição passou a seguir integralmente o plano original de sua implementação, atendendo a demanda de internação de pessoas da região além dos egressos do Juquery. Em 1961, o Hospital contava com 439 mulheres internadas e um reduzido número de profissionais com noções básicas de enfermagem psiquiátrica, sendo que o atendimento à saúde dos pacientes era desempenhado principalmente por serventes, guardas e vigias contratados. Apenas a partir de 1971 o Hospital passou a contratar enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Assim, nota-se que as tarefas de competência técnica foram, por anos, desempenhadas de forma leiga por profissionais despreparados, sedimentando o estabelecimento de “soluções de emergência”, tais como a reclusão de pacientes sem as devidas recomendações terapêuticas, o que referendava a assistência centralizada no poder médico-custodial e a cultura manicomial.

Como rotina no Hospital, na década de 1970, os pacientes passavam o dia em pátios de terra e muitos não utilizavam banheiros para suas necessidades fisiológicas, sendo que de modo geral apresentavam-se com a face, mãos, pés e roupas sujas. O banho era semanal, mas diariamente eram dados banhos nos pacientes que se encontravam mais sujos. Ao final da tarde, os pacientes regressavam às enfermarias e muitos dividiam camas ou se acomodavam em colchões no chão. De acordo com a bibliografia, a superlotação do Hospital era consequência da insuficiência de serviços extra-hospitalares, da falta de profissionais qualificados e da expressiva quantidade de pacientes crônicos, moradores da instituição. Assim, considera-se que as insípidas políticas de reabilitação acabavam por acumular os crônicos nas instituições e cronificar os agudos.

No final de década de 1970 e início da de 1980, começaram a reverberar as críticas e questionamentos ao modelo hospitalocêntrico e a repercutir as práticas de Franco Basaglia, na Itália (Amarante, 2009; Basaglia, 1968/1985). Assim, a partir de 1983, o Hospital Especializado em Psiquiatria começou a empreender ações visando a redução do espaço asilar, o fortalecimento do espaço terapêutico de reabilitação e consequente estímulo à criação de vínculos extra-hospitalares para os pacientes, o que se deu pela implantação de unidades como Núcleo de Convívio, em 1983, Vila Terapêutica, em 1987, e Pensões Protegidas e Residências Assistidas, em 1992. Em 1994, como resposta à série de eventos que vinham sendo realizados sobre a assistência em saúde mental, em nível municipal foi criada a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispondo sobre a superação do dispositivo hospitalocêntrico e a criação de serviços comunitários substitutivos, vinculados ao SUS.

A partir de 1996, com o fechamento de hospitais conveniados, houve uma grande reformulação da assistência em saúde mental no âmbito do município, de modo que esta demanda passou a ser integralmente absorvida pelo Hospital Especializado em Psiquiatria e pelas Unidades Psiquiátricas ligadas ao Hospital-Escola. Destaca-se que o Hospital Especializado em Psiquiatria se encontra em constante processo de adequação de sua estrutura na tentativa de ofertar aos pacientes um cuidado afinado à perspectiva da reabilitação psicossocial. Dentre tais adequações estão: composição multiprofissional das equipes, setores com reduzido número de pacientes e com equipes multiprofissionais próprias, envolvimento dos pacientes em atividades com psicólogos, terapeutas ocupacionais e professores de educação física, proximidade das famílias que são chamadas a participar de reuniões visando o preparo para o momento da alta.

O referido Hospital Especializado em Psiquiatria atende aos 26 municípios que compreendem a sua Distrital Regional de Saúde; é conveniado com o Sistema Único de Saúde

e administrado pela Secretaria de Estado da Saúde. À época de realização da pesquisa, o Hospital dispunha de 154 leitos ativos, todos destinados ao SUS, cuja taxa de ocupação apresentava alteração diária em razão das altas. À título de exemplo, no dia 24 de julho de 2018, o Hospital tinha 135 dos seus leitos ocupados, distribuídos pelos seguintes setores: Acolhimento³ (14 leitos, estando 12 ocupados), Agudos Feminino I⁴ (15 leitos, estando 13 ocupados), Agudos Feminino II (15 leitos, estando 15 ocupados), Agudos Masculino I (14 leitos, estando 14 ocupados), Agudos Masculino II (15 leitos, estando 15 ocupados); Atenção Psicossocial Feminino⁵ (06 leitos, estando 05 ocupados), Atenção Psicossocial Masculino (08 leitos, estando 08 ocupados), Cuidados Especiais⁶ (07 leitos, estando 07 ocupados), Intercorrências⁷ (04 leitos, estando 02 leitos ocupados), Reabilitação A⁸ (08 leitos, estando 08 ocupados), Reabilitação B (10 leitos, estando 08 ocupados), Vila Terapêutica⁹ (17 leitos, estando 15 ocupados), Vivenda¹⁰ A (13 leitos, estando 07 ocupados) e Vivenda B (12 leitos, estando 08 ocupados).

Ressalta-se que os setores são divididos em dois segmentos diferentes, a saber: setores voltados ao atendimento de pacientes em crise, compreendendo Acolhimento e Agudos no geral, totalizando 73 leitos disponíveis, dos quais 69 estavam ocupados; e setores voltados ao atendimento de pacientes moradores, compreendendo Atenção Psicossocial, Cuidados Especiais, Reabilitação, Vila Terapêutica e Vivenda, totalizando, totalizando 81 leitos disponíveis, dos quais 66 estavam ocupados. Os leitos de Intercorrências não são contabilizados no total de leitos do Hospital, pois são destinados a remanejamentos internos para atendimento de eventuais necessidades de saúde dos pacientes que já se encontram internados.

³ Acolhimento: Setor destinado ao acolhimento dos pacientes recém ingressados no Hospital, antes de serem direcionados para outra ala/setor.

⁴ Agudos: Setores da assistência para onde são direcionados os pacientes admitidos no Hospital em decorrência de situação de crise. Inclui pessoas com transtornos mentais, dependentes químicos e comorbidades. Tempo médio de permanência: Agudos Feminino I e II = 38,23 dias; Agudos Masculino I e II = 66,75 dias.

⁵ Atenção Psicossocial: Setor voltado para o atendimento de pacientes crônicos em situação de deficiência física, mental e/ou de grande dependência de cuidados.

⁶ Cuidados Especiais: Setor voltado para o atendimento de pacientes crônicos em situação de deficiência física, mental e/ou de grande dependência de cuidados.

⁷ Intercorrências: Leitos destinados para o atendimento de eventuais necessidades de saúde de pacientes que já se encontram internados. (Total de quatro leitos que não são contabilizados no total de leitos disponibilizados pelo Hospital).

⁸ Reabilitação A e B: Setores voltados para o atendimento de pacientes crônicos em situação de deficiência física, mental e/ou de grande dependência de cuidados.

⁹ Vila Terapêutica: Vila dentro do Hospital composta por cinco casas com infraestrutura básica, com capacidade para quatro moradores por casa, supervisionadas por uma equipe multiprofissional.

¹⁰ Vivenda A e B: Setores direcionados para acomodar pacientes com longo histórico de institucionalização, em geral, idosos.

3.3. Referencial teórico-metodológico

Para este estudo, utilizamos metodologia qualitativa em pesquisa, cuja abordagem contextual possibilita uma aproximação compreensiva do fenômeno a ser investigado (Giorgi & Sousa, 2010). O referencial teórico-metodológico adotado foi inspirado na fenomenologia clássica fundada por Edmund Husserl (1859-1938) e seguida por sua discipula Edith Stein (1891-1942) como um método de compreensão dos fenômenos a partir de um retorno às coisas mesmas, ou seja, a partir do mundo vivido e não de teorias pré-determinadas.

O arco fenomenológico da realização de uma pesquisa tem seu início com a aproximação do pesquisador de um determinado tema que acende seu interesse e curiosidade. Este primeiro movimento consiste na tematização de um objeto de pesquisa e envolve a maneira como o pesquisador se aproxima da temática e elege a faceta do objeto que deseja investigar. A problematização de uma questão de pesquisa do ponto de vista fenomenológico permite que o processo de construção do conhecimento se dê com maior consistência uma vez que implica ir a fundo no exame das premissas que dão sustentação ao objeto que se pretende investigar. Sem tal exame, incorre-se no risco de o processo de pesquisa ficar restrito à mera execução de procedimentos técnicos e vazios de sentidos reflexivos. Para Savian Filho (2018), o método fenomenológico não deve ser interpretado segundo uma concepção mecanicista, mas como uma orientação, um modo de agir, uma postura que se concretiza pela investigação de tudo o que é envolvido em nossa capacidade de ter consciência do mundo e de nós mesmos.

A. A. Bello (comunicação pessoal, 04 de setembro de 2017) destacou que o projeto inicial da escola fenomenológica propunha o uso da fenomenologia como uma base teórica para todas as disciplinas, portanto, não apenas para as ciências humanistas, mas para a ciência em geral. Assim, tem-se que o convite da fenomenologia é sempre para “darmos um passo atrás” e tentarmos voltar às coisas mesmas, na forma em que se apresentam ao mundo. Seria, então, um convite à reflexão e a possibilidade de olhar para qualquer objeto do mundo.

A fenomenologia nasce como um contraponto ao positivismo, corrente filosófica que ganhou força no final do século XIX ao argumentar que o conhecimento somente é verdadeiro e válido quando pode ser comprovado por métodos científicos (Bello 2006; Borgna, 2019). De acordo com este pensamento, os fenômenos que não podem ser provados pela ciência também não podem ser considerados válidos e, portanto, transitam no universo das suposições, superstições e da imaginação. Segundo Bello (2006), para os positivistas haveria apenas uma distinção entre uma dimensão corpórea e alguma outra dimensão não-física, sendo

que a segunda era sempre estudada em relação com a primeira. Para Rocha (2015), a construção dessas ciências de fatos, neutras e objetivas, exclui justamente as questões acerca do sentido ou ausência de sentido de toda existência humana, de forma que este modelo de ciência, de orientação empirista, identifica os objetos como “coisas naturais”, em uma efetividade natural, destituindo os juízos e as intuições doadoras de sentido.

Em um cenário de discussões sobre os limites e possibilidades dos processos de construção do conhecimento, influenciado por reflexões como as de Franz Brentano (1838-1917), Edmund Husserl passou a nutrir grande interesse pelo novo campo científico da Psicologia e dos atos psíquicos (Andrade & Holanda, 2010; Rocha, 2015). Segundo Bello (2006), Husserl estava interessado em compreender como o conhecimento é possível, ou seja, como é possível que o ser humano tenha consciência das coisas. Nesta perspectiva, o que interessa não é a existência ou não dos fatos, mas os sentidos que eles portam, partindo de uma compreensão de que a busca pelo sentido das coisas é uma possibilidade e, também, uma necessidade humana. Para Husserl, os fatos existem e são fatos, mas o que eles são de verdade, do ponto de vista humano, reside no sentido e não no fato (Bello, 2006).

Sob a perspectiva fenomenológica, o mundo não é algo simplesmente posto à nossa frente; o mundo é a consciência que temos do mundo, ou, ainda, é tudo o que se revela para nossa consciência (Savian Filho, 2018). O sujeito, para Husserl, é o sujeito da *intencionalidade*, entendendo que a consciência somente é possível com relação a algo, ou seja, a consciência se volta intencionalmente ao objeto que a ela se mostra (Bello, 2006; Cardoso, 2012; Cardoso & Massimi, 2013; Holanda, 2011; Husserl, 1913/2006; Rocha, 2015). Rus (2017) destaca que o conceito de *intencionalidade* lança luz sobre o sentido da dependência entre sujeito e mundo, de forma que a consciência humana não pode mais ser considerada como uma realidade fechada em si mesma, e sim como uma visada *de*, uma abertura *para*, uma relação *com*. Assim, o “mundo” não pode ser entendido como uma justaposição de objetos dos quais se pode fazer um inventário, mas é uma complexa “teia de significações” (Rus, 2017, p. 123), em que cada consciência está ligada a outras consciências, a outros seres e às coisas, trazendo à luz uma unidade de sentido.

A partir do caminho fenomenológico sobre as vivências da consciência, Edith Stein (1933/2000) descreve o ser humano como um ser constituído unitariamente por três estratos: corpo, psique e espírito. Partindo do *corpo*, tem-se que este não se reduz ao aspecto material, mas é uma estrutura viva. O corpo vivente é o meio pelo qual se dá a percepção; não possui apenas qualidades sensoriais externas (sua própria cor, textura, etc.), mas também é detentor da capacidade de captar sensações ao longo de toda sua extensão. As sensações que se

exprimem no corpo não ocorrem somente ao nível deste, mas também fazem parte da vida de consciência. Aquilo que o corpo vivo percebe ou expressa remete à uma interioridade, formando uma unidade psicofísica. Esta vida interior consiste nos estratos psíquicos e espirituais. A *psique* compreende os impulsos e as emoções, ou seja, atos não controlados por nós, tais como o impulso de beber, de fugir, ou o medo, a alegria e a dor. Percebemos a existência de um ser psíquico na constituição da natureza animal, que possui uma abertura sensível às impressões internas e externas e, como consequência, um agir reativo. A dimensão *espiritual* está ligada à capacidade de agir e reagir, tomar decisões, fazer escolhas e ser responsável, ligada aos atos da compreensão, da reflexão e do pensar. Este é o aspecto especificamente humano, que se desdobra na capacidade de dizer “eu” e de falar sobre si próprio, diferenciando o ser humano de todos os outros seres vivos. Tal estrutura tripartite é geral, universal, presente em todos os seres humanos enquanto potência, sendo que cada característica pode ser mais ou menos desenvolvida em cada indivíduo (Bello, 2006, 2015; Cardoso & Massimi, 2013; Silva, 2011; Stein 1933/2000).

Voltando ao polo objetivo, Sokolowski (2012) destaca que as coisas não existem apenas, mas manifestam a si mesmas da forma como são, sendo que este modo de aparecer é parte do ser das coisas. Para Rocha (2015), o objeto para o qual se volta a consciência passa a ser compreendido como objeto intencional, tal qual se manifesta a uma pessoa, segundo seus distintos modos de apresentar-se. Este componente intencional da consciência permite que o pesquisador traga seu objeto de estudo para a dimensão do sentido e do significado, identificando suas características fundamentais, no intuito de alcançar sua essência (Giorgi & Souza, 2010).

Objetivando alcançar o modo como determinado fenômeno se manifesta, Husserl (1913/2006) propõe o método de parentetização, ou *epoché*, partindo da necessidade de suspensão das crenças, preconceitos e teorias produzidas sobre o mundo, para assim chegar ao conhecimento de sua essência, ao sentido último que a habita (Cardoso, 2012). Para Giorgi e Sousa (2010), a *epoché* não implica uma negação, dúvida ou exclusão do mundo fático, mas uma mudança de atitude com relação a ele por meio da suspensão ou neutralização de uma certa atitude dogmática sobre a realidade, permitindo acessar o modo como as coisas aparecem para o sujeito em experiência. A partir disso, empreende-se a redução fenomenológica, entendida como instrumento metodológico, contíguo à *epoché*, que permite o acesso ao fenômeno. De acordo com Giorgi e Sousa (2010):

A *epoché* e a *redução fenomenológica* podem ser entendidas como dois instrumentos metodológicos usados paralelamente. Com a *epoché*, suspende-se a visão naturalista do mundo e os pré-conceitos científicos e culturais, com a redução fenomenológica, centramo-nos exclusivamente na correlação entre o objeto da experiência e a experiência desse mesmo objeto. (p. 51-52)

Além da *epoché* e da redução fenomenológica, o próximo passo do método fenomenológico é a redução eidética que visa acessar as dimensões, as características e as propriedades que fazem de um determinado objeto aquilo que ele é, deixando de lado as variações factuais, meramente contingentes. Objetiva-se identificar a essência (*eidós*) do fenômeno, tal como surge à consciência, seja um objeto físico, uma percepção, uma sensação ou uma situação vivida (Giorgi & Sousa, 2010). Para Husserl (1913/2006), “‘Essência’ designou, *antes de mais nada*, aquilo que se encontra no ser próprio de um indivíduo como o *quê* ele é.” (p. 35). Segundo Giorgi e Sousa (2010), através da redução eidética almeja-se identificar as características fundamentais do fenômeno, retirando, por meio da variação livre imaginativa as particularidades das quais o fenômeno não depende para ser tal como é.

Para Bello (2006), essa possibilidade de escavação do terreno da consciência é a grande novidade da abordagem fenomenológica. Como uma via de mão dupla, a escavação da interioridade humana se abre não apenas à compreensão do que está dentro do ser humano, mas também do que está fora, pois, partindo do conhecimento sobre nós mesmos, podemos compreender melhor a realidade que nos cerca. A partir desta compreensão, a fenomenologia de Husserl se firma como um método de possibilidade de exploração do território interior do ser humano, daquilo que viria a ser essencialmente humano. Busca-se compreender detalhadamente as características desse território, porém, sempre levando em consideração que a interioridade, a consciência humana, é correlata ao mundo que está fora dela.

Segundo Andrade e Holanda (2010), “o método fenomenológico se apresenta à Psicologia como um recurso apropriado para pesquisar o mundo vivido do sujeito com a finalidade de investigar o sentido e o significado da vivência para a pessoa em determinada situação, com o intuito de buscar a estrutura essencial ou invariante do fenômeno” (p. 264). Barreira (2017) aponta que vertentes da pesquisa qualitativa ou investigação empírica em Psicologia têm tentado traduzir, operacionalizar e sistematizar conceitos, finalidades e reflexões originariamente filosófico-fenomenológicos. A partir desta constatação, o autor se dedica a sistematizar esta prática investigativa, procurando fornecer uma teorização e, conseqüentemente, maior consistência a mesma.

Para Barreira e Ranieri (2013) e Barreira (2017), o objeto da investigação empírico-fenomenológica recai sobre as experiências vividas e, nesse sentido, destaca-se que a operação

fenomenológica é descritiva e não visa ser explicativa ou quantificadora. Para Borgna (2019), se há um princípio fundamental da fenomenologia, é que a *compreensão* da experiência é irreduzível à *explicação* científica de seus correlatos fisiológicos. Como caminho para acessar o objeto tematizado, o pesquisador deve deixar de lado as teorias, conhecimentos prévios e suposições e dar lugar às experiências dos sujeitos que as viveram. Trata-se de colocar em exercício a *escuta suspensiva*, que consiste no ideal da *epoché* no contexto da troca empática. Busca-se retirar a objetividade pura do objeto e colocá-lo na relação intencional entre objeto e sujeito; caracterizando uma investigação voltada à compreensão de objetos de mundo-da-vida, conforme sua correlação com a subjetividade transcendental. Assim, o pesquisador se abstém de realizar considerações sobre a existência ou não das coisas para prestar atenção a como as coisas são intuídas (Rocha, 2015).

Segundo Giorgi e Sousa (2010), a análise fenomenológica proposta por Husserl busca estudar em paralelo o objeto e a subjetividade do ato de consciência que se dirige a este mesmo objeto. Assim, a investigação fenomenológica deve considerar, por exemplo, em uma percepção, o ato de consciência intencional (o de perceber) e o objeto a que tal ato de perceber se direciona. Para desenvolver esta ideia, Husserl utilizou dois termos gregos, *noesis* e *noema*, sendo que o primeiro se refere ao ato de consciência intencional (perceber, imaginar, refletir, etc.) e o segundo ao objeto tal como foi visado intencionalmente (percebido, imaginado, refletido, etc.), preservando uma correlação inseparável entre as duas dimensões da estrutura dos processos mentais.

De acordo com Barreira (2017), na escavação do fenômeno empírico, suas origens se revelam desde sua esfera pré-reflexiva que está ancorada, em última instância, na dimensão hilética, ou seja, dos predicados do objeto que se mostram à uma consciência. Os fatos, correspondentes ao campo empírico da atitude natural correspondem às camadas mais superficiais, iniciais do processo de escavação dos sentidos na atitude fenomenológica. Assim, empreende-se um acesso meticuloso e rigoroso aos fenômenos examinados. Para o autor, “a qualidade da descrição correlata a cada atitude adotada nesse processo vai, progressivamente, tornando-se menos particular e mais universal: a experiência natural, a experiência pessoal, existencial, psicológica ou subjetivo-relativa, o *eidós* intencional, a experiência transcendental” (Barreira, 2017, p. 326-327).

Para Rocha (2015), o pensar fenomenológico busca a construção de um conhecimento que reconheça as suas dimensões fundantes e essenciais. A descrição dos fenômenos por meio da *epoché* possibilita um trabalho de escavação e aprofundamento analítico reflexivo de forma que a fenomenologia se mostra como um referencial teórico-metodológico que possibilita a

emergência de novas experiências e sentidos a partir da convivência direta com o fenômeno estudado.

3.4. Constituição do *corpus*

O *corpus* desta pesquisa foi constituído por meio de realização de entrevistas, observação participante e consultas ao sistema informatizado do Hospital Especializado em Psiquiatria. Tais procedimentos resultaram, respectivamente, em um conjunto de entrevistas transcritas, um diário de campo e um compilado de informações oriundas das consultas ao referido sistema, conforme detalhamento a seguir:

3.4.1. Entrevista Fenomenológica

Para Amatuzzi (2006), um dos caminhos para o acesso às experiências vividas, considerando as pesquisas que se propõem a investigar a subjetividade, seria a realização de entrevistas em profundidade, uma vez que este método oportunizaria o estabelecimento de uma relação dialógica entre o sujeito e o pesquisador. Segundo Barreira e Ranieri (2013), no enquadre da pesquisa fenomenológica em Psicologia, o uso de entrevistas como instrumento implica uma série de procedimentos e operações, na tentativa de alcançar a constituição do objeto investigado, descrevendo-o e compreendendo-o. Da mesma forma, Giorgi e Sousa (2010) afirmam que o uso da entrevista fenomenológica não é apenas a aplicação de um instrumento para coleta de dados, mas carrega em si uma concepção diferente de produção de conhecimento e de construção de significado sobre a ação humana.

O momento da entrevista se configura como uma “reflexão compartilhada, em que o entrevistador e o entrevistado assumem diferentes posições: o primeiro conduzindo o segundo a efetivar uma narrativa em primeira pessoa sobre determinada experiência vivida” (Barreira & Ranieri, 2013, p. 453). Segundo os autores, esse processo experiencial intersubjetivo é essencial para que uma entrevista se efetive sob orientação fenomenológica. É importante salientar que o pesquisador não apresenta um posicionamento neutro neste tipo de entrevista, pois considera-se que o relato da vivência, por meio do qual se evidencia o fenômeno, é

realizado pelo entrevistado a um dado pesquisador-interlocutor, em um dado espaço intersubjetivo. Assim, o ideal da *epoché*, ou suspensão fenomenológica, pode ser entendido no contexto da entrevista fenomenológica como a adoção por parte do pesquisador de uma postura de permeabilidade, ou seja, de abrir-se ao outro deixando-se permeável à sua experiência. O entrevistador empreende um exercício consciente e voluntário de afastar da relação dialógica suas próprias reflexões e julgamentos sobre o tema, sendo capaz de ouvir os aspectos e dimensões que o entrevistado valoriza, tentando obter descrições tão detalhadas quanto possível (Barreira, 2017).

A entrevista fenomenológica tem início a partir de uma questão que guiará o processo de coleta, devendo estar estritamente implicada com o objetivo da pesquisa (Barreira & Ranieri, 2013). Novas e outras perguntas podem surgir para o pesquisador durante a entrevista, fruto de seu interesse pela experiência que está sendo narrada, de modo que seria impossível elaborá-las previamente. Barreira e Ranieri (2013) sugerem que estas novas perguntas nascem de um vazio compreensivo e buscam retomar as experiências e sua elucidação. Sobre este ponto, o pesquisador precisa se manter atento para não preencher os vazios com seus próprios sentidos, devendo prezar por uma postura de estranheza frente ao entrevistado.

Durante a entrevista, o pesquisador deve conduzir uma mudança de orientação, ou seja, uma passagem da orientação natural para a orientação fenomenológica. Assim, ele adota uma postura de *orientação empático-psicológica*, o que convoca o entrevistado a adotar uma *orientação personalista*, voltada à sua própria experiência - o que não se dá de forma imediata, mas envolve um percurso, uma passagem com aproximações graduais que vão desde “fazer considerações sobre o fenômeno” até a “percepção do fenômeno”. Na troca empática busca-se uma aproximação de como o fenômeno é vivido por aquela pessoa em específico. A questão que norteia esse posicionamento pode ser formulada da seguinte maneira: *Como a experiência tematizada vive naquele sujeito?*

Partindo destes pressupostos teóricos, para este estudo realizamos três entrevistas abertas e individuais com cada participante, em momentos cronológicos diferentes. Para a primeira entrevista, buscamos agendar a data mais próxima possível ao evento da alta; já a segunda e terceira entrevista foram realizadas dois e quatro meses após a data da primeira. O local da entrevista foi negociado caso a caso e todos os participantes optaram pela realização em sua própria residência.

Elaboramos dois Roteiros Orientadores de Entrevistas com as questões norteadoras e os temas que pretendíamos abordar em cada encontro (Apêndices D e E). A primeira entrevista tinha como objetivo conhecer as experiências dos pacientes e de seus familiares quanto ao

percurso de adoecimento mental, o recebimento do diagnóstico de TAB e a internação psiquiátrica, configurando um primeiro contato com a história de vida dos entrevistados a partir de seus pontos de vista. No caso dos pacientes, as questões norteadoras da primeira entrevista consistiam em: *“Você poderia me contar sobre a sua vivência de sofrimento mental?”* e *“Você poderia me contar como foi o período em que ficou internado(a) na instituição psiquiátrica?”*. Já para os familiares, as questões norteadoras foram formuladas da seguinte maneira: *“Você poderia me contar sobre a sua experiência de convivência com o/a (nome do paciente), tendo em vista sua situação de sofrimento mental?”* e *“Você poderia me contar como foi o período em que o/a (nome do paciente) ficou internado na instituição psiquiátrica?”*, destacando que, nestas entrevistas, enfocávamos a história compartilhada com o paciente.

As outras duas entrevistas tinham como foco compreender a experiência do retorno a casa e à rotina, englobando as estratégias de cuidado após a alta hospitalar, bem como aprofundar o conhecimento sobre a história individual e familiar dos participantes. As questões norteadoras formuladas para as segundas e terceiras entrevistas com os pacientes foram: *“Você poderia me contar sobre os cuidados com relação à sua saúde mental?”* e *“Você poderia me contar sobre como está sua vida após a experiência de internação na instituição psiquiátrica?”*. Já para os familiares, as questões formuladas foram: *“Você poderia me contar sobre como tem sido a sua experiência de convivência com o/a (nome do paciente), tendo em vista sua situação de sofrimento mental?”* e *“Você poderia me contar sobre como está sua vida após a internação do(a) (nome do paciente) na instituição psiquiátrica?”*. As entrevistas foram conduzidas utilizando-se uma perspectiva compreensiva, ouvindo os participantes sem senso crítico de julgamento.

A partir deste delineamento metodológico, tem-se que cada participante foi acompanhado durante o período de, no mínimo, quatro meses. Para a delimitação deste intervalo de tempo, consideramos um prazo que fosse exequível para uma pesquisa de doutorado, sendo que este período se mostrou suficiente para a observação do desenrolar da vida do paciente e do familiar após a experiência da internação psiquiátrica. Ressaltamos que a opção pela realização das entrevistas também com os familiares está apoiada na compreensão de que as famílias ocupam lugar de destaque nos processos de adoecimento e cuidados da pessoa em sofrimento mental.

3.4.2. Observação Participante

A observação participante, conforme Delgado e Gutiérrez (1995), consiste na observação sistematizada de grupos reais ou de comunidades em sua vida cotidiana, fundamentalmente realizada por meio de estratégias empíricas e técnicas de registro qualitativas. No decorrer desta pesquisa, a observação foi realizada nas ocasiões em que, enquanto pesquisadora, estive presente na instituição coparticipante para aproximação com os profissionais e identificação dos possíveis participantes do estudo e, também, no momento de realização das entrevistas. Todos os contatos, incluindo as ligações telefônicas, foram registrados tão breve quanto possível em arquivo eletrônico que configurou o *diário de campo* da pesquisa. Os registros foram organizados em ordem cronológica e compreendem a descrição dos ambientes e das relações conforme puderam ser apreendidos, bem como as impressões frente às situações vivenciadas, além das transcrições de diálogos que porventura aconteceram para além dos momentos da entrevista e que, portanto, não foram gravados em áudio. Os registros da observação participantes foram utilizados como complementares aos dados obtidos por meio das entrevistas.

Buscamos, assim, observar o ambiente de cuidados do Hospital, bem como o ambiente familiar e a interação entre profissionais, pacientes e familiares. Consideramos que a consecução e sistematização do diário de campo ampliam o conhecimento sobre como os participantes lidaram com a experiência da internação psiquiátrica, suas consequências, memórias, expectativas e crenças envolvidas.

3.4.3. Consulta ao sistema do Hospital Especializado em Psiquiatria

Para identificação dos possíveis participantes do estudo, tivemos acesso a informações do sistema informatizado próprio do Hospital, que consiste em um banco de dados sobre todas as internações já realizadas pela instituição, as internações em andamento e a lista de espera. É importante ressaltar que o acesso a este sistema sempre foi realizando por intermédio dos profissionais do Hospital. Como resultado destas buscas, acessávamos dados de identificação dos pacientes e uma breve síntese da condição clínica que fundamentou o pedido da vaga para internação.

3.5. Participantes

Em uma investigação fenomenológica empírica, o acesso à experiência tematizada se dá por meio das pessoas que a vivenciaram. Assim, nesta perspectiva, refere-se a uma amostragem intencional, o que significa dizer que a amostra é constituída atendendo a um critério fenomenológico que busca estabelecer um paralelo entre certas vivências intencionais e uma situação correspondente à orientação natural / mundo da vida que no presente estudo se refere ao adoecimento e à internação psiquiátrica (Barreira, 2017).

Para seleção dos participantes da pesquisa foram elaborados os critérios de inclusão apresentados na Figura 1:

Figura 1 - Critérios de inclusão dos participantes

Participantes	Critérios de inclusão
Pessoas diagnósticas com TAB	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir entre 18 e 55 anos de idade; • Ter sido internado em decorrência do diagnóstico de TAB¹¹; • Ter passando pela experiência de até três internações em Hospital Psiquiátrico; • Residir na cidade ou região onde o estudo foi desenvolvido.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir 18 anos completos ou mais; • Conviver ou morar junto do familiar que fora internado.

Delimitamos que o paciente entrevistado deveria possuir entre 18 e 55 anos de idade a fim de abarcar participantes em idade produtiva. A opção por entrevistar pacientes com um diagnóstico em específico decorreu de uma escolha metodológica pautada no intento de aproximar as experiências de sofrimento mental, pois a depender do quadro psicopatológico são muito variadas suas formas de expressão e possíveis desdobramentos. A delimitação do Transtorno Afetivo Bipolar (F31), em específico, se deu após reunião com profissionais do Hospital Psiquiátrico em que o estudo foi realização. Na ocasião, pudemos acessar algumas informações sobre as internações realizadas na instituição nos trinta meses anteriores e dialogar sobre a experiência prática dos profissionais. A partir disso, foi especificado o enfoque do estudo sobre a vivência de internação por pessoas com diagnóstico de TAB,

¹¹ Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), que compreende o espectro F31.0 à F31.9 da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 2007).

levando em conta sua alta prevalência no Hospital Especializado em Psiquiatria¹² e a gravidade associada ao quadro.

Para identificação dos participantes, procedemos um longo percurso institucional. O primeiro contato com o Hospital Especializado em Psiquiatria se deu por meio do setor de Recursos Humanos, onde obtivemos informações sobre a submissão do projeto para apreciação ética e o acompanhamento de sua tramitação.

Após aprovação do projeto pelas instâncias éticas, em junho de 2017, enquanto pesquisadora, fui¹³ apresentada aos profissionais do Serviço de Arquivo Médico do Hospital com a intenção de estabelecer uma estratégia de identificação dos participantes por meio de buscas aos arquivos informatizados da instituição. Os profissionais que atuavam neste local tinham tarefas de cunho administrativo, cuidando dos arquivos do Hospital e, portanto, não tinham contato com os setores que prestavam assistência direta aos pacientes. Na ocasião, foi combinado que eu telefonaria semanalmente para este Serviço e, então, os profissionais fariam as buscas nos arquivos verificando se dentre as altas da semana havia pacientes com o perfil intencionado. Este plano foi colocado em prática durante algumas semanas, sem sucesso. Nesse período, um único caso foi repassado a mim, porém, as informações sobre ele eram poucas: tratava-se de um homem de 29 anos, casado, pai de três filhos, residente em um bairro periférico da cidade. Não havia referências, por exemplo, sobre os motivos da internação, o tempo de permanência no Hospital e as condições no momento da alta. Apenas com aquelas informações, e sem a possibilidade de conversar com os profissionais que estiveram envolvidos nos cuidados deste homem durante a internação, optei por não entrar em contato. Assim, identifiquei a necessidade de maior inserção na instituição e, com isso, fui apresentada à equipe que compõe o setor de Acolhimento do Hospital.

Os profissionais do setor de Acolhimento eram responsáveis por controlar a lista de espera do serviço, contatando os pacientes da lista conforme havia a liberação das vagas. Em parceria com estes profissionais, adotei o seguinte procedimento para identificação dos participantes: em um primeiro contato no setor, busquei informações sobre pacientes com diagnóstico de TAB que haviam recebido alta nos últimos dez dias; pacientes com TAB que estavam internados naquele momento; e pacientes com TAB que integravam a lista de espera

¹² Nos 30 meses anteriores, nesta instituição, a principal causa de internação feminina foi o TAB, sendo 25,7% das ocorrências. No caso das internações masculinas, 44,4% se deu em decorrência do uso de álcool e outras drogas, 25,2% em decorrência do diagnóstico de Esquizofrenia e 8,8% em razão do diagnóstico de TAB.

¹³ Optou-se pelo emprego da primeira pessoa do singular, “eu”, nos trechos em que são descritos os contatos diretos da pesquisadora com o campo de estudo, em diálogo com profissionais e participantes, preservando a personalidade dos relatos e a participação da pesquisadora enquanto sujeito implicado nos processos de pesquisa.

por vagas na instituição. Nas reuniões e ligações telefônicas subsequentes com estes profissionais, passei a acompanhar as informações sobre os pacientes que seguiam internados e os que compunham a lista de espera para internação. Quando identificava um paciente com diagnóstico de TAB, os profissionais checavam no sistema a quantidade e a data das internações anteriores, caso houvesse, e, se o número fosse menor ou igual a três, imprimiam uma cópia da ficha de admissão da pessoa no Hospital, que passava a integrar os arquivos da pesquisa.

Em momento posterior a cada contato com o setor de Acolhimento, era realizado um estudo mais cuidadoso dos casos por meio das fichas, quando averiguava a pertinência do convite para participação na pesquisa tendo em vista os critérios de inclusão já apresentados. Estas fichas continham os dados pessoais dos pacientes (idade, sexo, estado civil, número de filhos, profissão), telefone e endereço, informações sobre a solicitação da vaga e informações clínicas (hipótese diagnóstica, breve história clínica). Após análise das fichas dos pacientes, era realizado contato com os profissionais dos setores do Hospital que prestavam assistência direta aos pacientes, visando conhecer o possível participante ainda durante a internação. Destaca-se que estas eram as únicas situações em que eu entrava em contato direto com os setores da assistência. Depois do encontro com o paciente no Hospital, eu aguardava sua alta, sendo que as informações sobre este evento eram atualizadas semanalmente por meio das ligações ao setor de Acolhimento.

Já quando era constatado que havia pacientes com hipótese diagnóstica de TAB na lista de espera, era realizado acompanhamento semanal da evolução da posição da pessoa nesta lista por meio de contato telefônico. Quando efetivada a internação, era realizado contato com o setor de assistência para conhecer o paciente. Ressalta-se que a confirmação de que o paciente era diagnosticado com TAB era realizada, em um primeiro momento, por meio da ficha de admissão e, depois da alta, por meio de documento intitulado “resumo de alta”.

Em contato semanal com o setor de Acolhimento durante o segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018, foram pré-selecionados 35 pacientes como possíveis participantes, distribuídos da seguinte maneira:

- 04 pacientes preencheram os critérios para inclusão no estudo e completaram o processo de coleta de dados, juntamente com seus familiares. Dentre estes, uma dupla de participantes (paciente-familiar) não integrou as análises ora apresentadas pelas seguintes razões: as sessões de entrevistas com esta dupla se encerraram cerca de seis meses após a conclusão com as demais, quando já havia um percurso de análise em desenvolvimento; além disso, embora este estudo reconheça e valorize a perspectiva singular e única das experiências,

a análise do material indicou que os relatos desta quarta dupla remetiam a pontos presentes nas análises anteriores, tornando sua exposição extensa e repetitiva¹⁴.

- 05 pacientes foram contatados, mas não foi possível viabilizar a coleta devido a desencontros ou recusas por parte dos participantes, como ilustra a situação vivenciada com Solange, descrita na sequência;

- 15 pacientes não preencheram completamente os critérios para inclusão no estudo (10 eram diagnosticados com TAB, porém a internação se devia a outro fator, em geral, uso abusivo de substâncias psicoativas (como ilustra o caso de Daniel, na sequência); 02 pacientes possuíam mais de 55 anos; 03 moravam a mais de 70 quilômetros de distância do local do estudo);

- 08 pacientes que estavam sendo acompanhados por meio da lista de espera do Hospital desistiram da vaga quando foram chamados, como ilustra o caso de José Carlos descrito na sequência;

- 03 pacientes não foram contatados porque o acesso a suas informações ocorreu somente após a alta, não tendo sido realizado um primeiro contato dentro do Hospital. Nestas ocasiões, ou avaliou-se que já havia decorrido tempo considerável da alta e/ou que o contato envolvia riscos dado que as poucas informações disponibilizadas descreviam situações de agressividade e uso de drogas. Destaca-se que quando tive acesso às informações destes três casos, ainda não havia sido firmado um contato direto com os profissionais da assistência, os quais posteriormente viabilizaram o acesso aos pacientes durante a internação.

A título de ilustração do percurso da pesquisa, buscando clarificar o processo de seleção dos participantes, estão descritas a seguir algumas situações de contato com pacientes que, por fim, não integraram o estudo.

- Solange

Era uma mulher de 32 anos, solteira, sem filhos, tinha o 1º grau completo, trabalhava como secretária em uma escola municipal, concursada da prefeitura da cidade onde morava. Esteve internada no Hospital por um mês e 26 dias devido a diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave, sem sintomas psicóticos. Em sua ficha de admissão, constava a seguinte história clínica: *“Paciente segue por F31, em episódio depressivo grave*

¹⁴ As análises realizadas a partir das entrevistas com esta dupla integrarão publicações futuras.

associado a aumento da atividade psicomotora e ideação suicida com tentativa. Há uma semana, com redução da necessidade de sono, cortou os pulsos e o rosto com aparelho de barbear, além de ter raspado os supercílios, precisou ser contida e medicada na Santa Casa, persiste com ideação suicida. Iniciado hoje Quetiapina 100mg, AVP, 750mg e Lorazepan 2mg 8/8h”.

Acompanhei o andamento da lista de espera até que Solange foi chamada para internação. Quando soube que ela havia sido internada, entrei em contato com a assistente social do setor correspondente e agendei um dia para conhecê-la. Neste dia, conversamos por pouco mais de 30 minutos. Ela se mostrava lúcida; não apresentava sinais do uso das medicações, por exemplo, agitação ou sonolência excessivos, tais como era possível observar na maior parte das demais pacientes. Sua sobriedade fazia com que se destacasse das outras mulheres que circulavam por ali. Falava bem e tinha um bom vocabulário. Contou-me que, naquele momento, estava conhecendo melhor seu problema e se disse interessada em realizar o tratamento correto. Até então, apesar de ela saber que tinha um quadro psiquiátrico, nunca havia seguido o tratamento com rigor: faltava nas consultas e não tomava os remédios nos períodos em que se sentia bem.

Relatou que trabalhava na prefeitura da sua cidade, sendo que já havia passado por vários setores devido a uma *“dificuldade em lidar com pessoas.”* Referiu muita ansiedade e angústia em trabalhar com burocracias, pois tinha medo de perder ou estragar documentos importantes. Na época, estava trabalhando em uma creche e sua função consistia em ajudar na secretaria e, às vezes, olhar as crianças. Relatou que gostava do trabalho que vinha exercendo, pois não precisava lidar com o público.

Solange tinha um irmão que fazia uso abusivo de drogas e com quem dividia uma casa de COHAB (Companhia Habitacional) de propriedade da mãe. O pai era falecido e a mãe morava em uma casa ao lado juntamente com o segundo marido. Quando interrogada sobre quem cuidava de sua casa, Solange respondeu que *“ultimamente ninguém”*. Relatou que não vinha se sentindo bem, não tomava banho, não escovava os dentes, não trocava de roupa. Esperou por cerca de três semanas a liberação da vaga no Hospital Especializado em Psiquiatria. Relatou que quando chegou no Hospital, se sentia muito ansiosa e andava sem parar pelos corredores. Depois, passou a sentir desânimo e passava o dia inteiro deitada: *“Eles [profissionais] falam que eu tenho que interagir porque isso faz parte do tratamento. Mas eu não tenho vontade. Eu sou sincera com eles, eu preciso falar pra eles que eu não estou bem. A vontade de sair é muito grande, eu sinto muitas saudades da minha família, mas eu, agora, nesse tempo que eu estou passando aqui, eu quero me tratar, eu estou entendendo melhor o*

que eu tenho. E eu quero ficar boa de uma vez. Porque eu não quero sair daqui “mais ou menos” e ter que voltar daqui a pouco. Porque lá fora, a realidade continua existindo e eu só quero sair daqui quando eu estiver boa para enfrentar. Por isso não posso ficar falando muito que eu estou bem porque eu ainda não estou. Eu vejo aqui como se fosse um presídio, sabe? A gente fica trancado, faz parte do tratamento. Mas a realidade está lá fora e eu tenho que pensar em ficar boa para dar conta de sair daqui. Eles aqui ficam me falando assim ‘não pensa sobre lá fora, pensa sobre aqui dentro, agora’, mas eu não acho que é assim. Eu tenho que pensar que existe lá fora.” (Diário de campo, 28/09/2017, registro do encontro com Solange).

Conforme o combinado, entrei em contato com Solange quando ela recebeu alta. Na primeira ligação, ela atendeu a chamada prontamente, mas tinha a voz bastante sonolenta. Lembrou-se de mim e agendamos a primeira entrevista. No dia combinado, fiz uma ligação para confirmar e Solange disse que estava esperando um outro telefonema e que, talvez, precisaria sair de casa. Ela preferiu que agendássemos um outro horário. Um segundo horário foi agendado e, novamente, desmarcado.

Marcamos um terceiro horário, seria em uma segunda-feira, às nove da manhã. Neste dia, por ser cedo, optei por não fazer a ligação de confirmação e, também, para evitar que ela desmarcasse por telefone. Após uma viagem de mais de 40 quilômetros, cheguei à porta de sua casa, esperei dar o horário e telefonei, pois não havia campainha. Ninguém atendeu.

Por vários minutos, esperei, chamei, bati palmas, telefonei. A casa era murada, tinha um portão de ferro, inteiro fechado. Depois de um tempo na calçada, vi que havia um cano de PVC instalado no muro, que dava visão para o interior da casa. Ficando na ponta dos pés, consegui olhar lá dentro e vi Solange: estava em pé, de perfil para mim, olhava à frente, estática. Nesta hora, chamei-a mais intensamente, pois sabia que me ouvia, mas não obtive resposta.

Uma vizinha saiu na rua e me disse para chamar na casa ao lado, onde morava a mãe de Solange. Segundo a mulher, Solange *“toma remédio pesado, às vezes não acorda”*. Eu andei até a casa da mãe, mas optei por não a chamar, pois esta ação me pareceu invasiva. Meia hora se passou, entrei no carro e procurei uma padaria na cidade. Voltei a ligar por volta das dez horas, mas não obtive sucesso. Assim, fiz a viagem de volta.

Foram feitas outras tentativas posteriores de contato para tranquilizá-la sobre a recusa em participar do estudo, porém sem sucesso.

- Daniel

Tive acesso à ficha de admissão de Daniel no setor de Acolhimento do Hospital. Era um homem de 40 anos, solteiro, pai de três filhos, 1º grau incompleto, sem informações sobre a profissão. Apesar de ser diagnosticado com TAB, sua internação se devia a *“Abstinência do uso de substância psicoativas”*, sendo que a principal hipótese diagnóstica era F19.2, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência. Em sua história clínica constava: *“Paciente usuário de SPA [substâncias psicoativas] (cocaína e maconha) e transtorno afetivo bipolar. Vem se tornando extremamente agressivo, colocando-se em risco e também aos familiares. Envolveu-se em briga recentemente, e foi espancado. Aceita internação para abstinência assistida, pois não consegue parar sozinho. Há piora da irritabilidade e impulsividade. O espancamento não resultou em maiores prejuízos – estável clinicamente, com hematomas periorbitários.”*

Assim, apesar de Daniel preencher a maior parte dos critérios para participação no estudo, as circunstâncias que envolviam sua internação estavam mais associadas ao uso de substâncias psicoativas do que ao diagnóstico de TAB.

- José Carlos

Tive acesso a informações sobre José Carlos no setor de Acolhimento quando seu nome constava na lista de espera para internação. Na ocasião, era possível saber que se tratava de um homem de 41 anos que havia procurado a Unidade de Pronto Atendimento em 30 de outubro de 2017 devido a *“surto maníaco”*, quando foi solicitada a liberação da vaga para internação total. Quanto a história clínica contava: *“Paciente com diagnóstico de TAB desde os seus 17 anos, sempre que teve crises a mãe maneja em casa apesar do quadro muitas vezes difícil. A mãe faleceu há 5 anos, e a irmã e pai passaram pela última crise também com manejo ambulatorial, mas há 1 semana, com a morte da avó, mesmo em uso de medicação (ácido valpróico 1000), ele entrou em novo surto com sintomas mistos – refere depressão, chora, não dorme, com labilidade emocional, acha que sua tatuagem de cruz tem poderes, JCR [juízo crítico de realidade] prejudicado.”*

Acompanhei o andamento da lista de espera, aguardando que José Carlos fosse chamado para internação. A vaga foi liberada em 30 de dezembro de 2017, exatos dois meses após a solicitação. O Hospital comunicou a liberação do leito, entretanto, a família se manifestou recusando a vaga e, como consequência, a Unidade de Pronto Atendimento realizou o cancelamento do pedido.

Os participantes que integram as análises ora apresentadas são três pacientes que estiveram internadas no Hospital Especializado em Psiquiatria em decorrência do diagnóstico de TAB e suas respectivas familiares, o que correspondeu a um total de seis participantes e 18 entrevistas realizadas. Uma caracterização sintética das mesmas está apresentada na Figura 2, a seguir:

Figura 2 - Participantes do estudo; nome (fictício), idade e grau de parentesco.

Paciente	Familiar (parentesco)
Fernanda, 34 anos	Eunice, 66 anos (mãe)
Regina, 37 anos	Marli, 51 anos (tia e prima)
Carla, 33 anos	Fátima, 49 anos (mãe)

O primeiro contato com as participantes ocorreu no próprio Hospital, durante a internação; momento em foram apresentados os objetivos do estudo e combinado como se daria o contato posterior à alta visando à realização das entrevistas.

Com exceção de uma situação, as entrevistas foram realizadas com a paciente e com a familiar no mesmo dia e, embora não houvesse um padrão pré-definido, as entrevistas às pacientes sempre antecederam às das familiares. Destaca-se que a premissa de realizar entrevistas *individuais* foi preservada ao longo de todo o estudo, entretanto, foi bastante comum que as familiares acompanhassem a entrevista das pacientes, variando o grau de interferência.

As entrevistas foram integralmente gravadas em áudio, sendo transcritas na íntegra e literalmente logo após sua realização. Estabeleceu-se como procedimento que para a realização das segundas e terceiras entrevistas, as anteriores deveriam estar transcritas e estudadas, visando melhor aproveitamento da oportunidade de interação com as participantes. Foram realizadas transcrições livres, em diário de campo, dos eventos que não foram áudio-gravados, tais como ligações telefônicas e contatos prévios às entrevistas.

Após a realização e transcrição das entrevistas, bem como a consecução e conferência do diário de campo, passou-se à análise do *corpus*. Ao todo, somaram-se 20 horas e três minutos de áudio-gravações os quais resultaram em 267 páginas transcritas. Em diário de campo, somaram-se 32 páginas de registro.

A coleta foi iniciada em julho de 2017 quando o Hospital Especializado em Psiquiatria comunicou verbalmente a aprovação do projeto pela Comissão de Ética Médica. O período para inclusão de novos participantes se estendeu até junho de 2018 e a coleta foi realizada com *todos* os pacientes que corresponderam aos critérios de inclusão e com os quais foi possível contato, não havendo um número pré-determinando de participantes.

3.6. Análise do *corpus*

A análise por meio da redução fenomenológica consiste em suspender, colocar entre parênteses, as experiências individuais. Assim, deve-se passar da singularidade da experiência de cada sujeito à essência/sentido daquela experiência tematizada. Para isso, as diferentes entrevistas realizadas foram analisadas comparativamente “dando à experiência constitutiva do fenômeno oportunidade de revelar seus traços determinantes” (Barreira & Ranieri, 2013, p. 464).

A seguir estão descritos os passos da análise do *corpus*, para a qual se adaptou os modelos utilizados nos trabalhos desenvolvidos por Casarini (2013) e Rocha (2015):

- a) Pré-análise: transcrição, conferência e correções das entrevistas; construção e organização do diário de campo;
- b) 1º nível de análise: análise contemplativa realizada por meio de uma leitura atenta das transcrições e dos registros em diário de campo, objetivando uma aproximação com as experiências das participantes, sem buscar uma leitura interpretativa sobre elas;
- c) 2º nível de análise: análise descritiva visando apresentação das experiências relatadas pelas participantes. Foram construídas sínteses do percurso de vida das participantes segundo uma orientação cronológica, buscando obter uma visão de conjunto das informações obtidas com cada dupla. Discernimento dos conteúdos e construção de seções analíticas a partir do encadeamento das experiências pessoais de cada dupla;
- d) 3º nível de análise: levantamento dos elementos comuns presentes nos diversos encadeamentos de experiências pessoais. Discussão de temas que emergiram das entrevistas, buscando passar da singularidade a um exercício de generalidade da experiência tematizada, com base no referencial teórico-metodológico adotado.

A Figura 3 apresenta os sinais gráficos utilizados nas transcrições das entrevistas e seus respectivos significados:

Figura 3 - Sinais gráficos utilizados na transcrição das entrevistas.

Sinais gráficos	Significados
...	Pausa no relato
[...]	Trechos suprimidos pela pesquisadora
<i>[Frases/palavras em itálico entre colchetes]</i>	Informações adicionais da pesquisadora; descrição dos gestos ou explicação sobre o contexto.
[Frases/palavras entre colchetes]	Palavras incluídas pela pesquisadora nos discursos das entrevistadas, buscando maior continuidade dos recortes.

ANÁLISE DO *CORPUS*

4. ANÁLISE DO *CORPUS*

4.1. Descrição sintética das histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento

Nesta seção, apresentamos as participantes do estudo por meio da descrição do contato realizado com cada uma, desde o primeiro encontro no Hospital até os subsequentes para realização das entrevistas, tendo como base os registros em diário de campo. Além disso, utilizando trechos das entrevistas, elaboramos descrições sintéticas das histórias de vida das participantes, buscando destacar como essas mulheres compreendiam o adoecer enquanto parte do todo da vida, envolvendo aspectos contextuais e relacionais que culminaram nas situações de crise e na necessidade das internações psiquiátricas.

Percebemos que, embora estivéssemos abordando as circunstâncias, memórias e sentimentos ligados à mais recente internação psiquiátrica das entrevistadas, não era congruente abordar esse acontecimento enquanto algo descolado da história de vida das participantes. Assim, o material apresentado a seguir não é apenas o relato de um “surto psiquiátrico” que culminou na necessidade de internação, mas a história de vida dessas pessoas, no âmbito individual e no familiar.

Pretendemos descrever o percurso de vida das entrevistadas, prezando pela ordem cronológica dos fatos, partindo dos relatos realizados ao longo dos encontros, todos transcritos e registrados em diário de campo. É importante destacar, portanto, que todo o percurso narrado é permeado pela vivência intencional e pela condição de elaboração das participantes e da pesquisadora, tendo sido necessário um trabalho de repetidas leituras, cruzamento de informações e síntese do material coletado. Acrescenta-se que, para cada dupla entrevistada, foram construídas uma linha do tempo e uma árvore genealógica, anexadas a este material.

Fernanda e Eunice

“Minha história de vida é uma pasta”

(Fernanda, primeira entrevista)

Linha do tempo (Apêndice F)

Árvore genealógica (Apêndice G)

a) Primeiros contatos

Minha entrada na instituição se deu lenta e gradativamente, mesmo após a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética Médica. O primeiro contato foi com o setor de Recursos Humanos do Hospital, seção absolutamente administrativa, de modo que inicialmente eu não tinha qualquer acesso aos profissionais e setores que prestavam assistência direta aos pacientes internados. Ressalta-se que o Hospital compreende diversos setores que respondem a uma mesma diretoria, mas que funcionam com relativa independência, sob a coordenação de subgerências.

No percurso da pesquisa, identifiquei a necessidade de maior inserção na instituição e, conforme havia oportunidade, fui expandindo os contatos e parcerias. Após algumas reuniões e negociações, pude ser apresentada à equipe que compõe o setor de Acolhimento do Hospital, e alguns profissionais se prontificaram a me auxiliar por meio da realização de pesquisas ao sistema informatizado do Hospital, repassando-me informações sobre os pacientes que, à primeira vista, correspondiam aos critérios de inclusão no estudo.

O meu acesso a informações sobre Fernanda começou em julho de 2017, em reunião com duas das profissionais do setor de Acolhimento do Hospital. Na ocasião, consultando o documento de admissão dessa paciente, pude ver que se tratava de uma mulher de 34 anos, solteira, natural de Águas Claras, mãe de um(a) filho(a), internada havia 21 dias devido ao diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos. O documento trazia, ainda, a seguinte história clínica da paciente: *“Paciente faz tratamento psiquiátrico desde 2001, com diagnóstico de TAB, não era internada desde 2008, mas acabou o Haloperidol na rede, trocaram por Risperidona, mas ela entrou em surto, está acelerada, agitada, agrediu a mãe duas vezes, insone, mesmo usando os medicamentos. Com delírios*

religiosos e de grandeza, JCR [juízo crítico da realidade] prejudicado”. Pelo sistema do Hospital, neste dia também pude verificar que Fernanda já havia passado por outras duas internações nessa mesma instituição, sendo a primeira de 7/10/2007 a 19/10/2007 (13 dias) e a segunda de 8/8/2008 a 26/9/2008 (50 dias). Então, verificando que Fernanda cumpria os critérios para inclusão no estudo, guardei sua ficha de admissão para entrar em contato com a família.

Por meio da ficha, peguei o telefone da residência e, antes mesmo de sua alta, liguei para falar com sua mãe, Eunice. O motivo da ligação era fazer um primeiro contato, apresentar-me e convidá-las para participação no estudo depois que Fernanda tivesse alta. Ocasionalmente, Eunice foi a primeira pessoa com quem entrei em contato para convidar a participar do estudo. Pelo telefone, minha impressão foi de que era uma senhora bastante lúcida. Marcamos um encontro na portaria do Hospital no dia de sua próxima visita à Fernanda, para que nos conhecêssemos pessoalmente. Apesar de a ligação ter transcorrido com tranquilidade, ao encerrá-la fui tomada por uma sensação de desconforto por me sentir invadindo a privacidade da família, pois eu me via em posse de informações sigilosas e delicadas sobre Eunice e Fernanda, entretanto, meu vínculo com o Hospital era frágil, a ponto de ter de marcar o encontro na portaria, fora da instituição. Por isso, imediatamente voltei a contatar o profissional do setor de Recursos Humanos que até então intermediara meus contatos na instituição. Agendamos uma nova reunião para a mesma semana com a finalidade de rever e ampliar minha inserção no Hospital.

Na ocasião desta reunião, fui informada que Eunice havia telefonado para o Hospital, mais especificamente para o setor em que a filha estava internada, buscando obter informações sobre mim, já que nunca havia me visto por lá. E, uma vez que nenhum profissional da assistência me conhecia, a situação ficou bastante embaraçosa para todos, e indicou a necessidade de uma maior aproximação entre mim e esses profissionais. A partir de então, agendamos novos encontros em que pude ser apresentada como pesquisadora a alguns profissionais da assistência, principalmente aos gerentes e assistentes sociais das alas responsáveis pela internação de casos agudos. Firmei um novo combinado com o Hospital, o de que quando eu identificasse, no setor de Acolhimento, um paciente que correspondesse ao perfil intencionado, entraria em contato com os setores da assistência para conhecer essa pessoa ainda durante a internação. E foi nessas circunstâncias que conheci Fernanda.

A assistente social da ala feminina de agudos me recebeu e se prontificou para me levar até a paciente. Entre portas e corredores brancos, há um corredor principal que leva a uma sala grande, onde funciona um espaço de convivência deste setor, composto por mesas de

refeições, cadeiras, sofás, televisão e acesso a uma área externa muito ampla, com gramado, sem árvores. Ao final desse corredor, Fernanda estava em pé, falando alto e rindo. Ao vê-la, a assistente social disse amigavelmente “*olha quem está lá: a própria!*”. De pronto, sua imagem me impactou, pois tanto pela aparência quanto pela maneira como falava, ela parecia estar exaltada, talvez confusa. Era uma mulher grande, pele morena, olhos bonitos cor de mel, um pouco acima do peso, estava bastante descabelada e não tinha nenhum dente na boca. Ela falava muito alto, mesmo com as pessoas que estavam próximas, e suas palavras tinham um tom quase agressivo. Caminhei com a assistente social até ela e muitas das pacientes vieram a nosso encontro, fazendo perguntas.

Fui apresentada à Fernanda, que na ocasião completava 36 dias de internação, e perguntei se poderia conversar um pouco com ela, ao que ela respondeu prontamente “*É claro, Mara. Aonde você quer ir?*”. Pedi que ela nos guiasse, pois estava mais acostumada com o espaço e, assim, nos sentamos em um banco na área externa. Expliquei o motivo do meu contato, dizendo do meu interesse em compreender a experiência pela qual ela estava passando, da internação naquele Hospital e, posteriormente, da volta para casa. Ela pareceu entender o convite e autorizou que eu entrasse em contato quando tivesse alta. Ainda nesta ocasião, contou-me que mora com a mãe e que tem uma filha de 9 anos. “*Ela é magrinha assim que nem você. Tomara que ela continue assim depois que crescer.*” Disse que no passado trabalhou em um parque de diversões no shopping. Parecia animada em conversar comigo e repetiu muitas vezes que gostaria de participar do estudo e que queria me receber em sua casa. Disse que sua irmã se chama Silmara e que o final do nome dela é igual ao meu nome. Depois perguntou de mim “*Ai, Mara, é isso aí, a minha vida é isso aí. E a sua? Você namora?*”. Eu respondi, mas retomei o assunto do estudo em seguida e logo nos despedimos, dizendo que voltaríamos a conversar quando ela saísse. Fernanda se sentou em uma das mesas do refeitório, pegou uma maçã e disse algo sobre a comida do Hospital ser boa. Uma das profissionais disse “*Só não pode engordar!*”, ao que ela respondeu “*É. Só não pode engordar MUITO.*”, fazendo todos rirem.

Eu havia agendado um encontro com Eunice no Hospital, dado que nosso primeiro contato por telefone havia desencadeado uma situação embaraçosa. Então, no sábado seguinte à minha conversa com Fernanda, sua mãe foi visitá-la e eu fui ao Hospital especialmente para conhecê-la. Cheguei ao setor em que Fernanda estava internada e me sentei na sala de convivência junto com outros profissionais e pacientes. Fernanda estava no quarto e logo chegou nessa sala. Cumprimentou-me dizendo que estava esperando a visita de sua mãe, ao que respondi que gostaria de conhecê-la. Fernanda falou da filha, de novo disse “*Ela é*

magrinha igual você, se Deus quiser quando crescer vai continuar assim.”. Sem que eu perguntasse, falou sobre o pai da menina, rindo: *“Eu não sei quem ele é! Minha filha pergunta do pai e eu falo que eu tava no período fértil. Vai saber que que a cabecinha dela pensa! O que a cabecinha dela vai pensar?”*. Logo em seguida, ouvimos a campainha que anunciava a chegada de Eunice; Fernanda correu de volta para o quarto enquanto alguém foi abrir a porta. Encontrei Eunice no corredor e fui apresentada a ela. Fomos até a porta do quarto de Fernanda e uma das profissionais chamou *“Fernanda, sua mãe está aqui.”*. Ela se levantou fazendo um teatro bem dramático, infantilizado, como se não soubesse que a mãe havia chegado *“Minha mãe tá aí? Oi mãe! Eu já tô indo, eu estava deitada! Oi mãe, eu tava descansando um pouco.”*. Todo mundo ria. Eunice é uma mulher miúda, baixa e magra, aparenta ter 60 e poucos anos. Fernanda é alta, forte. Eunice abraçou a filha dizendo *“Olha que filha linda eu tenho!”*. A profissional que havia me recebido logo disse à Fernanda que eu estava ali para *“atender”* sua mãe naquele dia e, embora não houvesse pressa para minha conversa com Eunice, fomos rapidamente conduzidas para uma sala de atendimento, deixando Fernanda à espera.

Na conversa com Eunice, desculpei-me e esclareci o desencontro de informações até aquele momento. Ela se mostrou compreensiva e, bastante diferente de Fernanda, pareceu-me ser muito serena e pacífica. Em uma conversa de aproximadamente 40 minutos, contou um pouco de sua história e de Fernanda, episódios que depois foram retomados nas entrevistas. Ela parecia bastante à vontade ao contar de si, de modo que tive dificuldade para encerrar o encontro. A certa altura, Fernanda cansou-se de esperar e começou a gritar pela mãe do lado de fora da sala. Eunice respondia de dentro, pedindo que ela esperasse mais um pouco, mas logo ouvíamos outro grito. Eu falei para Eunice que chamaria sua filha para conversarmos juntas sobre alguns detalhes do estudo. Abri a sala e encontrei Fernanda batendo e gritando na porta ao lado; ela me olhou e riu *“Ah, vocês estão aí!”*. Fernanda entrou rapidamente, abordando a mãe, disse afobada *“Mãe, cadê meu dinheiro? Vocês não estão gastando todo meu dinheiro não, né?”*. A mãe disse que não, calmamente, olhando-me. Logo Fernanda se acalmou, mas quando eu disse que entraria em contato depois da alta, ela se exaltou novamente e gritou para mim *“Você vai lá na minha casa e vai ver como ela não faz as coisas pra mim. A gente combina e, chega na hora, ela não faz. Quando está aqui, ela fala que vai fazer tudo, mas, quando chega lá, ela não faz nada. Eu falo pra ela ‘Eu vou te matar!!!’ E eu vou mesmo, eu pego ela!”* Em resposta, a mãe disse para mim *“Ela tem que entender que não dá pra ser tudo na hora que ela quer. Eu tenho que levar a filha dela na escola... Tudo tem seu horário. Ela não entende isso aí.”*. Fernanda respondia ainda agressiva. Buscando sinalizar o fim da conversa, fiquei em pé e Fernanda se voltou para mim, agora docemente, dizendo *“Ai, Mara*

você entende, né? Ela é minha mãe e a visita vai acabar e eu preciso falar com ela. Não é, mãe?”. Eu disse que entendia. Ela repetiu, agora tocando em meu braço dizendo *“Olha eu, eu tô te encostando [risos]! Como você é maciazinha. Né, mãe? Ela tem um jeitinho tão meigo!”*. Nós rimos e a conversa voltou a ser leve. Combinamos que a gente voltaria a se encontrar quando Fernanda tivesse alta.

b) Realização das entrevistas

Fernanda permaneceu internada durante dois meses, no período compreendido entre 15/6/2017 e 15/8/2017. A alta foi dada 24 dias depois de meu encontro com ela e sua mãe no Hospital. Conforme combinado, quando fui informada da alta, telefonei para a casa delas e a própria Fernanda atendeu. Ela se lembrou de mim e nós agendamos a primeira entrevista. Apesar de a conversa ter sido muito breve, considerei que havíamos nos entendido bem e que não havia necessidade de falar com sua mãe. Cheguei à casa delas e parei o carro em frente, aguardando alguns minutos para completar o horário combinado. Fui ao portão e já avistei Eunice na porta da cozinha. Ela me viu, me reconheceu e veio abrir a porta. Entrei na sala e me sentei no sofá enquanto ela me contava que Fernanda estava saindo do banho. Apresentou-me Gabriela, de 9 anos, filha de Fernanda, e pediu para que ela se sentasse comigo na sala enquanto preparava o remédio da tarde de Fernanda. Além das três, também morava na casa a mãe de Eunice, Dona Nadir, de 90 anos. Enquanto eu aguardava, ouvia os gritos de Fernanda do banheiro *“Mãe!!! Pega uma toalha pra mim!!! Mãe!!!”*.

Gabriela sentou-se a meu lado e ficamos assistindo à TV. Era uma menina bonita, bem magra, mas com aspecto muito saudável. Esperta e sorridente, embora bastante quieta, só interagiu verbalmente comigo quando provoquei. Fernanda saiu do banho e logo a mãe foi lhe entregar o remédio. Ouvei ela gritando com a mãe no quarto ao lado *“Esse remédio é o meu mesmo? Você não está me dopando não, né???”*. e Eunice respondeu, lenta e calmamente *“É o seu mesmo. De onde eu vou tirar remédio diferente? Pode ver lá na prescrição. É o seu remédio.”*. Fernanda saiu do quarto e veio me cumprimentar com um aperto de mão. Perguntou meu nome e, quando respondi, pareceu se lembrar. Imediatamente me levou para conhecer sua casa inteira. Primeiro, entramos em seu quarto; um cômodo bem pequeno, com uma cama de solteiro, um armário, um rack com TV e vídeo cassete. Ao lado da cama, havia

uma caixa plástica grande, da Barbie, com os brinquedos de Gabriela e duas mochilas escolares.

No armário, mostrou-me um desenho da Elsa (personagem de *Frozen*, desenho animado da Disney) que havia pintado no Hospital e perguntou se eu me lembrava disso, parecendo achar que eu era uma das profissionais da instituição. Mostrou fotos da filha, sendo uma de apresentação de dança da escola e outra da maternidade. Também mostrou um colar que fez com a terapeuta ocupacional do Hospital: era uma linha com várias contas grandes, bem coloridas e translúcidas, com aspecto infantil. Um porta-retratos, para o qual ela ainda não tinha uma foto. Mostrou as roupas da filha, destacando um vestido novo, muito bonito, rosa, com flores. Mostrou sua bolsa, abrindo-a. Na parede, um pôster com uma foto muito bonita de Gabriela e me contou ser da festa que fez para a filha em um *Buffet*. Quando perguntei a idade da filha na foto, ela respondeu “*um aninho.*” Assustei-me e questionei a resposta, pois claramente não condizia à imagem. Fernanda gritou chamando Gabriela e perguntou quantos anos ela tinha naquela foto. A menina respondeu: “*cinco anos.*”

Seguimos pela casa. Entramos em um segundo quarto, onde a avó dormia em um sofá, esticadinha e agasalhada. O quarto estava completamente escuro e Fernanda insistiu para que entrássemos ainda que eu dissesse que não era necessário. Ela falava incrivelmente alto e apontava para a avó dizendo “*Tá dando pra você ver ela? Ela é cega.*”. Depois eu soube que dona Nadir estava com a visão bastante comprometida devido ao avanço da catarata. Mostrou-me o guarda-roupas da avó, abrindo as portas, mas eu via pouco, dado que o cômodo estava muito escuro.

Seguimos para a cozinha. Ela abriu a geladeira e falou “*Aqui a geladeira. Eu tô comprando as coisas pra casa. Olha aí. Eu trouxe alho, cebola. Trouxe morango. [...] Eu tô comprando as coisas pra casa, pra minha filha, eu preciso comprar. Devagarzinho a gente vai comprando. Não é? Comprei leite. Olha ali!*”. Parecia buscar aprovação pela sua atitude. Mostrou a pia, o fogão, a mesa. Indicou a porta que dava para a área de serviço, onde fica uma máquina de lavar roupas. “*Aqui é tudo meio bagunçado, mas é assim mesmo. O que eu vou fazer? A casa é bagunçada... Mas é assim... É bom também. Não é, Mara?*” Eunice estava junto e tentava explicar, em meio às palavras da filha, que a casa é bagunçada porque sobra tudo para ela fazer. Ao ouvir isso, Fernanda mudou o tom de voz e disse agressivamente para a mãe: “*Ontem eu lavei toda a louça!!! Ela não reconhece o que eu faço!*”. Senti-me desconfortável por presenciar a discussão e tentei cortar o assunto sem me envolver. Fernanda indicou que voltássemos à sala. Eu a segui pelo corredor, passando por Eunice que tentou me

dizer com a cabeça que não era verdade o que Fernanda estava falando quanto à arrumação da casa. Eu acreditei na mãe.

Fernanda se sentou no sofá, indicando gentilmente que eu me sentasse na cadeira ao lado. Abri a pasta para pegar os TCLE e roteiros de entrevista. Expliquei a ela o que era aquele documento e sugeri que lêssemos juntas. Fui conduzindo a leitura enquanto ela parecia acompanhar, interrompendo várias vezes para contar algo que o conteúdo lhe suscitava. Contou que a médica do ambulatório estava lhe dando “*remédio de louco*”. Uma história confusa que ela contou muito exaltada, irritada. Eu tentava retomar a leitura, buscando deixar esses relatos para o momento da entrevista. Gabriela veio para a sala com alguns brinquedos e sentou-se no chão, perto de nós. Terminada a leitura do Termo, perguntei se Fernanda tinha alguma dúvida sobre aquele documento e, negando, ela assinou as folhas e guardou sua via na bolsa. Confirmei a autorização para gravação e peguei o aparelho na bolsa. Ela achou que fosse um celular e perguntou se alguém estava me ligando. Expliquei que este era o aparelho que ficaria gravando a nossa voz. Ela riu e disse “*Ele vai ficar ouvindo tudo?*”.

A primeira entrevista com Fernanda foi especialmente atribulada, pois sua voz era alta, dominando todo o ambiente, e sua fala era incisiva e rápida, fazendo com que ela fosse se embaraçando com as palavras. Além disso, Eunice manteve-se acompanhando a conversa de longe e eventualmente interrompia a fala da filha para dizer a sua versão dos fatos, ao que Fernanda respondia com bastante agressividade. Seu comportamento de respostas era muito instável e, com a mesma rapidez em que se irritava e agia com violência, também se acalmava. Fernanda não foi agressiva comigo em nenhum momento e eu nunca me senti ameaçada, apenas desconfortável por presenciar algumas discussões. Enquanto estive junto, Eunice também não pareceu sentir medo, como se soubesse que as agressões ficariam apenas nas palavras.

Fernanda começou o relato de sua história dizendo “*Minha história de vida é uma pasta.*”, fazendo referência aos prontuários dos serviços de saúde; figura de linguagem que ela usou repetidamente nas entrevistas. Sem constrangimentos pela presença da filha, revelou que aos 14 anos começou a usar drogas, mencionando álcool, maconha, cola e pó, e aos 16 anos foi estuprada, atribuindo a esses dois eventos o início de sua história de sofrimento mental.

O relato de Fernanda era lógico e ela respondia com coerência às minhas questões na maior parte do tempo, entretanto, em alguns momentos apresentava crenças infundadas como, por exemplo, de que necessitava tomar injeção de Haldol mensalmente para fazer com que sua menstruação descesse.

Nessa primeira entrevista, Fernanda demonstrava bastante ansiedade, pois naquela tarde visitaria Tadeu pela primeira vez desde que retornara do Hospital. Tadeu era o homem com quem ela vinha se relacionando havia algum tempo. Doze anos mais velho que ela, ele era usuário de droga e em sua casa vinha sendo realizado comércio de entorpecentes, sob coordenação de sua irmã. Poucos meses antes da internação, Fernanda estava na casa de Tadeu, quando a polícia chegou e prendeu a irmã dele em flagrante. Nessa ocasião, Fernanda chegou a ser algemada, mas não foi presa pois não estava envolvida com a venda de drogas e, além disso, ela presumiu que os policiais já conheciam sua condição psiquiátrica. Dizendo-se preocupada com o envolvimento da filha nesse ambiente, Eunice se posicionou firmemente contra a visita dela a Tadeu e, também, contra a possibilidade de continuidade desse relacionamento. Durante a entrevista, este era o assunto que deixava Fernanda mais agressiva, respondendo violentamente à mãe. Eunice, por sua vez, manteve o tom de voz inalterado, sereno, respondendo com passividade, como se buscasse não deixar a filha ainda mais exaltada. Fernanda não abriu espaço para negociação e Eunice, apesar de desejar que a filha não fosse ao encontro de Tadeu, não viu meios de impedir sua saída. Assim, Fernanda saiu apressadamente quando demos a entrevista por encerrada.

A primeira entrevista com Eunice se seguiu à de Fernanda e, portanto, aconteceu na ausência desta. Gabriela havia entrado em um dos quartos e dormido. A casa ficou silenciosa e pude conversar com a mãe por cerca de uma hora. Sua fala era mais tranquila e organizada e foi o que possibilitou que eu conhecesse a história da família mais detalhadamente.

Na segunda entrevista, dois meses após a primeira, Fernanda parecia mais tranquila, menos afoita. Estava visivelmente mais gorda. Uma das primeiras coisas que me contou foi que havia voltado a fumar, contrariando as recomendações e expectativas da mãe, justificando que o cigarro a deixava mais relaxada. Conversou amigavelmente na maior parte do tempo, tendo sido agressiva com Eunice em poucos momentos, quando foi contrariada. Realizamos a entrevista sentadas em sua cama; o volume e a entonação de sua voz estavam mais amenos, de forma que a nossa conversa já não invadia a casa inteira como no primeiro encontro. Em vários momentos, notei que sua fala era afoita, chegando a ser confusa, como em “[A Gabriela] Engordou. Eu engordei ela. Muito magrinha mas engorda. Você também, engordou! Ó, obrig... Graças a Deus que você tá com o corpo mais leve, assim. Mais leve, mais.... assim, que eu falo, mais moderado. Você engordou mais também.”

Neste dia, refazendo as contas por alto, Eunice comentou que, contando a internação de 2017, era a quarta vez que Fernanda ficava neste Hospital. Estranhei a informação, pois não correspondia ao documento que acessei no Hospital e, ainda, caso eu soubesse disso antes,

Fernanda não seria incluída no estudo por não se adequar aos critérios de inclusão. Telefonei para o Hospital e constatei que a informação inicial era equivocada e que realmente Fernanda havia passado por sua quarta internação em 2017, sendo a primeira no período entre 13/7/2006 e 23/8/2006 (42 dias) e as seguintes em 2007 e 2008. Apesar dessa constatação, optei por dar seguimento e realizar a terceira entrevista com a família, uma vez que o contato já estava estabelecido.

No dia marcado para a realização da terceira entrevista, telefonei pela manhã para confirmar. Eunice atendeu a ligação, mas Fernanda pediu para falar comigo e já pegou o telefone aos gritos *“Mara, eu tô muito nervosa hoje porque eu briguei com meu namorado e eu tô brigando muito com a minha mãe, batendo muito na minha mãe. Eu tô quase podendo ir pro [fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria] de novo! Você vem logo e traz aquele aparelho [se referindo ao gravador] porque eu tenho muita coisa pra falar hoje!”*. Assim, confirmei o encontro, mas preparei-me para a possibilidade de não conseguir realizar a entrevista naquele dia. Chegando à casa delas, Fernanda estava dormindo e, quando perguntei à Eunice se ela estava mais calma, a mãe se limitou a dizer que sim. Eunice acordou a filha para dar os remédios da tarde e dizer que eu havia chegado. Fernanda gritou para que eu fosse até ela e logo começou a ameaçar a mãe, muito exaltada. Sem se alterar e se dirigindo a mim, Eunice tentava contar sua versão sobre a situação. Eu as ouvi, tentando não me aliar a uma ou outra, mantendo uma postura de interesse pelo relato de ambas. Aos poucos, sinalizei que conversaria com uma de cada vez. Eunice, aproveitando minha presença na casa, saiu para pagar umas contas no banco e voltou cerca de uma hora depois.

Conforme fomos conversando, e dada a ausência da mãe, Fernanda pareceu se acalmar e a entrevista aconteceu com tranquilidade. Apesar da exaltação que Fernanda havia expressado ao telefone naquele dia mais cedo, o encontro com ela nunca havia sido tão sereno. Ela parecia menos afoita, pois sua fala estava mais pausada e, em alguns momentos, seus relatos eram reflexivos. Eu estava sentada no pé de sua cama e ela permaneceu meio deitada, com a cabeça em minha direção, na maior parte do tempo. Fernanda estava ainda mais gorda, com dificuldade até para se levantar da cama. Dessa vez, uma das primeiras coisas que me relatou foi que, além do cigarro, também estava bebendo cerveja.

Ao encerrar a entrevista com Fernanda, sentei-me com Eunice no alpendre da casa, pois dona Nadir estava assistindo à televisão na sala naquele dia. Enquanto eu conversava com Eunice, Fernanda circulou com tranquilidade pela casa, interagindo com a filha e a avó. Por duas vezes, sentou-se perto de nós, no degrau do alpendre, observando o movimento da rua enquanto fumava cigarro de palha. Eventualmente atenta às falas da mãe durante a entrevista,

Fernanda complementava ou comentava algum aspecto, sem se exaltar. Em certo momento, Fernanda comunicou que estava indo à casa de Tadeu e o traria para que eu o conhecesse.

A entrevista com Eunice durou mais de duas horas e, provavelmente por ser o terceiro encontro, ela pareceu mais confiante na minha presença. Neste dia, recontou alguns episódios de sua vida, aprofundando nos detalhes e, sobre Fernanda, falou mais abertamente, inclusive indicando alguns incômodos e inseguranças. Cerca de uma hora após sua saída, Fernanda retornou com Tadeu, animada em apresentá-lo. Ele, por sua vez, apenas me cumprimentou com um aperto de mão. A entrevista com Eunice já havia sido suficiente até aquele momento e eu aproveitei a chegada de Fernanda para encerrar e agradecer a ambas pela disponibilidade em me receber. Elas também se disseram gratas e, da calçada, aguardaram minha partida.

c) Histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento

Eunice nasceu em 16 de novembro de 1950 e era a primogênita e única mulher de um total de três filhos. Ela era natural de Águas Claras/SP, onde a família residia até à época das entrevistas. Sua mãe era dona de casa e seu pai era funcionário público, atuando como guarda em uma autarquia do governo federal. Eunice estudou até a oitava série e, na juventude, começou a trabalhar no comércio, como balconista.

Eunice: É o que as minhas meninas falam até hoje: que diz que eu era muito bonitinha, muito ajeitada porque eu era... Eu não tinha... Eu não tive irmã, né? Então, tudo o que eu comprava, eu comprava pra mim, sabe? E era muito boa de coração também. Como eu não tinha irmã, eu dava muitas coisas pras pessoas, sabe uma pessoa muito dada, muito que ajuda muito, muito boa de coração? Eu era assim. [...] Meu pai deixava eu trabalhar só pra mim, então, eu tinha apelido de “boneca”, entendeu, eu tinha apelido de “boneca”. E eu trabalhava sempre de balconista, então era sempre o cabelo amarrado e maquiada, né? Maquiagem leve, eu nunca gostei de muita maquiagem. Então, a gente fazia cursos de vender, então era pra se arrumar, era pra, entendeu? Então, meu apelido era “boneca”, minha filha...

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: Porque eu era assim, minha mãe e meu pai só teve eu de filha mulher, né? Eu só tive dois irmão. Então, tudo que eu trabalhava, era tudo pra mim. Que nem, quando meu pai conseguiu uma casinha pra sair do aluguel, ele já fez o meu quartinho, eu tinha guarda-roupas. Nossa, quando vinha me visitar as minhas primas que eram mais pobres lá de Minas... Elas perderam o pai também, nossa, eu comprava roupa e aquelas roupas passava tudo pra elas. Vestidos semi-novos. Igual faz agora. Só que agora eu

não tenho condições. Eu recebo [doações], né? Que nem, a minha filha me deu esse vestido, eu tenho várias roupas que eu ganhei. [...] Eu tinha aquele sistema, assim, de filha única, sabe?

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Quando Eunice tinha cerca de 26 anos, seu irmão caçula foi morto durante uma viagem que fazia para Vista Alegre/MG, na casa dos avós. Na época ele tinha 22 anos e, por ser usuário de drogas, seus pais e um médico avaliaram que a realização de uma viagem poderia ajudá-lo a se afastar do contexto do uso de tais substâncias. Na véspera de seu retorno a Águas Claras, ele foi morto em circunstâncias muito imprecisas. Eunice ficou bastante abalada com a perda e isso contribuiu para que ela não fosse efetivada em um cargo para o qual estava realizando um “período de experiência” no Hospital-Escola do município.

Mara: E você trabalhava com o que?

Eunice: Eu era... Bom, na minha carteira tava escrito que eu era comerciária, que eu trabalhava muito em loja. Depois eu mudei. Mas eu cheguei a fazer um concurso, entrei no [*fala o nome do Hospital-Escola*] de escriturária. Eu mudei de profissão, só que eu não fiquei porque aos 26 anos eu fiquei muito abalada dos nervos, né? Eu tive um irmão que morreu matado mais novo, né, [...] e fiquei muito abalada, eu comecei... [...] Só que eu caí pra trabalhar, eu prestei pra escriturária e eu caí pra trabalhar numa repartição muito agitada, que recebia muitos telefonemas. Então, sabe quando você não tá muito bem psicologicamente, assim, os problemas em casa, descobriram que meu irmão tava nessa situação [fazendo uso de drogas]... Ele.. ele.. Aí, foi viajar com ele e ele morreu pra lá matado. Até hoje não sabe o que aconteceu. Eles contaram uma versão pra mim mas eu não acreditava, entendeu? Aí, quando matou ele, eu fiquei mais assim ainda! [...] Ele morreu só por ser viciado em droga, só porque tinha viciado e não conseguiu largar. [...] Disse que quando chegou lá, ele foi sair, bem na véspera de já vir embora pra cá. Só que não voltou. Diz que correram atrás deles e ele não conseguiu correr. Contaram uma história, assim, muito... Aí eles falam, que diz que eles matam porque eles tão devendo droga, eu não entendo esse negócio de droga, né, eu não conheço...

Mara: O que ele usava?

Eunice: Ah, maconha mesmo... E talvez negócio de cheirar, essas coisas.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: Eu passei muito bem na escrita, no concurso. Eu passei muito bem porque eu era muito boa, eu estudava, né, matemática, português eu era uma das melhores, gostava de inglês, tudo essas coisas, só que eu não fiz o segundo grau. Eu cheguei a começar, matricular, ir até lá no meio do ano, depois eu parei de vez, não quis saber de estudar mais. Eu me arrependo hoje, mas era muito difícil pra mim estudar porque tinha muito problema, sabe, esse problema aí, e meus pais, eles acabaram se divorciando... Acabaram se divorciando também.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: Logo depois que passou isso daí [*se refere à morte do irmão*] mudou muita coisa, né? Uma que meu pai já não pôde ficar naquela casa porque ele ficou muito traumatizado e o médico viu que ele não tinha condições mais de trabalhar, aposentou ele. E não foi por tempo de serviço, não deixou, ele tava novo ainda, não deixou ele... Ele poderia trabalhar, mas ele não tinha condições, ele tava muito atrapalhado dos nervo, assim, muito doente dos nervo. Aí, ele não trabalhou mais. Aí, nisso, como ele não combinava com a minha mãe de jeito nenhum, não combinava, sabe, os dois ficavam brigando demais. [...] Por isso que eu não paguei [a previdência], sabe, eu não tinha nem cabeça, assim, eu... sei lá o que que eu pensava, eu acho que eu também... não esquizofrenia, mas eu era um pouco... até hoje... muito distraída, assim, sabe, porque as coisas não davam certo, né, simplesmente. Gostava tanto de estudar [...], eu trabalhei três vezes de secretária de dentista, eu tinha a memória muito boa. Então, eles falavam pra mim fazer uma faculdade, se fosse pra mim ser uma dentista, que eu seria uma ótima dentista porque... Sabe quando você gosta de estudar, você lê e você tem facilidade? Qualquer coisa que falasse pra mim de dentista, eu entregava na mão. Eu fazia aquelas obturações, tudo. Mas não tinha condições porque quando eu chegava em casa, não tinha, nem financeiro, imagina se eu ia falar em continuar os estudos pra tentar fazer uma prova, se eu continuasse, eu passava, mas só tinha problema, né, só tinha problema. Meu pai era muito nervoso devido ao casamento que num deu certo.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Por volta dos 30 anos, Eunice teve um relacionamento com um rapaz sete anos mais novo, cuja família era do Rio Grande do Sul e estava em Águas Claras devido a oportunidades de trabalho. O rapaz manifestava desejo de se casarem, entretanto, Eunice desacreditava de suas intenções por causa da grande diferença de idade entre os dois e, também, em razão das dificuldades emocionais que ela vinha enfrentando após a perda do irmão. Como ilustrado acima, ela relatou ter vivido um período de indiferença e falta de comprometimento com a realidade depois dessa perda. Apesar de nunca terem oficializado a união, Eunice e este rapaz acabaram tendo duas filhas: Silmara e Fernanda. Silmara, que é a mais velha, ainda foi registrada pelo pai, mas Fernanda, não. Fernanda nasceu em 04 de fevereiro de 1983 e ainda era um bebê quando o pai voltou para sua cidade de origem e nunca mais entrou em contato.

Eunice: Eu fiquei mãe solteira, né, que fala. Um namorado meu... As duas filhas mais velha é dele. A Fernanda e a outra. Só que elas são diferentes. A Fernanda é da cor que é e a outra é mais morena um pouco porque puxou muito pro pai. Só o cabelo que é meu, que é meio escorrido. Aí, ele foi embora, ele era gaúcho. Como a gente não casou, não daria certo. Nós temos sete anos de diferença de idade. Não por causa disso, mas porque ele era mais novo e ele não queria saber mesmo. Ele só quis mesmo fazer filho também, né? E juntou que eu gostava dele... Ele também gostava de mim, mas não ia assumir, não adiantava nada também, né?

Mara: E só foi um namoro, vocês nunca moraram juntos...?

Eunice: Não. Não. Aí, ele pegou, foi embora, também pro Rio Grande do Sul. Não ficou aqui em Águas Claras também, não. E nunca, também, pagou pensão. Não exigiu DNA, nada, mas... que as duas são dele...

Mara: E ele sabe que são filhas dele?

Eunice: Sabe, mas nunca veio... Ele casou, né, pra lá, tudo.

Mara: Ele tá vivo?

Eunice: Ah, eu espero que sim, né, porque...

Mara: Você não tem contato?

Eunice: Porque a primeira filha, que é essa irmã mais velha [*Silmara*], é registrada no nome dele, ele fez questão de registrar, ele falou pro meu pai assim “Ah, eu faço questão de registrar porque eu não sei a vida pra frente.” mas ficou por isso mesmo também. [...]

Mara: E aí a Fernanda ele não registrou no nome dele?

Eunice: Não. Quando ele foi embora, ele já não voltou mais. Eu ainda tinha perguntado se ele ia registrar a Fernanda e ele falou que ia pensar mas num... Depois a gente não se viu mais.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: Meu pai falava “Ah, não fica atrás desse cara, não sei o que, não sei o que.” Mas ele [*namorado*] também me perturbava bastante. Parece que enquanto eu não fiquei grávida outra vez eu não, não moringuei isso aí... Eu não tinha muita cabeça, devido a essas coisas se passar... Ainda ele falava pra mim esquecer da morte do meu irmão porque não tinha jeito. Mas trauma é trauma, né? [...] Aquilo tava sempre faltando uma coisa, sempre faltando uma coisa. Entende? Era difícil de libertar porque... Mas, com o passar do tempo, né, e a gente tem filho e vai mudando, né, então. E é isso aí.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Seguindo o relato de sua história, Eunice narrou que sofreu um estupro por parte de um homem mais velho, a quem ela conhecia de vista por ser o dono do varejão do bairro onde morava e, em decorrência disso, engravidou de sua filha caçula, Tatiana. À época, Fernanda tinha aproximadamente quatro meses de vida. Este homem era casado e também não assumiu a filha, de forma que Eunice criou sozinha as três meninas, dependendo do suporte financeiro de seu próprio pai.

Mara: E, então, sua terceira filha é filha de um outro relacionamento?

Eunice: Ah, é de outro aqui, daqui, que forçou a barra, assim, eu também, eu não tava procurando filho, né, porque uma que eu gostava daquele de lá. [...]

Mara: Então, esse que é o pai da caçula você não chegou a ter um namoro?

Eunice: Não! Esse aí não teve jeito! Esse aí ele forçou a barra mesmo. É assim: Eu fui criada lá perto dele, então, eu conhecia a mulher dele, tudo. Tinha amizade, tudo, jamais eu ia imaginar. As minhas colegas sempre falavam pra mim, falava “Ah, esse homem aí, ele é muito “zoiudo”, ele fica olhando muito, assim, as moças, não sei o que, não sei o que”. Tinha esse comentário, mas tudo bem. [...] Então um dia ele apareceu na travessa ali onde meu pai me pôs pra... [...] Ele pegou e foi lá com conversa. “Ah, essas meninas é do mesmo pai, não sei o que” e eu achei que ele tava ali de transitar na [*fala o nome do bairro em que mora*], né, eu era nova na [*fala o nome do bairro em que mora*]. Que nada! Ele tava mal intencionado! Um dia ele voltou lá e ninguém acredita, sabe quando agarra a pessoa e dá uma transada? Eu

nem... nem... Porque não tinha nem como gritar, nem nada, era dois cômodos lá e eu... E é no final da travessa. [...] E eu tava lá, eu não tive muita saída, sabe, quando ele abriu o portão, não sei o que, falou que ele tinha ido levar umas coisas que meu irmão tinha comprado. Até achei esquisito porque meu irmão não tinha me falado nada, mas isso foi só pra ele entrar lá mesmo. E depois, aí vai escapar como? E eu “Não faz isso, não sei o que, não sei o que!” [...] Eu não concordei com nada disso, mas só que aconteceu. Só que aí eu xinguei muito ele, ele foi embora. Isso é verdade mesmo. [...] O duro é que eu tava pra pegar uma casa de COHAB e eu tinha a Fernanda pequena, então, eu fui pegar ela no colo e senti que uma coisa ia pra baixo, ia pra cima, eu lembrei que a minha menstruação tava atrasada, eu fiquei grávida nesse dia. E era isso, dessa transa aí. [...] Falei “Então, acontece que agora eu to grávida, isso e aquilo e eu não sei como vai ser porque o meu pai tá bravo, né, é ele que me dá as coisas”. Eu tava em má situação, eu tava atrapalhada também, com duas filhas já. E eu não queria aceitar, não. Aí, eu não sabia na minha vida o que era depressão, aí começou, minha cabeça ficou, nossa, eu comecei a ficar depressiva, depressiva, que eu não falava coisa com coisa.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice relatou que dependia financeiramente de seu pai e, enquanto não pôde comprar uma casa para a filha, ele arcou com o aluguel de uma residência localizada em um bairro da periferia da cidade. Os anos em que Eunice morou nessa casa alugada correspondem à infância e ao começo da adolescência de suas filhas. Fernanda frequentou a escola do bairro e costumava acompanhar a avó Nadir à igreja. Segundo Eunice, ocupada com os afazeres da casa e da rotina, ela não percebeu que, aos 14 anos, Fernanda começou a usar drogas sob influência de amigos.

Eunice: Só que eu não sabia, entendeu? [...] Aonde eu criei ela, no [*fala o nome do bairro em que morava, na periferia*], eu fiquei lá 12 anos ou mais, contra minha vontade, mas eu tinha que ficar lá porque, até que meu pai encontrasse uma casa, né, eu não podia pagar aluguel, eu era mãe solteira, né? Então, e elas estudavam, tudo, em grupo de lá perto, então, não tinha como eu ficar pra lá e pra cá. Então, e aí, eu não sabia, eu desconfiava, assim, de uma pessoa, porque tinha uma pessoa que mexia com esses negócio [*se refere a drogas*], tudo, mas eu não tinha, nunca vi falar porque... A minha mãe sempre levou ela [*Fernanda*] na igreja. Ela ia quando minha mãe, aos domingos, vinha... Então, tem aquela formação religiosa, sabe? Então, eu jamais ia imaginar e porque que isso aconteceu? Aos 14, 15 anos, 16 anos? O tempo que ela falou que durou, aí. Como eu ia desconfiar que ela mexia com droga? Até hoje eu fico imaginando como eu não desconfiei, como parece uma mentira. Né?

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Fernanda e Eunice descreveram as circunstâncias vivenciadas e associaram o início dos sintomas psiquiátricos ao envolvimento com drogas e a um episódio de estupro sofrido por Fernanda.

Mara: Bom, eu queria que você começasse me contando um pouco da sua história de vida...

Fernanda: [*A filha de Fernanda, Gabriela, de 9 anos, estava brincando no chão da sala, próxima a nós*] Ah, tá. Minha história de vida é uma pasta, né, realmente. Assim, começou desde criança. Com 14 anos eu já comecei nas drogas. O que que é? Maconha. Comecei com a maconha, com a cola, com o cra... com o pó. E aí minha vida foi sendo um caos. Porque eu chegava em casa vomitando. Eu bebia lá uma batida, chegava em casa, saía pra farra, chegava em casa vomitando, chegava em casa vomitando. Minha mãe falou “Fernanda, para com isso, não faz mais isso. Você vai só estragar sua vida”. Inclusive tem um colega meu [*se refere a Tadeu*] que, de repente, eu vou na casa dele daqui a pouco falar pra ele que eu cheguei, que é um grande amigo meu, né, inclusive a gente até namoramos e ele tá nessa vida. Eu vou lá falar pra ele dar um basta nessa vida. Eu vou tentar falar com ele, né, mas se ele não aceitar... eu aceitei e hoje eu posso falar que eu sou realizada nisso. Então, começou assim. Aí, depois, eu tive minha filha, né, fui “estrapada”, com 15 anos eu fui “estrapada” por um homem chamado Cláudio. Ele me “estrapou” com 16 anos. E aí começou meu estrupo. Aí, foi assim, ele queria que eu transasse com ele atrás, eu não quis, ele chamou eu pra ir na casa dele, trancou o portão e a porta do quarto dele e pegou eu atrás, por trás. Aí começou minha carreira. Eu já fui ficando fraca, fraca, xingando minha mãe, batendo na minha mãe. Chegava em casa, batia na minha mãe. Ele já tinha ido embora. E, aí, ninguém quis aceitar isso. Minha irmã não acreditou em mim e minha mãe acreditou em mim. E aí ela foi ficando psic... partiu pros psicólogo, né, depois foi pros psiquiatra, quer dizer... Ela foi falando pros psiquiatra “Olha, minha filha é desse jeito, ela tem que passar com remédio, ela precisa de remédio”. Foi aí que eu comecei a tomar remédio, né?

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Mara: E como é que você começou a usar [*droga*]? O que estava acontecendo que você experimentou?

Fernanda: Foi por... ah... os colegas induzindo, né? Os colegas induzia a fazer isso, fazer aquilo, falava que eu era muito careta. “Fernanda, você é careta demais, faz isso, é... perde sua virgindade” Aí eu perdi minha virgindade com 14 e fui “estrapada” com 15. Né? 15, 16. Né? Começou esse negócio de droga e prostituição. Aí, o que aconteceu? Eu comecei a bater na minha mãe. Porque minha mãe não aceitava isso. Minha mãe nunca aceitou esse homem “estrapar” eu. E eu também a minha família nunca aceitou. Tem familiar meu que não sabe que eu fui “estrapada” as 15, 16 anos. E aí, foi um... pra mim foi um terror, né? E aí foi vindo uns amigos, foi vindo umas “drogaiada”... foi vindo tudo. Tudo junto. Tudo encaminhado. E aí eu falei “Mãe, eu preciso tomar um remédio, mãe”.

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: Ela terminou o segundo grau, tem uma letra bonita, só que a esquizofrenia que deu nela, a droga deu um branco e essa droga que ela fala que depois parou, né? Por quê? Foi uma espécie de uma quadrilha que mexia com droga e o cabeça disso aí, ele tinha matado um homem, ele tava foragido da polícia, ele era tão perigoso que... Eu não sei se foi ele ou se foi o outro de lá que estr... que fez o serviço, esse negócio de “estrapar”, tirar a virgindade. Ela era virgem, coitada. Foi fazer isso com ela. Pra que? Mesma coisa de pegar uma criação, judiar e largar porque... Coitada, ela tava indefesa, né? E como a outra amiga se drogava muito, era viciada em droga, tentou,

também, viciar ela, deu droga pra ela. Então, na época, ela bebia cerveja, droga... Então, a cabeça dela não aguentou. É onde deu a esquizofrenia paranoide.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Eunice: Depois quando ela fez 14 anos, ela foi fraca também porque começaram a chamar ela, sabe? Coitada, ela foi uma vítima porque o próprio cara que tirou a virgindade dela tinha matado um homem que dava maconha pra ela e que incentivou ela muito com negócio de cerveja, essas coisas, ele tinha matado um homem, ele próprio tirou a virgindade dela. E eu ia saber disso aí? Eu não ia saber, ela era magrinha, não demonstrava. Só que aí ela começou com os distúrbios e ela entrou na Igreja Universal. Principalmente a Igreja Universal, eles têm um negócio que eles fazem aquelas orações, aquelas campanhas. Então, ela nem demonstrava e nem contou também. Eu fui perceber, ela já tava trabalhando, fazendo... ela já tava no último ano do... Então, agora faz 17 anos, ela tem 34. Foi dos 17 pra...

Mara: Você fala que ela nem demonstrou e nem contou que estava usando droga?

Eunice: A gente começou a desconfiar por causa de uma colega que era mesmo, gostava muito da droga, que morava perto.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Os relatos de mãe e filha divergiram sobre o episódio do estupro: Fernanda atribuiu o ocorrido a um namorado que forçou a relação sexual em uma determinada noite, enquanto Eunice incrimina um homem com quem não tinham um envolvimento tão próximo, que seria o chefe da quadrilha do bairro. Salvo essa divergência, ambas acreditam que o abuso das drogas e o episódio do estupro foram os principais responsáveis pela sequência de sintomas que Fernanda começou a manifestar a partir de então.

A mãe descreve que o primeiro sinal percebido dessa mudança de comportamento foi o excesso de questionamentos que Fernanda começou a apresentar sobre sua origem, seu pai, sua condição, exigindo respostas que Eunice também não conseguia dar. Nessa época, Fernanda concluiu o ensino médio e chegou a trabalhar em três lugares, sendo que, no último, um parque de diversões no shopping, ela ficou por sete meses como monitora-caixa.

Eunice: Ela era sadia. Deu esse negócio aí porque foi causada... a origem foi droga. Não deu certo. Não fez bem. Só que aí é uma coisa que não teve conserto também, assim, sabe, não teve... [...] Afetou o cérebro e não tem volta. Enquanto ela viver, sabe, é só controlado com remédio. Tornou ela a ficar assim. Incapaz. É chamado de esquizofrenia, né? Então... [silêncio]. Porque isso aí também é uma espécie de uma depressão forte que dá, que deu. Que invoca muitas coisas... Que ela teria tendência, entendeu, por exemplo, embora ela nasceu sadia, mas ela... Com essa passagem, assim, com essa depressão forte, ela teria tendência a não aceitar. E foi o que aconteceu, muitas coisas da vida dela... começou com perguntas... Da própria... Assim, de ter nascido de mim, né, e o pai não assumir, essas coisas. Começou com perguntas. Começou a querer saber coisas que não tem jeito, sabe? Até por isso que

ela... Quando eu fui atrás, ela recebe esse dinheiro, essa ajuda de auxílio doença [*Se refere ao BPC*]. É por causa disso. Ela não tinha recurso, o pai não criou.

Mara: Você fala começou com perguntas... Ela começou a fazer essas perguntas?

Eunice: É. Muitas perguntas. Cobrar muitas coisas que não... Que ela tinha que aceitar, mas passou a não aceitar também.

Mara: Os primeiros sinais que você foi percebendo... Começou por aí?

Eunice: É. Começou por aí. É. A cobrança de umas coisas que eu não... É porque se a pessoa tá no normal dela... [...] Qualquer pessoa, às vezes tem algum motivo, alguma coisa não vai bem, né? Qualquer pessoa que é normal, que nunca mexeu com droga, nem nada... Tem tendência pra ficar bem triste ou chorar... um tempo, uma pequena depressão... ou chora por causa de um namorado ou por causa de um marido, alguma coisa, dum filho. [...] Agora, se a pessoa tiver com uma depressão mesmo, com um problema que já começou na cabeça dela que tá sério, porque foi motivado por droga, que nem o que fez no cérebro, aí a pessoa não aceita. Não aceita. Aí ela vai mudando. Ela vai ficando só e é difícil.

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Eunice: [...] Porque nessa época que ela tinha uns 16 pra 17 anos, ela começou a num falar muito coisa com coisa, ficar assim, mudar o comportamento, sabe? Não parava... Não queria parar mais em serviço. Não tinha paciência com nada. Dava soco na minha mãe. Entendeu? Ainda não tava me batendo mas tava muito bruta com todo mundo. Quer dizer, ela tava mudando de comportamento.

Mara: Você tava percebendo?

Eunice: Eu tava. Aí, eu peguei e levei ela... eu... quando ela ficava agressiva. [...] Então, aí ela não parou mais em serviço nenhum. No último serviço, ela tava lá no shopping e, aí, o que que aconteceu? Ela entrou de monitora-caixa, né? Quem tinha terminado o segundo grau, era pra ficar em caixa, mas ela não teve paciência. E, além deles ficarem com ela... Porque eu que tinha arrumado esse serviço pra ela. Pra ela não ficar em casa, com depressão. [...]

Mara: Então esse foi o único trabalho dela?

Eunice: Foi o último. Porque ela teve três. Embora ela não tenha ficado muito tempo também nos outros serviços, tipo três meses, pediu a conta. Ela já tava ficando, sabe, assim, mudando muito, impaciente. Mas era através disso aí que tinha acontecido. Muita droga, não tava virgem. A gente não sabia nada disso. Porque eles faz isso e larga. Sabe como é que é. Aí fica a cabeça da pessoa vai mudando tudo. Então, aí ela começou a ficar agressiva, aí a gente chamava a ambulância porque ela tava... faltava... Começou a fazer as coisas do jeito que ela queria, tipo “Eu não vou mais no serviço...” E, geralmente, o que ela falava era mentira porque “Ah, fizeram isso e eu saí. Não vou mais” e eu tinha que ir lá pra dar baixa na carteira, eu ia. Aí, voltava pra casa, ficava pensando, né? Aí, a sorte é que ela ia na igreja, ou com a minha mãe, ou sozinha, entendeu, mas gostava de igreja porque desde pequena ia levar... Aí, chegava lá, ficava ouvindo a palavra, né, e tudo bem, não tava mexendo mais, assim. Mas aquilo já tinha trabalhado na ideia dela. Então, ela tava mudando o comportamento. Aí, a gente chamava a ambulância. Aí eu falava assim pro médico que tinha aqui, [...] eu falava assim “Olha, será que ela não precisa fazer uma internação? Um tratamento psiquiátrico? Porque não dá mais, né, tudo o que acontece de novo ela não aceita.” Nessa época, ela picou os documentos dela tudo. Ela tinha comprado um guarda-roupa. Ela deu tanto murro no guarda-roupa que ela não queria o guarda-roupa. Imagina que ela despedaçou o guarda-roupa, não sei onde que ela arrumava força. Deu um chute no portão, arrancou o portão da casa pra fora. Ela é grandona e ela dava tanto chute, sabe? Aí eu ficava meia desesperada, as pessoas falavam assim “Ai, parece que tua filha tá ficando louca, o que que ela tem?”

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

A família não sabia como lidar com as mudanças de comportamento de Fernanda, chegando a cogitar que ela estivesse possuída pelo demônio. Até que Silmara, em conversa com uma colega de trabalho que vivia uma situação semelhante com o irmão, começou a entender que Fernanda podia estar adoecida e precisando de cuidados especializados. Apesar de ganhar pouco, Silmara decidiu assumir os gastos e levou a irmã a uma psicóloga, que apontou a necessidade de Fernanda ser consultada também por um psiquiatra e começar um tratamento especializado. Esse acontecimento pareceu configurar um marco importante para a família, pois, a partir disso, começaram a compreender que Fernanda estava em sofrimento e que precisava de cuidados psiquiátricos.

Mara: E como você se sentia nessa época?

Fernanda: Eu me sentia muito ruim. Eu me sentia vontade de matar... de morrer. Eu me sentia com vontade de morrer. Falava... me dá isso que eu vou morrer, me dá aquilo outro, me dá a pinga que eu quero beber pra morrer. Me dá a faca pra mim cortar minha mão, meu pulso que eu quero morrer. Aí minha mãe falou “Não é assim, Fernanda... não é assim, vamos se tratar, então. A gente vai partir pro tratamento”. Aí começamos no...

Mara: E nessa época você não usava mais as drogas?

Fernanda: Não usava mais as drogas.

Mara: Você usou só por um período?

Fernanda: Por um período... dos 14 aos 18 anos.

Mara: Uhum... e como é que foi...

Fernanda: Aí eu me batizei na Universal. Eu me batizei na Universal com 18 anos. Aí eu parei com tudo isso mas aí...

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Fernanda: Eu falei “Ô, mãe, me leva naquele lugar que dá remédio que eu quero tomar remédio pra parar, curar isso aí, porque diz que cura e eu também quero tomar”. Me levou no psiquiatra. Também conversamos com o Dr. Romeo, ele foi um ótimo médico pra mim. E aí começou com ele. Aí ele foi anotando numa pasta o que eu tinha... o que que tinha acontecido, que eu fui “estrupada”, que eu tomava remédio, que eu fumava droga, tudo inclusive. Tá tudo na pasta marcado isso. E, depois, eu comecei a tomar o remédio que eles deixaram eu tomar. Aí, foi melhorando e eu não saía mais de casa, mesmo assim às vezes eu saía, mas não acontecia de tomar a droga, mexer com droga. E parei com as drogas. Parei com as drogas...

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Mara: E o que você pensava nessa época?

Eunice: Aí, eu ficava... Eu pensava, assim... Aí, eu tenho uma filha mais velha que começou, assim, a desconfiar, não sei se falaram pra ela. Ela [*Fernanda*] tava muito perturbada. Aí a minha filha falava assim “Ah, isso aí é porque ela fica indo na Igreja

Universal e vai ver que tá manifestando lá, olha aí, ó, tá com demônio”. Começaram a falar essas coisas. Aí aconselharam ela, falaram “Ó, isso daí é mudança de comportamento e é coisa séria”. Porque essa minha filha trabalhava numa empresa [...] e aí, uma pessoa de lá pegou e falou, assim, uma moça, falou assim “Olha, eu tenho um irmão com o mesmo problema e ele faz tratamento com psicólogo, psiquiatra até hoje [...], vê se você dá uma ajuda pra sua irmã, vê se alguém da sua família ajuda porque esse problema é muito sério. Não pode deixar, se você ficar esperando o SUS, até eles resolverem, até eles arrumarem, entendeu? Tá certo, o SUS é bom porque tá fazendo as consultas psiquiatras, sim, mas sua mãe não fala que talvez ela precisa internar? Isso é seríssimo. Vou te dar um endereço de uma psicóloga” e deu um endereço de uma psicóloga. Aí, tinha que pagar a psicóloga. “Porque ela pode fazer uma loucura. Isso aí alguma coisa aconteceu. Isso é uma depressão, alguma coisa se passa na cabeça dela. Então, quem tem que descobrir isso é um psiquiatra”, a amiga começou a falar pra ela. [...] Ela se informou, foi nessa psicóloga. Eu lembro que ela falou assim “Olha, fica 160 reais por mês” no tempo que era mais dinheiro, que era difícil, eu não trabalhava, não tinha como, sabe? Aí, ela falou assim “Mãe, eu vou tirar do meu pagamento e vou pagar, mãe, mas eu vou levar ela nessa psicóloga”. Quando levou, foi uma bença! A psicóloga falou assim “Não, ela tem problema sério, ela tem que ir... ela tem que ir pra um psiquiatra fazer acompanhamento sério e não sei não se ela não vai ter que internar e coisa e tal”.

Mara: Até então ela não tinha começado a tomar remédio, nada?

Eunice: Não, não tinha. Aí, acho que foi... não sei se foi mês de agosto de 2001, foi uma das primeiras vezes, eu tenho o laudo médico dela aí, tudo prescrito aí, que foi feito laudo, né, médico. Acho que já foi feito uns dois. E dessa época tudo pra cá. Aí o Dr. Romeo começou... o primeiro psiquiatra começou a acompanhar ela. Até que um dia eu viajei com ela e ela tava sendo acompanhada por ele e tal. Mas ele ainda não tinha dado um diagnóstico porque não pode ir falando assim, sabe, tem que saber, tem que fazer exames.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Desde essa época, que corresponde ao ano de 2001, Fernanda vem recebendo atendimento pelo SUS, mais especificamente pelo Ambulatório de Saúde Mental do município. Também nesse período, com aproximadamente 18 anos, ela foi batizada na Igreja Universal do Reino de Deus e parou de usar drogas.

Durante alguns anos, ela seguiu fazendo acompanhamento ambulatorial, mas segundo a mãe, sem que fosse dado um diagnóstico específico para sua condição. Em 2005, foi passar alguns dias de férias na casa dos tios em Vista Alegre/MG e, em um dos passeios, desvencilhou-se da tia e fugiu. A polícia precisou ser acionada e ela foi encontrada apenas no dia seguinte, desorientada, abrigada em uma igreja da cidade vizinha.

Mara: [*Silêncio*] E essa história de ela se perder em Minas Gerais, como foi isso?

Eunice: Ah, isso daí foi na... na... Quando ela tinha 22 anos. Foi um pouco antes dela engravidar da menina. Ah, ela não falava muito coisa com coisa. [...] Ela tava meio atrapalhada, já. [...] Foi assim: ela foi com a... a minha outra... a outra irmã dela tava

de férias. Aí, ela ia pra Vista Alegre. [...] Aí, ela [Fernanda] quis ir. Aí, nós falamos assim “Ah, é bom, né, porque ela vai lá e é bom pra ela distrair, coisa e tal”. Mas aí ela tava perturbada, sabe? Ela tava perturbada. Chegou lá, aí ela começou a aprontar, assim. Quando comprou... passou uns dias que ficou lá, não sei se foi cinco dias ou uma semana, comprou a passagem que vinha embora. Um pouco antes. Ela pegou a passagem e rasgou a passagem. Ai, deu um trabalho! [...] Aí minha tia falou assim “Olha, agora que o seu tio já viu o negócio das passagens, ajeitou, já foi na rodoviária, vamos comigo, né, buscar pão”. Passou a mão nela e foi as duas. Quando ela chegou numa avenida que tem que atravessar ela, sem conhecer nada... [...] Ela soltou da mão da minha tia e falou assim “Ó, agora eu vou embora e eu vou embora sozinha. Eu sei voltar pra casa!” [...] Aí, nisso, aquela avenida, né, ela tomou um rumo que a minha tia perdeu ela de vista. E o pior é que ela não apareceu, ela não veio. Né? [...] E todo mundo apavorado. Aí, não sei se foi o meu tio, não sei quem falou “Não, tem que avisar a polícia, sim, porque ou aqui ou em outro lugar que ela estiver tem que fazer um...” Aí, a polícia deu um espaço de tempo, não sei se foi de... tipo, de 11 horas, meio dia até à noite, à tarde, pra ver se ela aparecia. [...] Eles preocuparam. Aí fizeram retrato falado também. Assim, com foto, sabe, essas coisas, não sei o quê. E aí a polícia achou ela, mas no outro dia. Aí a minha tia me ligou nesse dia, eu fiquei preocupada. Eu falei “Nossa, como que ela vai passar a noite? Aonde?” E eu fiquei chorando, né? Com medo dela não voltar. Eu já tive um irmão que foi matado pra lá. O mais novo. Então, eu fiquei apavorada, sabe, eu nem dormia de noite. E ela tinha 22 anos.

Mara: Ela passou uma noite sumida?

Eunice: Ela passou. Aí diz que ela... Ela diz que foi andando a pé mesmo. [...] Aí ela foi andando, andando, andando e foi pra um... um distrito... Acabou indo numa outra, não é bem uma cidade, mas é um distritozinho pra cá de Vista Alegre. E ela parou lá. Aí tinha uma igreja lá, aí foi conversar com o padre lá e por lá passou a noite. [...] Eu sei que ela falou cada coisa! E depois a... Aí, a polícia achou ela nesse lugar. [...] Pelo retrato falado “Ah, é uma pessoa assim, tal, uma moça alta, veste mais ou menos assim” Minha tia falou, né? Então, é uma espécie de um retrato falado... por isso que achou. Aí, não sei se foi o próprio padre que falou “Não, ela tá aqui. Ela posou aqui, não sei o quê. Não sei como é que ia ficar agora, né, porque aqui é igreja e coisa e tal”. Aí a polícia pegou e levou ela lá na minha tia. [...] E aí, levou ela lá. [...] Aí voltou pra casa [Em *Águas Claras*], [...] veio embora. E aí foi pro médico, fazer o quê? Depois dessa!

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Em 2006, após anos de episódios de violência e agressividade, Fernanda passou por consulta no Hospital-Escola e recebeu o diagnóstico de Esquizofrenia. Pouco tempo depois dessa consulta, ela foi internada pela primeira vez no Hospital Especializado em Psiquiatria referenciado nesta pesquisa. Essa primeira internação foi desencadeada por um episódio em que Fernanda ameaçou a irmã (Tatiana) com uma faca e a polícia precisou ser chamada. Diferentemente do Hospital-Escola, o Hospital Especializado levantou a hipótese diagnóstica de TAB e, desde então, cuidava de Fernanda sob essa perspectiva.

Eunice: Aí, quando eu fiquei sabendo que era esquizofrenia, em 2006, aí fiquei sabendo que esquizofrenia é uma doença que a pessoa fica perturbada, é uma perturbação mental, que é provocada geralmente por droga, o caso dela, o médico fez todos os exames, ela não tem tireoide, nem negócio de fósforo, ela não tem nada, não foi de nascimento.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Mara: [...] Já tinha acontecido isso de precisar chamar ambulância alguma outra vez?

Fernanda: Já. Porque eu pus a faca na garganta da minha irmã.

Mara: Quando foi isso?

Fernanda: Há muito tempo atrás [*ênfase*]; quando eu internei a primeira vez.

Mara: Ah, tá.

Fernanda: Que eu caí no [*Fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*].

Mara: Você chegou a colocar uma faca no pescoço da sua irmã?

Fernanda: Isso. Eu queria fazer sopa e ela escondeu a faca. Não queria me dar a faca. Ela chegou do serviço e peguei e pus a faca no pescoço dela. Ela foi e chamou a polícia. Eu falei “Pode chamar porque eu quero ser internada mesmo”. Fui internada pela primeira vez. Aí eu caí como se fosse uma delegacia. Como se fosse uma prisão. Tinha mulher, uma batia na outra.

Mara: Lá no [*Fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]?

Fernanda: É. Eu caí como se fosse uma prisão.

Mara: Foi essa impressão que você teve quando chegou lá?

Fernanda: Eu fiquei com muito medo.

Mara: Ficou com medo?

Fernanda: Muito medo.

Mara: Medo do quê?

Fernanda: As mulher lá era porca. Uma batia na outra. Estranhava você. Cigarro tinha que comprar pra fumar.

(Fernanda, terceira entrevista, 16/01/2018)

Pouco tempo depois de voltar para casa após a primeira internação, na época com 24 anos, Fernanda começou a expressar desejo de engravidar. Ambas as entrevistadas relataram que, na época, ela determinou que queria ser mãe e interrompeu o uso do anticoncepcional. Como vinha se relacionando com muitos homens, às vezes em troca de dinheiro, ela acabou engravidando de alguém que não sabia quem era. Durante a gestação, Fernanda fumava, andava de bicicleta e por isso sua gravidez foi classificada como sendo de alto risco. Em 2007, grávida de três ou quatro meses, ela foi internada pela segunda vez no Hospital Especializado em Psiquiatria, permanecendo por 13 dias.

Em março de 2008, Fernanda deu à luz sua filha, Gabriela. Quando a criança completava quatro meses e meio de vida, aconteceu a terceira internação, pois Fernanda estava muito agressiva, não conseguia cuidar adequadamente da bebê e não permitia que Eunice o fizesse. Desta vez, ela permaneceu no Hospital por 50 dias.

Eunice: Ela foi internada, em 2008, há nove anos atrás, foi porque essa menina [*Gabriela*] tava com quatro meses e meio e ela correu atrás de mim pra me esfaquear com uma faca. Não achou a faca grande que eu tinha escondido, ela tava tão nervosa que ela acabou fazendo isso. Aí, ela [*Gabriela*] caiu porque eu acho que eu assustei, né, meus nervos acho que não aguentou, acho que ela caiu e ficou desacordada, fiquei lá com ela... Aí, eu corri lá e ela foi atrás... Chegou lá, eles providenciaram imediatamente a internação dela porque ela não tava bem. Tava descontrolada. E só não me esfaqueou porque... É incrível. Ela chegou a segurar no meu pescoço, sabe? [...] Porque ela me perturbou o dia inteiro, sabe, me perturbou o dia inteiro. Eu tava lavando roupa, naquele tempo era tanquinho. [...] Então, e aí, ela me perturbou o tempo todo e eu lavando roupa e ela querendo me bater. “Sai daí!” e querendo, sabe? Me perturbando. Como se fosse um marido desses que bebe e que tá perturbado.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Em decorrência dessas circunstâncias, Eunice tem a guarda judicial de Gabriela e, segundo ambas relataram, de fato foi ela quem sempre se ocupou dos principais cuidados da menina, tais como levar e buscar na escola, acompanhar tarefas escolares, coordenar alimentação e higiene. Com receio de que Fernanda engravidasse novamente, Eunice e Tatiana procuraram a Defensoria Pública para que fosse realizada a laqueadura e tal procedimento foi realizado em 2012.

Eunice: Porque ela quis arrumar filho e arrumou. Eu falo com qualquer um porque eu nem conheço o pai da criança. Tá aí, né? Mas a gente abraçou, né? Porque o que que vai fazer? E ainda colocaram a guarda no meu nome, o fórum me chamou, tudo.

Mara: A guarda é sua?

Eunice: É. Então... E eu tenho problema agora, eu tenho problema que de vez em quando, ó, esses dias, em março, eu não andava direito. Olha lá, a ferida que sai ali [*mostra as pernas*], é tudo negócio de veia. Eu tirei a meia agora, mas amanhã cedo eu já coloco a meia porque eu vou daqui até na escola [levar Gabriela], depois eu já volto mancando. E, se deixar, essa ferida quando estoura, ela não deixa andar. Olha como que é minhas pernas, é tudo escura, ó. Tem problema de veia.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Eunice relatou que, a contar de 2008, Fernanda passou nove anos sem precisar ser internada, mas fez a ressalva de que a família suportou situações muito difíceis e desgastantes na tentativa de evitar um novo episódio de internação.

Eunice: Da outra vez durou nove anos [sem internar]. Quer dizer, fez muita coisa errada, mas a gente tolerou, né? Tolerou e não chegou a ... Por quê? Por que... Por que que ela ainda não matou ninguém? Uma, ela não tem acesso a revolver.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Eunice: Porque de primeiro, ela saia com qualquer um que aparecia aqui na frente, sem conhecer mesmo. Olha aí o risco que ela correu de pegar uma AIDS aí, uma coisa. [...]

Mara: E ela chegou a fazer programa?

Eunice: É. Ela fazia. Mas só que ela não fazia programa, assim, dela sair e encontrar gente na rua e fazer programa. Ela ficava em casa, mas quando ela sentia a necessidade dela, quer dizer, ela não podia ver homem, né, porque ela era muito voltada pro sexo. Então, ela ficava... Por exemplo, vamos supor, uma vez eu levei ela no dentista. E no caminho, um cara de carro parou a gente e falou “Ah, porque eu gostei de você, você é muito bonita, não sei o que, não sei o que... a senhora deixa? A senhora deixa? Ah, não sei o que... vou só levar ela ali.” E eu fiquei com medo dela porque ela entrou dentro do carro desse cara e se eu falasse que não...

Mara: E era alguém que ela não conhecia?

Eunice: Nunca viu! Ainda ele falou que não era daqui. Olha o perigo que correu! Porque se fosse algum maníaco, alguém que fosse fazer mal pra ela, fazia. Quer dizer, ela entrou dentro do carro, ele levou ela não sei pra onde, entendeu, e eu tive que vir embora pra casa sozinha, morrendo de medo, pra depois ele deixar ela aqui na avenida. Eu ainda aventurei, falei “Então você deixa ela na avenida depois” porque a gente ia voltar de ônibus. Você entendeu? [...] Aí ele parou o carro. Você acha? Sem nunca ver, sem nada! Que doido! Ainda com umas conversas bestas “Não, eu sou casado, mas eu invoquei com você. Eu queria fazer um programa agora, não sei o quê...” E ela me vai, minha filha! Doidinha! Louquinha varrida! A minha sorte é que eu não sei se ele ficou com dó de mim, eu falei assim “Ó, a gente veio do dentista” porque eu não posso ir falando “Não” e nem conversar como se deve, sabe porquê? Porque era perigoso ela me bater na frente dele. Porque às vezes se ela ficar muito nervosa, que ela quer uma coisa, ela já bateu muito nesse Tadeu [*atual namorado de Fernanda*]... Eu não sei como que ele ainda vem aqui porque já apanhou muito dela. [...]

Mara: E ela fazia programa pra conseguir um dinheiro ou porque ela tinha um desejo, assim, um impulso...

Eunice: Não, assim, um pouco ela tinha, era mais pelo desejo porque se ela recebia alguma coisa, se ela ganhava alguma coisa, muito bem, ela ficava contente e achava que tava bom. Mas, ou se não, se ela tinha dinheiro, às vezes ela pedia dinheiro. Era mais por, por... um desejo, assim, meio incontrolável porque quando ela era nova, ela tinha mais isso no cabeça, agora... E sabe por quê? Porque inclusive porque os remédios eram mais fracos também aí eles vão chegando à conclusão. Porque não ir dando remédio...

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Em 2015, o pai de Eunice faleceu e a família deixou de contar com seu suporte financeiro. Apesar de ter trabalhado durante muitos anos, Eunice não pagou a previdência e, conseqüentemente, não recebia aposentadoria. O dinheiro para o sustento da casa advinha da aposentadoria da mãe de Eunice e do auxílio-doença de Fernanda, que consistia no Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo. A filha mais velha de Eunice

era quem administrava o dinheiro da avó, porém, boa parte do valor era gasto com os remédios e os cuidados da própria idosa, de forma que o dinheiro de Fernanda se tornava fundamental para o suprimento dos gastos da família com alimentação, limpeza, transporte, saúde, vestuário, entre outros.

Eunice: Porque antigamente existia uma aposentadoria por idade, ela existe ainda, mas eles, pelo meu ponto de vista, parece que eles querem que a pessoa esteja com a vida muito precária, que nem, chega aqui, essa casa, ela tem um certo conforto. [...] Meu pai faleceu em 2015, fez dois anos em maio. Tudo que eu devo, a começar do ladrilho da casa, tudo o que eu tenho, foi adquirido que meu pai me deu, ou a minha mãe. Você tá entendendo? Eu não compreí nada. Essa televisão meu pai pôs aí, porque senão, não tinha. Tudo! [...] Então, enquanto eu tinha o meu pai, eu tinha, entendeu? Essa mesada [que meu pai dava] nem era minha, era das meninas, mas como uma casou, outra casou, quando tava trabalhando não precisava, deixava pra mim que eu não tinha dinheiro e porque a casa precisava. [...] Até do arroz e feijão dependia do meu pai porque nunca mais eu trabalhei, depois que eu tive as meninas.

Mara: E aí hoje você tem um dinheiro guardado ou você ganha alguma coisa? Como é?

Eunice: Não, então, eu não ganho nada! Nadinha! Porque eu vou ganhar como, né? Eu tenho essa casa aqui que ele [*se refere ao pai*] me deu, e não pago aluguel e tenho essas coisas tudo e esse dinheiro da Fernanda que eu consegui pra ela. Porque eu moro aqui. A minha mãe é aposentada mas eu num... [...] A Silmara que recebe o dinheiro da minha mãe, porque a minha mãe é aposentada com um salário e ela [*Silmara*] compra as coisas da minha mãe. Algumas coisas que compra, fica pra casa... E o dinheiro da Fernanda. O dinheiro é esse.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Sobre o período que antecedeu a internação mais recente, de 2017, consta que Fernanda já não vinha se sentindo bem, estava muito agressiva, bebendo cerveja eventualmente e fumando muito. Quando, então, em um final de semana, em casa, bebeu cinco latinhas de cerveja na companhia do namorado Tadeu e passou muito mal, caindo no chão.

Eunice: É, porque ela ficou nove anos sem internar, né, a gente que controlava bastante pra ela não internar. Só que dessa vez [*se refere à última internação*] não deu porque ela começou a beber cerveja e acha que mexe... e ela caiu aí ó [*aponta a calçada*]. E aí teve que chamar a ambulância. Ela mesmo pediu pra chamar porque ela não aguentava mais.

Mara: E nunca tinha acontecido isso de ter que chamar a ambulância...

Eunice: Não. Foi porque nesse dia ela bebeu cinco Subzero. Ela acha que não tem álcool, mas tem. E aí os remédios mudou e aí deu problema com o remédio e ela começou a ficar... Aconteceu que ela começou a ficar meio atrapalhada, aí ela pediu pra chamar a ambulância.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Fernanda: Ah, deixa eu contar como que foi minha internação. [...] Eu tava sentada aqui, o meu namorado tava aqui. E eu sentada debaixo, embaixo [*indica os degraus da porta da casa delas*], fumando e bebendo cerveja... cerveja... Subzero! Aí, eu fui tomando cerveja, tomando cerveja, fui ficando tonta, tonta, fumando cigarro, aí eu caí. Eu caí com tudo no chão. Aí, eu falei assim “Eu tô desmaiada, chama a ambulância pra mim” e quem trabalhava aqui, cuidava da minha avó, chamava Núbia, ela era paga, 600 reais ela ganhava pra olhar a minha avó. Então, nisso, ela chamou a ambulância pra mim. A ambulância. Você sabe que a ambulância vai pro CSU [*se refere à UBDS*], né? Chamou a ambulância, veio a ambulância, me pegou e me levou lá pro CSU, junto com a minha mãe, minha mãe me levou. Eu falei pra ela “Você vai ter que ir comigo”. Aí foi lá, eu falei assim pros médicos “Eu quero ser internada no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]! Me interna no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]!!! Me interna no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]! E quero ser internada no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]!!! Me interna no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]!!! Me interna no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]!!! Me interna no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]!!!” Falei! Eu não parava de falar no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*].

Mara: E por que você estava com essa ideia nessa hora?

Fernanda: Porque nessa hora, eu não queria ver família, eu não queria ver ninguém. Eu queria uma pessoa pra me ajudar. Eu achava que a Dona Amélia [*se refere à médica do ambulatório*] me ajudava, Amália não sei das quantas, essa que me ajuda, que me dá remédio. Que me dá remédio descontrolado. Mas me dava muito remédio, muito psiquiátrico, eu acho. Um remédio que não é tratamento de verdade igual o [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Então, aí, o que aconteceu? Aí, eu cheguei lá, aí ele falou assim “Você caiu. Vamos tirar um raio X”. Aí, tirou o raio X, não deu nada. Aí me aplicaram uma injeção acho que na bunda, deram uma injeção na bunda minha e outra noutra aqui. Aí eu fiquei lá internada, fiquei 14 dias lá pra abrir vaga pra ir pro [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*].

(Fernanda, primeira entrevista, 28/08/2017)

A ambulância foi chamada e ela foi levada para uma Unidade de Pronto Atendimento, onde foi consultada por uma psiquiatra que indicou a necessidade de internação psiquiátrica e solicitou a vaga no Hospital Especializado em Psiquiatria. Assim, Fernanda foi encaminhada para a Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) de seu bairro, onde permaneceu por 14 dias aguardando a liberação da vaga no Hospital.

Regina e Marli

“Eu sinto que o meu filho tá perto de mim. Meu filho, minha filha e eu tenho cinco irmãs”.

(Regina, segunda entrevista)

Linha do tempo (Apêndice H)

Árvore genealógica (Apêndice I)

a) Primeiros contatos

Meu acesso inicial a informações sobre Regina também foi no setor de Acolhimento do Hospital Especializado em Psiquiatria, em julho de 2017, na primeira das minhas visitas para identificação dos possíveis participantes da pesquisa. Na ocasião, tive acesso ao documento de admissão desta paciente no Hospital, pelo qual soube que se tratava de uma mulher de 36 anos, natural do Paraná, mãe de dois filhos, internada havia 112 dias devido ao diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual hipomaniaco. A ficha trazia ainda um pequeno resumo da história clínica de Regina: *“Paciente procedente do Paraná com história de seguimento psiquiátrico prévio. Há um mês se mudou para cá e passou a apresentar euforia, irritabilidade, aumento de energia, alucinações auditivas, delírios persecutórios e heteroagressividade. Vinha em uso de lítio 600mg, porém usou 300 além de quetiapina 100mg e neozine 100mg e biperideno, em uso regular”.*

Com essas informações, identifiquei que Regina preenchia os critérios para participação no estudo e entrei em contato com profissionais do Hospital para que eu pudesse conhecê-la. Previamente, a gerente do setor me informou que se tratava de uma paciente natural do Paraná que viera para Cabreúva/SP para cuidar da saúde mental. Em Cabreúva, cidade pequena na região de referência do Hospital Especializado em Psiquiatria, Regina encontrava-se sob os cuidados de uma tia e foi internada após uma piora do quadro. A gerente disse ainda que a paciente apresentava um atraso cognitivo, mas compreendia bem o que era conversado com ela. Constava que Regina já havia passado por duas internações psiquiátricas no Paraná, de forma que a internação atual era a terceira. Fui apresentada a ela em uma manhã de quinta-feira, quando completava 126 dias de permanência no Hospital. Neste dia, Regina estava no

pátio recebendo a visita da tia de Cabreúva, chamada Marli, e eu pude ser apresentada às duas. Regina é uma mulher branca, cabelos louros e lisos, tinha os olhos muito azuis sempre voltados para baixo. Estatura e pesos médios, corpo bem curvado para frente. Aparentava ter mais que os 36 anos que lhe cabiam.

Sentei-me em um banco ao lado delas, expliquei o motivo do meu contato e fiz algumas perguntas visando conhecê-las um pouco mais. Regina falava baixo e rápido, sendo difícil compreendê-la e, conforme indicado pela gerente, parecia ter algum atraso cognitivo. Eu apenas entendia que ela falava algo com relação aos filhos e, com a ajuda da tia, compreendi que ela repetia que gostaria de ligar para eles. Ela tem dois filhos, sendo uma moça de 16 anos e um menino de sete anos, que estavam morando no Paraná com a avó paterna. Neste dia, foi Marli quem me contou alguns detalhes da história de Regina. Disse-me que *“a coisa estava complicada lá no Paraná”* e por isso a família optou por trazê-la para Cabreúva, para que cuidasse da saúde mental. O tratamento começou com seguimento no Ambulatório de Saúde Mental de Cabreúva; ela estava muito agitada, andava o dia inteiro pela casa, sendo necessário que a tia trancasse os portões. Contou que Regina perguntava *“Por que você me trancou aqui? Eu não matei ninguém, não!”*. À noite, Marli colocava seu colchão ao lado do de Regina, ao que ela respondia *“Me deixa sozinha! Vai dormir com seu marido!”*. De acordo com a tia, Regina não dormia havia dias, não parava de andar pela casa e, através do portão, mexia com as pessoas na rua. Diante disso, o psiquiatra do Ambulatório ajustou a medicação e solicitou a vaga para internação. Enquanto me relatava o que viveram, Marli sorria, parecendo tentar deixar as situações mais leves.

Ainda durante esse primeiro encontro, contaram-me que o marido de Regina, Marcelo, havia falecido aproximadamente um mês antes, quando ela já se encontrava internada, em decorrência de um câncer que vinha sendo tratado havia algum tempo. *“Fumava muito”*, disse Regina. Neste dia, Marli também mencionou que, quando tivesse alta, Regina continuaria morando com ela em Cabreúva, em razão da viuvez e da necessidade de cuidados, sem perspectiva de voltar ao Paraná. Marli relatou que ela própria e o marido, Sérgio, adotaram uma das irmãs mais novas de Regina, chamada Cláudia, quando esta ainda era um bebê. Na época da adoção, Marli e Sérgio ainda não tinham filhos e a mãe de Regina e Cláudia *“também tinha problema de mente”* e vinha se mostrando incapaz de cuidar adequadamente das crianças. Segundo Marli, enquanto Regina seguia internada no Hospital, Cláudia estava tomando as providências necessárias para se tornar curadora dela, pois a família entendia que ela precisava de uma pessoa que se responsabilizasse pelas questões bancárias e jurídicas. Ao

final da conversa, trocamos telefones e combinamos que eu entraria em contato depois da alta de Regina para agendarmos a primeira das três entrevistas.

b) Realização das entrevistas

Regina recebeu alta 13 dias após o encontro no pátio do Hospital e, conforme anunciado, seguiu para a casa da tia Marli em Cabreúva. Ela havia permanecido internada no período compreendido entre 17/3/2017 e 2/8/2017 (139 dias). Por telefone, combinei com Marli a data da primeira visita, realizada em 10/8/2017, oito dias após a alta hospitalar. Cheguei à casa delas faltando poucos minutos para o horário combinado. Ao passar de carro em frente à casa, vi Regina em pé no alpendre. Ao me aproximar, perguntei se ela se lembrava de mim do Hospital e ela respondeu que sim apenas com o gesto da cabeça. Em silêncio, olhando para baixo, ela buscou a chave dentro de casa e abriu o portão para mim. Eu disse *“Hoje você está de vestido! Está bonita! Está diferente do dia em que te vi no Hospital.”*. Ainda com a cabeça baixa, ela me olhou e sorriu levemente, sem dizer uma palavra. Entrou na sala e eu a acompanhei. Ela foi seguindo para dentro de casa e eu, sem saber se a acompanhava, fui entrando e falando *“dá licença”* para anunciar minha chegada, caso houvesse outros moradores. Dentro de casa, cruzamos com um rapaz que me cumprimentou e disse que sua tia, Marli, estava terminando de tomar banho. Regina olhou dentro de um quarto e voltou. Passou por mim, indicando o sofá apenas com olhares e gestos. Perguntei como ela estava e ela disse bem baixinho e enrolado algo como *“Meus filhos estão longe de mim.”*

Sentamo-nos no sofá, lado a lado. Ela, com os olhos baixos, mirava as mãos sobre o colo. Eu perguntei há quantos dias estava em casa e ela respondeu *“oito”*, coincidindo com a informação que eu tinha obtido no Hospital. Fiquei indecisa sobre avançar no assunto dos filhos e, assim, começar a entrevista antes da hora, mas, principalmente, tive receio de que essas perguntas pudessem mobilizá-la. Logo Marli saiu do quarto; tinha os cabelos compridos molhados, trançados. Desculpou-se pelos cabelos molhados e eu pedi que não se preocupasse com isso. Eu estava sentada no sofá grande com Regina à minha esquerda e Marli sentou-se no sofá menor, à direita. Eu retomei com elas o objetivo do estudo e o motivo da minha visita, ressaltando que, caso aceitassem participar, eu faria outras duas visitas para totalizar três entrevistas com cada uma. Perguntei se Marli aceitava conversar comigo sobre Regina. Ela disse que sim e me contou que havia ligado para Cláudia, sua filha adotiva e irmã de sangue

de Regina, para que ela viesse ao nosso encontro. Eu entreguei os TCLE, explicando do que se tratava, e sugeri que lêssemos juntas. Eu li em voz alta e elas acompanharam. Ao final, Regina já tentava pegar em meu estojo uma caneta para assinar, mas me pareceu que sua vontade era simplesmente de realizar a ação de escrever o nome em um papel. Antes que Regina assinasse, Marli questionou *“Eu não sei se ela está em condições de assinar algo porque eu acho que ela não está em condições de responder por si.”*. Eu disse que compreendia o que ela estava dizendo, mas que a participação no estudo consistiria em uma conversa para entender a história de vida dela, mais especificamente, o episódio da internação e, além disso, no final no trabalho não haveria nada que as identificasse. Assim, elas assinaram os TCLE.

Ainda nesse momento, Marli contou que o seu filho mais velho, de 28 anos, também foi diagnosticado com TAB e que atualmente encontra-se afastado do emprego, recebendo benefício e tentando aposentadoria. Falou que alguns médicos diziam que era genético, enquanto outros diziam que não. Havia outros casos na família, de forma que ficavam com medo do quadro se manifestar em outras pessoas. Peguei o gravador na bolsa, mostrei para Regina dizendo que era um aparelhinho que ficaria ligado, gravando nossa voz. A entrevista com Regina foi bastante atravancada, repleta de longos silêncios; ela parecia compreender minhas perguntas, pois suas respostas eram coerentes, entretanto, curtas e com pouca elaboração. Sua voz era baixa e bastante enrolada, de modo que eu sempre repetia suas respostas para confirmar se havia compreendido corretamente. A tia permaneceu na sala durante todo o tempo, acompanhando a entrevista sem interromper ou responder por Regina, por mais que esta estivesse em silêncio. Marli parecia compreender que naquele momento eu estava interessada em ouvir apenas Regina. A permanência de Marli na sala me pareceu uma postura de proteção à sobrinha. Regina parecia compreender o que era dito em seu entorno, pois respondia prontamente às demandas de ordem mais prática, por exemplo, decidir sobre como nos acomodariamos nos sofás, entretanto deu indícios de que não apreendia o contexto mais amplo, quanto às relações estabelecidas, horários ou compromissos. Na maior parte de suas intervenções, ela conduzia a conversa para assuntos relacionados ao Paraná, indicando que sua vida afetiva permanecia lá, naquele tempo e lugar.

A entrevista com Marli foi mais fluida e dinâmica, o que me permitiu uma maior compreensão sobre a história de Regina. Para a entrevista com a tia, nos reacomodamos nos sofás. Devido à claridade da janela, que vinha direto nos olhos de Marli, eu e ela nos mudamos para o sofá menor, de dois lugares, e Regina movimentou-se, fazendo menção de nos acompanhar. Olhando sempre para baixo, com pouca expressão, ela parecia apenas seguir o

fluxo. Quando percebeu que Regina nos acompanhava, Marli buscou uma cadeira e colocou perto de nós, convidando-a a sentar. Regina aceitou, mas permaneceu por poucos minutos. Logo se levantou e, a partir disso, ficou andando em volta da casa ininterruptamente, passos lentos, olhando para o chão, sem interagir com mais ninguém. Após cerca de uma hora de conversa com Marli, Cláudia chegou à casa com seus dois filhos, meninos com idade entre seis e nove anos. Ela e Regina eram muito parecidas, ambas tinham a pele bem clara, cabelos louros e olhos azuis. Nesse primeiro encontro, Cláudia estava com cinco meses de gestação do seu terceiro filho. Ela se sentou no sofá perto de nós e participou do final da entrevista, complementando os relatos de Marli.

Passados dois meses, entrei em contato com Marli para agendarmos a segunda entrevista. O encontro aconteceu na tarde de 20/10/2017. Cheguei no horário combinado e encontrei Regina em pé no alpendre. Um dos filhos de Marli estava sentado próximo; ele chamou a mãe e todos vieram ao portão. Entramos na sala e eu retomei o objetivo da visita e da entrevista. Comecei conversando com Regina. Desta vez, ela pareceu mais viva e conectada a mim. Olhava nos meus olhos e respondia com mais prontidão. Marli não permaneceu na sala o tempo todo e eu tive a impressão de que Regina ficava mais à vontade na ausência da tia. Sem que eu iniciasse os assuntos, Regina fez menção a dois acontecimentos sobre os quais ainda não havíamos conversado: o fato de que fora amarrada quando esteve internada em Sapucaia/PR, cidade onde residia, e o de que era agredida fisicamente pelo marido. Eu tentei aprofundar estes relatos, mas ela desviava o assunto abruptamente, citando pessoas de seu convívio que ficaram no Paraná. A certa altura, ela parecia incomodada e pensei que talvez eu tivesse repetido muitas vezes as perguntas sobre a internação e a agressividade do marido. Ela esfregava a palma das mãos sobre as coxas, inquieta. Sentou-se mais na beirada do sofá, como se quisesse sair dali. Percebendo tais sinais de inquietação, sugeri que encerrássemos a entrevista, ao que ela consentiu e logo se levantou.

Na sequência, conversei com Marli. Regina ficou andando pela casa e, por diversas vezes, veio à sala e mexeu no rack. Repetidamente vinha, abria as portinhas laterais do móvel e folheava as mesmas revistas e dois álbuns de fotos. Não olhava as fotos, apenas retirava e guardava os objetos. Às vezes, eu a achava completamente alheia, absorta em um ritual de andar e folhear as revistas, porém, outras vezes me ocorria que ela estava interessada em ouvir o que a tia dizia, pois falávamos sobre ela e seus filhos. Percebi que a tia falava abertamente sobre os planos e expectativas tanto na presença quanto na ausência de Regina e que nenhum dos conteúdos abordados por Marli carregava entonação de sigilo perante a sobrinha. A presença de Regina na sala parecia bem-vinda para a tia, porém algo como agitação ou

constrangimento poderiam estar lhe impedindo de permanecer conosco naquele momento. Ao final das entrevistas, Regina e Marli, muito solícitas, levaram-me ao portão e aguardaram minha partida.

A terceira entrevista foi realizada em 18/12/2017. Marli estava no alpendre quando cheguei e informou-me que prenderia o cachorro e logo voltaria para abrir o portão. Nesse intervalo, Regina apareceu com as chaves; ao vê-la, achei que o seu olhar estava diferente, mais vivo e expressivo em comparação com os encontros anteriores. Ela destrancou o portão, mas fui eu quem o abriu. Eu fechei, tranquei e lhe entreguei as chaves. Marli voltou para me receber e Regina, sem dizer uma palavra, virou-se e foi entrando na sala. Eu e Marli a seguimos. Regina sentou-se no sofá e eu perguntei a ela se poderia sentar-me ao seu lado, ao que ela respondeu positivamente com gestos. A tia logo encaminhou-se para o interior da casa, deixando-nos a sós. Enquanto me acomodava, perguntei à Regina como ela estava, e ela respondeu que “*bem*”. Como de costume, sua primeira fala foi sobre os filhos; contou-me que eles viriam visitá-la nas férias e sorriu timidamente, sem conseguir esconder o contentamento. Eu peguei o gravador na bolsa e perguntei “*Você se lembra desse aparelhinho?*” Ela disse sorrindo que sim. Eu disse que ele ficaria gravando nossa voz e liguei. Durante a entrevista com Regina, Marli ficou indo e vindo à sala. Novamente achei que Regina ficava mais à vontade quando a tia estava longe, mostrando-se um pouco mais interativa e aberta. Minha impressão era de que ela parecia mais envergonhada em conversar comigo na presença da tia. Marli permanecia sempre em silêncio, parecendo interessada em observar como Regina reagia às minhas perguntas. Frente a algumas questões, tais como “*Me conta como é um dia seu?*”, Regina olhava para Marli, como se buscasse sua ajuda para responder. Mesmo assim, Marli se mantinha calada, restrita a observar e, apenas eventualmente, incentivava sutilmente que Regina respondesse. Neste último encontro, em comparação com os anteriores, notei que Regina me olhava mais nos olhos. Minha presença pode ter se tornado mais familiar, mas também me parecia que aquela família estava se esforçando verdadeiramente em tecer, compor um lugar para que Regina pudesse ser.

Na sequência, realizei a entrevista com Marli e, como das outras vezes, Regina ficou andando ao redor da casa. Transcorridos cerca de quarenta minutos de conversa, Cláudia chegou a casa com o filho caçula e ambos se acomodaram na sala onde estávamos. A esta altura, Cláudia já estava nas vésperas de dar à luz o terceiro filho e mostrava-se cansada e desconfortável com a barriga. Com a chegada de Cláudia, Regina voltou a sentar-se na sala junto de todos, permanecendo quieta, mas aparentando interesse. A partir de então, conforme havia abertura, eu segui formulando algumas questões sobre aspectos que ainda gostaria de

entender melhor e a conversa fluiu descontraída. Cláudia me mostrou pelo celular algumas fotos e vídeos de sua mãe biológica, bem como dos filhos e do marido de Regina, que havia falecido no intervalo em que ela esteve internada. Ao final, agradei a disponibilidade de todos em me receber e me despedi.

c) *Histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento*

Regina apresentava duplo parentesco com Marli, sendo sua prima e sobrinha simultaneamente: por parte da família paterna de Regina, Marli era sua prima; além disso, Marli passou a ser sua “tia” quando se casou com um tio materno (Sérgio). Destaca-se que o parentesco tia-sobrinha foi o mais referenciado por ambas no decorrer dos encontros para realização deste estudo.

Segundo Marli, os pais de Regina, chamados Álvaro e Tereza, foram morar amasiados cerca de três anos antes de seu casamento com Sérgio. Na época, Álvaro já tinha aproximadamente 60 anos, enquanto Tereza tinha por volta de 30. Tereza já havia tido duas filhas, fruto de um primeiro casamento, sendo que a mais velha, chamada Leila, foi entregue quando pequena para uma família que se responsabilizou por sua criação e, de acordo com Marli, ela “*também tem problema na mente.*” Já a segunda, Jane, foi criada pela mãe com a ajuda da avó e de uma tia. Esta tia, chamada Margarida, era irmã de Tereza e de Sérgio, morava no Paraná e parece ter sido de grande ajuda ao longo de toda vida de Regina e das irmãs.

Regina nasceu em 11 de setembro de 1980 na cidade de Alvorada/PR; é a primeira filha do casal Álvaro e Tereza. O casal viria a ter muitos outros filhos, dos quais sobreviveram apenas três mulheres (Regina, Cláudia e Tânia).

Ao longo das entrevistas, embora Regina indicasse compreender o conteúdo das perguntas, ela não formulava relatos sobre as situações que vivenciou, por isso, foi por meio das entrevistas com Marli que pudemos nos aproximar da história de Regina com mais detalhes, desde sua infância, como pode ser visto nos recortes a seguir:

Marli: A mãe dela não sabia se cuidar, ficava igual ela [Regina], assim, sabe, não sabia, assim, nem tomar um banho direito. Ela não sabia cozinhar, fazia umas coisas e não lavava a louça direito, sabe? Então, tipo assim, ela não limpava a casa. Aí, quando você chegava lá, ela via que a casa estava suja, ela começava a varrer a casa,

entendeu? Ela varria junto com você, acho que ela pensava “Acho que a casa está suja” só que ela nem ligava pra limpar, não. As crianças quando nascia, que era pequenininha, ela só sabia dar o peito. Mamar no peito ela dava, sabe? Só que ela não lavava a mamadeira quando começava a dar mamadeira, ela dava leite azedo pras crianças, mamadeira mal lavada, sabe? Tipo, ela fazia o leite pro nenê, se ela ia dar a mamadeira, ela fazia a quantidade de duas mamadeira. Porque o meu tio, que é o pai delas, comprava leite em pó pra elas, leite Ninho, né? Aí ela “ponhava” só um pouquinho de leite e mais água que era pra fazer bastante pra sobrar pra ela. Ela dava aquele pouquinho pra criança e o resto era pra ela. Quer dizer, ela não tinha cabeça, sabe, que raciocinava. Aí as crianças, ela trocava e quando fazia xixi, ela “ponhava” secar em vez de lavar. Porque usava fralda de pano, você lembra? Agora você imagina como ficava. Ficava até queimando aquele cheiro de urina [*risos*]. Né? E, quando sujava mesmo, em vez dela lavar, ela jogava fora. Ela ia jogando a roupa das crianças.
(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Marli: [...] E teve mais [filho]... aí, acho que mais de meia dúzia de filho também, que morreu tudo! Que, assim, nascia, não cuidava, morria à míngua...

Mara: Morria, assim, nos primeiros dias?

Marli: Não... às vezes durava, né, até uns seis meses, uns oito meses...

Mara: Nossa...

Marli: ... até enquanto ela estava amamentando no peito ainda ia... A criança ia levando. Depois que começava a comer comida e já descontrolava tudo porque, você sabe, a criança muda a alimentação e descontrola, né? Quem é mãe sabe como é que funciona, descontrola tudo. Aí, as criança começava a ter problema no intestino, aí começa ter baixa resistência, pega pneumonia, essas coisa toda. E morria.

Mara: Morria.

Marli: Morria porque ela não tinha condições de cuidar. Não sabia, a cabeça não ajudava. E morria. [...] Aí ela teve, depois da Cláudia, da minha menina, ela teve mais outra, tem uma que chama Tânia.

Mara: Que sobreviveu?

Marli: Sobreviveu porque a avó ajudou e a tia, a outra tia que mora lá no Paraná que ajudou, porque ela quase morreu também, sabe?

Mara: E a Regina sobreviveu como? Quem ajudou? A avó dela?

Marli: A avó que ajudava. A avó e a tia que mora no Paraná, que é irmã da mãe dela, também, que quando ela era pequenininha, assim que eu casei, que eu era recém-casada, essa menina teve uma anemia profunda, ela quase “bateu as cachuleta”, a Regina. Quase morreu.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Devido a tais circunstâncias, Marli e Sérgio, três anos depois de casados, ainda sem filhos biológicos, adotaram Cláudia, uma das irmãs mais novas de Regina.

Marli: Aí nós fomos lá [na casa de Álvaro e Tereza, visitar a Cláudia, que tinha nascido] e eu falei assim “Ô, tio, porque você não dá a Cláudia pra nós criar? A Cláudia tá doente, a Tereza não tá em condições de cuidar, tá aí doente também”. Quando ela ficava de dieta, a cabeça dela ficava mais fraca. “O senhor não tá com saúde.” Aí ele ficou assim, pensando. A Regina nessa época... a Regina, essa menina aí, tava com cinco anos, era assim pequenininha. Aí ele ficou assim, daí ele falou assim “Fala lá

com a mulher”. Ele falou “Fala lá com a mulher, se ela aceitar aí eu deixo vocês levar. Eu já tô velho mesmo, estou doente. A Tereza não tem condições de cuidar mesmo. Vai que amanhã ou depois eu morro, aí essa criança vai ficar por aí sem... sem ter a pessoa certa pra cuidar”.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

Cláudia foi criada como filha de Marli e Sérgio, mas, dada a grande semelhança física com Regina e aos comentários que os familiares faziam a esse respeito, desde crianças elas souberam que eram irmãs. Posteriormente à adoção de Cláudia, Marli e Sérgio tiveram dois filhos biológicos, chamados Adriano e Felipe. Durante a infância, Regina morou com os pais em Alvorada/PR, enquanto os tios Marli e Sérgio residiam com seus três filhos em Belo Monte/PR.

Alvorada e Belo Monte são cidades de pequeno porte, com menos de 10.000 habitantes cada, e distam cerca de seis quilômetro uma da outra. Assim, a família de Marli e Sérgio mantinha um contato relativamente próximo com a de Álvaro e Tereza, de modo que eles acompanharam boa parte da infância e entrada na adolescência de Regina. Por volta do ano de 1996, Marli e Sérgio se mudaram com os filhos para a cidade de Cabreúva, no estado de São Paulo.

Marli: Assim... Que nem, quando eu morava no Paraná, porque já tem 20 anos que eu moro aqui, né, então quando eu mudei pra cá, ela ainda era bem menina, era mocinha. Então, nessa época ela ia lá na minha casa... ela era quietinha, normal, assim, ela era quieta... entendeu, assim? Ela não fazia coisa de gente doente, não. Ela só era quieta. Não era de muita conversa, que nem até hoje ela não é de muita conversa. E até então eu não percebia nada, assim, tão estranho nela, sabe? Aí, só que eu acho que, assim, um pouco de retardamento, assim, na mente, isso daí já vem desde... eu acho que ela tem isso daí desde pequena, sim.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Mara: Mas você acha que ela tinha dificuldade de compreender o que tava acontecendo em volta?

Marli: Ah, então, isso daí eu não sei. Eu imaginava, assim, que ela era assim, um pouco por causa da mãe dela, entendeu? Porque a mãe dela já vem com esses problemas desde nova, né? Então, por ela conviver também com a mãe dela, né, com o jeitinho da mãe dela, eu achava que ela podia ser assim, um pouco assim, tímida, muito quieta, assim, já devido ao caso da mãe dela.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

O contato das duas diminuiu com a mudança de Marli para Cabreúva, que passou a saber de Regina apenas por meio de ligações telefônicas com outros parentes do Paraná. Desde muito nova, devido à morte do pai e à condição de saúde da mãe, Regina ficou sem a supervisão de adultos que a orientassem e já se viu livre para seguir seus caminhos de modo independente da família. Pelos relatos, compreendeu-se que, no começo de sua adolescência, Regina se mudou sozinha de Alvorada para Belo Monte, de onde Marli e Sérgio já haviam se mudado, mas ainda residiam alguns familiares. A tia relatou de forma sucinta que, aos 14 anos Regina saiu de casa e foi morar com Augusto, seu primeiro namorado.

Marli: Porque até... Ela falou pra mim, né, que ela fugiu, ela amigou lá com um rapaz [*Augusto*], assim, quando ela era menina. [...] Aí ela disse que o rapaz batia nela. Então se o cara batia nela é porque às vezes ela não fazia as coisas direito, né, alguma coisa... [*risos*]. Aí, ela largou dele. Aí, depois ela arrumou outro marido [*Mário*] e o marido também batia nela. Então ela sempre foi vítima de marido que judiava dela, entendeu? Aí, ela viveu uns tempinho com o Mário, [e ele] judiava dela. Aí ela largou e amigou com esse que é o marido dela [*Marcelo*], que morreu agora. [...] E esse daí não foi diferente, entendeu?

Mara: Também batia nela?

Marli: Também judiava dela. [...] e ele, assim, o que a minha cunhada disse é que ele era usuário de droga...

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Mara: Marli, uma outra coisa que eu queria saber melhor é que você comentou comigo que a Regina fugiu de casa... da casa dos pais e que ela amigou com outros dois maridos antes de juntar com o... de casar com o Marcelo.

Marli: Assim, ela... Não sei se ela fugiu, na verdade, porque ela morava com a mãe dela, né, aí lá ela juntou com esses moço lá mas eu não sei se ela...

Mara: Não sabe se foi fugida...

Marli: Se foi fugida, não... Né, Cláudia?

Cláudia: Com o Mário ela morava com a tia [dele], com 15 anos [...]. Aí o Mário ficou um ano batendo nela. [...]

Marli: Mas antes do Mário, ela morou com o...

Cláudia: Foi com outro rapaz que ela morou...

[...]

Marli: Augusto.

Cláudia: Esse Augusto eu não sei [se judiava dela] porque nunca falaram.

Marli: Ela foi morar com esse Augusto, ela devia ter uns 14 anos, então? Porque ela morou com ele primeiro.

Mara: Bem novinha, 14 anos...

Marli: É porque se ela foi morar com o Mário com 15.

Marli: Entendeu? Mas ela disse que o Augusto também judiava dela, eu não sei... [...]. É porque é assim ó, Mara, a mãe dela tinha problema na mente, né? Tipo, ela conheceu esse Augusto, ela namorou com esse Augusto, ela saia... Ela saia lá pra pracinha com a turma dela...

Cláudia: No caso dela, não tinha ninguém que olhasse, que reclamasse, que falasse, que conversasse.

Marli: É. Não tinha ninguém assim... [...] Então, não tinha ninguém que pegava no pé dela, sabe, que falava “não faz isso”, né?

Cláudia: Não! Eu acho que ainda eles falava “Faz isso! Vai na fé!”

Marli: Deve ser que eles falava ainda “Vai que dá certo!” [...]

Cláudia: É. A mente delas lá é assim. Vê um homem e “Pode pegar! É esse! Esse aí tá certo” [*ironia*]. E os homem lá, acho que é tudo doido. Eu falo pro meu marido, eles gosta de bater em mulher.

(Marli e Cláudia, terceira entrevista, 18/12/2017)

Regina e Marcelo foram oficialmente casados e tiveram dois filhos, Mariana e Gustavo, respectivamente com 16 e sete anos na época das entrevistas. Segundo o relato de Marli, entre o nascimento dos filhos, Regina teve uma vida organizada e de muito trabalho.

Marli: Aí ela trabalhava... diz que ela trabalhava muito na roça! Minha cunhada fala que ela ia muito... trabalhava muito, era muito trabalhadeira na roça. E ela cuidava da casa dela também. Até na época que eu truxe a mãe dela, quer dizer, não fui eu que truxe... A Cláudia foi passear lá e trouxe a mãe dela pra cá. Nessa época, a Cláudia era solteira ainda. Aí, trouxe ela pra ficar uns tempo aqui. E, aí, quando eu fui, passou uns dois anos, que eu fui levar ela, eu fui... A Regina tinha uma casinha lá que ela ganhou, sabe essas casinha de COHAB, que a prefeitura dá e vai pagando um valor bem barato? Então, ela correu atrás e conseguiu a casinha. Ela trabalhava na roça, ela pagava a casinha dela e ela tinha as coisas dela tudo arrumadinha. Ela tinha o armário dela, as coisas tudo arrumadinha, sabe? Eu fui lá na casa dela.

Mara: Você foi lá?

Marli: Fui na casinha dela nessa época. Ela tinha, ela que cuidava, tudo. Nessa época, ela tinha só a menina, ela não tinha o Gustavo. A menina dela acho que tinha uns [...] uns seis anos. A menina dela tá com dezesseis... Então...

Mara: E você nota diferença entre a Regina que você visitou naquela época e a forma como ela está hoje?

Marli: Diferente, né? Muito, né? Porque até então, ela ser quietinha, tudo, assim, mas ela era esperta, ela cuidava das coisas, da casa dela, dela, ela era limpinha, tudo, entendeu? Trabalhava, né? Pra levantar pra ir pra roça, levantava muito cedo, né, e ia, trabalhava, tudo. Pra hoje ela estar assim... muito diferente, né, não tem nada a ver. Aí, ela ganhava o dinheirinho dela... É porque ela não comenta, né, essas coisas, não comentou isso pra você, pode ser que ela vai se abrir e vai falar isso pra você ainda. Aí, ela ganhava o dinheirinho dela, quando chegava, dava o dinheiro na mão... ele [*Marcelo*] pegava o dinheiro na mão dele e gastava o dinheirinho dela que ela ganhava, sabe? Aí ela comprava as coisas dela, tipo os moveizinhos dela, e ele pegava e vendia e gastava o dinheiro com porcariada e isso foi deixando ela meio biruta da cabeça porque ela começou a ficar muito nervosa. Tudo que ela comprava ele vendia...

Mara: Ele vendia pra usar droga?

Marli: É. Ficava com os colega por lá, né, vendia e sumia com tudo. Aí, por fim, vendeu até a casa.

Mara: Nossa!

Marli: É... Não tem nada! Ele morreu, não deixou nada. Sabe o que é nada? Ela não tem onde ficar... não tem...

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Marli: [Ele foi preso] Por judiar dela, né? Ele bateu nela. Ele bateu nela, né, muitas vezes, ele batia nela. Aí uma vez ele foi preso porque ele puxou a orelha dela assim até rasgou a orelha dela. Acho que a própria parente dele lá que denunciou ele.

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Marli: Ah, dos filhos ele gost... ele cuidava, sabe? Assim, dentro da ruindade dele, tudo, mas ele cuidava, sim. Ele não deixava os filhos dele passar fome, não.

Mara: E é ruindade como? O que que acontecia?

Marli: Ah, ele [Marcelo] era estranho, né? Judiava muito dela. Eu falo ruindade, assim, de pegar o dinheirinho dela, gastar... Né? Jogar tudo as coisas dela fora. E isso aí, assim, que ele era ruim pra ela, assim, de ficar judiando dela, né? Diz que os vizinho, os vizinho lá tinha trauma de ver ele, ele batia nela, ficava judiando dela. [...] ... a irmã dela, a outra irmã dela do Paraná, morava perto dela diz que até mudou de perto porque não aguentava ver a irmã dela sofrendo com as ruindade dele, judiando da irmã dela.

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Marli: Porque ela viveu 16 anos com ele, né, difícil, né, ainda mais com a cabecinha dela do jeito que está, assim.

Mara: E você acha que isso tem a ver com o adoecimento dela?

Marli: É. Eu acho que tudo isso colaborou pra que ela perdeu... deu esse problema na cabeça dela. Que foi um dia... eu perguntei pra minha cunhada como é começou isso, né, pra minha cunhada que é tia dela que mora lá. Daí ela disse que um dia a Regina começou a arrebrantar tudo as coisas dentro de casa [risos], começou a quebrar as coisas dentro de casa e saiu correndo pra rua... aí, ela... eles chamavam e ela não obedecia, aí precisaram chamar até a força da polícia pra segurar ela. Aí, internaram ela e, daí pra cá, é onde que deu nisso daí.

Mara: Aí internaram ela lá?

Marli: Lá.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

A primeira internação de Regina se deu por volta do ano de 2011. Marli não soube ao certo por quanto tempo ela ficou internada nessa ocasião, mas relatou que Regina teve uma melhora considerável e conseguiu voltar bem para casa.

Mara: Aí quando ela teve alta...?

Marli: Aí lá ela ficou internada um tempo lá, ela melhorou, ficou bem, sabe? Aí, tem uns dois anos, um ano e pouco, vai fazer dois anos, a Cláudia foi lá na casa dela e ela tava bem. Tava tomando remédio direitinho, ela tava bem.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Entretanto, depois da primeira internação, Regina nunca mais voltou a trabalhar. Na época, a família estava morando em uma casa alugada, visto que Marcelo havia vendido a

outra, porém, sem o salário de Regina, eles passaram a ter dificuldades para pagar o aluguel. Por isso, durante algum tempo, moraram em uma edícula nos fundos da casa da mãe de Marcelo e, depois, passaram a morar de favor em um pequeno cômodo conjugado à casa da chácara da tia Margarida em Belo Monte/PR.

Marli: O que eu sei é que eles moravam tudo junto. Agora, como que era, eu não sei te falar nada. Até que esses coitado não tinha nem onde morar, ficava pra lá e pra cá. Uma época, pagavam aluguel numa casinha lá e depois quando ele... a Regina veio pra cá, eles tavam morando num cômodo de favor lá da casa da minha cunhada [*Margarida*], sabe? Não tinha onde morar... tudo empilhado lá num cômodo só. Aí eu não sei como que era.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

Nesse período, Marcelo tomou as providências para que Regina fosse aposentada e ela passou a receber auxílio-doença no valor de um salário mínimo. Ainda nessa época, o prefeito da cidade de Belo Monte doou um pequeno terreno a Marcelo e Regina, contíguo a essa mesma chácara, e eles passaram a construir uma casinha de quatro cômodos, a qual chamavam de “barraquinho”. Apesar de todas essas circunstâncias e das recorrentes agressões do marido, segundo a tia, Regina seguia tomando a medicação e estava bem, cuidando suficientemente bem de si, dos filhos e da casa.

Mara: Hum. [*silêncio, 8 seg*] Parece que você está aqui, mas sua cabeça ainda está lá [no Paraná]...

Regina: É. Tá. [*silêncio, 5 seg*]. Lá os menino ia pra creche, eu fazia caminhada.

(Regina, primeira entrevista, 10/08/2017)

Em meados de 2016, Cláudia foi ao Paraná visitar a família e entre outros parentes também encontrou Regina, que na época morava no cômodo anexo à casa da tia Margarida. Apesar da moradia improvisada, o local era limpo e bem organizado; a condição de saúde de Regina era boa, mas ela já manifestava à irmã descontentamento com às agressões do marido, clamando para vir embora com Cláudia para o estado de São Paulo. Na época, Marcelo encontrava-se com a saúde debilitada, mas ainda não havia recebido o diagnóstico de câncer.

Marli: É isso. A Cláudia foi passear lá, que é a irmã dela, que é essa menina que eu criei. Aí ela foi passear lá e chegou lá a Regina tava até mais ou menos controlada. Ela não tava assim. Ela tava melhor do que ela tá hoje, sabe? Aí a Regina falou assim pra ela “Ai, eu quero ir embora com você. Me leva embora” aí a Cláudia falou “Por que você quer ir embora?”, “Ah, eu quero ir embora, eu não aguento mais esse homem”. Porque ele judiava dela, né?

Mara: Isso em março de 2016?

Marli: Isso. “Me leva embora porque eu quero ir embora, morar com você lá pra São Paulo”, ela falou. Aí a Cláudia “Ai, Regina, eu não posso te levar. Como que eu vou te levar? Se eu te levar, aí eu tenho que levar os seus filhos, teu marido vai atrás...”, “Não, eu quero ir. Me leva só eu só!” ela falou “Me leva só eu!”.

Mara: Ela tava desesperada.

Marli: Ela tava! Ela tava desesperada já! Querendo escapulir dele, sabe? Aí depois... Aí a Cláudia veio embora. Mas nessa época ele [Marcelo] já tava doente já. Em março de 2016, ele já tava bem ruim do estômago já. Só que não tava se tratando.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

Cláudia: A casa dela era um brinco! A casa dela era limpinha... no ano passado. Antes de dar esse problema aí, ela tava bem. Só que ele foi e tirou os remédio dela quando a gente veio embora. Foi em abril, né, do ano passado. [...] na casa dela não tinha nada fora do lugar. Melhor que a minha... porque a minha, nossa! [...] A dela, não, era bem arrumadinha. Porque, assim, também ela arrumava a casa e ela ficava o dia inteiro no sol passeando mais as crianças. Então num tinha nem quem sujar a casa. [...] Depois que deu o problema de volta, porque ele não deixou ela tomar os remédios, tirou os remédio, aí acabou. Aí como se diz, se parar, esse tratamento se parar parece que a mente piora.

(Marli e Cláudia, terceira entrevista, 18/12/2017)

Segundo Cláudia, pouco tempo depois de seu retorno para Cabreúva, Marcelo avaliou que a condição de saúde de Regina era estável e que, portanto, não era necessário que ela continuasse tomando os remédios.

Marli: Aí, de repente, ele [Marcelo] falou pra ela que não precisava dela tomar remédio porque ele falou assim: “Ah, Regina, eu não vejo motivo pra você tomar remédio, eu chego aqui a casa tá limpa, você fez comida, tá tudo certinho, não vejo motivo pra você ficar tomando remédio. Acho que você não precisa ficar tomando remédio, não. Para com esses remédios aí”. Aí, ela parou de tomar remédio. [...] Aí voltou pior, ela voltou pior do que tava. [...] Aí ela começava... Se ela ficava sem o remédio, assim... Porque quando ela veio pra cá, ela tava assim, do mesmo jeito que ela tava lá, né? Uma hora ela ri. Ri, ri, ri. Sabe? Outra hora ela conversa um monte de besteira, um monte de “coiserada” que não tem nada a ver. [...] E andar, menina do céu! Eu não sei como é que aguenta. Anda mas anda até enquanto não dá o sono dela dormir.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Assim, sob influência do marido e sem consultar o médico, Regina interrompeu o uso da medicação e teve uma piora grave: começou a ficar muito agitada, inquieta, rir sem motivo e falar coisas desconexas.

Marli: Aí ela saía da cidade de onde que ela morava e ela ia na outra, de pé, de tanto que ela andava. Aí ficava descalça, andando descalça no sol, não fazia nada e só, tipo, correndo perigo, saía de noite, andando. Não dormia de dia, não dormia de noite. Aí, eles internaram ela. Lá no Paraná, em Sapucaia/PR, lá na cidade lá onde que tá a mãe dela internada lá. Daí ela ficou três meses lá e o marido dela disse que ela não tava melhorando, pegou, foi lá e assinou e tirou ela do hospital do jeito que ela tava. Aí, tirou, voltou pra casa e ficou do mesmo jeito, sabe, daquele jeito. Sem saber se cuidar, andando atrás dele. Ele ia trabalhar pro serviço, ela ia atrás dele. Quando não tava atrás dele, estava andando sozinha pra rua.

Mara: E os meninos?

Marli: Aí, então, aí a partir desse momento as crianças passou a ficar na responsa da vó [paterna], né, a vó tava sempre junto com as crianças. Porque daí, até então, ela já... A cabecinha dela já não tava mais ligando, sabe, com as crianças. Por que não tava ligando? Porque as crianças via ela daquele jeito, a menina dela e o menino, aí o menino era pequenininho, tadinho, ele falava assim “Vem cá, mãe, não é pra sair, não”. A minha cunhada que falou. “Não sai, não” e ela saía. Aí ele grudava, assim, na roupa dela, segurava e chorava... [risos].

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Marli: [...] Aí, depois que Cláudia veio embora, acho que passou... Que ela tinha ido passear lá em março, acho que passou uns dois meses, por aí, essa menina ficou ruim lá. Aí, daí pra cá não melhorou mais. Cada vez mais ruim, ruim. Lá ela ficou internada e não melhorava de jeito nenhum. [...] Ficou três meses lá. Aí, lá no hospital ela não melhorava de jeito nenhum. Daí o marido dela foi lá e tirou ela. Aí tirou ela pra quê? Pra deixar ela solta pra rua! Ela tava bem birutinha da cabeça, andando, andando pra rua pra lá e pra cá. Sem rumo, sem nem saber o que tava fazendo. Assim ela tava.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

Marli: Pra você ver como que ele era! Vê se ele tava pensando assim “Ah, minha mulher, tadinha, o dinheirinho é dela, ela que trabalhou, ela que ficou doente. É o direitinho dela [...]. Pra você ver como ele era bonzinho [ironia]. Tanto que a minha cunhada falou, falou assim “Não, sabe o que que ele quer? Ele quer a Regina doente assim. Por isso que ele não quis cuidar dela. Ele não ajudava ela a tomar o remédio direitinho, não esforçou pra que ela ficasse bem porque ele queria ela assim, rastejando atrás dele e ele recebendo o dinheiro dela. Era isso que ele queria”.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

A iniciativa de trazer Regina para a casa de Marli em Cabreúva partiu de Cláudia, que, em conversa com as outras irmãs do Paraná, ficou sabendo da situação em que ela se

encontrava. Marcelo já havia recebido o diagnóstico de câncer e sua saúde já estava bastante comprometida, o que foi determinante para que ele aceitasse trazer a esposa.

Marli: Daí eles [*familiares do Paraná*] ficava ligando pra Cláudia “Cláudia, a coisa tá difícil aqui. A coisa tá feia. A situação tá difícil. A Regina não sei quê...” Ficavam falando, né? Aí foi, foi... Aí a Cláudia também não sabia o que fazia, pegou e falou pra eles lá. Falou assim “Ah, então é o seguinte, vocês não quer trazer ela pra cá? Deixa ela aqui que nós vai cuidando dela até ela melhorar, né? Nós dá um jeito de levar ela no hospital aqui. Aqui ou interna ela ou alguma coisa assim”. Daí o homem, marido dela, falou que não ia trazer, não. Que a Regina só vinha se ele viesse, entendeu? Que ela não vinha sozinha, que ele não deixava. Aí foi, foi, passando o tempo e cada vez mais piorando e ele foi piorando também. E ela nada de melhora. Aí até que chegou janeiro. Aí quando chegou em janeiro, ele viu que ele... Ele tava nas últimas mesmo já. Ele já não tava suportando mais ficar nem perto dela porque ele tava ruim, né? Aí por fim, ele já tava era judiando dela. Mais ainda! Aí ele pegou e aceitou, sabe? Aí ele já não tinha jeito nenhum de ficar mais, tava de favor lá no quartinho da minha cunhada. Minha cunhada já não aguentava mais porque ele só xingava nome feio. E a Regina desse jeito, sabe? E aí chegou um momento que eles começaram a conversar lá com ele, foi indo até que ele aceitou. Aceitou de trazer ela pra cá.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

Em janeiro de 2017, quando Regina chegou à casa de Marli em Cabreúva, a família já imaginava que ela precisaria de uma internação, pois seguia apresentando a mesma agitação, vontade de andar, fala desconexa, dificuldade para dormir e até certa agressividade. O seguimento médico passou a ser feito no Ambulatório de Saúde Mental de Cabreúva e, por meio desse serviço foi solicitada a vaga para internação total. Durante 15 dias, Regina ficou internada no Pronto Socorro de Cabreúva, acompanhada por Marli, aguardando a liberação da vaga.

No intervalo em que Regina esteve internada no Hospital Especializado em Psiquiatria, a tia Margarida se cansou das conturbações causadas por Marcelo e exigiu que ele procurasse outro lugar para morar. Ele já não conseguia trabalhar, pois estava com a saúde bastante debilitada devido ao câncer e, assim, vendeu o terreno que haviam ganhado e alugou uma casinha em condições muito precárias para morar com os filhos.

Marli: Porque até então a Regina tinha vindo ficar aqui só pra se tratar. Aí ele [*Marcelo*] tava doente, né, então... Eu falei “Ah, então, você deixa ela aqui e quando você ficar bem, futuramente, se você quiser morar pra cá, né? Que mal tem? Aluga uma casinha aqui, né, traz os filho e vem ficar aqui, né? Pelo menos ela fica aqui perto,

já ajudava a cuidar dela, né, e... mas aí o problema dele tava muito avançado, né, não tinha mais... [...] Aí, não teve mais jeito, né, foi até ele chegar ao óbito mesmo.
(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Marcelo faleceu em julho de 2017, deixando as crianças sob os cuidados da avó paterna. Toda essa situação contribuiu para que a família de Marli decidisse acolher Regina em Cabreúva após sua alta do Hospital Especializado em Psiquiatria, pois, além da viuvez, as irmãs e a tia do Paraná já haviam se manifestado contrariamente quanto a assumir as responsabilidades sobre os cuidados dela.

Nas entrevistas com Regina, como apresentado a seguir, buscou-se abordar aspectos de sua história e seu percurso de adoecimento que culminou na internação, porém, embora ela demonstrasse compreender as perguntas, em geral não conseguia formular relatos a este respeito. Com muitas pausas e silêncios, expressava-se por frases curtas mencionando nomes, objetos ou cenários de sua vida no Paraná.

Mara: Uhum. E agora você está aqui morando com seus tios, em Cabreúva. Você consegue se lembrar e me contar o que aconteceu pra você se mudar pra cá?

Regina: O meu marido deixou eu... [Silêncio, 21 seg]. [Regina parecia ter entendido a pergunta pois vinha respondendo às minhas questões prontamente quando se tratavam de assuntos mais objetivos. Olhava pra baixo durante todo o tempo. Mantinha os dedos das mãos entrelaçados sobre o colo. Ela pareceu agitar-se com esta pergunta. Respirava um pouco mais rápido, os olhos se moviam mais rapidamente e as mãos pareciam inquietas. Senti-me pressionando-a. O silêncio ficou desconfortável].

Mara: É difícil falar disso?

Regina: [Olhou-me] É.

Mara: [Sorrisos]. Prefere não falar sobre isso?

Regina: [Reponde que sim com a cabeça]

(Regina, primeira entrevista, 10/08/2017)

Regina: [Silêncio, 5 seg]. Quando eu era boa, eu trabalhava nas cana no melhoramento... [Trecho incompreensível]

Mara: [...] Na cana? Hum! No melhoramento da cana? Uhum... Quando você era boa? Como assim? O que era diferente?

Regina: Quando eu era boa...

Mara: Você acha que hoje você está diferente dessa época?

Regina: Uhum. [Concorda]

Mara: O que você percebe em você de diferente?

Regina: [Silêncio, 7 seg][Trecho incompreensível].

Mara: Hum?

Regina: [*Silêncio, 15 seg.*]
Mara: O que você fazia no trabalho na cana?
Regina: Cortava e plantava [*Faz o gesto de cortar.*]
Mara: Cortava e plantava?
Regina: É.
Mara: E isso faz quanto tempo?
Regina: [*Silêncio, 7 seg.*] Bastante tempo.
Mara: Bastante? Você tinha quantos anos, mais ou menos?
Regina: ... uns 30 anos.
Mara: Então faz uns seis anos?
Regina: Uhum.
Mara: Você já tinha seus dois meninos...
Regina: Uhum.
Mara: Uhum. E aí você começou a não se sentir bem, como foi? Você consegue se lembrar?
Regina: [*Silêncio, 17 seg.*]
Mara: É difícil lembrar ou é difícil contar?
Regina: É difícil...
Mara: Uhum. [*Sorriso.*]
Regina: [*Silêncio, 10 seg.*] Lá tem bastante colega lá [*Se referindo ao Paraná.*]
Mara: Tem bastante colega lá? É? Faz quanto tempo que você está aqui?
Regina: Uns quatro meses.
Mara: Uhum. [*Silêncio.*]
Regina: O meu marido morreu, foi preso... [*Silêncio.*]
 (Regina, primeira entrevista, 10/08/2017)

Mara: E você consegue se lembrar porque que você veio pra cá?
Regina: Ah, meu marido que trouxe eu. Lá a minha tia tem acerola, tem... eles têm café lá. Uns vende peixe.
 (Regina, segunda entrevista, 20/10/2017)

Regina compreendia o conteúdo das questões apresentadas na entrevista. Sabia que fora trazida pelo marido para ser cuidada em Cabreúva e que esteve internada por quatro meses no Hospital Psiquiátrico, entretanto, era frequente que se calasse ou mudasse de assunto diante de questões mais reflexivas ou que abordassem temas relacionados a um passado recente, como o período que antecedeu sua mudança para o estado de São Paulo. Embora Regina se indicasse estar ciente desses acontecimentos, ela não conseguia formular considerações sobre as situações que havia vivenciado nos meses anteriores, principalmente quanto ao adoecimento e à internação.

Uma única vez, ela se referiu espontaneamente ao episódio em que fora internada em Sapucaia/PR, quando precisou ser contida e levada amarrada para o Hospital:

Mara: E aqui, você já fez colegas?

Regina: Tenho também.

Mara: Ahn! Quem são seus colegas aqui?

Regina: A minha irmã... Eu tenho cinco irmãs, né? Tem a Jane. O marido dela chama Gomes.

Mara: A Jane é daqui?

Regina: Não. Mudou pra outra cidade. [*Silêncio*].

Mara: Quem mais daqui... que você tem convivido?

Regina: A mulher do meu primo... As filhas dela... [*Silêncio*]. Em Sapucaia, pra tomar remédio eu fui até amarrada.

Mara: Como?

Regina: Amarrada em Sapucaia... É que eu fui internada em Sapucaia.

Mara: Você foi internada em Sapucaia. Uhum... Precisou ir amarrada?

Regina: Quando eu fui internada lá, foi.

Mara: Uhum. O que estava acontecendo? Você se lembra?

Regina: Hum. [*Silêncio*]. Agora o Zé tá lá com meu... com meu... O Zé e a Sandra tá lá na Belo Monte.

(Regina, segunda entrevista, 20/10/2017)

Nas entrevistas, optamos por tentar seguir as ideias de Regina, explorando o que ela falava espontaneamente, incentivando dar continuidade aos seus relatos ainda que o assunto desviasse das questões propostas. Entretanto, percebemos sua dificuldade em manter o foco e aprofundar os relatos até mesmo sobre as temáticas que ela introduzia. Partindo do que foi possível ouvir de Regina, sua história aparece como um conjunto de fragmentos, sobre os quais algumas vezes é possível inferir um sentido.

O recorte a seguir traz o relato de Regina sobre a ocasião em que seu marido foi preso por agredi-la:

Regina: [*Silêncio*] Uma vez o meu marido foi preso.

Mara: Hum! Foi preso?

Regina: É. Ele foi preso porque ele batia em mim.

Mara: Ele batia em você? E ele foi preso por isso?

Regina: [*Silêncio*]

Mara: Quanto tempo ele ficou preso?

Regina: Dois dias.

Mara: Dois dias? Ele foi preso por causa disso? Quem denunciou?

Regina: A Fabiana... a mulher que chama Fabiana.

Mara: E quem é ela, a Fabiana?

Regina: É filha do Toninho... [*Silêncio*].

Mara: Mas isso aconteceu uma vez ou acontecia sempre? Dele te bater?

Regina: Semp... sempre... né.

Mara: Sempre? E por que acontecia isso?

Regina: Os meus cunhado, o Gomes... Daí tem a Maria Júlia, tem... a minha filha... Da minha irmã, chama Felipe o filho dela. Não, Felipe era o da Sandra [*Silêncio*].

Mara: Seu marido era bravo?

Regina: Hum. Daí tem o Adalto que tem mercado. Tem mercado, não, ele carrega compra [*Silêncio*].
Mara: Ele era nervoso, Regina, o seu marido?
Regina: Ele ia visitar eu lá no, quando eu tava internada.
Mara: Ele ia te visitar? Uhum.
Regina: Eu queria... o rio, assim, tomar banho no rio.
Mara: Uhum. E ele era bravo com seus filhos também?
Regina: Era.
Mara: Era?
Regina: Só que eu sinto que o meu filho tá perto de mim. Meu filho, minha filha e eu tenho cinco irmãs.
Mara: Você sente que eles estão perto de você? Foi isso que você disse?
Regina: Eu sinto.
Mara: Uhum [*Silêncio*].

(Regina, segunda entrevista, 20/10/2017)

A temática da prisão do marido foi introduzida espontaneamente por Regina e, apesar do meu interesse em aprofundar o relato, reiterando as perguntas, ela sobrepunha outros assuntos sem avançar nos detalhes. Por vezes, Regina parecia ativamente querer desviar a conversa de assuntos que lhe pareciam desconfortáveis, como o das agressões sofridas, entretanto também se questiona se a descontinuidade dos relatos seria decorrente de uma dificuldade de atenção.

Em todos os encontros com Regina, foi uma constante que sua fala se mantivesse presa a fatos isolados, fragmentados, que ela apresentava sem muitos desdobramentos sobre sua história no Paraná. Apesar de toda a dificuldade em expressar-se, Regina reiteradamente se reportava ao vínculo afetivo com os filhos e irmãs, aos hábitos que mantinha no Paraná e às paisagens que gostava de ver, indicando que sua vida de relações permanecia em outro tempo e em outro lugar, ainda pouco integrada ao momento em que estava vivendo após a internação, tendo que se avir com a mudança para Cabreúva.

Carla e Fátima

“Só do outro lado do muro”

(Carla, registro em diário de campo)

Linha do tempo (Apêndice J)

Árvore genealógica (Apêndice K)

a) *Primeiros contatos*

Meu primeiro acesso a informações sobre Carla se deu em julho de 2017, em umas das reuniões com as profissionais do setor de Acolhimento do Hospital. Pela ficha de admissão no Hospital, soube que se tratava de uma mulher de 33 anos, natural de Pedra Branca/SP, mãe de dois filhos, desempregada. Atualmente residente em Águas Claras/SP. Estava internada havia um mês e cinco dias devido ao diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos. Em sua ficha constavam as seguintes informações: *“Paciente tem diagnóstico de TAB I. Vinha estável em uso de Quetiapina 300mg/dia, mas medicação faltou na rede. Evoluiu com irritabilidade, delírios persecutórios e místicos, agitação, redução da necessidade de sono, comportamento ameaçador. Família não tem conseguido manejar em casa devido à vivência psicótica e frequentes episódios de agitação.”* Nesse dia, verifiquei ainda que a internação atual era a terceira naquele hospital, sendo que a primeira datava de 24/11/2014 a 28/1/2015 (66 dias); e a segunda, de 14/3/2016 a 31/5/2016 (79 dias).

Ao verificar que Carla preenchia os critérios para participação no estudo, guardei sua ficha de admissão e, posteriormente, entrei em contato com a assistente social para que eu pudesse conhecê-la durante a internação. Fernanda (outra participante do estudo) e Carla estavam internadas no mesmo setor e eu as conheci no mesmo dia. Ao terminar a conversa com Fernanda, o profissional que me acompanhava tratou de chamar Carla dizendo que eu gostaria de conversar com ela.

Ao vê-la, meu primeiro pensamento foi de que ela parecia mais organizada que Fernanda. Usava as vestes do Hospital, como todas as outras, mas era possível perceber seu empenho em apresentar-se bem. Estava com os olhos maquiados com um delineador bem

preto, caprichado. Era uma moça de pele clara, cabelos pretos e lisos, estatura baixa e um pouco acima do peso. Sentamo-nos no mesmo banco da área externa onde pouco antes eu havia estado com Fernanda. Conversando, tive a impressão de Carla estar mais lenta e dispersa que aquela: sua fala era “mole” e ela parecia fazer um grande esforço para manter os olhos abertos. Eu me apresentei da mesma maneira como havia feito com Fernanda, mas com Carla eu tinha a sensação de estar sendo menos compreendida. Com o desenrolar da conversa, Carla me disse que sentia falta de ter mais “*coisa*” para fazer dentro do hospital, “*tipo uma academia*” para que pudessem se exercitar. Depois acrescentou “*Devia ter uns pés de manga...*” ao que eu comentei prontamente “*Mas pé de manga tem um monte!*” e ela retrucou “*Só do outro lado do muro.*” Nesse momento, surpreendi-me com sua resposta e emudeci; pude me dar conta de que vivenciávamos aquele lugar de maneiras muito diferentes. Olhei além do muro e vi as copas das mangueiras que cresciam do outro lado. No lugar em que estávamos havia apenas um grande gramado, sem nenhuma árvore. De fato, o Hospital tem dezenas de mangueiras ao longo de toda sua extensão, porém, não poder acessar os pés de manga do outro lado deixava evidente a presença do muro enquanto um obstáculo, um limite.

Ainda neste encontro, Carla contou que é mãe de dois meninos e que eles estavam morando em Pedra Branca. Ela tentou detalhar os motivos pelos quais não morava com os filhos, mas seu discurso estava confuso, sua fala era “empastada” e, talvez por conta da medicação, ela parecia estar com dificuldade em pronunciar as palavras. Eu fui fazendo algumas perguntas, mas ela não aprofundava as respostas e logo mudava de assunto. De um jeito confuso, contou-me que postou uma foto no *Facebook* e que sua mãe comentou que naquela imagem ela parecia estar bem, “*pois ainda era possível olhar em seus olhos*”. Sem conseguir compreendê-la totalmente, combinei que entraria em contato por telefone quando ela tivesse alta, momento em que falaríamos novamente sobre a possibilidade de participação voluntária no estudo.

b) Realização das entrevistas

Em contato com as profissionais do setor de Acolhimento, eu soube que Carla recebeu alta em 30 de agosto, um mês e nove dias após eu tê-la conhecido. Ela havia permanecido internada no período compreendido entre 16/6/2017 e 30/8/2017 (76 dias). Na semana seguinte à alta, iniciei as tentativas de contato com a família. Na ficha de admissão, constava

uma série de telefones para contato: além do seu próprio, havia o de sua mãe, de sua irmã, de seu padrasto e de uma amiga. Em uma primeira tentativa, ninguém atendeu às chamadas, mas, em um dos dias subsequentes, consegui falar com Fátima, a mãe de Carla.

Neste caso, eu não havia realizado qualquer contato com a família antes da alta, de modo que no telefonema com Fátima eu me apresentei como psicóloga e pesquisadora e citei que havia conhecido Carla durante o período em que ela esteve internada, enfatizando que eu não era contratada do Hospital. A fim de convidá-la para o estudo, expliquei que seriam encontros para entrevistas com Carla e um familiar, que poderia ser ela mesma, caso concordasse, para conversar sobre o período da internação e a volta para casa. Fátima respondeu que estava trabalhando muito, pois vinha fornecendo marmita para trabalhadores de construções, fazendo café da manhã, almoço, lanche e jantar. Assim, sugeri que nos encontrássemos no sábado seguinte, à tarde, por ser um dia mais tranquilo em sua rotina.

No dia combinado, quando telefonei para confirmar a primeira sessão de entrevistas, Fátima desmarcou dizendo que havia recebido o pedido para que fornecesse o jantar daquele dia, sendo impossível interromper suas tarefas. Quando perguntei se poderíamos agendar outro dia, ela disse *“A gente combina e você vem aqui em casa, só se for... daí a gente vai conversando e eu vou mexendo nas panelas...”*. Ela riu. Eu concordei e disse que voltaria a ligar na próxima segunda-feira para agendarmos. Minha impressão era de ser uma mulher jovem e dinâmica.

A partir de então, outras tentativas e recusas foram feitas e, nesses contatos, fui conhecendo um pouco da família. Fátima chegou a dizer que não conseguiria participar do estudo pois estava muito sobrecarregada: *“Não posso reclamar porque estou tendo serviço, mas estou na correria.”*, *“Começo às quatro e meia da manhã e vou parar às oito e meia, nove horas da noite. Entrego a comida no final da tarde, mas sobra toda a cozinha pra limpar.”*. Em uma das ligações em que perguntei sobre Carla, Fátima disse *“Ela ajuda, mas daquele jeito... ela fica o tempo todo dentro de casa. É igual trabalho de criança: é pouquinho, mas ninguém é louco de desperdiçar [risos].”* e depois, parecendo querer retratar-se, explicou que a filha costumava ajudar cortando legumes e lavando a louça.

Quando finalmente conseguimos agendar um dia para a primeira entrevista, em 22 de setembro de 2017, Carla já completava 24 dias em casa. No horário combinado, cheguei no portão, toquei a campainha e aguardei. Ninguém atendeu... Toquei de novo. Eu não sabia se a campainha estava funcionando, pois não ouvia nenhum som tocando dentro da casa. Aguardei na calçada por cerca de dez minutos. A casa tinha dois portões, um de carro e um de pedestre e ambos eram fechados, sem visão para o interior. Havia uma janela voltada para

a rua, que também estava fechada. Quando peguei o celular para telefonar para Fátima, avistei uma moça caminhando na calçada em minha direção, a uns 50 metros de distância e pensei que poderia ser Carla. Conforme ela foi se aproximando, confirmei minha suspeita e aguardei que ela chegasse até mim. Ela me olhou parada em frente ao portão e perguntou se eu estava esperando alguém. Eu disse “*Sim, estou esperando a Fátima ou a Carla. Você é a Carla, não é?*”. Ela confirmou, mas não se lembrava de ter me conhecido no Hospital e também disse que não estava sabendo da minha visita daquele dia.

Sem esperar muito, ela já foi entrando, dizendo que chamaria a mãe e contando que havia saído cedo naquele dia para procurar emprego. Comentou que achava que tinha conseguido um serviço, em um colégio particular bastante tradicional no centro da cidade. Ela entrou pelo portão de pedestre, deixando-o aberto; ouvi quando chamou a mãe. Enquanto isso, eu aguardava na calçada. Comecei a ouvir barulho de mesas de metal. Ela abriu o portão da garagem e me chamou para entrar por ele. Na garagem havia um *freezer* horizontal, uma geladeira, uma ou duas caixas de isopor bem grandes, um saco enorme de batatas e outros menores de cebola e cenoura. Havia uma mesa e uma única cadeira de metal armadas no meio da garagem. Ela me indicou a cadeira e sentou-se no primeiro degrau de uma escadinha de alvenaria que levava para a porta da sala da casa. Percebi que essa porta da sala era pouco usada e que os moradores costumavam usar o acesso pelo corredor externo. Fátima apareceu na sala, em uma abertura na parede que comunicava a garagem com o interior da casa. Ela usava uma touca branca no cabelo, própria para cozinhar. Depois entrou e veio ao nosso encontro pelo corredor externo da casa. Ela se sentou em outro degrau da escada, mais acima. Eu me apresentei novamente e expliquei o motivo da minha visita. Antes mesmo que eu apresentasse o TCLE, Carla me interrompeu e começou a contar como tinha sido sua internação. Precisei interromper seu relato para a leitura do TCLE e comunicação dos demais aspectos formais do estudo. Em seguida, com a devida autorização, liguei o gravador e começamos as entrevistas, primeiro com Carla e depois com Fátima.

Nesse dia, talvez em virtude da medicação, Carla tinha um aspecto de sonolência, seus movimentos eram lentos, a fala arrastada e o olhar se demorava sobre as coisas. Incomodada com o ganho de peso durante a internação, ela estava tentando voltar para academia, mas, segundo ela, a sonolência e a falta de coordenação motora deixavam a atividade desmotivante. Na conversa, ela demonstrava compreender minhas perguntas, mas parecia ter dificuldade em elaborar as respostas. Falava fluidamente, articulando ideias, coordenando fatos do passado e do presente, mas, em muitos momentos, seus pensamentos ficavam confusos e incompletos, como se estivesse embriagada. Especialmente quando tentava relatar a vivência dos dias que

antecederam à internação, seu pensamento parecia entrar em outro modo de funcionamento, misturando-se ao delírio, ainda que o reconhecesse como tal. Neste primeiro contato, pude perceber que a história de vida de Carla é bastante dinâmica e com vários acontecimentos marcantes, como as muitas idas e vindas de sua cidade natal, o casamento e o divórcio de seu ex-marido, Marcos, o assassinato de Marcos e todo o processo que culminou na perda da guarda de seus dois filhos, Tiago e Bruno, que, na época da entrevista residiam com os avós paternos em Pedra Branca e contavam com 15 e 9 anos respectivamente. Com o desenrolar da entrevista, eu tinha a impressão de que quanto mais Carla contava, menos eu compreendia sua história. A certa altura, eu já me sentia incapaz de formular perguntas e Carla já parecia se irritar com a minha incompreensão, então, encerrei a conversa mesmo sabendo que a história estava repleta de lacunas.

A entrevista com Fátima se seguiu à de Carla e me trouxe mais detalhes sobre a história da família. Além das duas, na casa também morava Celso, padrasto de Carla. Na ocasião da entrevista, Fátima contava com 49 anos, entretanto aparentava ter mais idade. Era uma mulher baixa e bastante obesa. Ela já tinha me adiantado por telefone, mas depois eu pude presenciar e observar que sua rotina de trabalho era realmente muito intensa. Na conversa, ela pareceu ser articulada, dinâmica e desembaraçada; características que pareciam bem conectadas com a natureza de trabalho que exercia. Fátima trabalhava fazendo comida para vender desde 2013 quando, com a ajuda das duas filhas, Carla e Carolina, começou a fazer bolos, salgados e café para servir na porta de grandes obras. Conforme foi ficando conhecida, os trabalhadores começaram a sugerir que ela também vendesse refeições. Aceitando a ideia, elas passaram a cozinhar de madrugada e levar algumas marmitas sob encomenda e outras avulsas para negociar na hora aos trabalhadores. A partir de 2015, o negócio foi se consolidando e grandes construtoras começaram a contratar os serviços de Fátima, que, com a ajuda dos familiares, produzia e entregava de três a quatro refeições por dia (café da manhã, almoço, lanche e jantar) para um número de aproximadamente 130 trabalhadores. Fátima tinha apenas duas filhas, Carla e Carolina, sendo que a segunda morava em Aroeira/SP, cidade vizinha de Águas Claras, com o marido e os dois filhos. Nesta primeira entrevista com Fátima, o assunto predominante foi a descrição da rotina intensa de trabalho e do episódio de adoecimento de Carla, com foco sobre os dias que antecederam à última internação.

Em 1º de dezembro de 2017, na ocasião da segunda entrevista, novamente encontrei uma casa super movimentada. Celso saindo para fazer entregas, dois ajudantes limpando os azulejos e portas da cozinha, Fátima coordenando a limpeza e fazendo telefonemas, Carla e Carolina ávidas por um cochilo após o almoço, depois de uma manhã de muito trabalho.

Fátima chamou Carla e as duas sentaram-se comigo na garagem, como no primeiro encontro. Carla se disse animada com a proximidade da data de chegada dos filhos a Águas Claras. Contou-me que viriam no meio de dezembro e ficariam até o carnaval, aproveitando as férias escolares. Ela referiu desejo de reaver a guarda dos filhos e conseguir um emprego, mas vinha percebendo que um grande empecilho para a concretização desses projetos era a alteração do seu estado mental em função da quantidade de remédios que estava ingerindo. Na conversa com Carla, eu percebia que, assim como na primeira entrevista, ela mantinha o aspecto de sonolência, parecendo ter dificuldade para pronunciar as palavras e manter o foco sobre um assunto. A respeito de não ter conseguido o emprego no colégio, ela acrescentou que desistiu de se candidatar a outras vagas porque a medicação que estava tomando a deixava “*grogue*” demais para exercer um trabalho. Assim, optou por trabalhar em casa com a mãe. Carla estava notavelmente mais gorda, havia parado de fazer academia e de tomar remédio para emagrecer. Disse que “*se rendeu e vai ser gordinha mesmo*”. Fátima, por sua vez, apresentou-se preocupada, fazendo comparações entre o comportamento de Carla antes e depois da internação: “*Eu nem sei mais o que que é bom, sabe?*”.

Passados outros dois meses, agendamos a terceira e última sessão de entrevistas para os dias 1º e 2 de fevereiro de 2018. No contato telefônico com Fátima para o agendamento, ela me relatou que Carla havia sido consultada pelo médico, clínico geral do posto de saúde, devido a um inchaço no corpo inteiro, havia cerca de 10 dias. Incomodada, a mãe contou que este médico suspendeu abruptamente o uso de cinco das medicações que Carla vinha tomando desde a alta do Hospital Especializado em Psiquiatria, a saber: Haloperidol, Biperideno, Ácido Valpróico, Clonazepan e Topiramato. Segundo a mãe, o clínico manteve apenas a Quetiapina, ainda assim em uma dosagem inferior, e ela já começava a perceber alterações no comportamento da filha, que estava mais acelerada, agressiva, implicante, dormindo pouco e começando a agendar encontros noturnos com homens desconhecidos, mesmos comportamentos que ela apresentava antes da última internação. De acordo com Fátima, essa conduta estava fazendo “*acordar uma outra parte dela*”.

Para a terceira entrevista com elas, eu agendei os encontros em dois dias diferentes, seguidos, pois a rotina da casa era muito intensa e eu gostaria de tentar uma conversa menos apressada com cada uma delas. No horário agendado para entrevista com Carla, fui recebida por Fátima no portão, que me levou até a garagem onde a filha já estava à minha espera. Como das outras vezes, havia uma cadeira reservada para mim, enquanto Carla se sentou na escada. Apesar do telefonema com Fátima ter me criado a expectativa de que o contato com Carla poderia ser conturbado desta vez, o encontro transcorreu com muita tranquilidade: ela estava

desperta, ágil, sua fala e pensamento transmitiam vitalidade. Conversamos por quase duas horas e, assim, ela pôde me contar detalhes de sua história que até então eu não havia compreendido. Diferentemente dos encontros anteriores, Carla fez alguns relatos longos de acontecimentos passados, preservando a linha de raciocínio. Apenas em alguns poucos momentos, seu discurso pareceu desconexo ou fantasioso. Nesse dia, revelou estar se sentindo muito bem com a retirada da medicação, pois estava menos sonolenta. Também disse que havia recuperado a coordenação motora, havia voltado a frequentar academia e estava se percebendo capaz de ajudar a mãe na cozinha e de receber as encomendas que chegavam.

No dia seguinte à entrevista com Carla, voltei para conversar com Fátima, que desta vez pareceu cansada e preocupada. Para ela, o médico do posto de saúde havia se equivocado ao suspender o uso da medicação de Carla. Ela reconhecia que com a retirada dos remédios a filha estava mais ágil e disposta, mas indicava estar apreensiva com os possíveis desdobramentos dessa situação. Após cerca de uma hora entrevista, encerrei a conversa com Fátima que precisava voltar a seus afazeres. Sinalizei que este era o último encontro previsto para realização do estudo, mas que eu me mantinha à disposição para quaisquer dúvidas ou informações sobre a pesquisa. Nesse dia, não encontrei Carla e reforcei meus agradecimentos à Fátima pela disponibilidade em me receberem para as entrevistas. Em seguida, ela me acompanhou até o portão dizendo-se também agradecida pelos encontros.

c) Histórias de vida e circunstâncias ligadas ao adoecimento

Carla nasceu em 26 de maio de 1984 em Pedra Branca/SP, cerca de um ano após o casamento de seus pais, Fátima e Messias. Fátima disse que o casamento se deu por determinação dos familiares quando souberam que ela, aos 13 anos, havia perdido a virgindade com Messias, de 19. Além de Carla, o casal teve mais uma filha, chamada Carolina, quatro anos mais nova que a primogênita.

Mara: E você casou muito novinha...

Fátima: 14 anos.

Mara: Esse casamento... Foi casamento arranjado, você que quis, como foi?

Fátima: Não. Eu simplesmente me precipitei, né? Adolescente... me precipitei. Com 14 anos! Aí minha tia falou “Já que fez, vai casar! Tem que casar. É obrigada a casar!”

E obrigou a gente a casar, entendeu? Tipo assim: não tem essa de “Não quero”, vai casar e pronto!

Mara: Você não engravidou, mas...

Fátima: Não. Tanto é que eu engravidei dela depois de uns cinco meses de casada. Então foi assim “Aprontou, casou. Eu não quero nem saber se você quer ou não. Vai casar”.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Fátima: Eu não fui criada pela minha mãe. Eu fui criada pela minha tia. Separada dos irmãos. Eu fui criada sozinha, sem irmão. Namorei e casei. Com 13 anos eu tava namorando, com 14 eu já era mãe. Dela [*se refere à Carla*]. Entendeu? Com 14 anos eu já era mãe.

Mara: Ela é a mais velha, então.

Fátima: Ela é a mais velha. Então eu troquei a minha boneca por uma criança. Você tá entendendo? Então, eu assumi um compromisso muito cedo. Aí eu deixava ela pra ir pra roça pra poder ajudar a comprar as coisas pra ela. Entendeu? Aí esse traste [*se refere a Messias*] começou a beber, beber, beber, beber... Me bateu muito! Então, eu apanhei muito, eu tive braço quebrado, nenê morto... você tá entendendo?

Mara: Nenê morreu na barriga?

Fátima: É. Deu descolamento de placenta. Já tava quase pra nascer

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Fátima e Messias viveram 19 anos juntos, mas sempre brigaram muito. Segundo Fátima, ele passou a beber excessivamente e a agredia fisicamente com frequência. Diante dessa realidade, ela começou a imaginar maneiras e fazer planos para se libertar dessa relação.

Fátima: [...] Porque o meu marido, ele me batia. Ele me batia, ele quebrou meu braço, ele matou um filho na minha barriga. [...] Eu falei “Eu só criei as minhas filhas pra elas não depender de ninguém pra fazer comida pra elas”. Eu sempre falava pra elas “Ó, a mãe vai criar até vocês aprenderem a fazer comida, aprender a lavar roupa, aprender a fazer tudo, porque a mãe vai embora e aí, eu arrumando um canto, eu levo vocês.” Eu falava pra elas. Aí eu fui... Tanto é que a Carla aprendeu a cozinhar super cedo, a Carolina, tudo. Sabe? Aprendeu a fazer tudo, eu falei “Pra vocês não depender de ninguém”. Porque eu não tenho mãe, né? Eu não tenho família. Aí eu falei “Então, a mãe vai ensinar vocês desde pequena pra vocês não precisar depender dos outros pra comer uma comida. Vocês se viram. Quando vocês estiverem sabendo tudo, a mãe vai embora”. E eu desde que elas tinham uns 10 anos, eu comecei a falar isso pra elas. A Carla tinha uns 10 anos, eu fui falando isso. “A mãe vai embora, a mãe vai embora”. E ela via eu apanhar; ela entrou na frente muitas vezes, entendeu?

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Fátima trabalhava como empregada doméstica na casa de um casal de idosos e, não suportando mais a situação de violência que vivia no casamento, certo dia, ao final do

expediente, foi para a beira da estrada e pegou carona com um caminhão, com intenção de ir pra Perdizes/MT, cidade em que moravam alguns de seus primos. Segundo ela, seu plano era se estabelecer em Perdizes e, assim que tivesse condições, buscar as duas filhas em Pedra Branca para morar consigo.

No caminho, o caminhoneiro se compadeceu da situação dela e, quando fizeram uma parada em Coqueiral/MT, ele tratou de articular uma rede de apoio entre os donos e funcionários de uma lanchonete para que a acolhessem e orientassem.

Fátima: Quando chegou em Coqueiral, ele [*se refere ao caminhoneiro*] pediu pra mim esperar numa lanchonete lá e foi conversar com o dono do restaurante. Aí depois ele voltou e falou “Olha, eu não vou te levar pra Perdizes. Perdizes é muito perigoso e do jeito que você tá indo aí, não vai... Você não tem nada dos teus parentes. Você não tem endereço, você não tem nada! Melhor você ficar aqui. Eu já conversei com ele e o pessoal aqui tudo vai te ajudar.” Aí o dono do restaurante falou “Olha, eu não tenho serviço pra você, mas comer, almoço e janta, você vai almoçar aqui e jantar o tempo que você quiser, que você precisar”. O frentista do posto já falou “Não, olha, eu já liguei pra minha mulher e pra minha mãe e eu vou te levar você pra minha casa.” Sabe um povo muito assim... Aí um outro paraíba falou “Não, eu vou arrumar um lugar pra você ficar”. Aí foi num restaurante lá “Não, vamos lá, tem uma gaúcha lá que tá precisando de alguém pra trabalhar”. E eu fui. Aí comecei a trabalhar e fiquei lá 11 meses.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Na época, por volta do ano 2000, após a fuga de Fátima, Carolina permaneceu morando com Messias enquanto Carla, então com 16 anos, foi morar amasiada com o namorado, um rapaz chamado Marcos que ela conhecia por frequentarem a mesma escola. Nesse período, Fátima se comunicava com as filhas por telefone e Carolina, em especial, começou a lhe dizer que o comportamento de Messias havia mudado para melhor, pois ele estava frequentando a Igreja Universal do Reino de Deus e tinha parado de beber. Baseado em tudo o que havia passado ao lado de Messias, Fátima duvidava de tão grande transformação, mas, em consideração às filhas, aceitou voltar para Pedra Branca.

Com o regresso de Fátima, Messias propôs que a família se mudasse para Jaborandi/SP e recomeçasse a vida do zero e, com o aceite da esposa e da filha Carolina, fizeram a mudança.

Fátima: Aí, ele [*se refere a Messias*] falou “Não... Eu mudei... que não sei o que, você sempre quis mudar daqui. Se você quiser...” - isso era em Pedra Branca - “...a gente muda pra Jaborandi e começa uma vida nova! Do zero!” Já fazia um tempão que ele

tava sem beber, tinha parado de beber. Eu fui embora [pra Coqueiral], ele parou de beber. Ele falou “Eu não bebo mais, agora eu sou evangélico e se você voltar uma pessoa de Deus, que não sei o que...”. E eu falei “Eu só vou te falar uma coisa, eu vou voltar com você, não por você. Eu vou voltar com você pela nossa filha, tá? Porque a Carolina tá achando que você mudou e eu sei que você não mudou.” [...] A Carolina tava com uns 10 anos e a Carla tinha acabado de casar com o Marcos.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Na sequência, segundo Fátima:

Fátima: Fui lá em Coqueiral, catei minhas coisas, voltei. A gente foi pra Jaborandi achar uma casa. Aí eu falei... “Aí, como eu tenho a minha parte do dinheiro [da venda da casa de Pedra Branca], eu vou montar uma cozinha pra mim.” Eu sempre gostei de cozinhar. [...] Fui, fiz despesa, comprei tudo que você imaginar que vai num restaurante, eu comprei. Mande fazer panfleto, mandei fazer cartão, tudo. Aí ele [*se refere a Messias*] começou: eu saía pra ir nas obras, todo caminhoneiro que passava ele falava “É seu amante lá de Coqueiral, né?! [...] E ela [*se refere à Carolina*] animadinha, né, porque nós tava junto. Eu falei “Você vai ver quem é seu pai. Não vai demorar, não.” Não foi três meses, a gente tava indo pra igreja, ele tirou a camisa no meio da rua e falou “Eu vou voltar a beber porque não sei o que...” Ele tava brigando com ela [*Carolina*]. Ele foi pra bater nela e eu entrei no meio. Eu falei “Não. Bater, não.” Aí ele “Eu vou voltar a beber” e eu falei “Demorou pra você voltar!!!” Aí foi aonde ele voltou de novo. Aí foi onde eu aguentei ainda um tempo lá em Jaborandi, mas não deu.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Em Jaborandi, Fátima trabalhava como auxiliar de limpeza em uma empresa que prestava serviços para um banco e era reconhecida por ser uma funcionária muito competente. Em acordo com seu patrão, ela conseguiu uma transferência para Águas Claras e, com a garantia do emprego, ela articulou um novo plano para fugir. No dia planejado, Carolina acompanhou a mãe até determinado ponto da cidade e se despediu; Fátima chegou à rodoviária sozinha, pois não queria que ninguém soubesse seu destino. Chegando em Águas Claras, ela foi acolhida na casa do patrão, onde morou por três meses até que teve condições de alugar um quartinho e pôde trazer Carolina para morar consigo. O ano era 2002, Carla seguia casada com Marcos, ambos trabalhavam e cuidavam da casa e da rotina, e ela estava grávida de seu primeiro filho, Tiago.

Em 2004, Fátima já estava bem estabelecida na cidade, e Carla e Marcos optaram por se mudarem para Águas Claras em busca de melhores oportunidades de emprego. Na época, eles passaram apenas dois anos em Águas Claras, e em 2006, acabaram voltando pra Pedra Branca. O retorno ocorreu porque Carla havia recebido uma proposta para ser efetivada no

emprego e melhorar de cargo, tendo um acréscimo de salário. Segundo Carla, Marcos não aceitou a ideia de a esposa receber um salário superior ao dele e deixou a família, voltando sozinho para Pedra Branca.

Carla: [...] Eu tive a oportunidade de trabalhar no [*menciona o nome da empresa*]. O meu marido não quis. Porque na época, eu ia ganhar R\$1500 e ele era inferior. Ele ia ganhar R\$700. [...] Aí ele não aceitou.

Mara: Que você ganhasse mais?

Carla: Mais. É. Aí ele voltou pra Pedra Branca. Continuou a ser borracheiro. Ele nunca parou, ele nunca desistiu... [...]

Mara: Então vocês continuaram casados e ele voltou pra lá.

Carla: É. O [*menciona o nome de seu chefe*] nessa época [...] falou pra dar uma oportunidade pra mim. Eu podia escolher qual cargo eu queria exercer. Se era administrativo, se era no... Aí... como é que fala aquela que fica no telefone?

Mara: Telemarketing?

Carla: Telemarketing. É isso mesmo. Então, eu podia escolher. Aí, eu comecei a fazer as atividades ali... E quando eu falei isso em casa, pronto! Foi motivo dele [*Marcos*] ir embora! Aí eu falei “Eu não vou ficar aqui, né? Vamos embora”. [...] Fiquei dois anos no trabalho. E com dois anos de trabalho, tive que abandonar pra ir embora e não pra conseguir uma coisa melhor, entendeu, mas inferior. Porque... O meu patrão até falou “Nossa, Carla, eu não quero dar as contas pra você. Eu não quero. Eu não vou dar.” Eu falei “Não. O meu marido já foi embora. Eu quero ir.” Aí ele falou “Não, olha, se depender de mim... [só vou dar as contas] porque você tá pedindo mesmo. Eu não ia dar. Porque se fosse pra ir pro [*menciona o nome da empresa*] eu aceitava numa boa, ia ficar feliz por você, mas pra pegar alguma coisa inferior, eu não desejo isso pra você”. Aí ele [*chefe*] ficou chateado pra caramba.

Mara: E você, como se sentiu tendo que recusar essa proposta?

Carla: Também fiquei chateada porque eu nunca vi! Né? Eu queria tentar. Aí até hoje eu nunca conquistei o que eu tinha conquistado naquela época, que foi meu espaço.

Mara: Uhum. Você abriu mão porque achou que cuidar do seu casamento era mais importante naquela época?

Carla: É.

Mara: E você voltou pra Pedra Branca, então?

Carla: Voltei pra Pedra Branca.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Entre 2006 e 2010, Carla e Marcos se estabeleceram novamente em Pedra Branca, chegando a comprar um terreno e começar a construção de uma casa própria. Antes mesmo de finalizar a construção, eles já se mudaram para a casa nova, dando andamento na obra conforme podiam. Nesse intervalo, em 2008, nasceu Bruno, o segundo filho do casal.

Em 2010, em Pedra Branca, Carla e Marcos começaram a se desentender.

Mara: E por que que você tinha separado do seu marido?

Carla: Porque ele me deu dois murro, até com o nenê do colo. Aí ele me deu dois murro, aí eu fui pra denunciar, não quis denunciar, aí ele me trancou pro lado de fora. Andando com as crianças tudo assim comigo, andando atrás pra ver se ele abria. Ele não abriu. Ao invés de comprar um tanquinho pra mim lavar roupa, eu não tinha tanquinho pra lavar roupa. Ele comprou um aparelho de som desse tamanho aqui, ó [*Bate na caixa de papelão que estava servindo de mesa, entre nós*]. E aí eu fiquei muito triste, sabe? Falei “Poxa! Ele não pensa em mim. Ele pensou só na música.” E aí eu desanimei, desandei, no sentido de que: devolvi a casa. Devolvi a casa, não. Eu quis vender a casa e repartir o dinheiro.

Mara: A casa era de vocês dois?

Carla: Nós tinha comprado. Aí fundamos o alicerce, fundamos a casa até na laje. Aí entramos dentro, mesmo sem encanamento. Nós fez o encanamento. [...] Ele me deu dois muso, muso, murro e sumiu.

Mara: Por que que ele te deu dois murros?

Carla: Ele falou que foi por causa de jogo. Eu não acredito que foi por causa de jogo. Eu acredito que foi por causa de mulher. Porque ele sabia que, ele sabia onde ia dormir... No outro dia, ele levou os meus filhos junto pra morar... Pra morar, não. Ele levou os meus dois filhos pra uma festa. Disse que ia dormir lá. E eu fiquei sabendo que era a mulher, é a mulher que ele ia morar. A mulher que ele ia morar, era ex do tio dele. Pra você ver, é um círculo isso. Uma aliança aí. É uma aliança. Eles se conheciam há anos. E eu nem sabia. Era namorada do tio dele.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017)

Sentindo-se triste, ela pediu a separação e rapidamente deu andamento no processo do divórcio. Convicta de sua decisão, determinou que vendessem a casa e dividissem o dinheiro e, com isso feito, telefonou para a mãe, pedindo que ela a buscasse em Pedra Branca.

Assim, Fátima buscou Carla, Tiago e Bruno, trazendo-os para Águas Claras. Todos passaram a morar juntos, inclusive Carolina, o marido e o primeiro filho deles. Passados poucos meses, para surpresa de Carla, Marcos abandonou o serviço de borracheiro em Pedra Branca, pegou sua parte do dinheiro da venda da casa e veio pra Águas Claras.

Carla: Aí minha mãe me trouxe pra Águas Claras, a gente dividiu esse dinheiro. Aí quando chegou aqui, ele [*Marcos*] falou “Aí, Carla, eu tô aqui na rodoviária. Tô com 16 mil no bolso, mas eu não tenho como ir pra casa. Eu larguei tudo lá, larguei o serviço...” Porque ele trabalhava de borracheiro. “Larguei o serviço e não tenho onde ficar agora. Vou ficar aqui na rodoviária. Eu vou te esperar”. Aí eu falei “Nossa, eu não acredito nisso!” Aí nós foi buscar ele. Porque eu achei que ele tinha se arrependido, né?

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Carla o buscou na rodoviária e eles se reconciliaram rapidamente. Em um primeiro momento, Marcos também ficou morando na casa de Fátima, mas logo ela avaliou que seria insustentável que todos continuassem morando juntos por muito tempo. Na época, Carla e Marcos conseguiram emprego e puderam alugar uma casa para morar com os filhos.

De acordo com o relato de ambas as entrevistadas, a vida em família correu bem entre os anos de 2011 e 2012: Carla e Marcos seguiam empregados e preservavam uma rotina de trabalho e cuidados com o lar. Eles moravam em um bairro periférico da cidade, onde a violência, o crime, o tráfico de drogas e outras mazelas sociais atravessavam o cotidiano. E durante as entrevistas, relatando sua trajetória, Carla associou o fato de terem acontecido três assassinatos próximos a si com o despertar de alguns sentimentos que depois se desdobraram no quadro de sofrimento mental e na necessidade das internações psiquiátricas.

Carla começou a desenvolver pensamentos sobre estar sendo perseguida, achando que poderia ser morta pelo fato de ter presenciado um dos assassinatos. Ela também passou a desconfiar que o marido estava se envolvendo com outras mulheres, chegando ao ponto de questionar telefonemas entre Fátima e Marcos como se eles pudessem estar tendo um caso.

Carla: Porque foi assim ó: Pra mim ser internada, eu passei por três assassinatos. Uma vez eu passei sobre um tiroteio. Tava tendo um tiroteio, eu acordei com o tiroteio, tomei banho e meu marido falou assim, eu falei “Ah, eu acho que eu não vou [trabalhar]”. Meu marido falou “Não. Agora dá pra você ir”. Eu falei “Mas como que eu vou?”, [e ele falou] “Não. Dá pra você ir. Pode ir.” Eu fui, vi o vulto de mobilete passando, o rapaz, eu não reparei na cara do rapaz. Aí ele passou e quando eu tava no meio do quarteirão, aí começou o tiroteio. Ele deu um tiro no rapaz dentro do carro. [...] Aí, eu passei e eu vi a mulher gritando “Ricardinho!” Nossa... Aí, eu desci e só pensei no Salmo 91¹⁵ e fui embora. Aí eu cheguei até a pegar o ônibus mais rápido porque... Ele me pegava no quarteirão de cá. Ele me pegava fora do ponto. Eu não esperei. Eu fui depressa, correndo e peguei ele lá no ponto. Aí todo mundo achou esquisito, entendeu? Aí eu passei por muita dificuldade porque eu acho que eu fui seguida, eu escutava muito cochicho dentro do ônibus. Então, isso pra mim foi uma loucura. Aí depois, mataram o Beto que era da mesma rua da minha casa. O Beto era o traficante, lembra? O traficante da cidade e da região. Ele morava na minha rua, era chefe de tudo, entendeu? Todo mundo respeitava.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

¹⁵ 1. Aquele que habita no abrigo do Altíssimo e descansa à sombra do Todo-poderoso./ 2. Pode dizer ao Senhor: Tu és o meu refúgio e a minha fortaleza, o meu Deus, em quem confio./ 3. Ele o livrará do laço do caçador e do veneno mortal./ 4. Ele o cobrirá com as suas penas, e sob as suas asas você encontrará refúgio; a fidelidade dele será o seu escudo protetor./ 5. Você não temerá o pavor da noite, nem a flecha que voa de dia./ 6. nem a peste que se move sorradeira nas trevas, nem a praga que devasta ao meio-dia./ 7. Mil poderão cair ao seu lado, dez mil à sua direita, mas nada o atingirá./ 8. Você simplesmente olhará, e verá o castigo dos ímpios./ 9. Se você fizer do Altíssimo o seu refúgio,/ 10. nenhum mal o atingirá, desgraça alguma chegará à sua tenda./ 11. Porque a seus anjos ele dará ordens a seu respeito, para que o protejam em todos os seus caminhos;/ 12. com as mãos eles o segurarão, para que você não tropece em alguma pedra./ 13. Você pisará o leão e a cobra; pisoteará o leão forte e a serpente./ 14. "Porque ele me ama, eu o resgatarei; eu o protegerei, pois conhece o meu nome./ 15. Ele clamará a mim, e eu lhe darei resposta, e na adversidade estarei com ele; vou livrá-lo e cobri-lo de honra./ 16. Vida longa eu lhe darei, e lhe mostrarei a minha salvação."

Mara: E quais foram os primeiros sinais que você percebeu no comportamento dela?

Fátima: Os primeiros foi desde quando ela começou... depois que ela viu o primeiro assassinato. Em 2012, acho que foi em 2012. O primeiro assassinato. Depois disso aí ela começou a falar que tinha câmera em cima da casa, que o pessoal tava vigiando, isso e aquilo... E aí ela começou.

Mara: O que foi esse primeiro assassinato?

Fátima: Ela tava saindo pra trabalhar as cinco e meia da manhã e viu um cara atirar no outro pelo carro. Foi ali no [fala o nome do bairro]. Só que os caras “nem tchum”... porque ela passou e foi embora. Só que ela cismou que ele ia seguir ela, entendeu, que eles tinham visto e ia querer matar ela. Aí ela pôs isso na cabeça.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Fátima: [Em 2012] Eles foram morar nessa casa. Aí foi lá que ela, saindo, viu o assassinato. Aí ela começou a pôr na cabeça... Aí ela enfiou a cabeça nessa religião dos Testemunha de Jeová. Aí cismou que ela tava fornicando com ele [Marcos], que tinha que separar... Tudo pra ela era briga. Aí ela começou a cismar, tipo assim: Um dia ele [Marcos] foi pra Pedra Branca, quando ele chegou, ele chegou de noite, aí ele ligou pra saber dela. Eu falei “Ela tá trabalhando”, ela tava trabalhando num lanche, mas ela já tava começando a ficar perturbada. Aí ele pegou... eu não lembro o que que aconteceu... Eu sei que foi coisa de uma hora, mais ou menos, da manhã, eu liguei pra ele e falei “E ela chegou? Ela já chegou em casa?” e ele falou “Ela chegou”. Beleza. Quando foi no outro dia, no finalzinho da tarde, ela liga no meu celular de um orelhão e falou assim “Quem tá falando?” e eu falei “Com quem você quer falar?” porque eu não falo, uai, eu pergunto. [...] Aí ela falou assim “Eu quero saber porque que você tá ligando pro meu marido a uma hora da manhã!” Aí eu reconheci a voz! Aí eu falei pra ela “Ah, Carla, o que você tá arrumando, fia? Foi eu que liguei. Você não conheceu meu número, não? Foi eu que liguei.” [E ela falou] “Eu sei que é você que ligou, mas e daí? O que que você quer com meu marido a uma hora da manhã?” Foi daí que a gente começou a perceber que alguma coisa tava ficando esquisita. Uai! Desconfiar de mim? Dá licença, né? Daí começou.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Nesta época, Carla começou a frequentar um salão das Testemunhas de Jeová que ficava próximo de sua casa; ela iniciou os estudos sobre a religião e tinha pretensão de segui-la. Com toda essa situação, ela já não estava emocionalmente bem; mostrava-se muito implicante com Marcos e, ao mesmo tempo, a nova religião a fazia acreditar que ela estava “em pecado” por se relacionar sexualmente com um homem com quem não era mais casada. Assim, quando questionou o marido sobre mensagens enviadas para outras mulheres, eles se desentenderam e ela teve medo de sofrer agressões físicas novamente. Como desdobramento, eles se separaram e Carla saiu de casa com Bruno, sendo que Tiago preferiu continuar morando com o pai.

Fátima resistiu em aceitar a volta de Carla para sua casa, achando-a muito implicante e, com isso, ela e Bruno moraram durante alguns dias em uma edícula alugada, com pouca comida e tomando banho gelado. Penalizado, por meio de Tiago, Marcos enviava alguma comida para Carla e Bruno. Fátima se compadeceu da situação e acabou acolhendo a filha novamente, entretanto, nessa época seu comportamento já estava bastante alterado: irritava-se com facilidade, acreditava que todos estavam contra ela, começou a apresentar discurso bastante sexualizado, por exemplo, ameaçando a irmã de que se envolveria com o marido dela.

No começo de 2013, Fátima se surpreendeu ao ser demitida da empresa em que trabalhava havia 12 anos, desde a época que morava em Jaborandi. Frustrada, decidiu que trabalharia como autônoma a partir de então.

Fátima: Eu trabalhei nessa empresa por 12 anos. Saí com uma mão na frente e outra atrás, entendeu? [...] Ele [*chefe*] teve que me dispensar, ele teve que dispensar 78 funcionários de uma vez só. [...] E eu não tava esperando. Aí eu falei assim “Eu não vou trabalhar mais pra ninguém, não. Eu vou trabalhar pra mim mesmo.” Comprei uma caixa de isopor, uma garrafas e essa aqui [*Carla*] levantava, ela tava bem na época. Ela levantava três horas da manhã junto com aquela ali [*Carolina*], essa fazia o salgado, aquela os bolos. Ou então vice-versa. Fazia bolo, eu fazia o café, arrumava o leite, fazia suco, punha no carro. [...] E a gente ia vender na porta de obra. Entendeu? A gente começou assim, vendendo salgado, tudo.

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Fátima e as filhas foram consolidando uma clientela e o volume de trabalho foi aumentando rapidamente. Em pouco tempo, elas começaram a aceitar pedidos de refeições e, assim, passaram a fornecer marmitas, além do café. No mesmo período, Fátima começou um relacionamento com Celso e ele logo passou a trabalhar na cozinha também, mostrando-se um bom ajudante.

Durante algum tempo, Marcos ainda procurou Carla tentando reatar o relacionamento, mas ela já se sentia traída e insegura. Então, em meados de 2013, ambos ingressaram em novos relacionamentos, mas mantinham um contato relativamente próximo por causa dos filhos. Carla foi morar na casa do novo namorado, Roberto, levando o caçula consigo. Em um certo dia, Marcos e Roberto chegaram ao mesmo tempo na porta da casa de Fátima; os dois brigaram, trocando ameaças. Em seguida, Roberto pôs fim ao relacionamento com Carla e ordenou que ela voltasse para a casa de Fátima.

Fátima já estava bem pouco tolerante aos comportamentos estranhos de Carla, mas não cogitava que a filha pudesse estar adoecendo. Cansada, Fátima pensou que, após as separações, Carla estava precisando reavir-se com a vida, reassumindo suas responsabilidades enquanto mulher adulta e mãe. Assim, ela cogitou que, se a filha fosse morar em outra cidade, longe dela, talvez conseguisse encontrar um trabalho e reconquistar sua autonomia. E então, contrariando a vontade da própria Carla, Fátima articulou a mudança da filha e dos netos para Pedra Branca, sua cidade natal, onde ainda moravam Messias e alguns familiares.

Fátima: Daí começou. Aí, daí pra frente, ela começou, começou... Aí qualquer coisa ela falava pra irmã dela “Ah, porque não sei o quê, eu dou pro seu marido... quer que eu dou pro seu marido?” Essas conversa, assim, que não tem nada a ver. E daí continuou, foi indo, foi indo... Aí eu falei “Sabe o que que tá precisando? A Carla arrumar um serviço e trabalhar, ocupar a cabeça. Ver que tem dois filhos. Sabe?” porque é tudo “Mãe, faz. Mãe! Mãe!” Aí eu falei pro pai dela “Leva ela pra Pedra Branca, arruma uma casa, põe ela dentro e fala pra ela ‘Ó, vai trabalhar pra você cuidar dos seus filhos’”. A cidadezinha é pequena, é onde ela foi criada, eu falei “Vai ser mais fácil”.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Segundo Carla, quando ela voltou da casa de Roberto, após a separação, Fátima e Carolina já haviam arrumado suas malas e providenciado sua partida para Pedra Branca naquele mesmo dia. O plano era que Carla e Bruno fossem com Carolina até Aroeira e, de lá, partissem para Pedra Branca com Messias.

Neste dia da mudança, em outubro de 2013, Marcos foi assassinado em Águas Claras devido a um desentendimento com o dono da casa em que morava. Quando soube do acontecido, Fátima ligou para informar as filhas, que estavam em Aroeira na casa de Carolina, de partida para Pedra Branca, e elas voltaram para Águas Claras para reconhecimento do corpo e outras providências. Apesar desse fato, os planos foram mantidos e, no fim do dia, Carla foi levada embora por seu pai (Messias), acompanhada do filho caçula (Bruno).

Carla: Eu cheguei em casa com as malas [voltando da casa do namorado, após terminar o relacionamento], a minha mãe já colocou minhas malas no carro e falou “Você vai embora pra Pedra Branca”. Eu falei “Como que eu vou embora pra Pedra Branca? Eu não quero ir pra Pedra Branca”, “Não. Você vai.”. Aí eu falei assim “Eu não quero”. E ela falou assim “E você vai levar só o Bruno”. E eu falei “Eu não quero”. Aí ela pegou e falou assim que o Tiago ia ficar e que ela ia levar eu até Aroeira. De Aroeira pra lá [*Pedra Branca*] meu pai que ia me levar. [...] Aí eu fui pra Aroeira.

Cheguei lá... Contra vontade! Cheguei lá e aí... [...] Inconformada que eu tinha largado o Roberto. Eu disparei a chorar. Eu nem sabia direito porque que ele tinha largado de mim. [...] E eu chorei muito por causa dele. E eu chorando, eu chorando. Entrei na piscina com os meninos, comecei a brincar com os meninos, mas muito chateada. [...] Quando desliguei a torneira da piscina, ó o telefone: era ligando e avisando que o Marcos tinha morrido. [...] Aí a gente voltou e foi ver o corpo, né, eu fiquei assim, tipo daqui lá na porta, meio metro, um metro mais ou menos dele. Eu não cheguei muito perto do corpo.

Mara: E por que você foi lá ver o corpo?

Carla: Foi eu, minha mãe e meus parentes tudo. [...] De Aroeira. Minha irmã, os cunhado dela, sobrinho, aí a gente foi ver o corpo, né, reconhecer. Aí ele tava no chão, cheio de sangue. [...] Aí, morreu o Ricardinho. Assim era o jeito que a mulher gritava, né? “Ricardinho! Ricardinho!”. [...] Aí, morreu o Beto, que eu conhecia só de nome.

Mara: Da fama dele, por ser o traficante, tal...?

Carla: Isso. Isso. [...] Aí depois foi o Marcos, que mataram ele, o meu ex-marido. Aí mataram ele de tiro na cabeça também. Foi... Deram um tiro na perna pra ele cair. Aí na hora que acertou a perna dele, uma na panturrilha e a outra na virilha, que ele caiu de joelho, aí deu o tiro na cabeça também.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Carla: [...] Na hora que eu voltei [da casa do Roberto, de mudança] pra casa [da minha mãe] com as malas, eu não desmanchei as malas. Já foi colocado no carro, entendeu? E fora que elas [Fátima e Carolina] tinham outras malas lá dentro. Tudo arrumado as minhas coisas.

Mara: E qual será que era a intenção delas te mandando pra lá?

Carla: Eu já não sei mais. Parece que eles tavam sabendo que o Marcos ia morrer. Foi poucas horas. Foi poucas horas antes dele morrer. Isso foi de manhã. Ele morreu foi em torno de uma hora da tarde mais ou menos. [...]

Mara: Uhum. Pesado, né? E depois você foi embora no mesmo dia tendo vivido uma situação super pesada.

Carla: É... [Silêncio]. Quem que não cai? Acho que eu aguentei muito!

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Fátima: Eu tinha levado ela [Carla] pra Aroeira pra ela ir com o pai embora pra Pedra Branca. Voltei. Quando eu cheguei, eu recebi a notícia que ele [Marcos] tinha sido baleado. Eles já estavam divorciados há um ano. [...] E a discussão dele foi com o dono da casa que ele morava, entendeu? [...] Aí ela... Eu liguei pra Aroeira, avisei minha outra menina e eles chegaram na hora e ela viu a cena do crime também, entendeu? A posição que ele tava morto e tudo. O cara matou ele sentado, né, deu um tiro e ele sentou, colocou a mão na virilha e o cara atirou na cabeça dele, acertou aqui [mostra no próprio corpo]. Ela viu a cena do crime.

Mara: Então, ela estava em Aroeira pra ir embora e com essa notícia ela voltou.

Fátima: Isso. Ela voltou. Aí ela foi com o pai dela e eu fui pro velório em Pedra Branca. E ela já ficou lá.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Em Pedra Branca, de acordo com os relatos, Messias providenciou uma casa em condições bastante precárias para acomodar Carla e Bruno. Apesar do combinado com Fátima,

ele não os acompanhava cotidianamente e apenas fazia visitas eventuais para levar alguma comida.

Fátima: Quando eu mandei ela pra Pedra Branca, [...] eu falei pro pai dela “Ó, você leva ela, chegando lá você aluga uma casinha pra ela, põe ela dentro com as duas criança”. [...] Na época ela tinha ido só com o Bruno, o Tiago tinha ficado comigo, que é o mais velho. Falei “Põe ela numa casinha com o Bruno e você tem que arrumar um serviço”. Lá a cidade é pequenininha, Pedra Branca, é perto de Pinheiros. E eu falei “Ela vai ver a responsabilidade do filho, da casa, de tudo, ela vai trabalhar. Ela sabe que eu não tô perto”. Só que simplesmente piorou. Por quê? Porque o pai botou ela numa casinha muito ruim. A minha filha [*Carolina*] ligava pra ele porque eu não sou muito de conversar com ele, [perguntava] “Tá tudo bem?” [e ele respondia] “Tá tudo ótimo!”

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Fátima: Ele levou, só que ele pôs ela numa casa horrível, que passava uma corrente pra fechar a porta. [Eu ligava e perguntava] “Ow, tá tudo bem com a Carla?”, “Ah, tá tudo ótimo! Fui lá, levei uma cesta pra ela, tá tudo bem!”. Beleza.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Sobre essa época, Carla relatou ter vivido momentos de grande tristeza e vulnerabilidade.

Carla: [...] Já fiquei sem água, sem luz. Sem luz não; fiquei sem água na casa. Não levantava pra nada, entrei em depressão profunda. Desmaiei três vezes com a faca na mão que eu não conseguia mais ficar de pé. Eu não conseguia comer. Aí depois eu não tinha nada pra comer, fui pedir pro vizinho. Aí a vizinha me deu arroz, feijão e tomate. Eu comi aquela comida como se eu nunca tivesse comido na vida [*emocionada*]. Umas duas vez isso.

Mara: Isso também nessa época?

Carla: Também nessa época. Foi na época de 2013, isso.

Mara: 2013 foi um ano complicado, então.

Carla: Foi. Muito complicado. Fui na escolinha, matriculei meu filho, fui no Conselho Tutelar e mesmo assim minha sogra conseguiu ter eles.

Mara: A guarda deles tá com a sua sogra?

Carla: A guarda deles... É. Sabe por quê? Porque ela trabalha com advogado. Então, ele entende mais e mexe mais os pauzinho, né? Tudo o que eu ia fazer, eles já faziam antecipadamente. Acabou com a minha vida. Chorei muito, ninguém entendia por eu chorar e eles me internavam.

Mara: Quando eu cheguei você falou que tem diagnóstico de esquizofrenia.

Carla: Eu tenho esquizofrenia, é o que tá escrito no papel, mas não tá escrito depressão.

Mara: Uhum. E quando você se lembra que começaram a aparecer os primeiros sinais de depressão, ou da esquizofrenia, de sofrimento mental na sua vida?

Carla: Quando eu vi que eu não tinha mais chance [*emocionada*]. Quando eu cheguei no limite lá em Pedra Branca. Cheguei no limite! Eu não consegui mais trabalhar, levantar. Levantar da minha cama, eu não conseguia [*emocionada*].

Mara: E com o que você trabalhava nessa época?

Carla: Eu saí daqui, minha mãe fazia marmita. Minha mãe me mandou embora pra lá pro meu pai cuidar, mas meu pai não cuidou. [*Chorando. Parece triste e irritada. Começo a ficar com medo de mobilizá-la demais*].

Mara: Seu pai mora lá em Pedra Branca?

Carla: Mora! Ele achava que tinha que chegar e cobrar de mim “Você vai trabalhar assim, assado.” Mas ele não explicava. [...] “Carla, você tem que trabalhar senão você vai perder os meninos.” [...] Não falava isso. Só chegava “E aí, não vai trabalhar, não? que não sei o que, não sei o que” Desse jeito. Tudo bruto. Aí você já tá sensibilidade, você já tá numa sensibilidade à flor da pele. Você não tem vontade de sair pra nada.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Carla ficou cerca de três meses morando nessa casa em Pedra Branca, em condições extremamente precárias. As circunstâncias combinavam luto, pobreza, solidão, abandono, desamparo, entre outros. Carla começou a apresentar sintomas psicóticos. O pai de Carla, ao vê-la desorientada, com um comportamento estranho e falando coisas desconexas, concluiu que ela estava envolvida com drogas e se afastou. A ex-sogra (mãe de Marcos), por sua vez, ao ver a condição em que os netos estavam vivendo, acionou o Conselho Tutelar e ajuizou ação requerendo a guarda judicial de Tiago e Bruno.

Fátima: Aí, ele [*Messias*] pôs ela lá numa casinha, aí ele via o jeito dela conversar as coisas, falava que ela tava drogada... A mulher dele punha na cabeça dele que ela tava usando droga. E daí ele não prestou muita atenção nas coisas que tava acontecendo. A sogra dela foi e viu o que tava acontecendo, pegou a guarda dos menino.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Carla: Meu filho tá com ela [*sogra*] há quatro anos e ela não quer devolver. Falou que o João, meu sogro, catou e tem a guarda dos meninos. Eu não acredito nisso. Eu não sei como eles conseguiram isso. Falou em abandono de incapaz. Que mentira! Eu ia lá quase todo dia pra procurar eles e não achava! Quem falou que eu não sabia o que era comida? Eu não sabia [*era*] o que eu fazia [*ênfase*].

Mara: Como assim?

Carla: Eu não sabia o que eu fazia porque... Olha, eu tava... Eu tinha certeza que alguém ia tirar eu de lá. Eu tinha certeza, mas eu não sabia como. Porque eu tava numa casa, mas eu nunca soube ficar sozinha, entendeu? [*Sua voz começa a ficar trêmula*] Aí, puseram numa casa sozinha, sem ninguém. Aquilo me machucou muito, sabe? Eu queria ter os meninos por perto, os meninos tava longe. [...] Tava com a avó. [...] Igual ela falou “Os filhos são meus, os meus netos você não leva até sair desse buraco”.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017)

Carla: Aí, minha mãe tava morando aqui em Águas Claras e aí foi a minha mãe e a minha irmã de Aroeira [para o enterro do Marcos em Pedra Branca], mas me deixaram lá. Fiquei, assim, meio boba, né? [...] Hoje eu já não tenho mais nada. Tá tudo assim ó [*faz um gesto de coisas espalhadas*]. Dividiu meus móveis lá pros outros, né? Aí me levou a minha mudança pra lá, me arrumaram uma casa bem feia e colocaram eu no fundo do quintal. Eu fiquei lá durante... acho que um mês, dois meses, não sei. Talvez três. Eu sei que nesse intervalo eu peguei uma... eu peguei uma tristeza muito grande porque eu fui lá, meu cunhado me bateu, não quis deixar eu ficar com o meu filho, não deixava ele sair de dentro de casa.

Mara: Nisso já tava o Bruno e o Tiago com a sua sogra?

Carla: Com a minha sogra. Eles foram lá na casa, na casa de fundo, e falou assim “Ô Carla, a gente pode levar o Bruno?” Aí eu falei assim “Pode”. Aí... Confiando porque antes era um amor muito grande, né? Mas a gente conhece a pessoa pelo outro lado depois, né? Aí era um amor muito grande, falou assim “Carla, posso levar o Bruno?”, eu falei “Pode”. Depois de um tempo, veio “Carla, posso pegar o documento assim assado e mais roupa?”, “Pode”. Eu não tinha... Eu não tinha nada em mente. Eu achava que não tava acontecendo nada. Eu não tinha nada em mente. Aí o meu filho maior, foi o meu cunhado que foi lá e falou “Carla, ele vai trabalhar comigo na feira. Pode levar?”. Eu falei “Uai, pode”. Se era a vontade dele, né? Ele falou “Não, mãe, deixa eu ir. Deixa eu ir”, “Vai”. E ele foi. Ia pra [*fala o nome de uma cidade*], fazia feira. Ele e meu cunhado. E aí... Eu passei um dia na feira, não aguentei ver muito, eu comecei a chorar, voltei. Eu... Toda vez que eu via ele, eu chorava [*se emociona*]. Aí o Bruno... Quando eu ia buscar ele, o meu cunhado pegava e me batia, não deixava eu ver mais o Bruno. Ele falava assim pro Bruno ficar lá na sala e eu voltar pro quarto quando eu chegava pra ver ele. Dava comida pra ele certinho, as coisas certinho, mas me humilhava muito. Gritava que eu era mulher de tudo quanto era nome, entendeu? Aí eu falava “Olha só, Marlene, o que ele tá falando!” Porque Marlene era a minha ex-sogra. “Olha, Marlene, o que ele tá falando”, “Não, Carla, calma, não fala nada, não.” [...] Depois disso tudo, o que eu mais chorei foi quando meu sogro me humilhou. Ele falou assim, eu tava indo pra casa junto com ele. Aí eu andando, assim, atrás dele, ele falou assim “Carla, para de andar atrás de mim. Carla, o que você tá fazendo aqui? Vai embora pra sua casa” e eu fui embora chorando. Depois disso eu nem levantei mais da cama. Eu não procurei...

Mara: E por que você tava indo atrás dele?

Carla: Eu tava indo pra casa aonde mora o meu filho, meus dois filhos, entendeu, que é da minha ex-sogra.

Mara: E ele achou que você tava seguindo ele?

Carla: Não... Eu tava junto com ele, né, eu vim do bar junto com ele! E ele falou “Carla, para de me seguir. Carla, para de vim aqui. Vai pra sua casa.” Na hora que ele me humilhou desse jeito, eu fui embora chorando, não voltei mais pra casa, pra casa dele. Eu fiquei lá socada naquela casa sem vontade de fazer nada, entendeu? Eu não conseguia procurar mais trabalho, nem nada.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Carla: Na realidade, aí eu entrei em depressão por causa disso. Depressão é isso: é você não levantar duma cama, é você não fazer nada. A única coisa que eu fazia pra dar certo de eu bebe água era ir num poço artesiano que tem... [...] Na esquina da minha casa, tinha uma mulher que tinha um poço artesiano. Então, eu ia buscar água lá. Aí nessa época, começou a me dar muita coceira no rosto, muita coceira na boca. Parecia que tinha bicho andando, bigato andando. Eu não conseguia nem comer. Aí eu tava muito mal. Aí numa época que eu tava muito mal, eu fui lá e avisei, mas ninguém ligou lá da minha ex-sogra. Aí eu fiquei ali na casa. Aí comecei a passar mais mal ainda. Era muita... Parecia que eu tava cheia de bicho, eu me sentia imunda igual se fosse um defunto. Parecia que eu tava sentindo comer eu viva. Aí o meu pai... Eu

não falei nada pro meu pai, mas de repente o meu pai me aparece lá com uma cesta básica. Porque antes o meu cunhado tinha levado uma cesta básica. [...] Eu não saía de casa, não lavava mais roupa, tava pedindo comida pra vizinha. Eu não tinha mais comida em casa.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Na época, a suposição de que Carla estava se drogando e vivendo muito mal chegou ao conhecimento de uma irmã de Fátima que morava em Pinheiros/SP, cidade vizinha de Pedra Branca. Essa tia de Carla quis confirmar tais informações e foi ao encontro da sobrinha. Ao vê-la, constatando a precariedade da situação, a tia a levou ao Hospital Especializado em Psiquiatria de Pinheiros, com a ajuda de uma familiar que trabalhava como enfermeira nessa instituição, e Carla foi internada no mesmo dia.

Fátima: Ela ficou quase três meses lá [em Pedra Branca], mas nesses três meses ela só piorou. Aí foi onde a minha irmã foi lá pra Pedra Branca, que a minha irmã é de Pinheiros. Chegou em Pedra Branca e viu a situação dela, catou ela e trouxe embora. Ela não tinha nem água pra beber na casa dela. Porque eles tinham cortado a água e o pai não tinha visto isso. [...] Ela estava sozinha. Entendeu? Aí o pai levou a cesta básica, mas nem prestou atenção que ela não tinha gás e nem água. Entendeu? Isso eu fiquei sabendo isso tudo depois. [...] Aí, depois que a minha irmã ficou sabendo da situação que tava lá, que foi alguém... porque é pertinho, né, Pedra Branca de Pinheiros. Foi alguém lá e chegou e falou “Ó, a Carla tá usando droga, tá isso, isso e isso.”

Mara: E ela tava usando droga mesmo?

Fátima: Não. [...] É porque ela tava surtada. Então eles... da reação dela, eles falavam que ela tava drogada. Aí a minha irmã falou “Mas isso eu tenho que ver de perto.” [...] Minha irmã falou “Ó, Fátima, cheguei lá na casa dela não tinha gás, roupa suja, tava todas as roupas dela suja. Tinha um fogãozinho feito no meio do quintal. Ela não tinha água nem pra beber”. Eu falei “Eu não acredito que o pai dela falou que ia todo dia lá e não viu isso!” Aí, minha irmã trouxe ela pra Pinheiros, minha sobrinha é enfermeira do hospital psiquiátrico em Pinheiros. Minha sobrinha catou ela, levou lá. O médico falou “Tem que internar, ela tá surtadinha!” Aí foi onde internou lá.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Fátima: Eu tô aqui... Aí rapidinho... passou o que? Um mês, dois meses, a minha irmã me ligou e falou “Fátima, ó, eu fui lá, busquei a Carla numa situação lamentável e já internei ela no [fala o nome de um Hospital Especializado em Psiquiatria da cidade próxima à Pedra Branca]”, eu falei “Como assim??” porque aqui...

Mara: Foi coisa de um, dois meses?

Fátima: Foi! Foi assim. Coisa rápida. Aí eu falei... É muito esquisito. Porque aqui ela tava assim insuportável de briguenta porque ela tava brigando muito com a irmã dela, brigando comigo e, sabe assim, brigando mesmo. Tanto! Mas eu falei, a partir da hora que ela tá com os filhos e falar “Não. Agora eu tenho que trabalhar pra me sustentar.” Daí vai ser outra coisa. Só que a coisa foi diferente.

Mara: Essa era a sua expectativa?

Fátima: Era a minha expectativa...

Mara: Que ela assumisse as responsabilidades...

Fátima: É tipo assim: a hora que a água bate na bunda, neguinho aprende a nadar. Só que com a Carla foi diferente. Ela não aprendeu a nadar; ela foi mais pro fundo do mar ainda.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Carla: É esquizofrenia isso, né? É você misturar uma coisa que não é real com a realidade. Né? Mas eu me sentia imunda, parecia que eu tava cheia de bicho; eu não conseguia comer, parecia que caía da minha boca, parecia que caía da minha cabeça. Ficava andando. Aí quando a minha tia chegou lá... Porque chegou a minha prima e falou assim “Carla, vamos passear lá na chácara?”, aí eu falei “Ah, não vou, não, Rafinha [*prima*]”. Aí ela foi embora. Ela não se cansou! Ela trouxe a minha tia. Aí ela trouxe a minha tia, aí a minha tia veio e falou “Vamos passear lá na casa da tia”, e eu falei “Vamos, tia, mas e meus filhos?”. Ela falou “Não. Deixa aí e depois a gente vê. Você vai voltar pra ver eles”.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Fátima foi visitar a filha por duas vezes neste Hospital, sendo que, na segunda, em virtude de seu bom comportamento durante o tratamento, Carla havia conseguido uma autorização para passar o final de semana com a família em um rancho em Pinheiros. Carla ainda não havia recebido alta do hospital, mas, ao final da estadia, Fátima fez a opção de levar a filha de volta a Águas Claras, para que desse continuidade ao tratamento em local mais próximo de sua casa. Assim, solicitou às suas parentes que comunicassem essa decisão à equipe médica.

Nessa época, Tiago e Bruno já moravam definitivamente com os avós paternos em Pedra Branca e Carla passou a morar com Carolina em Aroeira, afirmando que vinha se sentindo bem e que não havia necessidade de se internar. Porém, receosos com o comportamento de Carla, a família fez um combinado de deixá-la trancada na casa ao longo do dia. Em pouco tempo, Carla já se mostrava agressiva e a convivência com a irmã estava difícil. Várias situações embaraçosas aconteceram, entre elas o fato de Carla ter se envolvido sexualmente com Robson, sobrinho da irmã, um rapaz alguns anos mais novo que morava com eles.

Carla: Quando viemos pra cá, eu tive que ficar em Aroeira. Minha mãe... Minha irmã me trancava dentro de casa. Ia trabalhar, trancava o portão à chave e levava. E isso era recomendado para todos: trancar o portão. [...] Todos trancavam o portão e levava a chave embora. Então, eu ameacei até um dia pular o muro. O muro era super alto, da altura da janela, muito alto mesmo. E aí eu num... Quando eu olhei lá embaixo, eu não dei coragem de pular. Eu falei “Eu vou quebrar a perna”. [...] Aí como ela me trancava, eu já tava ficando louca. Aí quando eu tive a oportunidade, que a minha mãe me deu 10 real, eu fui no bar e gastei tudo em cigarro, bebi bastante! Quase não dei conta de

voltar pra casa [risos]. Quando voltei, sentei lá no chão, fumei cigarro até falar chega! [...] Quando eu tive contato com o Robson, a minha irmã achou super ruim e brigou.

Mara: Quem que é o Robson? Que você falou que trabalha aqui?

Carla: Sobrinho dela [Carolina], que trabalha aqui. Aí ela ficou super brava e eu não achei lógica praquilo. [...] Aí eu passei uma noite fora com um outro Robson porque, na realidade, ela não queria deixar eu ficar em casa com o Robson e aí eu peguei e saí, fui pra praça e arrumei um ficante lá. [...] Aí depois disso, por causa de uma salsicha, eu e minha irmã se atarracou. [...] Aí como eu peguei o dinheiro da passagem dela, ela ficou muito brava, ela voou em mim, eu voei nela e a gente começou a brigar, meu cunhado separou. E aí depois, logo em seguida, minha mãe me enganou e falou “Vamos dar uma volta. Vamos lá pra casa da mãe”. “Ah, vou levar minha filha pra casa!” e me levou pro [fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria]! [risos]
(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Fátima buscou Carla em Aroeira e ela foi internada no Hospital Especializado em Psiquiatria de Águas Claras pela primeira vez, permanecendo de 24/11/2014 a 28/1/2015 (66 dias).

Desde a alta dessa primeira internação, Carla passou a morar com a mãe e o padrasto (Celso) em Águas Claras, os quais vinham mantendo uma rotina intensa de trabalho com a produção de marmitas. Carla passou a auxiliá-los quando se sentia disposta, portanto, sem assumir um compromisso fixo com essa atividade.

Fátima: A minha vida é bem corrida. Eu levanto às quatro da manhã e faço café da manhã. Às seis horas meu marido tá saindo com os café. E eu já estou colocando o feijão no fogo, água no fogo pra fazer arroz. Sete horas da manhã eu já tenho duas panela de arroz pronta e duas panelas grande de feijão cozido. Aí, eu não saio da beira do fogão nem pra ir no banheiro. Não consigo. E pra beber água, eles que colocam água no copo e bota do meu lado porque você não sabe se você frita, se você cozinha, se você olha a panela que tá queimando, você tá entendendo? Quinze pras nove a gente começa a montar marmita. Aí ele [Celso] põe arroz e feijão, eu e a Gislaine [ajudante de Fátima] vai montando as misturas. Se tem alguma coisa pra fritar, a Gislaine vai fritando e vai montando numa parte, eu vou montando a outra. E meu sobrinho vai embalando.

Mara: São quantas refeições? Tipo, um almoço, você faz pra quantas pessoas?

Fátima: Umas 120, 130. Aí quando é dez horas e... O motoqueiro sai 10:15, o Celso sai 10:15, 10:20. Eu 10:30, no máximo, eu tô saindo também pra fazer as minhas entregas. [...] Aí, eu chego aqui, aí é o lanche da tarde, ou é cachorro quente, x-salada, entendeu? Então venho eu, vou fazer molho de salsicha ou vou fritar hambúrguer. Aí, a gente monta todos os lanche, eles sai com os lanche. Aí a gente entra pra janta, entendeu? Aí de sexta, que é mais... é... começa um pouquinho mais tarde porque o menino vem fazer faxina na cozinha. É porta, é azulejo, é fogão, é tudo, né? [...]

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

A convivência familiar oscilava entre períodos de tranquilidade e agitação, já que Carla ora estava cooperativa e pacífica, ora se mostrava hostil e agressiva. De acordo com os relatos, independentemente da medicação e de seu humor, Carla costumava sentir-se perseguida, acreditando que as pessoas do entorno queriam prejudicá-la.

Fátima: Não é fácil nenhum pouco. Porque ela é bem arredia, né, mesmo ela tomando remédio ela é arredia. Ela... Ela tem uma cabeça que eu não sei te explicar como que funciona isso. [...] No começo eu não sabia nem lidar com essa situação, quando ela apareceu com esse quadro, pra gente era mania de perseguição que ela tinha, entendeu, com as pessoas... achava que era coisa que ia passar. Até que a coisa piorou que não teve jeito.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Carla: Aí eu fiquei internada da primeira vez. [...] Aí, depois disso, vieram as outras internações, né? Porque aí eu queria os meus filhos, eu ficava brava, eu queria bater... Era desse jeito!"

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Carla esteve internada pela segunda vez no Hospital Especializado em Psiquiatria de Águas Claras no período entre 14/3/2016 e 31/5/2016 (79 dias), porém, ela e a mãe não conseguiram relatar esse episódio com clareza, parecendo que já se misturava com os outros na lembrança.

Mara: E no [*Hospital Especializado em Psiquiatria*] ela teve três internações. A primeira, depois de Pedra Branca. Essa última agora de 2017, mas teve uma outra aí no meio do caminho, em 2016.

Fátima: Não teve, não. Três, não. Ela foi internada duas vezes, não foi?

Mara: As datas que eu tenho lá do [*Hospital Especializado em Psiquiatria*] é a primeira em 2014, depois uma outra em março de 2016 a maio de 2016, que seria a segunda. E depois essa de 2017.

Fátima: Então foi três. A minha cabeça também não tá funcionando. [*risos*]

Mara: Pra você já era duas.

Fátima: Pra mim era duas.

Mara: Então, você consegue lembrar o que tava acontecendo nessa segunda?

Fátima: É tudo a mesma coisa. É tudo a mesma coisa. O diagnóstico é o mesmo. Sempre o mesmo.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Carla: Eu já nem sei mais. Eu sei que eu fui internada pela última vez foi por causa lá no CSU [*Centro Social Urbano*], que eu bati na minha irmã dentro do CSU. Mas das outras vezes eu já não lembro mais. Faz tanto tempo, né? Peraí. Eu consigo lembrar. A primeira vez foi da [*fala o nome da rua em que morava na época*], que tem na recomendação da carta. A segunda vez que eu não sei...

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Em 2016, após sua alta em maio, os médicos responsáveis por seu seguimento pós-alta ajustaram sua medicação e mantiveram a prescrição da Quetiapina. Carla seguia bem com essa medicação, entretanto, o remédio esteve em falta na rede e ela ficou sem tomá-lo por cerca de dez dias. Por falta de informação, ela e a mãe imaginaram que, por se tratar de um remédio controlado, fornecido pelo governo, não seria possível comprá-lo em farmácia. Segundo o relato da mãe, Carla começou a dormir muito pouco e a marcar encontros noturnos com homens desconhecidos.

Fátima: Ela tava sem [a Quetiapina], ela ficou sem. Porque não tinha na rede. Aí eu falei “Falta de informação, né?” Porque se eu tenho [a informação de] que posso comprar... Porque eu achava que era um remédio que dava controlado, você não compra ele, entendeu? Agora eu sei que se ficar sem, eu posso ir lá e falar “Vocês me dá a receita que eu vou buscar”. Eu compro e dou, entendeu? Só que eu não tinha essa informação. Pra mim era um remédio que vinha controlado e que não tinha como eu comprar. Mas agora eu tenho essa informação que eu posso comprar, entendeu?

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Fátima: Ela, primeiro, quando ela saiu de lá [*se refere à alta do Hospital em 2016*], assim que ela saiu, a primeira consulta dela, eles tiraram quatro tipo de remédio dela. Ela saiu tomando cinco, tiraram quatro, deixaram ela só com um remédio. [...] Tanto é que na segunda consulta, ele queria tirar mais um. Falei “Uai, tirar mais um como, se já tirou tudo?”, [e o médico falou] “Ah, já tirei? Ah, então tá”. Ela ficou tomando só Quetiapina. Faltou na rede. Ela ia todo dia pra buscar esse remédio. Faltou. Ela ficou sem. Quando ela conseguiu pegar, mas ela já tinha ficado um tempo sem, entendeu?

Mara: Isso entre a penúltima e a última internação dela?

Fátima: Isso. Aí ela tava fazendo academia, tava indo até bem. Mesmo essas mania que ela tem, mas tava fluindo, né? Aí ela começou a tomar esse remédio pra emagrecer, juntou que ela ficou sem a medicação e ela não dormia, ela ficava a noite toda acordada. E fora que pelo telefone ela marcava os encontros. Era dois, três homens nessa porta. Você tá entendendo? Duas, três vezes na noite. Ela saía com um, chegava, porque acho que eles percebia os distúrbio dela. Eles traziam de volta. Só ia aqui na avenida, entendeu? Trazia ela de volta.

Mara: Mas eram homens que ela não conhecia?

Fátima: Sim. É só pela internet. Esses relacionamento que você encontra e “Vamos sair?”, “Vamo”, “Eu moro em tal lugar”. Falei “Carla, não fica passando o endereço pra todo mundo!”, [E ela falava] “Não, porque a senhora casou, a minha irmã casou, porque não sei o que, eu não tenho direito de arrumar um namorado...” Sabe? Aí ela

começava a conversar com alguém e esses homem é cheio de lábia, não sabe o problema que ela tem. Aí ela fala “Não, porque agora eu arrumei um namorado e ele vai vim aqui conhecer a senhora”, Só que a pessoa não vem aqui, entendeu? Vem, pega ela e leva só ali no motel e já traz de volta. Teve uma noite que ela saiu daqui e foi lá no [fala o nome de um bairro periférico] na casa de um cara. De moto taxi, que eu dei o dinheiro dela pro final de semana, ela chamou um moto taxi e foi pra lá. Com o dinheiro na bolsa, o celular que eu tinha acabado de comprar o celular pra ela. Ligou pra irmã dela meia-noite pra mandar um moto taxi buscar ela porque o cara falou que ia matar ela. Foi dormir na casa do cara sendo que ela nem conhecia. Aí, antes dela ser internada, antes deu levar ela pro hospital, ela tava saindo demais. O que que eu fiz? Eu tranquei o portão e comecei a tirar a chave. Aí na sexta-feira, ela tentou pular o muro. Olha a altura desse muro! Ela tentou pular esse muro [aponta o muro de uns três metros de altura]. Escutei o barulho de três botijão caindo pro chão porque ela pôs os botijão de gás e subiu encima. O cara tava aí fora de moto esperando ela. Aí ela mordeu o braço, ficou tudo roxo. Aí, eu levantei correndo “O que que tá acontecendo, Carla?!” [E ela falou] “Um lobisomem lá no meu quarto tá me mordendo porque tá cheio de lobisomem lá, porque eu tenho que sair dessa casa”. Só que eu não sabia que o cara tava lá fora. E ela arrumadinha, aí ela entrou pra dentro”.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Carla: Ó, depois de seis anos aí ó, o meu namorado veio me buscar, deu luz, buzinou, deu luz, ficou me esperando na esquina, eu não abri o portão. Que jeito? Trancaram a chave, esconderam a chave.

Mara: E é aquele namorado [Ronaldo]? Que a gente conversou?

Carla: Não. É um que eu arrumei recente. Aí a minha mãe trancou as portas e chave guardou no quarto dela.

Mara: Pra você não encontrar ele?

Carla: Pra mim não encontrar ele.

Mara: E por que você acha que ela fez isso?

Carla: Se não foi ela foi o Celso. Eu não sei! Eu procurei em todos os lugares. Ele teve paciência de me esperar 50 minutos ali ó [aponta a calçada].

Mara: Quando que foi isso?

Carla: Antes de internar.

Mara: Ah, tá.

Carla: Eu sou mulher, não sou criança.

Mara: Uhum. E você acha que tava sendo tratada como criança...?

Carla: É. Fui tratada como criança no dia que eu mais precisava.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

No dia seguinte à noite dos botijões, de acordo com as entrevistadas, Carla começou a desenvolver um pensamento delirante no qual acreditava que um dos filhos estava morto dentro dos sacos de lixo na calçada da casa. A situação evoluiu para agressões físicas e verbais contra o padrasto e, após ser controlada, ela trocou de roupa e chamou a mãe para que fossem a pé até a casa de um tio que mora em outra cidade. Aproveitando o convite, a mãe conseguiu conduzi-la até a UBDS.

Fátima: No outro dia, ela acordou cedo e saiu jogando água nessa casa. Daquele jeito, né? Fez. Daí, depois, ela deitou no sofá, aí catou o saco de lixo, que tava aqui na rua, catou e levou pra dentro, trouxe os três sacos pro corredor, rasgou eles tudo. Diz que tava procurando o filho dela que tava cortado lá dentro. Aí, de repente, ela entrou dentro da cozinha, o Celso saiu com as marmita no braço, levou no carro e voltou pra buscar a última que eu tava montando. Aí, ela entrou dentro da cozinha assim correndo e voou em cima dele “Você matou meu filho, desgraçado!!!” Ele grudou nela e os dois caiu pro chão. E ele tentando segurar ela, só que ele é pequenininho também, né?! Aí eu segurei ela pra ele poder sair correndo, falei “Vai embora”, aí ele montou no carro e saiu pra ir entregar as marmitas. Ela saiu correndo aqui e disse que ia matar ele. Depois ela entrou pra dentro, botou um cinto por cima da saia, uma outra blusa, catou a sandália na mão e falou “Vamo embora, mãe, vamo”. Tá, a gente saiu andando. Fomos parar lá no postinho. Aí, chegando lá, eu já entrei e falei pra moça, falei “Ó, ela tá em surto”.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Carla: Eu, dentro de mim, quando separou os meus filhos, eu senti dentro de mim algo pular, sabe? Como se fosse um órgão meu pulando e pedia socorro “Mãe!”. Eu não tinha visto aquele lixo. Um monte de lixo, saco... Saco de lixo grande, pesado. Três sacos de lixo, muito pesado, varinha virada, tudo assim só ó, tudo. Um varinhas... quando você pega pra bater em criança, seca. Aí aquele cheiro forte, eu falei “Meu Deus, será que é isso?” e eu achava que era o meu filho que tava morto dentro do saco, cheirava muito mal. Aí colocaram pra cá os sacos, mudaram de lá. Aí eu tomei um banho pra ver se isso melhorava, piorou. Aí eu senti o meu outro filho falando “Mãe do céu, corre lá e tira o Bruno porque o Bruno vai morrer, o Bruno não vai aguentar, é muito bicho, é muito bicho”. Eu saí dali, eu dei um pulo do sofá, eu cheguei tudo os sacos e ... sentir o cheiro e... antes eu sentia e na hora que o Celso veio [*padrasto*], ele viu eu fazendo isso, eu não sei se ele voltou pra trás ou se ele veio com a marmita aqui. Eu só sei que ele veio pra voar “ni mim”. Eu falei assim “Você matou o meu filho!” Porque ele matou o Bruno por dentro, porque o Bruno chorou tanto no meu colo, tanto, tanto, tanto, tanto! [*chorando*]. Falando “Mãe, não morre, não. Porque meu pai já morreu, você não morre, não”. Ele matou o Bruno por dentro.

Mara: Uhum. E nessa hora vinha um sentimento dentro de você de que aquele cheiro era do seu filho...

Carla: Era... Aí eu simplesmente pra ele “Você matou o meu filho” e fui pra cima dele e minha mãe entrou no meio, mordeu o dedo dele. Nada eu esqueço. Falar “Ah, esquizofrenia é uma... uma... uma saúde, não, mas é uma deficiência mental” não é. Sabe tudo, não esquece de nada.

Mara: Você se lembra bem de tudo isso que aconteceu?

Carla: Tudo.

Mara: Mas hoje você vê que aquela sensação que você tava tendo não era verdade, depois você viu que o seu filho não tava dentro do saco...

Carla: É exatamente. Mas eu senti depois como se tivesse nascendo um nenê dentro de mim, eu senti que tava nascendo e eu fiz assim no posto de saúde. Falei “Tá nascendo”, aí depois aí eu já descí dali aí eu rapidinho fui lá na frente e vi que era uma mulher que tava grávida. E eu sou filha de Messias, você sabe, né?

Mara: Ahn. Eu não sei...

Carla: Eu... Aí, eu fui lá na frente e tinha uma mulher pra ganhar nenê já. Aí tinha outro, ela foi pra ganhar nenê e tinha outra criança tudo com a cabeça assim ó [*coloca as duas mais na cabeça, formando uma coroa*], só a cabeça assim ó, cortada igual cristo. Enfaixado. Aí, daí, acabou. É só. É uma loucura tudo isso.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Após esse ocorrido, Carla passou oito dias na UBDS aguardando a liberação de uma vaga no Hospital Especializado em Psiquiatria. Tanto ela quanto Fátima descreveram essa espera como muito desgastante devido à falta de estrutura física e de preparo técnico para atender uma demanda dessa natureza. Carla estava muito agitada e agressiva, acabou se envolvendo em brigas com os profissionais da unidade e passou os dois últimos dias amarrada em um quarto de isolamento, antes de ser transferida para o Hospital Especializado em Psiquiatria.

4.2. Caminhos percorridos na rede pública de saúde

A presente seção inclui os relatos das participantes sobre os cuidados em saúde mental recebidos nos diferentes serviços que compõem a rede pública de saúde, incluindo a espera pela vaga nos serviços de urgência, o período de internação no Hospital e o acompanhamento recebido após a alta.

A espera pela vaga

A última internação das participantes no Hospital Especializado em Psiquiatria foi precedida de período de espera pela liberação da vaga. Carla e Fernanda aguardaram em UBDS, em regime de internação total, sendo que Carla permaneceu nesse serviço por oito dias e Fernanda, por catorze. Já Regina, por residir em um município de menor porte que não dispunha de UBDS, permaneceu por quinze dias em uma Unidade de Pronto Atendimento. Os recortes abaixo apresentam a perspectiva das familiares sobre o período que antecedeu a internação no Hospital Especializado em Psiquiatria.

Marli: Aí nesse intervalo eu tô aqui cuidando da Regina, internei a Regina aqui no hospital [*Se refere à Unidade de Pronto Atendimento*] pra conseguir vaga no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Ela ficou 15 dias. Eu fiquei esses 15 dias, dia e noite no hospital com ela. Porque lá tem que ficar uma pessoa acompanhante, não pode ficar sozinha. Aí ficava assim: uma hora o meu marido ficava pra mim poder vim em casa um pouquinho, sabe? Outra hora a Cláudia ficava, e a Cláudia trabalha também, né, então ela chegava do serviço falava “Ô, mãe, eu vou aí ficar um pouquinho com a Regina pra você vim em casa”. E eu fiquei 15 dias nessa vida com ela no hospital.

Mara: E era hospital ou era ambulatório?

Marli: Aqui, no Pronto Socorro aqui. [...] Aí chegou o dia dela receber [o dinheiro do benefício], eu falei pro enfermeiro do hospital, pro doutor dela lá, eu falei “Doutor, o senhor não liberava eu pra Regina ir no banco? Porque é só ela. Ela tem que pôr a mão lá no banco pra passar a digital pra mim sacar o dinheiro dela e eu tenho que mandar um pouquinho pro marido dela também, que ele pediu, né, e ele tá doente.” Daí ele falou “Mas você leva ela no banco e do banco pra cá, hein?! Não vai pra outro lugar!” Aí eu disse “Não. Tá bom.”. Aí ele deixou, eu levei ela. Chegou lá... Pra você ver como que ele [*Marcelo*] era sacana, como que ele era bonzinho [*ironia*]. Cheguei lá no banco, menina, sabe o que ele fez? [...]. Cheguei lá, a mulher puxou e falou assim “Uai, esse dinheiro foi sacado lá em Belo Monte”. [...] Agora você pensa o que

ele fazia com ela?! Ele sacou e não mandou um centavo sabendo que eu tava já há quase 15 dias no hospital com ela, entendeu? Naquele intervalo, eu precisei de ir numa consulta nas clínicas e meu marido teve que pagar pra minha vizinha ficar com ela no hospital, entendeu?

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

Fátima: E dessa última vez, ela ficou oito [dias na UBDS aguardando a vaga no Hospital]. A gente tem que ficar internada junto com ela, por quê? Porque não pode ficar sozinho. O paciente pode fazer o que quiser, pode ir onde quiser porque eles não podem fazer nada. E sem medicação. Só se ela ficar agressiva, eles vai lá e dopa ela, eles vai lá e dopa ela, amarra na cama e pronto! É isso aí. Espera acontecer uma tragédia. Que nem foi dessa última vez que ela ficou lá, que ela avançou na Mônica [Enfermeira da UBDS][*Refere-se ao episódio em que Carla e a enfermeira brigaram, que será descrito posteriormente*].

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Eunice: Ela ficou... foi 15 dias? Ó, ficou 14 dias! Já foi bastante! Ela tava tão brava! Brava! Ela tava brava! Ela pegou um enfermeiro, machucou tudo ele aí [na UBDS].

Mara: Ficou 14 dias nas UBDS?

Eunice: É! “Só” 14 dias [*ironia*]! Eu já falo “só” porque foi muito!!! Se ela tivesse ficado mais [tempo na UBDS], eu nem sei o que que acontecia! Ela não tava aguentando mais. E só arrumou a vaga [no Hospital] porque eu liguei pra minha outra filha e falei assim “Olha, pelo amor de Deus, eu não tô sabendo o que fazer. A Fernanda saiu de lá, ela não tá querendo ficar mais lá [*se refere à fuga da UBDS*].” Porque tinha que esperar a vaga e eles deixava aí [na UBDS]. Eu quero ver se isso [de esperar na UBDS] não acontece mais porque isso é perigoso! Peguei e falei assim [pra minha filha, Silmara] “Eu não sei o que fazer! [...] Tá acontecendo que a Fernanda tá brava, não quer ficar lá, veio pra casa de repente. E como que eu vou fazer com ela agressiva desse jeito? Essa vaga não sai!”. Aí, a Silmara pegou e se informou não sei com quem, veio aqui e pegou eu [...]. Me levou lá na polícia [...] e eles falam assim “Ó, não é aqui. Eu vou mandar você e a sua mãe no lugar certinho. É lá na delegacia [...]. Você vai lá, faz essa queixa: fala que a menina... Que não tem condições, que vocês mora perto do posto, que ela a qualquer momento... que ela tem esse problema. E que ela já machucou o enfermeiro lá [na UBDS]. [E que ela] Pode fazer qualquer coisa errada.” Né? De repente, né? Ela não responde por ela. Ela fica nervosa, ficou! [...] Eu vim embora apavorada. Eu falei “E agora? Ela não vai querer ficar lá! Como que vai ser?” Aí, nisso, Deus ajudou que aos trancos e barrancos... Ela até veio aqui no portão mas depois voltou e posou lá [na UBDS].

Mara: E ela podia sair de lá?

Eunice: É, então! Ainda tem mais essa, que a qualquer momento ela me saia de lá! Falei “Gente do céu! Olha, se isso tivesse acontecido quando ela era mais nova, tinha acontecido alguma coisa errada, viu?!” Porque ela não parava, não! Ela sumia...

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Eunice: Que nem dessa última vez que ela me bateu, foi a... foi... Ela tava [na UBDS] esperando vaga [no hospital], só que ela escapou de lá e veio aqui. E eu fiquei morrendo de medo porque eu falei “Vai saber, ela fica muito nervosa agora. O que que ela vai fazer com a menina [*se refere à Gabriela, sua filha*]?”

Mara: Ela... Quando ela foi levada de ambulância, ela foi levada daqui [de casa] para a UBDS?

Eunice: Não. Daí foi na UPA primeiro pra passar por uma psiquiatra. Eu fui junto, tudo, eles levaram.

Mara: Ahn! Então, a ambulância saiu daqui e foi na UPA e depois ela ficou aqui aguardando a vaga na UBDS?

Eunice: É. Ficou aguardando a vaga. Aí, a vaga tava demorando muito pra sair e ela chegou ao ponto de vir aqui em casa porque é fácil... escapou lá, né?

Mara: É pertinho.

Eunice: Porque, aí, eu fiquei com raiva até disso aí. Eu não achei certo. Até falei lá, mas não adiantou. Aí a médica explicou pra mim, ela falou “Ah, nós somos psiquiatras, mas a gente não manda, né, nem na UPA não manda”. Por exemplo, porque eu queria saber por que que deixaram ela aqui. Porque eu falei “Aqui não tem psiquiatria” e precisa de ver os rolos que aconteceram aí.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Marli e Fátima abordaram a exigência da permanência de um familiar junto ao paciente que aguarda a liberação da vaga. Diferentemente, Eunice descreveu que Fernanda pôde aguardar sozinha na UBDS e, apesar de não estar autorizada a sair da unidade, em ao menos uma situação fugiu do local e apareceu em casa, deixando-a insegura. Tendo em vista a agitação, agressividade e experiência delirante que Regina, Carla e Fernanda apresentavam, a avaliação médica foi desfavorável para que elas aguardassem a liberação da vaga em suas residências. Assim, elas permaneceram por vários dias nos serviços de urgência citados, os quais foram indicados como referências para o acolhimento das questões de ordem psiquiátrica que estavam vivenciando. A espera pela vaga se deu em regime de internação total, uma vez que as pacientes permaneceram nas unidades em tempo integral e sob monitoramento, sem autorização para saídas. Porém, de acordo com os relatos, essa “internação” configurou um período de espera protegida em que o foco das intervenções era predominantemente o controle medicamentoso e físico (contenção) dos sintomas e os profissionais não se aproximaram para estabelecer vínculos, conhecer quem eram essas pessoas e qual a situação que estavam vivendo.

Almeida, Nascimento, Rodrigues e Schweitzer (2014) definem a crise psiquiátrica como uma experiência da vida humana permeada pela necessidade de cuidados profissionais imediatos pautados em conhecimentos teórico-práticos e vinculados a um modelo coerente com as práticas interdisciplinares e as atuais políticas públicas de saúde mental. Para os autores, as pessoas em sofrimento mental vivenciam momentos críticos que, por vezes, coincidem com o desencadeamento de crises, entendidas como rupturas das certezas, gerando ações confusas e incompreendidas por elas mesmas e pelas pessoas do entorno.

Para Oliveira et al. (2015) e Gomes et al. (2018), as famílias são importantes atores no cuidado das pessoas em sofrimento mental, tendo em vista a mudança de paradigma proposta pela Reforma Psiquiátrica em que são questionadas ações de isolamento/segregação

e fomentadas estratégias que visam à retomada da vida com qualidade e reinserção social. Muitas vezes, as famílias vivenciam, cotidianamente, dificuldades com as situações de crise e com a desarticulação das ações de cuidado, o que pode culminar na necessidade da internação psiquiátrica. Corroborando os autores, as familiares entrevistadas descrevem que mantinham expectativas quanto à melhora de seu ente, considerando o contexto da pessoa e o cuidado para além da internação, entendida como um episódio temporário, circunscrito ao todo da vida.

Marli, Fátima e Eunice consideraram longo o tempo de espera pela liberação da vaga, o que causou impactos diretos em seus cotidianos, desde a necessidade de reorganização da rotina da família, visando o revezamento do acompanhante, até a sobrecarga emocional pela preocupação com o ente em sofrimento. Marli mencionou as dificuldades em conciliar a rotina como acompanhante de Regina na UPA com os afazeres cotidianos, tais como idas ao banco e ao médico. Fátima e Eunice, sobre a espera, destacaram a questão da agressividade de Carla e Fernanda, o que lhes despertava preocupação e insegurança. Eunice referiu que precisou de auxílio de sua outra filha, Silmara, para intervir junto à polícia na reivindicação pela vaga.

Depreendeu-se que, durante os dias em que permaneceram nos serviços de urgência, os cuidados dispendidos às pacientes ficaram restritos à contenção dos sintomas, visando tornar possível o período de espera. Dessa forma, observamos que as pacientes estiveram por oito, 14 e 15 dias em situação de crise psiquiátrica, acomodadas em condições transitórias e precárias nos serviços de urgência, sem que fosse iniciado um projeto terapêutico ou sem que alguém se aproximasse com o intuito de vinculação, prolongando a vivência da crise e/ou da contenção.

Uma urgência denota uma “ocorrência imprevista de agravo à saúde”, demandando assistência imediata e carregando em si o fator da imprevisibilidade (Fernandes, 2004, como citado em Jardim & Dimenstein, 2007). Seguindo essa lógica, Jardim e Dimenstein (2007) afirmam que situações de urgência requerem ser atendidas imediatamente e que, no contexto da saúde mental, a ideia de *urgência* merece ressalvas, pois sem problematizá-la incorre-se no risco de reatualização das associações entre crise psiquiátrica e periculosidade, resgatando um longo passado de violência e estigma. Nessa direção, as autoras propõem uma inversão do olhar sobre a crise, a saber, passando-se do “atendimento de uma urgência psiquiátrica” para a “atenção urgente à pessoa em crise” (Jardim & Dimenstein, 2007).

Pelo relato das participantes deste estudo, observamos que, ao atuarem segundo a lógica do “atendimento de uma urgência psiquiátrica”, os serviços de urgência ocuparam-se

dos sintomas e, como consequência, naturalizaram o encaminhamento da pessoa em crise para a internação psiquiátrica. Assim, o período de permanência das pacientes nas UBDS e na Unidade de Pronto Atendimento restou estéril no âmbito das relações humanas, uma vez que a interação paciente-equipe, neste contexto, tinha como fim a internação psiquiátrica e não o retorno para o território.

Destaca-se que, nas entrevistas com Fernanda e Regina, houve referências ao intervalo de tempo em que aguardaram pela vaga nos serviços de urgência e, por isso, a descrição desse episódio emergiu apenas nos relatos de suas familiares. Das usuárias entrevistadas, apenas Carla relatou o período em que permaneceu aguardando na UBDS, conforme ilustra o trecho a seguir:

Carla: Postei um monte de coisa [no Facebook, sobre a UBDS em que aguardava a vaga]. Eu falava “Carolina [irmã], vamo embora, vamo embora!” e ela não queria vim embora, ela queria ficar. “Carolina, vamo embora. Se a gente não tomar atitude de ir embora, você quer o que? Fala pra mim! O que você tá procurando aqui? Fala pra mim! Se eu tô bem e eu tô falando vamo embora?!”

Mara: E o que você tava sentindo antes de ir pra lá?

Carla: Eu tava sentindo o.. a... minha pele solta do meu osso.

Mara: Uhum.

Carla: Mas eu melhorei e eu falando “Vamo embora, vamo embora” E, por fim, de tanto tomar banho naquele banheiro gelado, começou a doer meus osso. Não tem água quente, é água gelada lá. [...] E não tinha papel higiênico no banheiro, eu menstruada! Eu falava “Carolina, vamo embora daqui! Vamo embora” Aí ela deu na cabeça dela de ir pro UPA. Aí ela quis ir pro UPA! Pra quê ir pro UPA, gente?! Chegou lá, ela foi falar de nenê, gravidez, começou falar como se eu fosse uma criança. Segundo, e ainda por cima falar dos remédios que eu tomo. Vixi! [...] Eu tomo um negócio que me faz bem que é pra queimar gordura. Se ela é gorda o problema é dela, eu não quero ficar gorda.

Mara: E aí eles foram falar desse remédio que você tava tomando?

Carla: É. Ela foi criticar e falar. Eu falei “Eu tomo, pronto e acabou. É queimador de gordura, foi indicado pelos dois médicos que eu passei. Eu vou tomar e pronto e acabou”. Aí eu saí andando, nervosa e brava. Aí foi onde, quando eu... Nós chegou de volta [na UBDS] de van, não deu tempo, nós desceu da van, hora que eu tava indo pro quarto a enfermeira me deu no olhos.

Mara: A enfermeira o quê? Te olhou nos olhos?

Carla: Me deu um soco nos meus olhos.

Mara: Ahn!? Te deu um soco nos olhos?

Carla: É! Aí ela me deu um soco no meu olho e por isso que eu falei. Isso não é coisa de se fazer, não. Se eu fosse um enfermeiro, eu acho que eu ia levar a minha profissão mais à risca. Como que uma enfermeira bate? Ela tem que ajudar. [...] A briga é entre eu e minha irmã, é entre eu e minha irmã. Ninguém tinha nada a ver com isso. E o sangue escorreu assim na cara dela.

Mara: Da sua irmã?

Carla: É. Porque eu fazia academia, então, pego muito peso, né, panela pesada aí. Então tinha bastante potência. Mas é só. Hoje tô leve.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Na terceira entrevista, Carla pôde revisitar esse acontecimento, avançando na descrição dos detalhes de sua experiência na UBDS:

Carla: Eu sei que teve uma vez [*se refere a internações anteriores*] que eu fiquei tão brava que eles me cataram à força e colocaram eu na cama, amarrada. Umás duas ou três vezes isso aconteceu. Aí, na primeira vez, me socaram um monte de injeção. Foi injeção na perna, injeção... Aí eu... Colocaram fralda... Aí, da outra vez [*risos*]... Ai, gente! Dessa vez agora [*se refere à última internação, em 2017*], como eu sabia o jeito que eles me tratavam... Por isso que [quando] eu tava na UBDS aqui [antes da última internação], eu não dormi durante uma semana direito! Todas elas, na hora que chegava lá, porque a minha mãe fez um revezamento [com a minha irmã]. Toda vez que uma delas chegava lá, eu não dormia! Elas falavam “Dorme, Carla, eu tô aqui”. Que dormir o quê!!! Eu não queria dormir, não! Eles me davam remédio e eu não dormia! Eu era muito durona!

Mara: E por que você não dormia?

Carla: Porque eu sabia que se eu dormisse, eles ia colocar fralda. O lugar é um ambiente que não é agradável. É tanta coisa! [...] Eu não queria dormir. Porque eu tomava banho gelado. Eu até coloquei no *Facebook*, ficaram bravos comigo, né, [...] banheiro entupido, sem água... A água do chuveiro era gelada. Eu publiquei isso no *Face*. [...] Não tinha nem papel higiênico! Aí eu falei... o vaso entupido, sem papel higiênico, tomar banho gelado!? Eu publiquei isso.”

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Segundo o relato de Carla, a UBDS contava com uma estrutura bastante precária para acolher os pacientes que permaneciam para pernoite, faltando itens básicos de higiene e conforto. Na terceira entrevista, Carla reiterou as críticas ao acolhimento e à estadia na UBDS, apresentando mais elementos sobre as estratégias de cuidado e manejo adotadas pelos profissionais. Ao lembrar-se das outras vezes em que passou por este serviço, ela mencionou ter ficado “*tão brava*” que precisou ser amarrada na cama, tomou várias injeções e usou fraldas. Carla utilizou as lembranças das experiências anteriores na UBDS para explicar as razões pelas quais se esforçou em permanecer acordada desta última vez. Apesar dos medicamentos e dos pedidos de Fátima e Carolina para que dormisse, Carla insistiu em manter-se vigilante para que não fosse submetida às mesmas situações de antes.

Durante o período em que esteve na UBDS, Carla fez postagens em uma rede social com o intuito de denunciar a situação que vivenciava. Possivelmente, as redes sociais configuravam um espaço, ainda que virtual, em que ela se considerava vista e ouvida, podendo se expressar e, portanto, existir perante outros. É provável que as ações de Carla, a

essa altura, estivessem com proporções um tanto exageradas, dadas as características do surto maníaco, no entanto, era importante que ela sentisse que toda sua vivência subjetiva não estava anulada e que ela ainda possuía voz para falar de/por si — o que também se apresentou no esforço que descreveu ter realizado para não dormir, dado o receio de ser atropelada por procedimento indesejados, podendo ter sua história, seus desejos e opiniões desconsiderados.

Ainda sobre esse tempo de espera pela vaga, Fátima e Eunice descreveram situações de conflitos em que as filhas se envolveram nas UBDS:

Fátima: Na hora que ela [*Carla*] entrou na sala do médico [na UBDS], ele falou assim “O que que tá acontecendo?” e ela “Não tá acontecendo nada. Tá acontecendo com você”. Aí ela acabou com o médico, falou pro médico que eu tava cheia de mancha, que ele tinha que tratar era de mim. [...] Falou um monte de coisa. E o médico passou pra ela ficar lá, né, ficamos oito dias lá com ela porque tem que ficar acompanhante, né, é uma coisa que eu acho erradíssima porque fica todo mundo misturado. Os que tá esperando vaga psiquiátrica fica com todos que chegam ali de emergência. Então, fica tudo junto. Então, eu acho que mexe mais ainda. Aí chegou um rapaz lá, por isso que ela te falou que bateu na irmã dela. Chegou um rapaz lá acompanhando o pai. [...] Ela cismou que era o Luan Santana. E ela ficou em volta do rapaz o tempo todo. Só que na hora que o rapaz tava lá, ligaram do UPA [Unidade de Pronto Atendimento] que saiu a vaga pra ela poder ir lá passar no psiquiatra. E quem estava com ela lá era a irmã dela. Então, ela cisma que a irmã dela tirou ela nessa hora, que ela tava junto com o rapaz. Que o rapaz demorou pra achar ela, mas achou. E que os dois se amavam, entendeu? Aí foi onde ela avançou na Carolina, deixou a Carolina com o olho desse tamanho, cheio de caroço na cabeça, que ela deu um monte de murro na cabeça da Carolina. Aí foi pro UPA, aí voltou do UPA. Quando ela chegou do UPA, o rapaz tava indo embora. Aí ela falou que quem estragou tudo foi a irmã dela. Você entendeu? Aí, puseram ela no isolamento, porque ela começou a ficar agressiva e ficar em volta da cama dos outros e ela não saía, não parava e não parava de falar mesmo medicada. Aí puseram ela no quarto de isolamento, porque pelo menos aí fica sozinha. Só que ela não parava de xingar e tudo ela ameaçava vir pra cima, sabe, pra bater porque ela é muito agressiva pra bater, viu?! Aí, a enfermeira, Mônica, [...] uma muito [*incompreensível – talvez tenha dito “mandona”*] assim, tava vindo de frente com ela, ela tava vindo da sala de emergência. Aí eu falei pra ela “Carla, fica quieta, para de ficar gritando! Não tem necessidade de ficar gritando dentro do hospital”. A Mônica falou assim “Se ela continuar gritando e agressiva desse jeito, a gente amarra ela”. Ela avançou pra cima da Mônica. Ela, na realidade, ela ia avançar em mim, foi tudo muito rápido. E a Mônica entrou na frente e falou “Qualquer coisa a gente amarra ela” ela avançou na Mônica. Por isso que ela fala que a Mônica deu um murro nela. Aí as duas caíram pro chão, mas grudada mesmo, grudada! E eu paralisei. Fiquei parada olhando. Aí a Mônica unhou tudo o rosto dela, unhou o pescoço dela e um monte de gente pra separar, pra tirar. Tirou. Quando tirou ela, a Mônica levantou e deu um monte de chute nela e falou que ia matar ela. A enfermeira.

Mara: A enfermeira?

Fátima: É. Aí eles cataram ela, acho que uns 6 homens, pôs ela dentro do quarto e amarraram ela. E ela [*Mônica*] ficou gritando lá, só nome feio “Biscate!!! Puta!!! Que não sei o que!” Aí a Mônica queria entrar dentro do quarto, disse que ia matar ela, a Mônica falou “Eu vou entrar aí e eu vou matar essa vagabunda”. Aí eu parei na porta e falei “Aqui você não entra”. Porque enquanto tava ali eu fiquei quieta por quê?

Porque até a gente perde a cabeça se ela avançar pra cima. Agora imagina um estranho, né, pegar pra bater, vai deixar bater? Não vai, né? Aí eu falei assim “Ali eu não tiro sua razão, não, eu sei que você perdeu a cabeça porque ela avançou feio em cima de você só que você tem que ser profissional. Ela tá doente, você tem que ser profissional. Ela fez isso, ela não tá no normal dela”. Porque a Carla era normal. Carla tinha o casamento dela, ela tinha os filhos dela, ela tinha a casa dela. Era uma pessoa normal. Aí ficou dessa forma. Aí as outras enfermeiras conversou com ela [*Mônica*], conversou, tirou ela fora. Aí depois ela me chamou [e falou] “Ô Fátima, ó, você me desculpa, é que a gente perde...”. Eu falei: “Eu sei”. [Ela falou] “Eu vou fazer um boletim de ocorrência...”. Eu falei: “Pode fazer, fica à vontade”. Eu falei: “Eu só não ia deixar você entrar ali pra fazer alguma coisa com ela amarrada, de forma alguma”. Aí ela ficou ali, aí eles conseguiram vaga no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*], ela ficou o resto do dia e a noite e no outro dia até sair a vaga. Amarrada.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Fátima: Se você for nesse postinho aí e procurar a enfermeira Mônica, você vai saber o que que aconteceu. Foi feio o negócio. Aí o que que acontece? Essa enfermeira, Mônica, ela entrou na frente porque o murro que ela ia dar, ia ser em mim. A enfermeira entrou na frente e ela grudou na enfermeira. As duas foi pro chão. [...] Então, quer dizer... Aí é tipo assim, é complicado porque você luta, você passa por toda essa situação, né, você consegue a internação... Porque só conseguiu a internação porque ela fez isso. Então ela ficou amarrada uma tarde inteira, uma noite inteira e no outro dia que ela conseguiu vaga. Por quê? E sendo tratada como um bicho ali! Porque aí todo mundo ficou tratando ela mal porque ela tinha batido na enfermeira. Porque ali eles são profissionais, mas profissional do que? De um acidente, de uma doença, disse e daquilo. Mas de loucura, não! Então, eles não sabem como agir. Entendeu? Tanto é que a enfermeira ficou gritando que ia matar ela. Quer dizer, ela é profissional? Não é! Mas foi que nem eu falei pra ela “Eu só não vou levar em conta por quê? Porque a Carla tira qualquer um do sério”. Mas se a pessoa, ela estuda praquilo, ela tem que ter um autocontrole porque ela sabe que aquilo é uma doença. Foi que nem eu falei pra ela [*Mônica*] “Ela não tá normal. Não é porque ela bebeu, encheu a cara de cachaça ou de droga e tá fazendo anarquia. Ela tá doente”. [...] Aí eles tratam a situação dessa forma, aí hora que ela piorar... E aí? Pra quem que sobra de novo? Pra mim. É complicado! Aí, tipo, a Carla não pode arrumar um serviço fora... Por que como que ela vai trabalhar tomando a medicação? E ela não tem um autocontrole, tipo, de... como que fala? Trabalhar em equipe. Você tá entendendo? Ela gosta de mandar. Ela é autoritária. Você tá entendendo? E ela é muito briguenta. Então ela para em lugar nenhum que ela entra. Não tem jeito.

Mara: E sempre foi assim? Mesmo nos outros trabalhos dela, lá no passado, era difícil ela se manter?

Fátima: Pior que não! Pior que não. Carla sempre foi passiva. Sempre! Depois que desencadeou isso, acabou. Carla virou... Ela se transformou. Entendeu?

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Eunice: Ela [*Fernanda*] chegou a bater em um enfermeiro, você precisa ver. O enfermeiro. Eu fiquei até com medo naquela época, naqueles dias. Sabe por quê? [...] Ele falou assim “Olha, a senhora toma cuidado com ela porque se ela pegar a senhora, ela machuca feio, viu? A senhora vê... Como que a senhora vai poder com ela?”. Eu peguei e falei assim “Aí, e que que eu vou fazer? Eu tô esperando a vaga aqui.” Ele ficou meio sério, sabe, nem me falou mais nada porque, coitado, ele ia falar o que? Só que Deus ajudou que depois disso daí [*se refere à agressão*] a vaga saiu num instante. [...] Mas, antes, eu peguei e falei assim “Mas não pode esperar tudo isso.

Como que vai fazer?” Aí vim embora pra casa e fiquei... Sabe quando você nem dorme de noite porque a qualquer momento, se ela escapa de onde ela estiver, ela vem aí e ela quer quebrar o portão. Ela dá tanto soco no portão. Esse portão num tá nem muito bom mais porque ela já deu soco aí um dia, muito soco aí. Ela tem uma força. Aí, eu com aquele medo, mas Deus ajudou que ela não veio, até falei assim “Aí, deram alguma coisa” e depois ela veio falar que amarraram ela ali também. O enfermeiro acho que foi orientado, né, alguém da noite amarrou ela ali mesmo. E sedou mais, acho que ela passou a noite. Sedou com injeção, eu acho. Aí dormiu. Aí até eu fui lá cedo e ela tava dormindo ainda. Só que aconteceu o seguinte: acabei de ir lá, quando eu cheguei aqui esse telefone tocou e já era do [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Eles agilizaram essa vaga [...]. Já ligaram “Ó, aqui é do Hospital [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Tô avisando que saiu a vaga da Fernanda. Ela vai ser internada ainda hoje até as cinco horas.” Aí já fui ficando, né, mais tranquila porque... Eu já não tava em condições, menina, eu já não tinha dormido direito.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Eunice: Porque lá [na UBDS] não tem psiquiatria. Eles misturaram tudo lá e ainda foi falar com a minha outra filha que tava lá “Ah, aqui nós trata tudo igual”. Eu falei “Como igual? Tá vendo que a Fernanda e outra lá que é [caso] psiquiátrico não é igual as outras [pessoas] que tá lá.” Que estão lá por outros motivos, que estão lá por uma emergência. Umas vai por negócio de nenê, que sentiu mal, tá grávida. Outras é porque tá com um resfriado muito forte. Outras tava com a perna muito ruim, tá esperando, sabe, são vários médicos. Várias guias que os médico de plantão vai dar, né? Agora me põe psiquiatria tudo junto lá. E deu pros caneco, isso aí!

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

No caso de Carla, que foi conduzida à UBDS por sua mãe, a conduta dos profissionais do serviço de urgência foi providenciar as condições (transporte e agenda) para que a paciente passasse em consulta com o psiquiatra da UPA, que indicou a necessidade da internação psiquiátrica e orientou a recondução da paciente à UBDS para aguardar a vaga no Hospital Especializado em Psiquiatria. Já no caso de Fernanda, a família acionou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que conduziu a paciente à UPA para consulta com o psiquiatra, o qual indicou a internação e fez o encaminhamento para a UBDS para a espera da vaga. As mães disseram-se contrárias à conduta de os pacientes que estão aguardando vaga para internação psiquiátrica terem de ficar acomodados no mesmo local que os demais. Para Fátima, isso representava um excesso de estímulo para o paciente, que acabava ficando ainda mais mobilizado; como no caso de Carla que, diante de um rapaz desconhecido, acreditou ter encontrado Luan Santana, cantor sertanejo de grande sucesso. Segundo a mãe, esse foi o motivo do desentendimento entre as filhas, pois enquanto Carla acreditava ter encontrado seu “grande amor”, os profissionais da UBDS haviam agendado uma consulta para ela com o

psiquiatra da UPA e foi Carolina quem teve de negociar com a irmã a locomoção de uma unidade de saúde para outra.

Carla relatou com indignação a agressão que sofreu por parte da enfermeira, Mônica, caracterizando a situação vivida como falta de profissionalismo e incapacidade para distinguir os limites de sua atuação. Já na versão de Fátima, Carla estava disposta a avançar contra a mãe quando a enfermeira se colocou entre as duas. Segundo ela, Carla reagiu à interposição de Mônica e elas passaram a agressões mútuas, sendo necessário que outros profissionais se mobilizassem para separá-las. Pelo relato, a enfermeira ainda teria continuado a chutar Carla mesmo depois de ela ter sido contida. Fátima ainda se mostrou compreensiva ante a fúria da enfermeira, entendendo que o comportamento desafiador da filha podia despertar raiva e desejo de revidar, porém, também se destaca a sobriedade com que a mãe pôde ajudar a profissional a se reposicionar enquanto tal. De acordo com Fátima, esse episódio da briga acelerou a articulação entre os serviços da rede e culminou na liberação da vaga para internação.

Eunice relatou que Fernanda também chegou a agredir um enfermeiro na UBDS e que este profissional depois a procurou para alertá-la sobre a possibilidade de Fernanda repetir o comportamento agressivo diante dela, que era uma senhora franzina. Segundo Eunice, sua experiência era de “*medo*” e, assim como Fátima, compreendia que o episódio da agressão ao enfermeiro fez com que a vaga para internação da filha fosse liberada mais rapidamente. Depreende-se, pelo relato das entrevistadas, que nesses casos a conduta foi motivada pela ideia de risco e periculosidade, e não pela intenção de produção de saúde e de vida.

De acordo com Magalhães (2016), muitas vezes as equipes de saúde tomam decisões com impactos importantes na vida dos usuários e de seus familiares partindo da crença de que o paciente em crise não pode responder por si e, assim, pode ser submetido a condições adversas de acomodação e tratamento, pois não tem um juízo sobre isso. Ao generalizar a crise, descolando-a da singularidade de cada situação, reduz-se a pessoa a um sujeito que rompeu com contratos sociais e normas, representando, portanto, um risco para si e para outros. Ao atrelar a compreensão da crise ao conceito de *risco*, ganham legitimidade os procedimentos que se utilizam de violência e tentativas de normalização, tais como os descritos pelas entrevistadas.

Neste ponto, de acordo com o relato das participantes, questiona-se o pouco preparo técnico e emocional dos profissionais para receber e acolher as demandas em saúde mental. Lembrando que a organização da rede de saúde, a partir de níveis de complexidade, determina que as “portas de entrada” do usuário no SUS são os serviços que compõem a Atenção

Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), os CAPS e os serviços que atendem urgência e emergência (UPA e UBDS) (Gonçalves, 2013; Ministério da Saúde, 1990, 2004). Ressalta-se que as UBDS configuram-se unidades “mistas”, pois compõem a rede de serviços da Atenção Básica do município, sendo destinadas à prestação de atendimento em atenção básica e integral, podendo oferecer assistência odontológica e de outras especialidades, com unidade de internação e funcionamento 24 horas por dia, aptas ao atendimento de urgências e emergências (Ministério da Saúde, 2008).

Tem-se que as UBDS em que Carla e Fernanda estavam, conforme previsto, não contavam com especialistas em saúde mental e que foram os equipamentos para os quais elas foram direcionadas pelo psiquiatra da UPA após ser feita a indicação da internação psiquiátrica. Enquanto “portas de entrada” do usuário na rede e, ainda, enquanto local indicado para a espera pela vaga em Hospital Psiquiátrico, esses serviços deveriam estar aptos para o acolhimento da demanda em saúde mental (Gonçalves, 2013; Ministério da Saúde, 2011a), todavia, pela descrição do que viveram, Carla e Fernanda foram tratadas pelos profissionais como se estivessem no “lugar errado”, sendo presenças incômodas e indesejadas. Considera-se que vários fatores podem estar ligados à falta de preparo para lidar com questões relacionadas à saúde mental, por exemplo, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que acabam desmotivados para investir em sua formação; a remuneração insuficiente para custear cursos ou outras atividades que promovam autocuidado; a dificuldade em estar diante da “loucura” pelos possíveis medos e preconceitos despertados por ela; e a crença de que os cuidados em saúde mental são atribuições exclusivas de serviços e profissionais especializados em psicologia e psiquiatria (Dimenstein et al., 2012; Frateschi & Cardoso, 2014, 2016; Mateus, 2013; Nicácio & Campos, 2004).

Estar diante da loucura pode ser muito mobilizador, uma vez que o sofrimento do outro pode representar as angústias, medos e faltas de nexos que todos temos. Pela reação da enfermeira Mônica diante de Carla, é possível que ela tenha visto na paciente algo de ameaçador, que precisava ser dominado. Pelos relatos, percebe-se alguma inaptidão da enfermeira em compreender que a condição de Carla não era a de alguém deseducado ou insubordinado, mas, sim, de uma pessoa em surto, com lacunas em seu discernimento da realidade e, por isso, vulnerável e carente de cuidados. Já na situação descrita por Eunice, tem-se que o enfermeiro não revidou com agressividade às investidas de Fernanda, o que pode estar relacionado a uma compreensão da condição de vulnerabilidade em que a paciente também se encontrava, todavia, o diálogo deste profissional com a mãe, segundo ela própria, reafirmou as circunstâncias de medo e risco iminente.

Como resultado da briga em que se envolveu, Carla permaneceu amarrada por uma noite e um dia até a liberação da vaga. Já a enfermeira Mônica, após ser acolhida pelos colegas, parece ter percebido que havia ultrapassado algum limite e, assim, pôde desculpar-se com Fátima ao mesmo tempo em que aproveitou para lhe avisar que faria um Boletim de Ocorrência para registrar o fato. Aparentemente, o lugar social que Carla e Mônica ocupavam oportunizou que fossem tomadas condutas diferentes para cada uma delas diante da mesma situação: à Carla foi atribuído o lugar da falta de razão, tornando passível sua contenção física, já que parecia não ter discernimento sobre seus atos; à Mônica foi oferecido acolhimento e uma nova oportunidade de olhar e significar o acontecimento. Entende-se que esta maneira de compreender a pessoa em sofrimento mental, esvaziando-a de qualquer potência e tomando-a por incapaz ou insensata, acaba por sustentar e reafirmar a lógica da exclusão social tão debatida pelos movimentos reformistas há décadas. Aproveitando a imagem do *muro*, tão concreto quanto metafórico, anteriormente referida, podemos pensar sobre os dois lados da mesma situação. Do lado de fora, junto das mangueiras tão desejadas, a vida floresce em forma de relações humanas e oportunidades para elaboração; do lado de dentro, onde Carla se encontra, são poucas as oportunidades de expressão de si, de negociação e reparação, sendo relegada ao isolamento.

Vista por diferentes ângulos, a situação descrita pelas entrevistadas aponta uma grande complexidade. Depreende-se que tanto usuários quanto familiares e, possivelmente, também os profissionais das UBDS, se perceberam solitários, isolados e sem muitos recursos para lidar com o sofrimento mental. Diante dos comportamentos agressivos de Carla e Fernanda, que já haviam agredido e ameaçado seus familiares, podemos considerar que as equipes tinham poucas ações possíveis, naquele momento, para além do controle dos sintomas. Tratava-se de pessoas em surto, sentindo-se ameaçadas e ameaçando e com pouco controle sobre seus impulsos. Todavia, considera-se que essas são situações de sofrimento mental levadas ao seu extremo, uma vez que as condições de Carla e Fernanda no momento da crise já haviam alcançado um nível de complexidade que demandavam cuidados especializados em saúde mental. Frente a casos como esses, no contexto brasileiro, frequentemente a internação psiquiátrica desponta como única e principal alternativa de intervenção à crise; no entanto, pode-se questionar o quanto seria possível fazer ao longo desse percurso das pacientes antes de chegar nesse extremo.

Considerando a situação das três famílias entrevistadas, conjectura-se que, se Carla, Fernanda e Regina tivessem um vínculo mais longitudinal e próximo com algum serviço de saúde de caráter territorial (como unidades da Atenção Primária ou CAPS), talvez

dispussem de alguma ajuda cotidiana para pensar a vida e a rotina, com seus percalços e possibilidades. Os profissionais que compõem tais serviços poderiam se aproximar o suficiente dessas mulheres para pensar, com elas, sobre seus desejos e aspirações, por exemplo, a reaproximação dos filhos, a procura de um emprego, a continuidade de estudos, entre outras metas que elas possam ter e as possíveis alternativas para concretizá-las. Também podemos considerar o quanto seria oportuno se Fátima, Eunice e Marli contassem com apoio para pensar suas condições de “cuidadoras”, avançando na compreensão do quadro das filhas e sobrinha e podendo se posicionar, enquanto figuras-chave, no desenvolvimento de estratégias de cuidado que valorizem a história, as habilidades e as aspirações de Carla, Fernanda e Regina. Por outro lado, igualmente oportuno seria se os serviços de saúde enxergassem usuários e suas famílias como as principais fontes de saber sobre si mesmas, incluindo seus pontos de vista, potências e limitações nos projetos terapêuticos. Além disso, seria importante que, nesses serviços, os profissionais, de qualquer especialidade, se percebessem suficientemente bem formados e instrumentalizados (e menos paralisados) diante das demandas que envolvem o sofrimento mental.

O funcionamento da rede de saúde, conforme preconizado pelas políticas públicas, configura um grande desafio e envolve muitas forças, interesses, dedicação, estudo e experiência acumulada (Jardim & Dimenstein, 2007; Nicácio & Campos, 2004; Silva & Dimenstein, 2014). As demandas das pacientes talvez não tivessem chegado ao patamar de “urgência psiquiátrica” se essa complexa rede estivesse mais bem articulada, contando com vários níveis de ação e valorizando estratégias de promoção de bem-estar, para além das doenças e sintomas. Todavia, é certo que nem mesmo a mais exemplar rede de saúde garante a supressão das urgências e, nestes casos, seria importante que houvesse equipamentos capacitados para ofertar uma atenção urgente à pessoa em crise e, caso necessário, realizar o encaminhamento para serviços de cuidados especializados.

A internação

Carla, Fernanda e Regina falaram sobre a experiência da última internação no Hospital Especializado em Psiquiatria.

Mara: E o tempo que você passou lá no hospital, do que você se lembra?

Carla: Ah, só coisa boa. Fora, fora que dei uma batida, né, assim ó, eu bati numas meninas lá, né?! Eu bati numas meninas lá, mas só que as meninas virou minhas amigas depois.

Mara: O que aconteceu?

Carla: É porque elas queriam quebrar as coisas, entendeu? Tipo, uma foi pra quebrar a televisão e o vídeo cassete porque eu tava assistindo. Aí eu peguei ela e fui... nós colocou de volta lá o aparelho, foi indo, foi indo, foi indo até uma hora que eu não aguentei. Aí eu catei ela de soco. Depois a outra foi não sei que jeito. E uma foi na hora de deitar, ela não parava, não sossegava em lugar nenhum, aí depois eu catei ela na hora que ela deitou. Quando ela deitou, ela não teve chance, mas depois ela virou minha amiga também...

Mara: Foram três situações que você...

Carla: É... é...

Mara: Mas depois...

Carla: Melhorou. Aí eu e a Cléo ficou quites. A Cléo “Nossa, Carla, você melhorou muito”. Melhorei, sim, mas não adianta fazer nada, eu é só comer, beber e dormir mesmo. E se tem alguma coisa pra fazer, vamos fazer.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Mara: Uhum. E falar sobre o tempo que você precisou ficar no hospital, até semana passada, é mais fácil?

Regina: [Silêncio, 7 seg]

Mara: Você consegue me dizer como foi estar lá no hospital? [...] Como foi o cuidado que você recebeu?

Regina: [Silêncio, 5 seg] Foi bem porque eu comia frango, peixe.

Mara: A comida era boa, então? [risos]

Regina: Era.

Mara: Uhum. E o cuidado? Como era?

Regina: Eles lavavam minha cabeça ... [Responde prontamente].

Mara: Eles lavavam seu cabelo?

Regina: [Confirmou com um gesto da cabeça].

Mara: Quanto tempo você ficou lá?

Regina: Uns quatro meses, por aí [Responde prontamente com a informação correta].

Mara: Quatro meses?

Regina: [Silêncio].

Mara: E o que mais você se lembra de lá?

Regina: [Silêncio, 20 seg]

Mara: Foi a primeira vez que você ficou lá nesse hospital?

Regina: Foi [Responde prontamente].

(Regina, primeira entrevista, 10/08/2017)

Mara: Uhum. E hoje será que você consegue me contar um pouco de como foi o tempo que você ficou lá? [*Silêncio*]. O que você se lembra lá do hospital? [*Silêncio*].

Regina: Lá eles cuidavam. [*Silêncio*] Tinha os médicos lá... [*Silêncio*].

Mara: Os médicos...?

Regina: Os parentes do meu marido mora no... em... Em Belo Monte, nas casinhas de pescador.

(Regina, segunda entrevista, 20/10/2017)

Quando Carla foi interrogada sobre as lembranças do período em que esteve internada no Hospital, sua primeira resposta foi positiva: “[*lembro*] só coisa boa”, porém não avançou em detalhes sobre o cuidado e seguiu com a descrição dos episódios em que se desentendeu com outras pacientes. Como é possível ver nos recortes acima, Regina também não aprofundou as respostas para as questões de caráter reflexivo sobre sua experiência no Hospital, respondendo com longos silêncios ou mudanças de assunto, embora desse sinais de que compreendia o teor das perguntas. Ponderamos que as memórias sobre esse período eram difusas, sem linearidade do tempo decorrido, em razão das circunstâncias singulares que envolvem o evento da intenção psiquiátrica, a saber, a situação de crise, as medicações ingeridas e a rotina repetitiva em um local inabitual e fechado. Além disso, observamos que, depois da alta, elas se encontravam em uma condição de grande limitação, em comparação com outros momentos de suas vidas. Outra possibilidade para as participantes não avançarem na descrição e crítica sobre o cuidado recebido é a de que vinculavam a figura da pesquisadora ao Hospital, apesar de terem sido feitas as respectivas ressalvas de que este trabalho não era vinculado à instituição. Esta associação pode ter influenciado a relação das participantes com a pesquisadora, por um lado facilitando a aproximação tendo a instituição como referência; por outro, dificultando que as participantes se expressassem mais livremente. Também se considera que as entrevistadas compreendiam o encaminhamento para internação na instituição psiquiátrica como uma conduta necessária e “natural” em razão da situação de sofrimento que vivenciavam e, assim, tenderiam apenas a aceitá-la, uma vez que dispunham de poucos elementos e informações para contestá-la, ou mesmo avaliá-la.

Pelo relato de Carla, a despeito da veracidade do episódio em que outra paciente teria tentado quebrar o vídeo cassete, a narrativa de sua vivência envolve momentos de maior agressividade, de dificuldade em controlar os próprios impulsos e, possivelmente, sentimento de estar sob ameaça. Com o passar do tempo no Hospital, dispondo dos cuidados ofertados, os sintomas psicóticos foram controlados e, assim, ela pôde se aproximar das pacientes de

outra maneira, com maior abertura para o contato, chegando a fazer amizades e tendo a oportunidade de conversar sobre sua condição. Quando relatou o que escutou da amiga sobre “*ter melhorado muito*”, Carla reconheceu sua melhora, porém, completou em tom de conformismo que não via muito a ser feito quanto a sua situação: “*eu é só comer, beber e dormir mesmo*”.

A participante Fernanda descreveu com mais detalhes a experiência da internação, como ilustra o recorte a seguir, narrando algumas atividades e as relações que compunham a rotina no Hospital.

Mara: Me conta um pouco como foi esse tempo que você ficou lá [*no Hospital Especializado em Psiquiatria*].

Fernanda: Ah, foi bom, comi bastante também, não parava de comer. Na hora do almoço a gente comia saladinha, deixa eu te lembrar, saladinha, depois comia um prato assim, uma tigela assim de comida, era arroz aqui com feijão, salada aqui, polenta aqui, carne aqui, às vezes, e sobremesa, uma sobremesinha assim. Depois dava o remédio. Depois do remédio, ou antes do remédio, não lembro, eu só não vou lembrar isso, se é depois do remédio ou antes do remédio. Eu acho que era depois do remédio. Que dava remédio com água, com água, dava o comprimido, depois dava o remédio, a água, depois dava o alimento. Comia bastante comida, depois era... ééé... suco da tard... Suco! De manhã. Nós bebiam suco complementando com uma sobremesa, quando não era melancia, era abacaxi. Quando não era abacaxi, era mamão. Com suco. Complementando com suco. Depois, vinha a tarde, era café com leite e... complementando antes disso, um comprimido antes, bebia água e tomava café com leite e pão. Pão. Pão... pão, às vezes com muçarela, presunto e muçarela, mortadela, às vezes com presunto e muçarela, mortadela. Às vezes, com requeijão ou, às vezes, com manteiga mesmo. E depois tem o banho. Depois do banho tem a tarde. A tarde é a mesma coisa que eu te falei: comer o pão, tal, e de noite era o pão, a mesma coisa. Antes era o remédio e depois era a refeição. E era muito bom lá...

Mara: A parte da alimentação era...

Fernanda: [*Interrompe*] A não ser que tinha briga às vezes... É! A parte da alimentação era ótima [*ênfase*]. Ótima, ótima, ótima. Não reclamo de nada. Aquilo sustentava a gente demais. Né? Só não podia fazer mais porque não podia mesmo, porque era ótimo e...

Mara: E o cuidado...

Fernanda: [*Interrompe*] Do cuidado também era ótimo, que era a hora do banho. Dava as roupas, a gente ia tomar banho. Tomava banho, pegava a roupa, “ponhava” a roupa e ia deitar às vezes, ia descansar um pouquinho. Quem quisesse sair pra televisão, saía pra televisão. Quem não quisesse, dormir. E às vezes... era assim. E assim ia indo, tomando remédio, se cuidando, não namorando com ninguém, não transando com ninguém, ali não tinha homem. Tinha homem só pra ajudar, o Diego, o Lúcio. Só tinha homem pra ajudar. [...]

Mara: E o colar que você fez, o desenho que você me mostrou? [*Fernanda havia me mostrado quando apresentou seu quarto*]

Fernanda: T.O. [*Terapia Ocupacional*]. Chama T.O. Chama T.O. Isso é importante. A gente vai pra salinha, tem bolinhas pra você fazer uma pulseira... tem bolinhas, pedrinhas pra você fazer um colar, tem caixinhas pra você pintar [...]. Tem também pintura à mão. [...] Pras mães que tem os meninos, fazia um... tipo dum desenho do

Cor... Palmeiras numa tábua forrada com isopor, muito bonito mesmo os desenhos das meninas. As meninas fizeram... Ah, também teve o bingo, o bingo era pra ganhar... bingou, ganha uma bolacha, um salgadinho ou um colar ou uma pulseira. Foi muito legal. Foi muito legal. Teve psiquiatra conversando com nós. Psicólogo...

Mara: Em grupo ou individual?

Fernanda: Em grupo e individual também. Depois tem passeio, passear lá, lá, lá no lado de fora, fazer uma volta, voltar pra dentro de novo. Lá a gente não é trancado. A gente é trancado pelo bem. Pra fazer o bem. Não mexer com as pessoas erradas, não se enturmar com as pessoas erradas. E é muito gostoso ficar e é, às vezes, aterrorizante porque você fica longe da sua família, então, faz muito mal pra pessoa que não é acostumado ficar... Eu já era acostumada, então, pra mim não foi um terror. Eu só queria vim ver a minha casa, a minha filha, a minha família, a minha outra irmã. Por isso. Eu saí de lá...

Mara: E como você se sentia lá dentro?

Fernanda: Lá dentro? Eu me sentia, assim, gostoso porque era bom ficar lá dentro, porque comia, ruim porque tem que ficar longe da família. Só isso.

Mara: Sentia falta de estar na sua casa...

Fernanda: Sentia falta de estar na minha casa, no meu lar. Mas eu posso te dizer que até agora eu não fumei um cigarro. Não fumei.

Mara: Você fumava antes?

Fernanda: Fumava. Muito. A minha mãe pode te contar o tanto que eu tô melhor pra ela. Ela só podia deixar eu ver o Tadeu, que era meu ex-namorado. Só isso. Eu não vou mais mexer com droga...

Mara: E você está se sentindo melhor agora? Em comparação com quando você chegou no hospital, como é que você está se sentindo agora?

Fernanda: Igual.

Mara: Igual?

Fernanda: Igual. Porque lá não transava com nenhum homem, aqui também não tô transando com nenhum homem. Lá eu fazia as coisas, aqui também tô fazendo. Lavando louça, minha mãe não reconhece. Lá eu, às vezes, às vezes, o que eu fazia lá? Às vezes eu fazia T.O...

Mara: A T.O. era uma vez por dia, por semana, como?

Fernanda: Uma vez por semana. A gente também tinha “pintadora” de esmalte. Eu saí de lá, eles pintaram a minha unha [*Mostra pés e mãos*]. Ó, tá saindo já. Eles que pintou meu pé...

Mara: Uhum... tudo azul...

Fernanda: ...Tudo azul. Eu saí de lá, pintou meu pé. Tava pintando meu pé, hora que tava acabando de pintar meu pé hora que minha mãe chegou. Ah, e foi legal, foi gostoso... E tudo que a Janete [*Assistente Social do Hospital*] falou, ela fez. Ela falou que eu ia sair nessa semana... Não, vamos supor: eu tô conversando com ela e ela “Na próxima semana você vai sair, Fernanda, você já vai tá de folga, de férias, vai tá de...”

Mara: ... alta.

Fernanda: ...alta. Aí, foi dito e feito, ela fez, foi dito e feito o papel. O homem assinou a alta pra mim e eu... o doutor, e eu vim de alta. Foi tudo certo. Mas essa história de querer não deixar eu ir ver o rapaz [*se refere a Tadeu e a proibição da mãe*] que eu gosto, tá errado.

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08//2017)

Observamos que as narrativas das entrevistadas sobre o período da internação, no geral, concerniram à esfera das relações interpessoais estabelecidas no Hospital, sejam elas permeadas por conflitos ou por momentos em que se perceberam cuidadas pelos profissionais

e demais pacientes. A exemplo disso, Fernanda e Carla mencionaram as “*brigas*” que eventualmente aconteciam na ala onde estiveram. E, ainda, Fernanda e Regina, quando questionadas sobre o cuidado recebido no Hospital, referiram-se prontamente aos momentos das refeições e do banho, valorizando-os, o que denota situações em que sentiram sobre si um olhar de reconhecimento e dignidade.

Ante perguntas sobre o cuidado, as respostas das entrevistadas não abarcaram o campo da remissão de sintomas; efeitos percebidos em razão das medicações utilizadas; finalidade terapêutica das atividades desenvolvidas; avaliação e reavaliação de diagnósticos — aspectos que provavelmente seriam destacados se as mesmas questões fossem direcionadas a profissionais. Em vez disso, os relatos das entrevistadas apontaram que a percepção sobre estarem sendo cuidadas se apresentou nos aspectos mais cotidianos/banais da convivência, como a conversa com um interlocutor atento, a ajuda para lavar o cabelo, a oferta do alimento e de roupas limpas. Ayres (2004) aponta que o cuidado é uma atitude prática que envolve a interação entre duas ou mais pessoas, visando ao alívio de um sofrimento e ao alcance de um bem-estar, sendo que o ato de cuidar nas práticas de saúde deve envolver o desenvolvimento de atitudes e espaços de *encontro* em que caibam o exercício de uma sabedoria prática em saúde apoiada em tecnologias, mas nunca reduzida a elas (Ayres, 2004; Jardim & Dimenstein, 2007).

Tendo em vista que as participantes estiveram internadas por períodos de dois a quatro meses, permanecendo na mesma ala e sob cuidados da mesma equipe, chama a atenção que as menções aos profissionais foram feitas sempre por meio de categorias técnicas, a saber, “o médico”, “a T.O.”, “o psicólogo”, “o psiquiatra”, e nunca pelos nomes próprios destes, o que pode indicar uma predominância do encontro técnico sobre o encontro humano. Para Ferla (2011), uma prática em saúde mental que se pretende “humana” passa pelas modalidades de encontro e de relação que permitam ao profissional viver ao lado do paciente, percebendo e compartilhando empaticamente as suas condições em um ambiente. Esta postura rompe com a lógica de que a doença mental nos coloca diante de indivíduos perigosos ou incapazes e aponta para a possibilidade do encontro entre pessoas com suas sensibilidades e riquezas (Ferla, 2011).

Partindo do conteúdo dos relatos e da observação participante realizada no Hospital, observamos que a permanência nessa instituição era atravessada pela experiência do ócio. Em aproximadamente quatro ocasiões, a pesquisadora esteve no Hospital para realizar o primeiro contato com as participantes do estudo e, nessas situações, não chegou a presenciar nenhuma atividade em curso, tais como grupos, terapias, oficinas. O que se observou foram pacientes

andando pelos corredores, deitadas em suas camas ou em sofás assistindo à televisão. A observação participante ficou restrita a estes poucos momentos, o que certamente não corresponde à totalidade da rotina do Hospital, porém, o relato das entrevistadas apontou para a experiência de vazio nesse período. Apesar de mencionarem alguns afazeres, como grupos e consultas, tais referências indicaram uma falta de engajamento com estas atividades, pois foram imprecisas as informações sobre a frequência que ocorriam, o que era produzido ou quem era o profissional responsável.

Em comparação com as outras entrevistadas, Fernanda conseguiu descrever com mais detalhes as atividades que compuseram seu cotidiano no Hospital, atribuindo especial ênfase ao momento das refeições e à rotina regrada de medicações. Apenas diante da sequência de perguntas da pesquisadora, conduzindo para a ampliação dos relatos, Fernanda se lembrou de outras atividades e complementou sua narrativa, mencionando sessão semanal de Terapia Ocupacional, consultas com psicólogo e psiquiatra, momentos de lazer e descontração com bingo e caminhada e sessão com manicure no dia da alta. Embora todas essas práticas tenham sido avaliadas positivamente por Fernanda, seu relato sobre a internação revelou uma vivência ambivalente, expressa pelas ideias de sentidos contrários, tais como “*dentro*” e “*fora*”, “*a gente não é trancado*” e “*a gente é trancado pelo bem*”, “*é gostoso*” e “*é ruim*”, congregando bem-estar e “*terror*”.

Pela narrativa de Fernanda depreende-se que a faceta “*aterrorizante*” se relacionava ao fato de estar longe de sua casa e família durante a internação. Embora tenha afirmado que era “*gostoso*” ficar no Hospital, dada a qualidade da comida e a oportunidade de não se enturmar com pessoas erradas, permanece o desejo de sair da instituição. Para as participantes, de modo geral, a instituição não deixou de ser vivida enquanto tal, indicando um entendimento da internação enquanto evento datado, ou seja, temporário, que tem o retorno para casa como horizonte, indicando que aquilo que reconheciam enquanto vida permanece do lado de “*fora*”, ou seja, seus familiares, suas casas, seus pertences, os quais dão o enquadre da existência contínua e singular de cada uma delas.

A valorização das condições de permanência no Hospital, em especial da comida, pode ser uma expressão da condição de vulnerabilidade social que estas pessoas viviam no cotidiano de suas vidas. Como visto em seção anterior, as circunstâncias do adoecimento das participantes remontam a uma combinação de fatores que tem como pano de fundo a escassez de recursos materiais, lembrando que Fernanda e Regina recebem benefício do governo no valor de um salário mínimo e Carla depende financeiramente de sua mãe. Reiterando o apontado acima, observamos que, mesmo que tenham vivenciado no Hospital uma situação

de abonaça e conforto com relação à alimentação, as participantes não desejavam a internação como condição permanente. Nesta perspectiva de que o desenrolar da vida se dá nos territórios, fora dos muros das instituições, fica patente a necessidade do avanço das políticas de proteção social, voltadas para a promoção da qualidade de vida e arrefecimento das desigualdades sociais.

Marli, Fátima e Eunice também abordaram algumas de suas expectativas e impressões relacionadas à internação de suas familiares.

Mara: E quando vocês trouxeram a Regina [do Paraná] pra cá [*Cabreúva*] e conseguiram a vaga no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*], quais expectativas você tinha com a internação?

Marli: Ah, que ela saísse melhor, né, de lá. Porque eu também conheço, eu tenho pessoas conhecidas que já foram internadas lá no [*Fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] e essa pessoa fala pra mim que quando ela fica ruim, ela vai lá, fica internada um tempo e daí ela melhora. Aí eu imaginei, né, eu nem queria que ela ficasse internada justamente no [*Fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] porque o povo fala assim “Aí, lá é hospital só de louco, não sei que que tem”. Mas aí o doutor falou “Pra conseguir uma vaga pra ela, vai ser no [*Fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] porque em outra psiquiatria não tem vaga”. Aí eu falei “Ah, fazer o quê? Né? Tudo bem. Porque a situação da Regina tá complicada, ela precisa de ficar internada mesmo, em tratamento, né?” Ah, mas eu acho que ela foi... ela, assim, no começo eu estranhei um pouco o comportamento dela lá, sabe? Porque ela tava aqui e de repente lá eles mudam o remédio, eu chegava lá e em vez de eu ver ela melhor, eu via ela pior, sabe? Só que depois ela foi melhorando, né?

Mara: Pior em que sentido?

Marli: Assim, sei lá, um dia cheguei lá... porque eles dopam, né, é muito remédio. Tipo assim, aqui ela não tava dopada, né, aqui ela tava normal, andando pra lá e pra cá e conversava o dia inteiro. Chegava lá, eu só via ela assim, sabe, quietinha, sem conversar. Aí eu tinha que perguntar as coisas pra ela, dava trabalho pra ela responder. Aí teve um dia que eu fui lá e ela tava até andando assim, toda tortinha, com a boquinha parada, falei “Aí, meu Deus, em vez de melhorar as coisas, tá piorando!”. Misericórdia! Né? Porque a gente fica preocupado, né? [...] Foi passando o tempo, né, aí foi estabilizando, aí foi melhorando, né, porque daí aquelas conversa atrapalhada que ela falava, ela já não falava mais, né, com a mudança de remédio. Ela foi esquecendo tudo aquilo que ela falava, aquele monte de “besteiragem”. Porque ela falava muita besteira. Só falava besteira, falava em homem, sabe? Só falava besteira! Aí ela foi parando com aquilo...

Mara: E você acha que a internação cumpriu a expectativa que você tinha?

Marli: Assim, totalmente, tudo, não, porque ela não tá bem, super bem, né, mas deu uma boa, assim, melhorada. Eu achava que ela poderia sair mais melhor, né? Mas não é assim, né, eu até entendo que o problema na mente, filha, não é fácil. Né?

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Fátima: Eles levaram ela pro [*Fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] amarrada. Chegou lá, eles soltaram ela, né, porque já conhecia ela, soltou ela, tudo, levou. Fez ela tomar banho, tomar café. Aí chamou ela pra sala onde a gente tava. Aí

o enfermeiro começou a fazer pergunta pra ela, de repente ela deu um murro em cima da mesa [*ênfase*] e levantou pro meu lado, aí o enfermeiro “Não, vou ter que conter ela”. Aí foi o maior rolo de novo, pegaram ela e ela gritando. Aí, lá dentro ela bateu acho que em duas ou três mulher lá dentro [*risos*]. É o que eu tô te falando, ela é agressiva. Bateu em duas ou três lá dentro também, teve que amarrar ela de novo. Aí depois... foi acalmando, o remédio começou a fazer efeito.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Eunice: Ela fugia e, também, a primeira vez que ela ficou lá no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*], ela fugia também. É que eles iam atrás e pegava com a perua deles lá e punha de volta. E é perigoso isso porque a pessoa fica muito, assim, sabe, atrapalhada. Às vezes, o tratamento tá... [...] O que dava na cabeça dela, ela fazia. Então, é muito perigoso!

Fernanda: E eu me arrependo que lá no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*], eu bati no doutor!

Eunice: Então! Dessa vez também depois que ela foi... que a vaga saiu, que chegou lá... Aí, ela foi indo, né, o tratamento é outro. O [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*], cada dia que passa vai melhorando, eles são mais acostumados, tem mais médicos lá e tudo. Aí foi indo. Mas um dia, eu não sei o que que foi que aconteceu lá que ela invocou também, porque os remédios que eles tavam passando, eles tavam fazendo teste ainda, né, porque eles iam mudar. Então dava um remédio que ela nunca tinha tomado, fazendo teste. Deu uma reação nela, ela bateu no médico também.

Mara: Dessa última vez?

Eunice: É. Dessa vez. Lá no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Diz que bateu no médico também. E eu chegava lá, às vezes, ela tava nervosa, né, brava! Tava brava! Até em mim deu medo, sabe? [...] Coitada, também. Porque a gente tem dó, também. Ela é nova, né?”. Por isso que eu te falo, melhorou porque ela não tá assim igual ela estava. Ela tá tomando esses remédios e se deu bem. Enquanto estiver se dando, vai indo bem. Eu não posso afirmar que um dia ela não vai internar mais e nem... e que vai ficar sempre assim. Eu não posso afirmar. Espero que fique, né?

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017;
Trecho com a presença de Fernanda)

Marli relatou um primeiro estranhamento diante da indicação para internação de Regina em um Hospital Especializado em Psiquiatria, “*hospital de louco*”, entretanto, ela passou a aceitar essa possibilidade, tendo em vista a complexidade da condição da sobrinha, a falta de alternativas e o apoio de pessoas conhecidas. Relatou também que nutria expectativas de que Regina saísse melhor do Hospital, indicando o entendimento de que a internação consistia em um período circunscrito à vida da familiar, culminando no retorno para casa (Oliveira et al., 2015).

O Hospital em questão trata-se de uma instituição que, apesar de um histórico de atuação segundo a lógica manicomial, há 30 anos vem passando por um longo processo de transformações para adequação aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica. Ainda assim,

observamos que o estigma do “*hospital de louco*” perseverava no imaginário social. Marli questionou-se sobre o encaminhamento de Regina para essa instituição mesmo tendo presenciado a sobrinha insone, falando coisas desconexas e andando sem parar, e estando ciente de que a internação era temporária visando ao controle da crise.

Marli contou que, nos momentos iniciais da internação, percebia que a sobrinha estava muito “*dopada*”, pois se mostrava mais lenta, apática e com dificuldade para conversar. Para a tia, no Hospital, “*eles dopam, é muito remédio*”, todavia, embora cogitasse haver um excesso, pareceu compreender que o tratamento era formado justamente pela submissão às estas medicações e seus ajustes, pois esse foi o único recurso mencionado pela tia em associação com a posterior melhora da condição de Regina.

Fátima narrou que Carla foi levada contida para o Hospital, sendo desamarrada quando chegou à instituição. Após tomar banho e café, Carla foi chamada para a sala onde estava sua família e neste momento, diante das perguntas do enfermeiro, ficou irritada, chegando a dar um “*murro na mesa*”, o que motivou uma nova contenção. Destaca-se que Fátima narrou esse episódio atribuindo o gesto da cena exclusivamente à Carla, tratando a agitação da filha como completamente descolada do contexto dado. Nas condutas em saúde mental, naturaliza-se com frequência o lugar de desrazão do paciente, que acaba tendo suas reações ou respostas olhadas com despreço. Na situação descrita por Fátima, a reação de Carla é vista como descabida, “*louca*”, passível de nova contenção e não se questiona, por exemplo, a maneira como o enfermeiro apresentava as perguntas, o teor de tais questionamentos e a condição de Carla para respondê-los naquele momento. Para Jardim e Dimenstein (2007), o acolhimento faz parte de uma *ética-cuidado*, que pode não necessariamente envolver palavras, mas atitudes ou outras formas de comunicação. Quando a pessoa se sente acolhida, segura, sem medo de ser violentada por contenções de todo tipo, torna-se mais fácil o estabelecimento de vínculos que podem ser firmados também no momento da crise.

Depois, em outros momentos durante a internação, Carla voltou a ficar agressiva e a brigar com as pessoas do entorno, chegando a ocorrer agressões físicas e novas contenções. Esta associação direta entre agressão e contenção aponta a pouca disponibilidade para o exercício de olhar para a crise sob a perspectiva da potência que ela porta. Reduzir a crise a comportamentos considerados “*bizarros*” ou desconexos, reconhecendo-a apenas em seus traços patológicos ou “*anormais*”, acaba por dar sustentação prática ao uso frequente e mecanizado das contenções físicas, bem como ao uso generalizado e padronizado da medicação como recurso terapêutico mais importante e prioritário (Costa, 2007). A fala de Fátima de que Carla “[...] *depois... foi acalmando, o remédio começou a fazer efeito*”,

também aponta para uma associação entre o tratamento e o remédio, como se um se encerrasse no outro.

Eunice falou sobre a agitação da filha nos primeiros momentos da internação, relatando que já houve episódios em que Fernanda fugiu do Hospital. Sobre a última internação, contou que a filha estava muito agitada na UBDS e, uma vez no Hospital, foi melhorando a cada dia, pois a partir de então pôde ser iniciado um plano terapêutico para além da contenção dos sintomas que vinha acontecendo no serviço de urgência. Embora tenha mencionado que no Hospital Especializado “*o tratamento é outro, [...] eles são mais acostumados*”, as referências que Eunice fez às práticas de cuidado nesta instituição reiteraram a centralidade do saber médico, visto que associou a especialidade do tratamento em saúde mental à disponibilização de mais especialistas e ao ajuste dos remédios. Diferenciando-se da narrativa de Fátima, Eunice considerou que as reações de agressividade de Fernanda dentro do Hospital poderiam ser respostas aos testes de medicamentos que os profissionais fizeram, inserindo as expressões da filha no cenário mais amplo de variáveis. Após a alta, Eunice reconheceu que Fernanda estava melhor, pois havia se adaptado aos remédios; no entanto, entendia que esta condição podia não ser permanente e não descartava a possibilidade de novas internações serem necessárias futuramente.

Nas entrevistas com pacientes e familiares, ficou patente o uso da intervenção medicamentosa como recurso terapêutico mais importante e prioritário. Para Ferigato, Campos e Ballarin (2007), no campo da saúde mental a medicação tem o papel de não modificar por si própria o curso natural do problema do paciente, mas de estabelecer condições para novas formas de relação entre o paciente e seu problema, paciente e equipe, paciente e meio ambiente. Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa e Vasconcelos (2013) postulam que “as intervenções medicamentosas devem ser facilitadoras do processo de autonomia dos usuários e não aprisionadoras, principalmente das questões existenciais, psíquicas e sociais” (p. 2164). Segundo os autores, em muitos casos, este recurso pode potencializar a atuação dos profissionais, familiares e usuários, desde que o uso esteja atrelado ao intuito de impulsionar a autonomia da pessoa, organizando melhor o quadro clínico, mediante o controle da ansiedade, regulação do sono e redução dos sintomas. Segundo Arruda (2019), ainda que os medicamentos tenham a importante e necessária função de controlar sintomas e possibilitar iniciativas, devem estar associados a estratégias de caráter psicossocial que promovam o reconhecimento do paciente enquanto pessoa que porta dignidade e merece respeito, para além de seu quadro psicopatológico.

No contato com as pacientes após a alta, observamos que elas ainda se encontravam sob efeito marcante das medicações. Isso se apresentou, por exemplo, na lentidão da fala e dos movimentos, na confusão ao expressarem algumas ideias, na dispersão do pensamento, no alto grau de dependência que demonstraram de seus familiares. Depois de terem passado de dois a quatro meses em regime de internação total em Hospital Especializado em Psiquiatria, notamos que, no momento após a alta, as pacientes ainda não apresentavam condições de tocarem suas vidas autonomamente, denotando grande prejuízo na condução das esferas intelectuais, relacionais e ocupacionais.

A permanência no Hospital em condição de isolamento e o ajuste da medicação pareceram ser compreendidos como o tratamento em si, todavia, o que se observou é que a internação psiquiátrica por si só não é suficiente para que a pessoa retome a vida de maneira autônoma. Com frequência, a internação psiquiátrica é tida como o recurso central para a atenção da pessoa em crise, deixando em segundo plano toda uma gama de ações de cuidado que deveriam ser promovidas tanto no período de permanência no Hospital quanto depois da alta, visando, por exemplo, ao reconhecimento de si após a crise, à retomada da autonomia e à reatualização dos planos (Arruda, 2019; Costa, 2007; Magalhães, 2016; Nicácio & Campos, 2004).

O acompanhamento após a alta

Ao longo dos encontros, foi abordada com as participantes a questão da continuidade dos cuidados em saúde mental nos serviços extra-hospitalares depois da alta da internação psiquiátrica. Regina e Fernanda tiveram mais dificuldades em detalhar os acompanhamentos que vinham realizando, ficando tais relatos a cargo de suas familiares, como se observa nos seguintes recortes.

Mara: Uhum. [*Longo silêncio*] E aqui, você tem ido no médico?

Regina: Aqui em vou no médico. Ele tirou sangue.

Mara: Tirou sangue... Por quê?

Regina: Ah, porque tem que tirar, né?

Mara: Quando você foi?

Regina: Foi esses dias.

Mara: Aqui em Cabreúva mesmo?

Regina: É. [Silêncio]. O Gustavo [*se refere ao filho*] fala “te amo, mãe”.
(Regina, segunda entrevista, 20/10/2017)

Mara: E com relação aos retornos médicos, quem tá acompanhando?

Marli: Eu. [...] Ontem eu fui no médico com ela. [...] Quarta-feira que ela consultou lá. Aí o médico... Até que ela falou que tirou sangue, é porque ele pede um exame de sangue por mês, né, pra causa de... deve ser dos remédios também, né? Porque toma os remédios tem que saber como que tá o sangue dela, né, porque, acho que eles controlam a dosagem também, né? Aí, ele conversou com ela, ela deu mais atenção pra ele, né? Porque da outra vez [logo que teve alta] ela não conversava com ele. Ela ficava mais quieta. [...]

Mara: Ele acompanha a medicação e pede esses exames?

Marli: É. Aí ele achou que ela tá bem, entendeu? [...] Ele falou assim “Achei que ela tá bem, que ela tá bem cuidada” né, e [falou] que isso é importante pra ela, não é só dar o remédio, né, que ela precisa de todos os cuidados, né? E... Aí ele pediu de novo o exame de sangue dela e ele falou que vai ver se marca uma... tipo uma terapia, acho que é uma terapia que fala, é um negócio lá ocu... como é que fala? Ocupacional pra mente dela.

Mara: Terapia Ocupacional?

Marli: Acho que é, mais ou menos isso aí. Aí ele disse que vai marcar aqui pra ela passar só que eu não sei quando é que é porque aqui é demorado essas coisas de psicólogo, essas coisas, sabe? [...] Tem fila de espera, essas coisas aí. Mas ele disse que vai ver se consegue pra ela. Ele falou que ela precisa.

Mara: Fazer alguma coisa além da medicação.

Marli: É. Tipo um trabalho pra ela, sabe? Assim, pra ajudar a desenvolver a mente dela, né? Acho que também pra ver como que ela tá reagindo, né? Deve ser mais ou menos isso aí. É... Eu sei que vai fazer isso aí.

Mara: O que você acha do acompanhamento desse médico?

Marli: Ah... Eu acho bom, entendeu? Porque o meu filho também trata com ele. [...] É o mesmo médico. E... Ele é muito legal, é bem atencioso, sabe. Então, eu acho que... Ele falou, ele disse pra mim “Eu tenho que... Eu vou aumentar mais o remédio dela”. Ele falou assim que ela precisa de aumentar mais o remédio dela pra ela melhorar mais. Só que é assim, é devagar, né? [...] Aí ela vai ter retorno de novo só em janeiro. Aí que ele vai ver de novo como que ela tá. Se teve sucesso no aumento do remédio, essas coisas. Esses problemas [da mente] são assim mesmo, é muito devagar.

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Mara: E o acompanhamento agora da Fernanda tá sendo feito onde? Nesse ambulatório com a Dr.^a Amélia?

Eunice: Ambulatório. É. Lá. Sabe aonde fica o ambulatório? Fica na avenida [*Fala o nome da Avenida*]. [...] Eu tomo um ônibus que vai direto pra lá. [...] Não era lá, não. Era mais fácil de ir. Ia com o mesmo ônibus, mas era no centro [...], mas eles mudaram, né. Mudaram pra lá. É, porque lá é maior, uma clínica, uma casona grande.

Mara: E aí essa Dr.^a Amélia é a psiquiatra do ambulatório?

Eunice: É a psiquiatra.

Mara: E ela cuida da medicação?

Eunice: Cuida da medicação.

Mara: E tirando a medicação, tem alguma outra atividade, tem...?

Eunice: Ah, até tem, né, a Terapia Ocupacional, mas a Fernanda não gosta, né, de fazer Terapia Ocupacional. Ela fez lá e gostou de fazer lá no Hospital porque já tava lá, mas quando depende de ela ter horário, ou que nem... É sempre às oito da manhã, não sei se vai até meio dia, parece que é isso. Pronto. Ela já começa a faltar, faltar,

não dá certo. Nunca conseguiu fazer. E é tão bom a Terapia Ocupacional, né, porque eles conseguem fazer bastante coisa, mas ela num...

Mara: Não se adaptou?

Eunice: Não. De jeito nenhum.

Mara: Você acha que o SUS, a rede de saúde poderia oferecer outros tipos de cuidado pra ela, além da medicação?

Eunice: Ah, eu acho que o que eles podem oferecer eles já oferecem.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Mara: Aí é uma vez por mês que vocês vão lá no ambulatório?

Eunice: Nós vamos lá. [*Mensalmente Fernanda vai ao ambulatório para aplicar injeções de Haldol, pois se recusa a tomar os comprimidos de cor azul acreditando ser veneno*].

Mara: E é o dia que ela toma essa injeção e consulta com a médica também?

Eunice: Não. Consulta a médica é a cada três, ou às vezes, quatro meses. Que nem ela consultou em outubro, vai consultar agora em janeiro, em fevereiro.

Mara: E assim que ela saiu da internação [em agosto] ela consultou?

Eunice: Consultou.

Mara: Aí voltou em outubro...

Eunice: É. Isso. Quando ela saiu da internação, ela já tinha consulta marcada por eles lá, no outro dia consultou. [...] Aí, depois consultou em outubro e agora vai consultar em fevereiro. Depois, [...] quando é junho consulta de novo e assim vai. É umas quatro consulta por ano, né? Três, quatro. [...]

Mara: E lá nesse ambulatório não tem psicólogo ou alguma outra atividade que ela possa fazer?

Eunice: Ah, sempre tem. Que tem, tem. Mas ela já fez. Só que Terapia Ocupacional ela não conseguiu, assim, acompanhar, sabe? Tinha que tá as oito horas lá, pra fazer os trabalhos. Ela não quis. Perdia a hora, também, acabou saindo.

Mara: E é longe daqui, né?

Eunice: E é longe também. Mas é muito bom. Quando era ali no centro, né? Ela não paga ônibus, ela podia ir, mas ela não... Às vezes ela ia, depois faltava, ia de novo. Até que acabou saindo mesmo. E é bom Terapia Ocupacional. Eu falo pra ela, falo assim "O tempo que você fica pondo caraminhola na cabeça, ou fica sem fazer nada, você faz, você aprende a fazer as coisas". Porque ela ainda é nova, é inteligente, né, também poderia fazer, né, mas...

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Marli e Eunice descreveram o acompanhamento ambulatorial, pautado em consultas médicas periódicas para avaliação dos sintomas e dos efeitos das medicações. No caso de Regina, no período em que foram feitas as entrevistas, estavam sendo realizados exames de sangue e consultas mensais no ambulatório para acompanhamento da dosagem das medicações. Já no caso de Fernanda, ela comparecia no ambulatório de saúde mental do município mensalmente para aplicação das injeções de Haldol e a cada três ou quatro meses para os retornos com a médica psiquiatra.

Ademais, tanto Marli quanto Eunice mencionaram a Terapia Ocupacional como mais uma alternativa de cuidado em saúde mental para suas familiares. Para Marli, esta foi uma

indicação do psiquiatra, sugerindo que seria interessante que Regina tivesse uma “*ocupação para a mente*”. Eunice, que já trilhava uma trajetória mais longa de cuidados com Fernanda, disse que a Terapia Ocupacional poderia ser um recurso para que a filha ocupasse o tempo com mais qualidade, evitando ficar “*caraminhando as coisas*”, entretanto, narrou que Fernanda tinha dificuldade em se engajar na atividade em virtude da distância do serviço e do horário em que é oferecida, às oito horas da manhã, sendo que ela não consegue acordar cedo por conta das medicações.

Destacamos que, além da Terapia Ocupacional, Marli e Eunice não mencionaram a oferta de outras práticas de ordem psicossocial, tais como grupos de psicoterapia ou promoção de saúde, espaços de convivência, atividades de geração de renda, grupo de apoio aos familiares, psicoterapia individual. A indicação da Terapia Ocupacional, nos dois casos, pareceu ter um caráter quase recreativo, integrando secundariamente aquilo que seria entendido como o tratamento em si, ou seja, o remédio. Segundo as familiares, o foco do acompanhamento após a alta novamente se mostrou sobre o controle dos sintomas e dos efeitos das medicações prescritas — o que pode ser considerado uma intervenção bastante restrita, tendo em vista a complexidade das condições de vida das participantes. Esta simplificação dos processos de cuidado em saúde mental, reduzindo o sofrimento aos aspectos biológicos, reforçam, ainda, crenças como as de Marli de que os “*problemas [da mente] são assim mesmo, muito devagar*”. Observamos pouca abertura dos serviços da rede para o desenvolvimento de estratégias psicossociais que poderiam contribuir de maneira mais potente para o desenrolar da vida depois da internação, visto que priorizam a criação de vínculos, o acompanhamento longitudinal e uma atitude mais reflexiva sobre o contexto vivido pelos usuários.

Eunice narrou que com frequência Fernanda recorria à UBDS próxima de sua casa para consultas eventuais, como indicam os recortes abaixo:

Mara: E, às vezes, acontece dela ficar nervosa, assim, e ir ali no posto [UBDS]?

Eunice: Aí? Vai direto no posto! Ela faz coisa... Eu nem sei como que eles atendem ela. Sabe, eu não sei te contar. Quer ver... Nós tamo terminando o ano, né. Ó, véspera de ano, véspera de natal, sabe o que ela faz? Fica um tempão lá esperando a vaga. Quando atende ela, eles já estão acostumado... E o pior é que eles atendem porque... E não atende ela à toa, atende ela certo mesmo. Eu acho. Sabe por quê? Eu acho, não. Eu vejo. Porque ela vem com receita. Ela fala assim “Eu tomei tal injeção”.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Eunice: Por exemplo, a agitação dela faz ela criar problema com ela mesma. Vamos supor que ela senta aqui... Vamos supor que ela acabou de almoçar, aí ela acabou de almoçar lá, tudo. Come rápido! Quer comer, tá sempre com aquele apetite. Come. Aí senta aqui e dá qualquer coisa na cabeça dela, ela fala assim “Vai pegar meu cartão [do SUS]”. Daqui eu acho que eu tô vendo o cartão dela lá [*aponta o móvel da sala*]. Já pus até mais ou menos na vista. Porque se ela chegar aí agora e querer ir pra lá, eu tenho que dar o cartão pra ela. Então, pra não perder, eu ponho dentro de um saquinho e falo “Toma”. Ela vai sozinha, minha filha. Chega lá, ela se explica “Ah, vocês me dão soro porque eu preciso tomar soro... ou então eu tenho que tomar injeção”. Sabe? “Eu posso tá com pneumonia porque eu tô com uma tosse que eu não aguento”.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Eunice contou que Fernanda costumava acionar a unidade de saúde próxima de sua casa com bastante frequência, apresentando queixas de naturezas diversas, ao que os profissionais do serviço respondiam com as respectivas condutas de ordem médica. Destaca-se que Fernanda apresentava boa condição geral de saúde e que a narrativa da mãe sugeriu que as idas dela à UBDS, muitas vezes, eram motivadas por questões triviais. Possivelmente, parte destas queixas demandavam alguma intervenção especializada, porém, supõe-se que em algumas situações Fernanda acionava o serviço em razão do ócio do dia a dia ou da carência de atenção.

Pela descrição das participantes sobre o funcionamento da UBDS, depreende-se que as ações ofertadas por esse serviço eram predominantemente pautadas no paradigma biomédico, pois Fernanda e Eunice se referiram a atendimentos das demandas eventuais em saúde, consultas e retornos em especialidades médicas e atendimento às urgências, não tendo sido referidas ações de promoção de saúde voltadas ao território de abrangência. Fernanda indicou estar vinculada a este serviço, reconhecendo-o como de ajuda, todavia este vínculo se baseava na negatividade da doença, ou seja, tendo os sintomas (tosse ou indigestão) como códigos de acesso à unidade, uma vez que a UBDS se organizava em torno deste tipo de demanda.

Levando em conta que Fernanda valorizou os trabalhos de Terapia Ocupacional que realizou no Hospital, que já havia tentado frequentar atividades semelhantes no passado no contexto do Ambulatório de Saúde Mental (sem sucesso em razão do horário e da distância) e que tinha um histórico de acessos à unidade de saúde próxima a sua casa, haveria chances de ela se vincular a serviços ou espaços comunitários, caso houvesse oferta em seu território, por meio da positividade da saúde e não da negatividade da doença.

Carla falou sobre sua experiência pregressa no CAPS e como esta vivência influenciava sua vinculação atual com este serviço.

Carla: Agora tem o CAPS, mas eu prefiro fazer academia.

Mara: Uhum... você já ia no CAPS antes?

Carla: Eu? [tosse] Eu até ia no CAPS antes, mas eu parei. Aí, depois que eu parei, eu acabei sendo internada. Aí, acabei sendo internada, deixa eu ver um negócio. Eu acabei sendo internada e, na realidade, parei de ir. E aí, agora, dessa vez eu vi o CAPS mas vi que ir na academia pra mim é melhor, psicologicamente.

Mara: E você tem ido na academia?

Carla: Comecei... É o terceiro dia.

Mara: E tá sendo bom?

Carla: Tá. Nossa! É porque mexe bastante com o corpo, né, você se sente melhor.

Mara: Né... Aham. E o CAPS, então, você tá avaliando que... você trocou pela academia, a academia tá sendo melhor?

Carla: É. Porque o CAPS é crochê, crochê eu tô fazendo já, em casa. É pintura, eu já tô fazendo em casa. Meu quadro tá lá, ela falou que não vale nem 250,00. Quanto mais 150,00, falei “Ah, então, não vou pintar aqui, não! Vou pintar pra pôr na minha casa, vai ficar mais bonito”.

Mara: Uhum... Lá é crochê, pintura, o que mais o CAPS oferece?

Carla: E ginástica.

Mara: Hum! Tem ginástica?

Carla: Ginástica japonesa.

Mara: Hum... que é tipo um alongamento?

Carla: É.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Mara: E no CAPS, você tem ido?

Carla: Ah, eu não fui. Eu não tô indo muito, não. Porque o CAPS é o seguinte: O CAPS, ele tem... tem... como que fala? Alguns exercícios que eu não tô gostando. Que nem a pintura. Eu levei a pintura que... do Pica-Pau pra ela lá... expor. Aí a moça não pôs lá na frente durante dois dias. Não pôs lá na frente. Aí eu fiquei só observando. “Não vai colocar? Então tá bom”. “Ah, quanto que vai valer meu quadro?”, “De 60 a 70 reais.” E eu falei “O meu quadro vale de 100 a 200. Eu não quero por menos”, “Ah, Carla é só 50 ou 60”, “Ah, então tá bom. Devolve o meu quadro, eu vou dar pro meu sobrinho”. Pronto. Eu dei pro meu sobrinho. Aí vai ficar enfeitando a casa.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017)

Carla mencionou o CAPS e a academia como contextos possíveis de serem incluídos em seu cotidiano, o que sugere que, depois de sair da internação, ela tentava se reposicionar na rotina e se reconhecer diante dos efeitos dos remédios, ponderando quais atividades eram possíveis de serem assumidas e sua disposição para tal.

Na ocasião da primeira entrevista, ela cogitava que frequentar a academia seria “*melhor, psicologicamente*”, referindo a atividade física como uma maneira de cuidar da mente. Partindo de sua experiência pregressa no CAPS, onde participou de atividades de crochê, pintura e ginástica japonesa, depreende-se que ela frequentou este serviço durante certo tempo com algum interesse, porém, no momento da entrevista, já não demonstrava engajamento.

Coloca-se em questão um aparente descompasso entre as expectativas de Carla, enquanto usuária do CAPS, e os propósitos das atividades quando ofertadas pelo serviço. Considera-se que são de grande valor as atividades cujo propósito é instituir um momento de descontração, interação entre os participantes, utilizando-se muitas vezes de técnicas e habilidades manuais que visem à produção de algo pelo próprio prazer da realização. Entretanto, por seu relato, Carla acreditava estar produzindo algo passível de comercialização, o que resultaria em uma renda para si, tendo tal expectativa frustrada. Esse descompasso pode estar relacionado com as reservas de Carla em voltar a se vincular ao CAPS.

Não se tem informações para afirmar se as oficinas de crochê e pintura frequentadas por Carla tinham o propósito de geração de renda, mas pode-se pensar que a frustração dela ao não conseguir vender seu quadro esteja relacionada a uma dificuldade do serviço em trabalhar com suas demandas e expectativas. Pode ser que a própria Carla tenha superestimado o valor de seu quadro, entretanto, ouvir que era impossível vender àquele preço a fez perder o interesse pela atividade. Além disso, ela relatou ter aguardado por dois dias para que seu quadro fosse exposto, o que não teria acontecido. Pelo relato, esses eventos parecem ter culminado em um sentimento de desvalor e no seu afastamento do CAPS.

De acordo com as políticas, o CAPS seria o equipamento indicado para o acompanhamento tanto de Carla quanto de sua família, com potencial para auxiliar no processo de retomada da vida após a internação (Ministério da Saúde, 2002, 2004, 2011a). Para Carla — cujo contexto envolvia a alta recente de uma internação psiquiátrica, a adaptação aos efeitos dos remédios, o desemprego, os conflitos com a mãe e os desejos de voltar a trabalhar, ter a própria casa e retomar a guarda dos filhos — o afastamento do CAPS pode ter significado a perda de uma oportunidade importante de ajuda, visto que este dispositivo tem o propósito de ofertar um cuidado ampliado, que leva em consideração a pessoa em sua integralidade.

Ao longo dos encontros com Fátima, ela relatou como evoluíam os acompanhamentos de Carla pela rede de saúde, expondo suas impressões e preocupações.

Fátima: A medicação sou eu. Eu que dou a medicação. De manhã, à tarde e à noite.

Mara: Que é prescrita pelo médico do [fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria]?

Fátima: Isso. Veio do [fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria] aí foi pra... Pro CAPS, aí no CAPS eles passaram a nova receita, que aí a gente pega lá na farmácia de alto custo, né, pros remédio de alto custo lá. Aí vale por três meses, aí depois tem que renovar a receita. Então durante três meses a gente pega esse mesmo remédio.

Mara: E aí, pra renovar, vê o médico de novo?

Fátima: É. Aí tem marcado já a consulta, aí vai no médico, ele renova a receita, a gente volta lá de novo e continua pegando.

Mara: Uhum. Mas não vê o médico, nem outro profissional de saúde, nada. Só nos retornos para renovar a medicação só.

Fátima: Isso. Isso. É, faz acompanhamento lá também, né, é... de vez em quando ela vai lá pra poder pintar, pra conversar com a psicóloga lá. Ela vai no CAPS. Ela mesmo vai sozinha.

Mara: Daí sem hora marcada?

Fátima: Acho que é só de manhã que ela vai. É só na parte da manhã. [...] Só nos dias da consulta mesmo que tem marcado. Pra poder voltar e falar com o médico.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Fátima relatou ser ela quem estava responsável pelos remédios da filha, “*de manhã, à tarde e à noite*”, esclareceu que a medicação em uso naquele momento havia sido prescrita pelo médico do Hospital e que, depois da alta, Carla já havia passado em consulta com a médica do CAPS, a qual renovou a receita e seguiu com o acompanhamento do caso por meio de retornos trimestrais. Fátima mencionou ainda que, além das consultas, a filha também fazia acompanhamento no CAPS, com atividades de pintura e conversas com a psicóloga. Entende-se que a oferta de tais atividades foi valorizada, uma vez que foram lembradas, porém, pelos relatos tanto de Fátima quanto de Carla, a adesão se dava sem grande engajamento. As duas se referiram ao CAPS de modo impreciso, especialmente no que diz respeito às ações que excediam às consultas médicas, pois não indicaram, por exemplo, quanto tempo havia decorrido desde a última vez que Carla tinha ido ao serviço para conversar com a psicóloga ou fazer pintura, não mencionaram nomes dos profissionais aos quais estavam vinculadas e não especificaram o horário e a frequência das atividades.

Na segunda entrevista, Fátima ponderou sobre a quantidade de medicação que Carla vinha tomando e os efeitos percebidos:

Mara: E você acha que toda essa medicação que ela tá tomando é necessária?

Fátima: [...] O das duas horas eu acho que nem precisava, viu?! Eu acho que só o da manhã e à noite. Acho que tinha que tirar alguma coisa pra ela poder, ela melhorar o... como fala? O jeito dela agir, né? Porque ela fica muito lenta por causa do remédio.

Mara: O que ela tomava antes da internação, que era a Quetiapina, você acha que faltava...

Fátima: É. Faltava. Aí era pouco. Entendeu? Só que agora ela tá tomando bastante, né? Sete, quatorze, acho que é dezessete remédio por dia. É bastante pra um dia, né? Tipo assim, pra uma semana, duas semanas, todo os dias tomando isso... Agora que nem, ela tomava duas Quetiapina só. Aí também já era muito pouco. Eu acho que... Agora na próxima consulta podia ver se dava pra mim ir conversar com a médica. [...]

A outra, a irmã dela vai com ela. Porque sempre é na parte da manhã e eu sempre tô... eu não tenho condições de parar.

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Entre a segunda e a terceira entrevistas, ocorreu que Carla percebeu grande inchaço no corpo e recorreu ao posto de saúde para uma consulta. Na ocasião, o médico, clínico, avaliou que o inchaço poderia ser decorrente das medicações que ela vinha tomando e sua conduta foi orientar a interrupção do uso. Os relatos abaixo ilustram esse momento.

“E o clínico tirou toda a medicação dela. Tirou tudo. Isso faz 10 dias. Deixou ela só com a Quetiapina. Ela tava tomando duas Quetiapina de manhã, duas de tarde e três de noite; agora tá só com as três da noite e ela já tá mudando o comportamento dela. Já começou com as saídas dela de noite... Tá acelerada. Voltou a fazer academia. Ela faz tudo rápido, tudo correndo. Ela vai na academia e volta, tudo correndo. Tá mais agressiva... Não tem sono, não tá dormindo a noite... Quando dá quatro horas da manhã já tá acordada. Começa a implicar, acha que tudo que os outros fazem é contra ela... Ele tirou toda a medicação dela!!! No retorno, ele [*médico*] ainda foi irônico com a minha outra menina [*Carolina*]. Ele falou ‘Olha como fez bem pra ela. O semblante dela tá melhor, ela tá mais ativa, voltou a fazer academia, emagreceu...’. Emagrecer? Ela desinchou [*ênfase*]! Ele falou ‘Quero ver a doutora [*psiquiatra do CAPS*] achar ruim que eu tirei a medicação dela.’ Aí, hoje às 15:30hrs, ela tem consulta no CAPS... Quero só ver como vai ser. Eu já fui pessoalmente hoje de manhã no CAPS pra falar com a médica porque se eu for junto na consulta, ela vai achar que a médica mudou o remédio porque eu falei... Ela vai me acusar... [...] Só que não dá, já acordou uma outra parte dela”.

(Diário de Campo, 30/01/2018, transcrição da ligação com Fátima)

Mara: Me conta um pouco sobre o que estava acontecendo, que você me contou pelo telefone, que ela foi no médico, clínico geral [do posto], e ele tirou...

Fátima: Ele tirou os remédios dela. Aí ele mandou ela ficar tomando só a Quetiapina, duas Quetiapina à noite, e passou um outro remédio pra ela. Só que aí, ela já começou a ficar hostil, entendeu? [...] Aí eu falei “Espera a sua médica lá [*psiquiatra do CAPS*] pra poder falar com ela”. Aí eu fui antes dela, eu fui lá no CAPS pra conversar. Aí eu falei... Fui lá primeiro no CAPS [sozinha] e falei com a moça, falei: “Ó, avisa a doutora que tá acontecendo isso e isso”. Porque se eu falar perto da Carla ou a irmã dela falar, ela vai achar ruim. Aí a moça falou “Não. Tudo bem.” Só que a médica falou que tá tudo bem. Deixou ela só... Acho que aumentou uma Quetiapina. Falou pra ela tomar três de noite, ou então, uma de manhã e duas de noite. [...] Aí, tipo assim, agora eu quero ver quem que vai arcar com as consequências, né? Porque, por enquanto, vai bem!

Mara: Como você acha que vai desenrolar essa situação?

Fátima: Só Deus. Eu espero que ela não pare de tomar a Quetiapina também, entendeu? Porque da outra vez foi isso: o médico tirou tudo e deixou só a Quetiapina. Aí ela ficou sem por causa da rede. [...] Da outra vez, ela ficou uns 10 dias sem remédio, mas ela tava tomando só a Quetiapina. Aí ela parou, ficou uns 10 dias sem e foi onde ela entrou em surto. Agora ela tá tomando só a Quetiapina. Ela tá bem? Ela tá ótima! Se você prestar atenção, você vê que até a conversa dela mudou.

Mara: Uhum. Está diferente.

Fátima: Ela tá bem mais ativa. Só que, de vez em quando, ela tem os delírio. Ela fala umas coisas que não tem nada a ver. Que eu acho que você deve ter prestado atenção nisso também. [...] Aí ela voltou a fazer academia. Ela tá mais ágil comigo, trabalhando, entendeu? Ela levanta cedo. Cinco e meia, seis horas. [...] Tá dormindo menos, né, porque antes ela dormia no efeito do remédio. Era oito horas [da noite] ela tava dormindo, dormia até as oito da manhã, mais ou menos. [...] E dormia à tarde inteira, mas por causa da medicação. Agora ela tá só com a Quetiapina, ela tá dormindo à noite. Só que ela vai dormir as dez horas, porque ela assiste agora todas as novelas, assiste tudo, ela vai dormir dez horas. E as cinco e meia ela tá de pé. Então, pra mim tá sendo bom? Tá sendo! Ela tá mais ágil, tá tudo, entendeu? Só que o meu medo é... [...] Onde que isso vai parar?! Entendeu? Porque daqui a pouquinho o organismo dela vai sentir que acabou os outros remédios. Vai ficar só a Quetiapina. Se ela ficar um dia sem tomar, já começa a prejudicar.

Mara: E o que você achou da conduta desse médico clínico, que mexeu na medicação?

Fátima: Eu achei que ele não foi profissional. Entendeu? Porque, tipo assim, se ela tem um tratamento psiquiátrico, ele não pode mexer nessa medicação. Ele pode, assim, orientar, ou até assim, falar pra diminuir a medicação. Mas ele tirar toda medicação? Ele não pode. Porque ele não viu o que ela passou! Ele não viu, ele não presenciou, o que a gente [ênfase] passou com ela. Agora, os psiquiatras sabem. Ela [psiquiatra do CAPS] tem o histórico. Ali [no posto] ele não tem o histórico dela da psiquiatria, entendeu, lá do [fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria]. Então, eu acho que ele não deveria ter tirado. É o meu modo de pensar.

Mara: Sim... E a psiquiatra ter seguido a conduta dele... também foi estranho?

Fátima: Também foi estranho. Eu achei muito esquisito. Porque, tipo assim, por ela ter ali a pasta dela com tudo, o relatório dela tudinho ali, de agressão com enfermeira, de agressão comigo, de agressão aqui em casa, de tudo o que ela já fez, eu acho que ela tinha que ter... Porque eu fui justamente lá pra isso. Eu deixei lá marcado, porque a médica não tava na hora. Aí eu conversei com a moça, deixei anotado lá. Pedi pra não tirar toda a medicação. [Só para] Diminuir [ênfase]! Porque é o que seria correto. E diminuir... Ela tava tomando 17 comprimidos... diminuir aos poucos. E não de uma vez. Porque da outra vez, aconteceu tudo o que aconteceu porque tirou de uma vez. Entendeu? Então, eu não achei correto. Mas... Quem é a médica? Né?

Mara: E agora, se ela começar a piorar, qual é o suporte que vocês têm?

Fátima: Nenhum. Nenhum. O suporte que eu tenho é: conseguir levar ela até no postinho e ficar com ela lá, esperando a vontade de vaga, entendeu? Igual aconteceu da outra vez.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

O mesmo evento, na perspectiva de Carla:

Carla: Mas eu acho que eu melhorei depois de parar com os remédios [psiquiátricos]. Porque eu passei no médico [clínico geral, do posto] porque eu tava inchando muito.

Mara: Inchando como? O corpo inteiro?

Carla: O corpo inteiro. O chinelo, eu não conseguia colocar no pé. Aí eu fui no médico, o médico pegou... A minha irmã ligou lá no CAPS. Aí eu falei assim "Não tem nada a ver com o CAPS, eu tenho que passar num médico, né?" Aí a minha irmã

me levou no médico aqui [do posto], ele já tirou tudo os remédios e falou que podia ser os remédio e tirou tudo.

Mara: E você já conhecia esse médico?

Carla: Não.

Mara: Tá...

Carla: Aí ele tirou tudo e deixou só a Quetiapina pra dormir, à noite. Aí ele tirou tudo e deixou a Quetiapina e me deu Lamotrigina pra mim desinchar. Aí eu desinchei totalmente, ó [*mostra as mãos*], a minha mão tá desinchada. Não tá inchada mais... [...] Meus pés. Meus pés, assim, tá totalmente desinchado. Minha barriga diminuiu um pouco.

Mara: Então, de um dia pro outro ele tirou todos os remédios? Deixou só a Quetiapina?

Carla: Todos. Aí eu passei na psiquiatra [do CAPS] antes de ontem e ela mantém a mesma medicação dele [*clínico geral do posto*], que é a Lamotrigina e a Quetiapina [...].

Mara: E faz quantos dias que foi essa consulta com ele, que ele tirou todos os remédios?

Carla: Já tem uns 20... vai dar uns 20 dias. Tem uns 15 dias mais ou menos. Porque eu voltei lá, foi no dia 29, eu voltei lá pra ele me ver. Aí ele viu que desinchou bastante, eu emagreci oito quilos, ele ficou contente. Mas ele falou assim “Ó, eu quero te ver ainda com menos de 90 kg”. Aí ele falou “Mantém o Lamotrigina”. Então, mas o meu já acabou. Tem que esperar agora até o dia 15 pra comprar. [...]

Mara: E como você se sentiu sem a medicação? [...]

Carla: Olha, eu me sinto melhor porque eu consigo escrever melhor. Tomando a medicação, a minha mãe falava “Escreve tal coisa” e nossa! Nem meu nome eu conseguia escrever! Mexe muito com a cabeça, né? Totalmente com a coordenação motora e eu não conseguia de jeito nenhum! O “n” e o “s” juntos já não saia! [*risos*] [*Combinação de letras que integra seu sobrenome*]. Aí agora sai! Porque eu parei, né, parei com os remédios e aí agora eu consigo escrever certinho. Hoje eu recebi esses refrigerantes aí [*aponta pra uma pilha de fardo*], eu mesma assinei. Das outras vezes, eu pedi pra minha irmã “Assina aí”. Então, melhorou bastante! Eu não falo assim “Ah, ter ido pro [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] não foi bom.” Foi bom porque, assim, pra mim por limites em mim, né? [...] Antes eu dormia muito, né? Agora eu não durmo nada. Só de madrugada. Tipo, se eu tomo o remédio, eu já durmo. Mas como eu não tomo mais durante o dia, a médica passou... Ou eu tomo uma de manhã, ou eu tomo as três à noite. Eu prefiro à noite [...] porque assim eu durmo melhor. Se eu ficar dormindo durante o dia, eu não vou fazer academia.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Observamos que Carla e Fátima tinham posicionamentos diferentes quanto à interrupção do uso da medicação. Carla se disse satisfeita com a retirada, argumentando ter percebido uma série de efeitos positivos em seu corpo. Além de ter desinchado, relatou melhora na coordenação motora, que ela julgava estar prejudicada por causa dos remédios, o que fazia com que delegasse à irmã algumas tarefas cotidianas aparentemente simples. Já a mãe manifestou bastante preocupação com a retirada abrupta das medicações que Carla vinha tomando sob prescrição dos médicos do Hospital, com acompanhamento da psiquiatra do CAPS.

Dada a maneira como descreveu o acontecido, Fátima parecia concordar que a medicação de Carla precisava ser revista e, possivelmente, diminuída. Considerando que já havia se passado quatro meses da alta do Hospital, talvez imaginasse que Carla não precisasse viver “*vegetando*”, e que, com algum ajuste da medicação, seus sintomas poderiam se manter controlados e, ao mesmo tempo, ela se sentiria mais disposta e hábil para realizar tarefas. Pode-se pensar que, em sua ida ao CAPS para tentar conversar com a médica, Fátima buscou contribuir com o cuidado que vem dispendendo à filha, compartilhando o seu ponto de vista sobre a situação e expondo sua preocupação. No momento, coloca-se em foco o lugar ocupado por Fátima nesta complexa situação, pois convivia cotidianamente com Carla e, mais do que isso, naquele momento se reconhecia como a pessoa responsável pelos seus cuidados, possuindo uma série de impressões e expectativas acerca de sua condição. Porém, ao menos na situação descrita, Fátima demonstrou não compreender a conduta dos médicos e estar receosa quanto aos possíveis desdobramentos da retirada da medicação, pois, caso a situação se agravasse, caberia a ela assumir as responsabilidades, conduzindo a filha aos serviços de urgências.

Pareceu-nos que, tanto por parte das famílias quanto da rede de saúde, são poucas as intervenções além das consultas médicas e psiquiátricas e, portanto, da medicação. Fátima recorreu ao CAPS quando o médico do posto de saúde suspendeu a medicação psiquiátrica da filha, mas não identificou este mesmo serviço como possível interlocutor para falar sobre o desgaste psicológico acarretado pela convivência com Carla. O acompanhamento após a alta da internação parecia se dar por meio de atendimentos fragmentados, sem um acompanhamento longitudinal na perspectiva do cuidado integral e territorial conforme previsto pela Reforma Psiquiátrica e incorporado na legislação nacional. A contenção dos sintomas, embora importante, não abarca toda a complexidade apresentada pelas famílias, o que remete as pessoas (paciente ou familiar) a uma condição de *impotência*, por não saberem o que fazer com as dificuldades vivenciadas, de *isolamento*, por não contarem com um serviço implicado com suas necessidade, e de *invisibilidade*, por não terem suas experiências consideradas no processo de cuidado (Casarini, 2013).

Observamos que as famílias ficavam solitárias no processo de elaborar as situações vividas e prospectar os desdobramentos da vida, uma vez que os serviços não têm no familiar um parceiro do cuidado e vice-versa. Todo o percurso pela rede de saúde pareceu ditado pela atuação técnica, respondendo à necessidade de controle dos sintomas e de ajuste das medicações, dispondo de pouca abertura para iniciativas com enfoque psicossocial, tais como a criação/preservação de vínculos sociais e afetivos, a oferta de momentos de lazer e

convivência e o desenvolvimento de estratégias ocupacionais, de superação dos focos de conflito do cotidiano e de alívio da sobrecarga da família. As entrevistadas identificaram o CAPS e os Ambulatórios como referências de suporte para regulação dos humores e medicações, mas não relacionaram esses serviços às outras facetas da vida, como a perspectiva de procurar emprego, melhorar o vínculo com os filhos, encontrar um companheiro, voltar a estudar, entre outras ações mencionadas por elas, que serão abordadas na próxima seção.

4.3. Contexto atual e desejo de retomada da vida

Esta seção da análise inclui os trechos das entrevistas em que as participantes fizeram referências ao momento que viviam, descrevendo situações cotidianas e, também, explicitando os desejos de que as circunstâncias de vida pudessem ser outras e melhores.

O desenrolar da vida no momento atual

As participantes relataram situações cotidianas que compunham o momento que viviam. Ao falarem sobre a rotina, Carla e Fátima enfatizaram a sobrecarga de trabalho e os impactos das medicações.

Fátima: Não, tá mais calma [depois da internação]. Ela tá mais calma porque ela vive medicada. Ela toma sete comprimidos de manhã, três à tarde e sete à noite. Então ela tá tomando por volta do que, 17 comprimidos por dia. Só Quetiapina ela toma sete. Ela toma duas de manhã, duas à tarde e três à noite. Então, é medicação, né? Bastante. Um tanto razoável. Então ela se mantém mais calma, mas ao mesmo tempo ela não deixa das implicâncias, você tá entendendo? Não deixa das picuinha. Mas vai levando...

Mara: E ela está procurando emprego...?

Fátima: Ela mesma fala “Eu tô procurando, mas eu não vou arrumar [emprego] porque eu sou muito briguenta”. Ela mesma fala. “Eu sou muito briguenta, eu não paro em lugar nenhum”. Entendeu? E tomando remédio, como é que ela vai trabalhar, fala pra mim?

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Mara: Bom, queria saber como vocês passaram esses dois meses, como tá a convivência com a Carla... Como foram esses dois últimos meses?

Fátima: Ah, tranquilo. Ela tá medicada o tempo todo, né? [...] E ela fica assim como você viu: lenta. Ela até tenta ajudar, assim, a fazer as coisas. Ela me ajuda só que eu não posso contar 50% da ajuda. Eu não vou nem falar 100, é 50%. Porque os movimentos deles ficam comprometidos, você tá entendendo? Ela fica muito lenta. [...] Aí, ela tenta ajudar, ela tenta fazer as coisas, que nem, hora que você chegou, ela tinha ido deitar porque ela tava na cozinha lá, tentando fritar o hambúrguer, mas você vê que ela não tem coordenação pra cuidar de duas frigideira. Eu falei pra ela “Vai deitar, fia, você tomou o remédio, vai deitar que a gente se vira”, [e ela falou] “Ah, então tá, então.” Aí ela veio deitar.

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Mara: Agora que você tá em casa, como que você tem feito pra cuidar da sua saúde mental?

Carla: Eu tomo os remédios que me deram. Eu... Eu gosto muito de mexer no celular. Eu gosto muito de dormir. Eu não gosto muito de ficar fazendo crochê mais não. Crochê me irrita. Aí eu gosto de pintar, mas até fazer o desenho... Nossa! [...]

Mara: Então, descansar, mexer no celular, tomar os remédios...

Carla: Uhum. Dá uma voltinha... Minha mãe tá dando umas voltinhas comigo por aí. Isso é bom.

Mara: Onde você tem ido?

Fátima: No mercado! *[risos]*

Mara: *[risos]*

Carla: No mercado eu gosto de ir, viu?! *[risos]*

Fátima: É, não... no domingo a gente foi lá na pracinha, lá no... naquele parque que tem lá no... perto do shopping. [...] É gostoso lá. A gente foi lá no domingo. [...] É, não adianta. Eu não tenho muito tempo, entendeu? [...] [A rotina com as marmitas] É direto, entendeu? De domingo a domingo. Não tem como sair. Não tem como. Aí no domingo, depois do almoço que ele *[Celsa]* foi levar o almoço, aí a gente deu uma carreirinha lá [no parque] e voltamos já pra fazer a janta. Que é um pouquinho menos puxado.

Mara: Então entre levar o almoço e fazer o jantar foi que vocês conseguiram ir no parque e voltar?

Fátima: Isso *[risos]*. [...]

Carla: É verdade.

Fátima: E ela *[Carla]* não vai pra canto nenhum. Ela não sai pra canto nenhum. Então, o negócio dela é dormindo. Não tá fazendo nada, tá dormindo. Não tá fazendo nada... Tá medicada o tempo todo, né?

Mara: E porque você não sai, Carla?

Carla: Porque eu não gosto.

Mara: Hum...?!

Fátima: Não tem pra onde ir também. Em Águas Claras você não tem lugar pra ir. Ou você senta num boteco, ou você vai pra um lugar caro, uma choperia, ou você vai pra onde? Se você ficar na pracinha dando sopa, os outros te rouba. Não tem lugar pra você ir. É complicado.

Carla: Eu não gosto de sair. Tem o shopping pra ir, se divertir. Mas eu geralmente acabo a pia lá pra umas oito horas, nove horas. Sair daqui nove... Até eu tomar banho e se trocar vai dar quase dez.

Fátima: A louça da janta é dela. Ela lava a louça da janta, aí toma banho e vai dormir.

Carla: Aí, dez horas não dá tempo porque até pegar o ônibus e ir, o shopping já fechou.

Fátima: Aí já tomou remédio, o remédio tá fazendo efeito, já dorme dentro do ônibus *[risos]*.

Mara: *[Risos]*

Fátima: Não é? Aí já chega no shopping, deita no banco e dorme. *[risos]*

Mara: Aí não dá...

Fátima: É complicado! É tipo assim: não é muito um viver, sabe? Ultimamente a gente anda meio vegetando.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017;
Trecho com a presença de Fátima)

Ao avaliar a condição de Carla depois da alta da internação, Fátima ponderou que a filha estava mais calma e atribuiu essa mudança aos efeitos dos remédios. A mãe descreveu que

apesar da quantidade de remédio, Carla não “*deixava de “picuinhas”*”, continuando implicante e briguenta, o que seria um dificultador para que ela se fixasse em um emprego. Somava-se a isso que a própria medicação causava efeitos no comportamento de Carla, como sono e lentidão, que dificultariam a assunção dos compromissos inerentes a uma rotina de trabalho.

Carla almejava um emprego fora de casa, independente do negócio familiar de produção de marmitas, e dirigiu-se a alguns estabelecimentos em busca de oportunidades. Inferiu que as respostas negativas que recebeu decorreram de sua fala lentificada e, depois, acabou convencida de que naquele momento teria mesmo dificuldades em assumir uma rotina de trabalho. Assim, acabou optando por permanecer como ajudante da mãe na cozinha, onde poderia assumir algumas tarefas correspondentes a sua condição atual. Fátima aceitou a ajuda da filha, reconhecendo que seria uma ocupação para Carla, embora lhe faltasse certa agilidade nos processos de produção.

Os recortes ilustram, ainda, uma rotina tomada por afazeres laborais, com pouco tempo para momentos de lazer. As participantes descreveram o esforço para encaixar um passeio no parque na rotina de domingo da família, o que parece ter sido viabilizado por Fátima depois de observar a repetição e a falta de vitalidade no cotidiano da filha.

Marli, com a contribuição de sua filha Cláudia, falou sobre a convivência cotidiana com Regina, destacando seu comportamento repetitivo e aéreo. Regina, apesar das dificuldades em verbalizar suas percepções sobre o momento atual, demonstrava, por meio de olhares e de algumas poucas palavras, que se sentia acolhida e segura na presença dos familiares.

Marli: Eu acho que é igual o médico falou. Ele falou assim que é com o tempo que ela vai mudando, entendeu, que ela vai melhorando. [...] Assim que ela saiu do hospital, no começo, ela demorava mais pra dormir e ela acordava mais cedo... Às vezes, ela acordava de noite e ainda ficava andando pela casa, sabe? Aí, agora ela já tá assim... É mais dificilmente ela acordar e levantar, sabe? E eu acho que ela tá mais ativa, sabe? [...] [No começo] Ela dormia e não levantava e, não sei, parece que a cabeça não pensava. Aí agora, não. Só que só uma coisa assim que eu acho, assim, que... Tipo, ela sabe conversar direitinho igual com você. Quando você pergunta as coisas, ela responde, né? Tem hora que ela não dá conta, ela não lembra, né, mas ela responde. Só que, assim, de ficar fazendo as coisas... [...] Ela fica mexendo, tá vendo? Que nem aqui, ela que põe essas bagunças [*aponta o rack, cheio de coisas nas prateleiras, tais como enfeites e revistas. Estava arrumado, porém abarrotado de itens*]. Ela tira pra cá, tira pra lá. Lá no armário, ela fica mexendo onde que não tem nada a ver. Sabe? Aí se ela abre a porta da geladeira de baixo, ela abre a porta do congelador junto. Não tem nada a ver a parte de baixo com o congelador [*risos*]. Eu falo pra ela “Regina, congelador não se abre. Só quando eu vou pegar carne. [...] Mas não adianta, daqui a pouco ela vai lá e faz a mesma coisa. [...] Essas coisa aí, ela faz

repetido as coisas que você fala que não é pra ela fazer, ela volta e faz. Então eu acho que isso aí é uma coisa que ela não consegue gravar. Tipo assim “Pra que que eu vou abrir aqui se eu não vou pegar nada?” você entendeu? [...]

Cláudia: Mexe em tudo. Tem que ficar falando pra ela. [...] Se você fizer a mistura e deixar a mistura dando sopa, hora que todo mundo vai almoçar, você não acha mais não.

Marli: Ela vai lá e come tudo! *[risos]*

Cláudia: Acha só o prato. *[risos]*

Mara: *[risos]*

Cláudia: E você vai brigar de que jeito? *[risos]* Por que vai fazer de novo... Você vai brigar?

Marli: É, ela faz de novo. Não adianta.

Cláudia: É igual criança, né?

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017;
trecho com a presença de Cláudia, irmã de Regina)

Mara: Me conta um dia seu como é... Que horas você acorda...

Regina: Acordo tarde. *[Olha para Marli, sorrindo, parecendo envergonhada]*

Mara: Acorda tarde? Que horas mais ou menos?

Regina: *[Silêncio, olha pra tia. Seu olhar exprimia cumplicidade]*

Mara: Hum? Meio dia? *[Brinco com ela]*

Regina: *[Me olha]* Não!!!

Mara: Você acorda meio dia, Regina?

Regina: *[Rindo]* Não.

Mara: É mais cedo?

Regina: Mais cedo. *[Silêncio]*

Mara: Que horas, nove, dez da manhã?

Regina: *[Ri, silêncio]*

Mara: Cada dia um horário?

Regina: É.

Mara: E aí, o que você faz? Me conta como é um dia seu?

Regina: *[Silêncio, olha pra tia]*

Mara: Você tá pedindo socorro pra sua tia?

Regina: *[risos]* *[Marli sorri, mas permanece em silêncio]* *[Silêncio, 48 seg]*. A Sueli também, minha cunhada.

(Regina, terceira entrevista, 18/12/2017)

Os relatos de Marli e Cláudia expressaram situações de entraves cotidianos, detalhando a convivência com uma pessoa que não estava sendo capaz, pelo menos naquele momento, de assimilar o contexto e as relações que compunham seu entorno. Entretanto, a abordagem deste tema foi feita de modo bem-humorado, externando um sentimento de compreensão e tolerância com relação a tais comportamentos de Regina. Se, por um lado, compará-la a uma “criança” podia designar um lugar social de limitação ou incapacidade; por outro, podia ser a estratégia que tornava possível a convivência de Regina com a família naquelas circunstâncias.

No recorte acima, atribuído à Regina, é descrito o olhar de cumplicidade lançado à tia, que lhe corresponde também em silêncio. Do mesmo modo, na interação comigo, enquanto pesquisadora, Regina foi se apresentando gradativamente mais aberta e interativa. No terceiro encontro, olhava mais em meus olhos e sorria com frequência. Suas falas fizeram referência quase que exclusivamente à vida que levava no Paraná, porém, em meio aos silêncios também havia indicativos de que em Cabreúva vinha sendo construído um lugar para si, já com memórias e afetos compartilhados.

Eunice e Fernanda também falaram sobre o cotidiano, apontando as ações e vazios que o compunham. O percurso de Fernanda de reaproximação com o cigarro e com o álcool ficou bastante marcado ao longo dos encontros. Na primeira entrevista, ela prometeu à mãe que não voltaria a fumar:

Eunice: Outra coisa, tudo o que ela falou pra você, mas tudo, porque eu tava escutando de lá porque eu tava na pia, é exatamente ao contrário. Ela lavou louça? Mentira, porque ela não lavou um copo ontem. Ela fez isso, faz isso... é tudo mentira. Ela faz pra se defender. Então, sabe o que que eu sou dela? Uma refém. Uma refém. [...] Que nem agora... Acho que melhorar, ela melhorou. Por quê? Porque chegou lá no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] [...] não deixa fumar mais, coloca até um selo adesivo, ensinou... Chegou aqui, ela foi comprar cravo, tem aí, ela põe, fica chupando, assim, aqueles cravinhos que põe em doce, que é pra não dar vontade de fumar. Enquanto ela não fumar, ela não vai fazer nada, assim, tão errado a ponto de internar outra vez.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Eunice: É mais isso aí. Ela tá melhor. [*Passa a dirigir a fala à Fernanda*] Né, Fernanda? Tô falando pra ela [*Mara*] que você melhorou mais. Deus ajudar... Que você tá prometendo pra mim, que você não volta a fumar, é uma benção!

Fernanda: Isso não!

Eunice: É uma glória. Porque...

Fernanda: Tem que ser forte pra não começar, né?

Eunice: Senão isso aí vai agitar e aí ela não responde por ela. Foi isso que causou.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017;
Trecho com a presença de Fernanda)

Já no segundo encontro, Fernanda contou com entusiasmo que havia voltado a fumar, mas que não beberia cerveja:

Mara: Me conta mais sobre como você tem passado.

Fernanda: Ah, eu tenho passado bem, com a minha família, tô super feliz por ter saído do [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] [*a entonação da voz mostra entusiasmo*]. [...] Eu voltei a fumar. Mas só que não tá tendo muita briga com a minha mãe, não.

Mara: Quando você voltou a fumar?

Fernanda: Eu voltei a fumar depois que eu saí do [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] mesmo. Depois que você foi embora.

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Fernanda [*Chega no meio da entrevista de Eunice*] Acabei de fumar um cigarro! [*Fernanda, que havia saído, chega na calçada e se senta no degrau de entrada da casa*]. Eu pedi pro moço, 50 centavos pra fumar um cigarro. Ele me deu. Haha! [*risos*]

Eunice: Ixi... Nossa... Então, eu não gosto por causa disso [*Fala baixo, apenas pra eu ouvir*]

Fernanda: Eu não consigo ficar sem fumar, sem nada. Eu não consigo. Só beber cerveja que não, né, mãe?!

Eunice: É.

Fernanda: Beber cerveja, não.

Eunice: Nem pode porque se você voltar a beber cerveja, você volta pro hospital, viu, porque dá crise.

Fernanda: Mas, assim, eu fumo e fico de boa, fico calminha. [...] Não consigo ficar mais sem cigarro, não.

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017;
Trecho com a presença de Fernanda)

Eunice: Ela voltou a fumar por causa dele [*Tadeu*]. Ele vinha sentava aí, ó [*aponta o degrau do alpendre*], e ficava fumando perto dela. Aí dá vontade, né? [...] Acabou voltando. Ela não pode com tóxico demais, né? Seria bom que ela não fumasse porque... Vai passando o tempo que vai fumando e se ela ficar nervosa e fumar demais... [...] E ela também não pode jamais beber, de jeito nenhum. Que nem o dia que ela foi internada. Ela internou porque ela tinha... Ela já fumava igual a uma desesperada. E ainda pegou e tomou cinco cervejas. [...] Agora, o que ela não pode é beber. Fumar ainda passa um pouco, mas beber... [...] Não é bom, né, que ela tenha voltado a fumar, mas que que vai fazer, né? Não consegue, né? A gente não gosta...

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Fernanda: Olha, veja como é a fumaça. Fica olhando... Ó o cigarro. Só que é palha. É mais forte. Dá uma “relaxamento” “ni” mim. Depois eu começo a ficar quieta, agressiva...

Eunice: Então! E pra quê continua com essas coisas? A cabeça dela não ajuda... É vício, né? É vício. Então, e aí...

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018;
Trecho com a presença de Fernanda)

No terceiro encontro, Fernanda narrou que além de fumar também vinha bebendo cerveja com o namorado.

Fernanda: Já andei tomando cerveja também depois que eu voltei do [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Tomei mais de não sei quantas latinhas já. [...] Ele [*Tadeu*] ganha dois reais, ele vem aqui e nós vai lá no barzinho e toma uma. E aí não toma mais. Quando eu recebo, eu compro uma latinha pra mim também... [...] Fico tonta. Se eu acender esse cigarro aqui, ir fumar ali e voltar aqui, eu fico tontinha. Eu começo a conversar outras coisas com você. [...] Eu fico tranquila. Dá uma tranquilidade. Só que depois dá um nervosismo. Dá uma tranquilidade na hora, depois vai me dando um nervosismo, vontade de bater na minha mãe. Vontade de pegar a minha filha, bater na minha filha, vontade de esfolar a minha avó [*A entonação de sua voz mostra agressividade crescente*].

Mara: Então, na hora você fica tranquila, mas depois...

Fernanda: Na hora dá aquela tranquilidade, aquela... aquele “relaxamento” como uma maconha no sangue. Porque solta fumaça, né? [...] Depois que acabar aqui, eu quero que você fica vendo eu fumar. Aí, dá um relaxamento na hora, como uma maconha. É como maconha. Você relaxa na hora e depois você fica irritada, nervosa.

(Fernanda, terceira entrevista, 16/01/2018)

Eunice: Você viu ela falar que toma cerveja? [...] Ih, minha filha. Eu não posso pôr minha mão no fogo. E agora eu tô bem chateada porque essa mulher [*irmã do Tadeu*] saiu [da cadeia], ó... e eu não sei o que que eles podem me aprontar. Ela... com droga... A sorte é que Deus sabe todas as coisas. Ela [*Fernanda*] pelo menos não mexendo, né? Porque se essa mulher também mexer com droga, eu tô perdida. Porque pra incentivar ela, não custa nada, né? O Tadeu já mexe. [...] [Ele usa] Crack, de noite.

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

Fernanda tinha um longo histórico envolvendo o uso de substâncias psicoativas, o que inclusive era associado por ela ao desencadeamento dos comportamentos agressivos, persecutórios, de agitação e ansiedade que compuseram seu quadro psiquiátrico. Logo após a alta do Hospital, verbalizava firmemente a intenção de manter-se abstinente do álcool e do tabaco, substâncias que ela usava no período que antecedeu a internação e que estiveram, segundo ela, diretamente associadas ao episódio de crise.

Todavia, decorridos quatro meses da alta, Fernanda já havia retomado o uso de ambas as substâncias. Pelo que pudemos observar, os dias de Fernanda eram demasiadamente vazios e que os cuidados de sua filha, Gabriela, e da casa eram atribuições quase que exclusivas de Eunice. Sem qualquer compromisso dentro ou fora de casa, Fernanda ficava muito tempo ociosa, dormindo, ouvindo rádio em sua cama ou fazendo pequenos passeios a pé pelo entorno de sua residência, às vezes na companhia de Tadeu. A frequência na casa do namorado, local de uso e venda de droga, somados ao ócio do cotidiano podem ter contribuído para que Fernanda recuperasse os hábitos de fumar e beber, embora intentasse o contrário.

O uso/abuso de substâncias psicoativas pode assumir diversos padrões em diferentes cenários. Na situação de Fernanda, vivendo em um contexto deveras empobrecido, o uso de drogas pareceu despontar como uma oportunidade de convívio social, relaxamento e ocupação do tempo. Eunice, por sua vez, se afirmou temerosa do contato da filha com o cigarro e a bebida, pois já havia observado o aumento de sua agressividade devido ao uso de tais substâncias. Entretanto, prevalece nos relatos da mãe um sentimento de estar rendida, ser “*uma refém*” da própria filha, como se tivesse pouco poder de ação para propor ou questionar comportamentos. No último encontro, Eunice assinalou que a irmã de Tadeu, que estava presa por tráfico de drogas, havia saído da cadeia e estava de volta a casa, o que deixava Fernanda mais próxima de outros tipos de substâncias, tais como maconha, cocaína e crack.

Considerando o relato de todas as entrevistadas, observamos que, no período que sucedeu à alta da internação, Carla, Regina e Fernanda compartilhavam uma experiência de vazio cotidiano e estagnação do tempo. Carla, embora expressasse desejo de conseguir um trabalho fora de casa, precisava se adaptar aos impactos da medicação em seu organismo. Regina, por sua vez, indicava seu vazio perambulando pela casa e mexendo repetidamente nos mesmos objetos. Fernanda, com toda sua vitalidade, vinha lançando mão de tabaco e álcool para sentir-se mais relaxada e preencher o tempo.

A mistura de falta de recursos materiais e afetivos, efeito das medicações e redes de apoio fragilizadas compunham as experiências de Carla, Regina e Fernanda que pareciam, no momento das entrevistas, dispor de poucas perspectivas de retomada de uma vida autônoma e autêntica, o que contrastava com os relatos sobre seus vividos passados, se assemelhando a uma condição de *asilamento* no próprio domicílio. Fátima, Marli e Eunice narraram entraves cotidianos no convívio com suas familiares, tais como a dificuldade de negociação dos códigos de convivência e a aflição por se verem responsáveis pela condição de outrem. Além disso, mencionaram esforços para promover uma convivência profícua, por exemplo, propondo passeios e evitando enfrentamentos.

Apesar de Carla, Regina e Fernanda, sob o paradigma da psiquiatria clássica, compartilharem a mesma formulação diagnóstica, ou seja, o Transtorno Afetivo Bipolar, quando nos aproximamos das vivências das participantes, percebemos que cada uma habitava sua experiência humana única e singular, corroborando com os escritos de Borgna (2011). Pelo olhar fenomenológico, embora possamos classificar o sofrimento mental em categorias diagnósticas pelas formas como se manifesta, é necessário ter em conta que a “loucura” é experiência histórica e social do homem, assentada em um dado percurso de vida (Ferla, 2011). Ao desconsiderarem esta dimensão história e social da experiência, os profissionais de

saúde acabam por operar uma “redução diagnóstica” (Binswanger, 1950, citado por Tatossian, 1979/2006), reduzindo o paciente a mero “caso clínico” analisável a partir dos sintomas; ou, ainda, conforme Basaglia, colocam entre parênteses o sujeito em sua experiência e se ocupam apenas da doença (Amarante, 2009; Basaglia, 1968/1985). Notamos que as problemáticas relacionadas às interações, frustrações, aflições e expectativas foram tratadas pelas entrevistadas como descoladas dos espaços de cuidado “formais”, de modo que as famílias permaneciam solitárias para lidar com uma série de demandas complexas em saúde mental que extrapolam a dimensão de sintomas e estratégias medicamentosas correlatas.

O convívio com o outro em sofrimento mental: A sobrecarga da família

Fátima, Marli e Eunice falaram sobre as dificuldades, frustrações e desafios que atravessam a convivência com suas familiares.

Fátima: Tipo assim, eu percebi que ela tava muito pra baixo, ficando meio desanimada com tudo. Ficando mais mesmo em casa, é onde de vez em quando eu chamo ela pra ir no mercado [...]. Porque, se não, é da cozinha pro quarto e do quarto pra cozinha. Aí fica difícil, né?

Mara: Aquelas saídas dela, de antes da internação...

Fátima: Nenhuma mais. Ela não consegue, né? Dorme o tempo todo. Aí eu nem sei mais o que que é bom, sabe? É difícil, é uma situação muito complicada pra mãe, viu?! Eu falo: Você não sabe se é melhor do jeito que tava [*se refere ao surto*] ou se é [melhor] vegetando. Mas, do jeito que tava também, já tava agredindo as pessoas... Eu não sei o que pensar. Ultimamente eu tô procurando nem pensar muito, viu, porque senão, não aguenta.

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Fátima: Eu falei “Deus faz um milagre ou então eu vou ter minha filha pro resto da minha vida comigo” entendeu? Como se fosse uma criança. Que nem meu marido [*Celso*] fala “Ó, se pegar a casinha lá no “*Minha Casa, Minha Vida*” põe ela pra morar lá e pronto”. Eu falei “Você tem que entender que eu vou ter ela como criança pro resto da vida e eu não posso deixar ela”. Eu não posso! Ela vai ter que ficar comigo.

Mara: E você acha que ela não consegue exercer um trabalho?

Fátima: Eu não sei porque ela já até tentou. Ela já até tentou mas não dá certo.

Mara: Tentou trabalhar com o quê?

Fátima: Em lanchonete. Ela tentou trabalhar lá na [*Fala o nome de uma avenida*]. Eu não sei se um pouco é tipo “Tenho minha mãe”, entendeu? Eu não sei se é isso.

(Fátima, primeira entrevista, 22/09/2017)

Fátima: E tá aqui agora, né? Eu falei “enquanto eu estiver viva, eu vou carregar, né?” só Deus pra me ajudar. Tem dia que quem tem vontade de ir embora sou eu. Viu?

Mara: Deixar tudo aqui?

Fátima: Tudo. Tudo, tudo, tudo. Eu tenho vontade de ir pra beira de uma pista e pegar um caminhoneiro e sumir. Sabia? Largar tudo!

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Fátima: Eu acho que mãe nenhuma devia passar por isso. Eu acho que é muito difícil você ver uma filha de 30 anos numa situação dessa. Toda mãe quer ver seu filho como? Independente, né? Tendo sua própria vida, sair, trabalhar, voltar. Ser dono de si. E não um filho dependente dela. Eu acho que mãe nenhuma merecia passar por isso. É difícil. Eu falo que quando você tem um filho já com problema, que nasce, né, nasce com Síndrome de Down, nasce deficiente de alguma forma, você sabe que vai ter que cuidar dele pro resto da vida. Mas, quando você tem um filho normal e ele fica assim, é difícil. É a mesma coisa do rico ficar pobre. [...] Então, fica difícil. Eu não sei... eu não tenho muita estrutura pra isso, entendeu? Minha vida sempre foi muito corrida.

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Observamos, pelo relato de Fátima, que a medicação que acalmava, deixando a convivência com Carla mais sustentável, de um jeito que desse para “*ir levando*”, também representava um limitador para que ela firmasse novos vínculos e relações fora de casa. Assim, Fátima parecia estar se convencendo da condição de Carla como uma “*criança*” junto de si “*pro resto da vida*”, indicando que tal circunstância era vivida como um “*peso*”, tendo em vista sua intensa rotina de trabalho, as cobranças do marido, Celso, e, também, a frustração por a filha não poder retomar uma vida autônoma. Segundo ela, Celso questionava a necessidade de Carla continuar vivendo com eles, parecendo incentivar que Fátima providenciasse a mudança da filha para uma casa separada. É bastante provável que a presença de Carla na casa causasse impactos na vida do casal, deixando Fátima em uma posição delicada entre cuidar da filha e prezar pelo casamento. Ponderamos que, à medida que vai se reiterando o entendimento de Carla como uma criança, são retiradas dela as potências de pessoa adulta.

Mesmo imersa em uma rotina bastante intensa de trabalho, Fátima indicou estar atenta e preocupada com a condição da filha. Citou perceber que Carla estava desanimada, “*muito pra baixo*” e, usando os recursos que tinha, passou a convidá-la para que fossem juntas ao mercado. Carla havia estado internada devido a comportamentos agressivos, persecutórios e hipersexualizados que, na época, preocupavam a mãe. Porém, ao receber alta do Hospital, uma nova situação se conformou: os sintomas que levaram à internação foram controlados, Carla já não representava uma ameaça às pessoas do entorno nem vinha se colocando em risco

ao agendar encontros sexuais; todavia, a filha estava lenta, dispersa, sem vitalidade, o que a mãe definiu como “*vegetando*”.

“*É uma situação muito complicada pra mãe*”, revelou Fátima sobre sua condição. Para ela, ver a filha prostrada era tão preocupante quanto vê-la assumindo comportamentos destoantes, decorrentes da situação de crise. Fátima expressou o quanto vinha se sentindo sobrecarregada, chegando a mencionar a ideia que lhe ocorria de pegar uma carona e ir embora, sem destino, largando tudo para trás, como já fizera antes quando vivia grande sofrimento em decorrência da violência doméstica cometida pelo ex-marido. O desejo de “*largar tudo*”, novamente presente para Fátima, deixava explícito que a situação atual vinha lhe despertando sentimentos da ordem da angústia e da exaustão, o que aponta para a necessidade de ela também ser acolhida em seu sofrimento, para que encontre meios de promover transformações no cotidiano, sem precisar romper com ele.

Marli falou sobre uma sobrecarga psicológica por se ver responsável pela coordenação dos remédios, alimentação e higiene de Regina e, ainda, por se perceber “*presa*” a ela, uma vez que a família optava por nunca a deixar sozinha.

Marli: É que nem falo pra você, eu fico presa, né? É... Assim, quando eu preciso sair, a Cláudia estando em casa, eu deixo com ela, né, que é irmã dela, né? Aí ela vai lá, ela fica bem lá, né, que ela tá com a irmã, né, aí eu deixo... Mas, do contrário, se eu tenho que sair e não tem ninguém com quem ficar, eu não posso sair, eu tenho que ficar presa mesmo, aqui com ela.

Mara: Sempre tem que ter alguém perto dela?

Cláudia: Tem que ter alguém do lado.

Marli: Não pode deixar ela sozinha. Ela faz arte.

Cláudia: Infelizmente ela tem que ter alguém... Ela não mexe em nada mais, né? Antes ela mexia, que ela tava com o problema bem avançado. Agora, não. Agora ela não mexe, mas o problema é se ela abrir esse portão e sair, ela não vai saber voltar. Ela só vai saber ir, só.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017;
trecho com a presença de Cláudia, irmã de Regina)

Mara: E na sua vida, o que mudou com a vinda da Regina pra cá [*Cabreúva*]?

Marli:[...] Pra mim mudou um pouco, sim. É um pouco mais de serviço, de ocupação, né? Eu fico um pouco mais presa com ela. O psicológico também, né? Porque eu tenho que ficar assim, ó, “Tal hora é hora do remédio da Regina” porque ela não lembra de nenhum remédio que ela tem que tomar. [...] Tenho que ficar com a antena ligada, entendeu? Onde que ela tá, o que que ela tá fazendo... Entendeu? Que nem, eu saia pra vender lingerie e agora já é mais raridade eu poder sair, sabe? Porque às vezes meu marido tá aqui, os menino tá tudo aí, eu dou uma saída. Eu falo assim “Olha a Regina aí que eu vou dar uma saidinha” [...] Assim, eu fico mais, assim, tipo assim, um pouco pra ela, entendeu?

Mara: E como você sente isso?

Marli: [...] É como se eu tivesse cuidando do meu filho, entendeu? É meio um pouco preso, mas... Eu sinto que a gente tem que fazer caridade pras pessoas, né, ainda mais que ela é carente da gente, então... Eu acho que eu tenho que lutar, assim, ajudar ela.

Mara: Quando vocês optaram por trazer ela, vocês imaginaram que seria assim?

Marli: Sim. Eu já imaginava porque, até porque eu já tenho experiência do meu filho, né? [*Se refere ao filho que também foi diagnosticado com TAB*] [...] Eu já tinha uma noção de como que ia ser, entendeu, as coisas. Só que, assim, tipo, ele eu já não tenho essa preocupação de acompanhar banheiro com ele, entendeu? [...] Ela não consegue tomar banho sozinha. Não pode deixar ela tomar banho sozinha. Ela não lava o cabelo sozinha. Não lava direito, entendeu?

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Marli falou sobre a grande responsabilidade assumida quando aceitou cuidar de Regina e não negava que a presença da sobrinha eventualmente representava uma dificuldade em sua rotina. Revelou que era desgastante ter que estar sempre atenta aos horários dos remédios e que, às vezes, se aborrecia por ter que explicar ou pedir muitas vezes a mesma coisa.

Destacamos que, até a recente mudança de Regina para Cabreúva, o contato entre elas estava restrito ao convívio que tiveram no passado, no Paraná, quando Regina ainda era criança e as famílias se visitavam. Posteriormente, com a mudança de Marli para o estado de São Paulo, mantiveram um contato remoto por telefone. Assim, apesar do parentesco, Regina não integrava o núcleo familiar mais restrito de Marli e sua vinda para Cabreúva se deu devido à ausência de pessoas disponíveis para assumir seus cuidados no Paraná e, ainda, segundo Marli e Cláudia, de um desejo delas próprias de fazer o bem ao outro. Apesar de terem um passado compartilhado, a relação familiar cotidiana começou a ser construída apenas depois da alta da internação, quando então a família passou a vivenciar essa nova configuração, contando com a presença de Regina.

No contexto de cuidados em saúde, e especialmente em saúde mental, a presença de uma rede de apoio próxima à pessoa em sofrimento pode representar ajuda significativa no restabelecimento da rotina e das relações (Gomes et al., 2018). Percebemos que Regina, após uma longa história de abandonos e desassistência, estava encontrando em Cabreúva um local de acolhida, habitado por pessoas atentas a suas necessidades e interessadas em sua melhora. Contudo, é igualmente importante que o cuidador, ou a família cuidadora, também disponha de uma rede de suporte que auxilie na sustentação desta relação de cuidado (Kebbe, Rôse, Fiorati & Carretta, 2014; Oliveira et al., 2015). Marli indicou que contava com a ajuda do marido e dos filhos, mas ficou patente que a responsabilidade maior recaía sobre si. No caso desta família, considerando a condição de Regina e as particularidades de uma relação em construção, a presença de uma rede de apoio formada por parentes, amigos e profissionais da

saúde poderia contribuir para a preservação da intenção de cuidar, por exemplo, ao dividir tarefas e traçar estratégias para lidar com os desgastes da relação, com a finalidade de evitar uma nova fragilização e/ou rompimento de vínculos.

Eunice também falou sobre a sobrecarga decorrente da convivência cotidiana com Fernanda, destacando a dificuldade de negociar com a filha.

Eunice: Não me falta nada, mas eu não tenho nada. Dá pra você entender? Eu não tenho...

Mara: Sim...

Eunice: Eu não tenho. Eu não sou aquela pessoa que eu tinha que ser. Vamos supor, se eu tivesse pagado a minha aposentadoria, eu tinha a minha aposentadoria agora, não tinha? Eu era independente e com todo o direito, né? [...] Mas eu fico bastante chateada com isso porque eu fico... nem sei te explicar como que eu fico, porque eu não acho certo, entende? Porque todo mundo fala pra mim, né, a Fernanda não tem condições de, de, de manipular nada. Mas vai eu fazer ela entender isso. Ela não entende!

Mara: Ela quer cuidar do dinheiro, mas ela não consegue mensurar o que é caro, o que é barato?

Eunice: Não. Não sabe, não sabe, não sabe. Ela faz uma confusão, sabe? Só... A única coisa que prevalece é, assim, ela ser boa do coração, né, pelo menos, por enquanto... Ah, ela tem uma boa intenção. A gente vive olhando, cuidando pras pessoas não fazerem a cabeça dela porque se não, minha filha... [...] Ela tem uma filha. Você não acha que esse dinheiro ela deveria colocar no... como é que fala, gente? Numa poupança? [...] Aí, eu fico imaginando, né, o futuro, ninguém sabe, né, vamos ver. Porque ela comprou... A filha dela pediu um tênis, ela comprou. Ainda a irmã dela falou assim “Ah, se fosse eu, eu não comprava” porque foi 180 reais. O tênis tá por ali, ó. Bom, a gente não é contra, né, assim, deu pra menina, né? Se não fosse a mãe, quem que vai dar?

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Eunice: [...] E outra coisa, ela vê a necessidade, ela quer comer bem, né, não tem condições de eu dar a comida pra ela que o governo dava [*provavelmente se referindo às refeições do Hospital Especializado em Psiquiatria*], vamos supor. Mas uma despesa a gente faz, mas pra ela tá pouco, né, então, o que que ela pega? Ela pega e compra. [...] Acontece que aqui em casa, eu não sei como porque às vezes eu me desespero também. [...] Mas eu sou totalmente manipulada por ela. [...] E eu sou manipulada, que nem, por exemplo, esse dinheiro, eu já cansei de falar pra ela “Pega esse dinheiro, recebe e guarda, você tem uma filha, guarda um pouco do dinheiro.” Não, ela exige que fica na bolsa dela e que todo dia ela sai. [...] Às vezes, vai no mercado que é mais caro, não tá nem aí com promoção. [...] Ela foi lá e [falou] “Ah, eu “truxe” umas coisas aqui”. Até umas coisas que tava repetida, sabe, alho, cebola, umas coisas que nem... Mas eu não falei nada, eu fiquei quieta, pensei “Deixa...”. [...] [Ela falou] “Só essas coisinhas aqui deu 33 real”, falei “É?” e não falei mais nada. Tudo bem. Ela não tem, assim, noção.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: E como eu vou segurar? É difícil... [...] Teria [que enfrentá-la] mas não tem como. [...] Se eu enfrento ela, ela me bate. Entendeu? Me bate, totalmente.

(Eunice, primeira entrevista, 28/08/2017)

Eunice: Mas é difícil, viu? É uma perturbação mental. Então, pra mim é muito, é muito ruim, sabe? [...] Eu tô sempre preocupada. Sempre. Sempre. Sempre preocupada. Eu tô sempre voltada pra saber o que que tá acontecendo com ela, pra saber o que ela tá fazendo. Eu tô sempre voltada nisso. E os dias de sair com ela pra levar ela pra lá ou dar remédio, ou levar... [...] E é tudo eu. Ela não faz nada sozinha. Então, pra mim é muito ruim. E eu demorei pra acostumar com isso, sabe, assim? Eu fiquei meia “tan-tan” também, meia atrapalhada. Porque a pessoa fica, né, não é mais a mesma, assim. E até porque, de vez em quando, ela não entende isso. Ela acha que eu que... [Ela fala] “Ah, mas a senhora tá... ou muito lerda... ou muito não sei o quê... ou esqueceu... ou não sei o quê”. Ora!!!

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Eunice: A casa fica assim, ó, uma total confusão. Eu olho, eu vejo, eu fico depressiva. E o problema meu é que eu tenho que me manter calma porque que eu vou fazer? Tem gente que fala assim pra mim “Ah, mas parece que o mundo pode acabar que a senhora não tá nem aí, a senhora vai ficar sentada?” [risos]. Aí eu falo assim pra pessoa “Uai, eu vou fazer o quê?” [...] E quando eu não ficar assim [pacífica], é pior porque eu fico nervosa e o que que adianta? Né? Eu fico nervosa, né, me sinto mal e o que que vai adiantar isso daí?

(Eunice, terceira entrevista, 16/01/2018)

As falas de Eunice parecem carregadas de descontentamento e impotência, como se não houvesse solução para a situação que vive, a não ser a resignação ao comportamento impositivo de Fernanda. Em diferentes momentos manifestou insatisfação ao se ver financeiramente dependente da filha, que fazia questão de receber e guardar integralmente o dinheiro em sua bolsa para gastar durante o mês com aquilo que julgasse necessário. Porém, segundo Eunice, a filha acabava gastando de forma compulsiva e desorganizada, por exemplo, comprando itens repetidos, frequentando os mercados mais caros, comprando muitas bugigangas em “lojas de um real”. Além disso, Fernanda costumava responder com hostilidade quando era questionada sobre dinheiro e frequentemente acreditava que estava sendo roubada, acusando alguém da família.

Esse sentimento de “estar rendida” permeou o relato de Eunice, como se ao longo de toda a vida ela tivesse sido atravessada por fatos, intercorrências, que a impediram de concretizar os planos que tinha na juventude, a ponto de afirmar que “*não era aquela pessoa que tinha que ser*”. Ao se referir a sua história, narrou ter tido um padrão de vida na infância e adolescência, como única filha, com algumas regalias e perspectivas que o futuro não

conseguiu corresponder. No momento das entrevistas, aos 67 anos, sem nenhuma fonte de renda pessoal, Eunice era o principal esteio da casa, responsável pelos cuidados da própria mãe, da filha e da neta; dizia-se temerosa pelo futuro, imaginando o desenrolar da vida delas.

Disse que tentava relevar as atitudes de Fernanda, evitando ficar muito nervosa, pois isto seria em vão. Entretanto, observamos que seu relato mantinha uma entonação de inconformismo com algumas posturas da filha, por exemplo, na lida com o dinheiro, dada as limitações econômicas da família. Embora também reconhecesse que Fernanda devia ter autonomia sobre o valor que recebia, apresentou-se incomodada com o padrão de gastos da filha, desejando que fosse diferente e mais conectado com as necessidades que ela identificava no cotidiano da casa. Suas outras filhas, Silmara e Tatiana, embora representassem fontes de suporte para ela, não eram presença constante na casa, uma vez que tinham seus próprios compromissos laborais e familiares e, além disso, a convivência com Fernanda era bastante intempestiva e costumava ser fonte de conflito entre as irmãs.

Notamos que as circunstâncias relatadas pelas entrevistadas eram de grande complexidade, configurando uma situação desafiadora para todas as pessoas envolvidas. Nesse sentido, pontuamos que as famílias precisam de ajuda para identificar e reconstruir um lugar de potência para seus membros em sofrimento mental, diferente do lugar de limitação da criança ou do doente, uma vez que observamos que essa atribuição de papéis é usada eventualmente como recurso para tornar a convivência mais leve e possível. Fátima, Marli e Eunice, que se reconheciam como principais cuidadoras de Carla, Regina e Fernanda, indicaram desempenhar um esforço grande para promover melhores condições de vida a suas familiares, o que demandava atos como os de atenção, doação, resignação e paciência. Assim, a presença de uma rede de apoio nessas situações pode ser determinante para a continuidade da função do cuidar, contribuindo para que sejam encontrados os meios-termos possíveis entre ofertar cuidado sem infantilizar e, ao mesmo tempo, auxiliar na recuperação de autonomia e independência sem promover novos abandonos.

Para Oliveira et al. (2015), a pessoa em sofrimento mental pode apresentar dificuldades em termos de autonomia e integração social que podem repercutir na dinâmica familiar. Por isso, os autores enfatizam ser necessário oferecer apoio e assessoramento às famílias, para que haja uma efetiva mudança da lógica de cuidado em saúde mental no sentido da reabilitação psicossocial e da territorialização das ações. Para tanto, o trabalho das equipes de saúde deve estar pautado na perspectiva de atuação *junto com* e não *sobre* as famílias. Pudemos notar, a partir das entrevistas, uma prática dos serviços ainda bastante pautada na lógica de atuação *sobre* as famílias, ou seja, de profissionais que indicavam hierarquicamente as condutas e

posturas a serem adotadas pelos usuários no cotidiano de suas vidas, o que vinha resultando em uma atuação fragmentada e pouco conectada com as necessidades das pessoas para além daquilo que é contornável pelos medicamentos. Ao passo que uma atuação *junto com* as famílias implicaria que profissionais, familiares e usuários conseguissem firmar uma relação de horizontalidade, de coparticipação e corresponsabilização pelas ações que seriam pensadas a partir de visitas domiciliares, entrevistas com as diferentes pessoas envolvidas na problemática, estudo das necessidades e expectativas presentes, discussão interdisciplinar e acompanhamento continuado com investimento da formação de vínculos, o que contribuiria para uma integralidade do cuidado.

A literatura aponta que o cuidado da pessoa em sofrimento mental requer muita responsabilidade e, com frequência, acarreta sofrimento e sobrecarga aos familiares, aspectos que devem ser considerados como partes do processo de reabilitação psicossocial (Gomes et al., 2018). Segundo aponta Kebbe et al. (2014), muitas são as tarefas do familiar cuidador, por exemplo, acompanhar o ente adoecido aos serviços de saúde, administrar a medicação e fornecer suporte social. Além disso, precisa lidar com as condições da pessoa em sofrimento mental após a vivência de uma crise psiquiátrica, que em muitos casos envolve comportamento lentificado, fala empastada, isolamento social e agressividade. Soma-se a isso, conforme pudemos notar a partir do contato com as participantes deste estudo, que os familiares cuidadores muito frequentemente integram o mesmo contexto sócio-histórico-cultural de seus entes adoecidos e, portanto, compartilham de algumas vulnerabilidades que estiveram envolvidas no processo de adoecimento destes.

Enquanto os serviços focam suas atuações sobre o controle dos sintomas, resta à família a responsabilidade do cuidar relativas às outras esferas da vida, por exemplo, das aspirações (voltar a estudar, ter uma casa, ter mais autonomia, trabalhar, ter um companheiro), das decepções (lutos, separações, abandonos, traições), das negociação cotidianas (horários, limites, atribuições), entre outras. Assim, promover uma mudança na lógica de cuidado em saúde mental passa por capacitar os profissionais de saúde para uma escuta e atuação mais implicadas com a realidade das pessoas/dos usuários, extrapolando a rotina do serviço e avançando para a rotina do território, onde de fato a vida acontece.

Revedo e atualizando horizontes

No decorrer das entrevistas, as participantes descreveram percepções atuais de si, além de compartilharem seus propósitos de retomada da vida, envolvendo o (re)estabelecimento da autonomia e a (re)constituição da convivência familiar e social.

Os recortes a seguir ilustram como Carla e Fernanda se percebiam, tendo em vista a necessidade de cuidados em saúde mental.

Carla: Eu queria poder ficar com os meus filhos. Eu fui no Conselho Tutelar. Eles falaram assim que precisava da presença da minha mãe. [O conselheiro] Também não confiou em mim porque eu também tava... eu tinha tomado remédio e ido pra cidade. Eu tava com a voz grogue também. Aí eu acho que eu perdi o serviço, que era 1200 [reais mensais], por causa de tá falando devagar.

Mara: Tanto no colégio [*em que tentava emprego*] quanto no Conselho Tutelar você acha que a forma como você estava falando influenciou?

Carla: É.

Fátima: Porque querendo ou não você tá medicada, né, então, a voz muda, né? Fica lento os movimentos, né, fica devagar pra pensar, fica tudo! Mexe com a coordenação toda. Toda! Então, é complicado.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017; trecho com a presença de Fátima)

Mara: [*Peço para que Carla e Fátima deem um visto na frente do TCLE – requisito do Comitê de Ética. Fátima chama Carla*]

Carla: Tô fazendo até meu nome errado já.

Mara: Como assim?

Fátima: [*risos*]

Carla: Tô. Não posso nem...

Fátima: Não é nem “Carla” mais? É “Carlota” agora? [*risos*]

Carla: Tô virando uma borroqueira.

Fátima: ...borroqueira... [*risos*]

Carla: Parece que eu perdi metade do cérebro, sabe? Antes era o tico e o teco funcionando. Agora parece que é diferente, tem um ar no cérebro.

Fátima: Sabe o que acontece? É que o tico foi dar um passeio e ficou só o teco. Aí, depois, um volta e o outro vai. E assim vai indo. Enquanto um tá funcionando o outro tá passeando.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017;
Trecho com a presença de Fátima)

Mara: Você já me contou como você está depois da alta, como está a sua rotina... Já me contou o que você tem feito... Além do remédio, o que mais você acha que pode te ajudar, pra você se sentir melhor?

Fernanda: Transa, né? Mas não tem como.

Mara: Por quê?

Fernanda: Relaxa, né. É bom para a mulher. Mas eu não tenho... vou fazer o quê? Tem que ficar sem. [...] Eu sinto [falta] porque é mês e mês sem... Só tomando remédio, remédio... Eu me sinto uma doente. Uma moça doente.

Mara: Como é isso? Se sentir uma moça doente?

Fernanda: É a mesma coisa de ficar internada no [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Porque lá não pode sair, é fechado. As moças fica deitada, assistindo televisão e não pode transar.

(Fernanda, segunda entrevista, 16/11/2017)

Fernanda: [Nessa rua] Tem o pessoal da computação que não mexe com ninguém aqui também. É “oi” e “tchau”. Aqui é todo mundo assim, o que tiver de louco é só essa casa. Só essa casa que vive louco porque aqui ninguém trabalha fora, né, aqui ninguém trabalha fora. Tem minha irmã que tem o menino pequeno dela que trabalha fora.

Eunice: Ah, é você que é... É ela [*Fernanda*] que é agitada.

Fernanda: A única agitada aqui nessa rua é eu. Entendeu? Eu saio pra fora, ninguém gosta. Aqui ninguém gosta de mim...

Mara: Como assim?

Fernanda: Não, o pessoal já não gosta de mim aqui.

Eunice: Isso aí você que pôs na cabeça...

Fernanda: O pessoal não gosta de mim...

Eunice: Todo mundo trata ela bem [*falam ao mesmo tempo*].

Fernanda: ... vê eu e não gosta de mim.

Eunice: Que isso! Trata ela bem, todo mundo.

Mara: E por que você acha que o pessoal não te trata bem?

Fernanda: Ah, eu acho que eles pensam que eu acho que eles não trabalham bem, né, num trabalha direito.

Eunice: Não... não pensa nada.

Fernanda: Às vezes é isso.

Eunice: Isso aí é sua cabeça que pensa isso [*Fala serenamente, entonação de acolhimento*].

Fernanda: Às vezes eles acham que eu sou vagabunda porque eu não trabalho, mas não é. Porque eu não trabalho porque eu tenho problema psiquiátrico.

(Fernanda, primeira entrevista, 28/08/2017;
Trecho com a presença de Eunice)

Fernanda: Eu tenho uma pasta enorme com eles, no Hospital. Tudo contando a minha história. Tem uma história desse tamanho! [*Mostra com a mão*]

Mara: Dava um livro?

Fernanda: Dava um livro. [*risos*]

Mara: Uma novela...

Fernanda: Uma novela.

Mara: Como ia chamar seu livro será?

Fernanda: “A história de uma doente”.

Mara: De uma doente?

Fernanda: De uma doente, incapacitada [*Gabriela chega no quarto e se senta na cama entre mim e Fernanda*].

(Fernanda, terceira entrevista, 16/01/2018)

Carla, com o apoio de sua mãe, referiu-se a duas situações (uma no Conselho Tutelar e outra na entrevista de emprego em um colégio) em que se percebeu em descrédito por estar com a fala e os movimentos lentificados em decorrência do uso dos remédios. Para ela, as alterações na fala e nos movimentos geraram desconfiança em seus interlocutores, tendo sido cobrada a presença de sua mãe para a sequência da negociação. Essas negativas alimentavam em Carla e na família uma crença de que ela estava inábil para assumir compromissos e relações que extrapolassem o contexto de sua própria casa.

Quando solicitada a assinar um dos documentos da pesquisa, Carla descreveu como se sentia naquele momento frente a uma tarefa simples tal como escrever o próprio nome. Segundo ela, sentia-se como se “*tivesse perdido metade do cérebro*”, “*virando uma borroqueira*” dadas as rasuras produzidas. Ela indicava que seu agir estava “pela metade”, impedindo que desempenhasse uma ação que ela mesma considerava banal.

Fernanda também expôs a percepção que tinha de si enquanto alguém que “é doente”, entendendo a doença como condição permanente e limitante que a impedia de realizar atividades corriqueiras às pessoas “sãs”, tais como manter um relacionamento afetivo-sexual ou ter um trabalho. Se por um lado Eunice expressou sentir-se “*refém*” de Fernanda, por outro, Fernanda mostrou-se rendida a uma condição de “doente mental”, estando este rótulo bastante arraigado em si, como uma lente que se colocava entre ela e o mundo. Percebemos que, assim como a mãe, Fernanda também se via ocupando um lugar de limitação e impotência, como se a condição de “*pessoa doente*” fosse o cenário para todas as possibilidades de vida.

As participantes apontaram o desejo de recobrem uma condição de maior autonomia e independência, mencionando projetos ou intenções de alterar as atuais condições de vida.

Carla: Aí eu queria o auxílio-doença e não consegui porque eu não mostrei que eu tava registrada durante esse tempo, então aí eu falei “Vou trabalhar porque eu vou me aposentar”. Além da aposentadoria, depois eu trabalhando eu ganho um dinheiro a mais, né? É isso que eu quero. Construir minha casa, minha família; hoje tem “*Minha Casa, Minha Vida*”, mas não deu certo... Mas vai dar.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Carla: Eu preciso tirar carta urgentemente. Eu vou tirar carta. Logo.

(Carla, segunda entrevista, 01/12/2017)

Fátima: Eu falo, eu ainda vou construir minha cozinha. Eu vou comprar meu terreno aqui e vou construir minha cozinha. É um sonho que eu tenho. Eu quero ver se eu compro um terreninho, construir dois cômodos separados, pra ela [Carla] cuidar [trecho incompreensível], pra ela poder ter a privacidade dela também.

Mara: Pra ela ter uma casinha dela?

Fátima: É. Pra ela ter a privacidade dela.

Mara: E, aí, você moraria nesse terreno também? Ou não?

Fátima: Também. Mas aí é cada um na sua, né? Se ela quiser dormir sem roupa ela dorme, levanta de noite, vai no banheiro, né? Porque aqui fica difícil, coitada. Então, é como eu tô te falando. Não é fácil você ter... Nessa altura, eu vou fazer já 50 anos, tô vivendo isso. Pra mim, mãe não merecia passar por isso. Não mesmo [ênfase]! [...] Agora você... Eu sempre esperei... Cada um casar, cada um ter sua casa, você entendeu? É difícil. [...] [Silêncio]. E vamos que vamos.

(Fátima, segunda entrevista, 01/12/2017)

Mara: E quais são seus planos, suas perspectivas, o que você gostaria que acontecesse?

Carla: Eu não tenho plano nenhum mais.

Mara: Como assim?

Carla: Eu não tenho plano mais porque a partir do momento que você tem dinheiro na mão, você faz as coisas. Se você não tem, você não tem plano, você não tem nada. A minha mente é só focar na academia. Se eu penso em filhos agora? Eu prefiro só ver por fotos. Pensar que eles tão bem. Ao mesmo tempo, não. Eu fico martelando isso na cabeça. Mas eu não quero ver. Se eu ver, eu tenho vontade de fazer.

Mara: Como assim?

Carla: Fazer alguma coisa por eles, mas eu vou fazer o que? Se ninguém me apoia? Acha que eu tenho problema mental? Eles querem me dopar, querem que eu durma. Que nem a médica agora, na última vez, ela quis aumentar a Quetiapina. Eu falei assim “Mas eu durmo bem. Eu durmo a noite bem. Tá ótimo assim”. A minha irmã [falou] “Não... É porque ela acorda as quatro horas da manhã” e eu falei assim “A mãe levanta quatro e meia pra trabalhar, abre o quarto rápido, assim, pra pegar o ventilador. [...] [Hoje] Eu levantei cinco e vinte porque a minha mãe precisava de ajuda. [...] Antes eu dormia dia e noite. Dia e noite. Agora, não. Graças a Deus, não, porque... Você viu que até a minha coordenação motora... Eu não tava conseguindo escrever nem meu nome! [...] Muitos nomes eu não conseguia. Embaralha tudo.

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Fátima: Por Deus do céu! Tudo o que eu mais queria é que a Carla... Ela se assumisse. Entendeu, assim? Que ela tivesse condições de viver sozinha. Porque eu alugaria uma quitinete e punha ela. Eu pagava o aluguel dela [ênfase]. Pra deixar ela sozinha. Só que eu sei que ela não tem condições disso. Ela não tem condições. Por quê? Primeiro que eu não sei se ela vai tomar esses remédio todo dia. Segundo que agora, principalmente que ela tá sem a medicação, ela tá nesses tal desses encontro amoroso de novo.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Carla mencionou o desejo de ter uma renda maior e para isso considerou as possibilidades de pleitear o auxílio-doença, conseguir um emprego ou se aposentar. Ainda fez referência ao programa do governo “Minha Casa, Minha Vida”, como uma possibilidade de

ter a casa própria. Reiteramos que, nos primeiros anos de casados, Carla e o ex-marido trabalhavam e, com o dinheiro dos salários, conseguiram comprar um terreno e começar a construção da casa própria. Depois, com as inúmeras intempéries que viveram, acabaram vendendo a casa e gastando o dinheiro. Apesar das oscilações e tentativas de organizar a vida que “*não deram certo*”, Carla acrescentou: “*Mas vai dar*”, deixando patente um desejo e uma esperança de que as circunstâncias pudessem ser outras, melhores que as atuais.

Fátima também expressou desejo de que a filha conquistasse sua autonomia, reconstruindo sua vida junto aos filhos, “*voltando a ser quem ela era*”. Entretanto, indicando certa ambivalência, ela vinha se convencendo de que teria a filha junto de si como condição permanente. Suas elucubrações sobre prover um espaço separado de sua casa para Carla pareciam rememorar a tentativa que já fizera no passado de distanciar-se da filha sob a intenção de promover sua independência. O relato de ambas expressou certa urgência pela conquista de uma condição mais autônoma uma da outra, o que pode estar relacionado ao contraste entre a condição de vida que Carla conseguiu estabelecer no passado, quando trabalhava e cuidava de sua casa e filhos, e sua condição atual, de grande dependência.

Nos recortes a seguir, ilustra-se o desejo perseverante de Regina em retornar ao Paraná. Marli, por sua vez, falou sobre as mudanças que gostaria de promover para melhorar a experiência da sobrinha em sua casa.

Mara: Bem... Como foram esses dois meses aqui na casa da sua tia, depois da internação.

Regina: Foi bem. Eu tenho outra tia que mora no Paraná.

Mara: Tem outra tia? A irmã da sua mãe, né?

Regina: É.

Mara: Uhum. E você tem conversado com essa tia?

Regina: É... a minha sogra mora lá no Paraná.

Mara: A tua sogra mora lá, né?

Regina: É. Ela cuida do meu filho, da minha filha.

Mara: Uhum... [*silêncio*]. E você tem conversado com eles?

Regina: [*Resmungo*] Hum...

Mara: Tá com saudade?

Regina: Tô.

Mara: Está aqui com a cabeça lá?

Regina: Eu queria era viajar pra lá.

Mara: Queria viajar pra lá?

Regina: Uhum.

Mara: E você tem planos de viajar pra lá?

Regina: Tenho.

Mara: Hum! E o que você tá pensando em fazer? Pra quando que é essa viagem?

Regina: Eu queria ir hoje.

(Regina, segunda entrevista, 20/10/2017)

Marli: Então, nós tava falando... Eu tô arrumando o quartinho dela, certinho, né, lá pra ter as coisinhas dela porque eu quero... Que nem eu falei pro homem montar o guarda-roupas, as coisinhas, porque eu quero incentivar ela a cuidar das coisas dela, entendeu? [...] Eu não quero que ela se sinta só dependente de mim, entendeu? Eu quero que ela sinta que ela tem condições de arrumar a roupinha dela no guarda-roupas, arrumar o quarto dela. Ontem eu mandei ela passar pano no chão do quarto e ela não queria, não. Eu falei assim “Vai lá limpar o seu quarto que o homem serrou um negócio da madeira do guarda-roupas e tá cheio de pó de serra, vai lá e varre e cata os pozinho e vai lá passar o pano” Aí ela veio e passou. Só que daí você tem que ficar falando: “Vai lá e lava o pano de novo”, “Volta”, sabe? Tem que ser assim, se não... senão, não faz as coisas porque a cabeça não tá, assim, ajudando.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Mara: E a ideia de vocês é que ela [*Regina*] continue aqui?

Marli: Uhum.

Mara: ... Vocês continuarem cuidando dela por aqui mesmo.

Marli: ... que ela continue aqui.

Cláudia: É porque se ela for pra lá [*Paraná*], ninguém quer ela lá! Ninguém quer cuidar dela lá. Minha tia [*Margarida*] já disse que não vai cuidar; que é a única que podia cuidar. Então, não tem ninguém por ela lá. Minhas irmã que tem lá... não tem jeito. [...] Ela não tem como ficar, né, com eles. Eles não têm cabeça pra cuidar também. [...]

Marli: É, então, é isso aí... Não que a gente “queresse” obrigar ela a ficar aqui, entendeu? Jamais eu queria obrigar que ela ficasse aqui comigo, entendeu? Até porque é uma resposta e é muito trabalho, entendeu? Mas é a necessidade dela ficar aqui. Não que nós queremos obrigar ela a ficar a aqui.

(Marli, primeira entrevista, 10/08/2017)

Apesar da complexa situação vivenciada no Paraná, Regina expressava reiteradamente o desejo de regressar a sua cidade de origem, o que é compreensível, haja vista que todos os elementos que compunham sua história até aquele momento — suas referências, relações, contatos, objetos — ficaram naquele lugar, no passado. A despeito do cuidado que a envolvia na casa da tia em Cabreúva, ela indicava ainda não se reconhecer no novo cenário e sua permanência nesse lugar se devia a escolhas que outras pessoas fizeram sobre sua vida. Assim, mais do que sobreviver dia após dia em Cabreúva, Regina expressava o desejo de resgatar aquilo que reconhecia enquanto vida ao querer voltar ao Paraná e ao convívio das pessoas que ficaram por lá.

Com a ajuda de Cláudia, Marli narrou que a decisão pela permanência de Regina em sua casa se deu por não haver pessoas disponíveis no Paraná para ofertar os cuidados que ela demandava naquele momento. Assim, Marli compreendia que tal decisão foi tomada para responder a uma necessidade da sobrinha, dada a falta de alternativas, e que não se tratava de

uma condição que lhe impunham. Relatando iniciativas de incentivo à autonomia de Regina, Marli indicou acreditar no potencial da sobrinha para recuperar capacidades de atenção e intervenção sobre si mesma e sobre o ambiente.

A linguagem infantilizada para se referir aos pertences de Regina, expressa pelo emprego de palavras no diminutivo, tais como “*quartinho*”, “*coisinhas*” e “*roupinha*”, indicam, novamente, uma forma de se relacionar com ela comparável ao trato com uma criança, ou seja, com alguém que é parcialmente capaz, de quem não se deve esperar muito discernimento ou ajuda. Notamos que, nos relatos de Marli e Cláudia, havia o desejo de que Regina fosse mais autônoma e, ao mesmo tempo, o receio de nutrir grandes expectativas quanto a sua melhora, sendo a infantilização uma maneira de tornar a convivência menos desgastante. Entretanto, tal estratégia pode gradativamente relegar Regina ao lugar de alguém que não integra efetivamente as relações familiares, que não contribui com as tarefas de organização da casa e que não precisa ser ouvida com seriedade. Como desdobramento dessa circunstância, cada vez mais, a família pode desinvestir na relação com Regina e percebê-la como um “peso”, enquanto Regina perderia gradativamente as possibilidades de expressão de si, alimentando um ciclo de exclusão e cronificação do sofrimento, o que reforça a importância de os projetos terapêuticos serem ampliados ao território.

Os recortes abaixo ilustram as falas de Fernanda e Eunice a respeito das relações de dependência e independência uma da outra.

Fernanda: Você viu o jeito que ela [*Eunice*] é grossa comigo? Ela fala comigo, eu já meto a mão na cara, eu não gosto que responde pra mim [*Sua entonação denota agressividade*]. Então, eu fico nervosa, eu não gosto. Eu gosto que eu ser eu. Eu já tô em idade de eu ser dona do meu nariz. Eu não mexo com ela, né, até conto as coisas pra ela se ela quiser.

Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Eunice: Porque tudo ela pede pra mim fazer, tudo eu que faço pra ela. Também tem muita coisa que ela poderia fazer mas ela não... Que nem lá, quando falou pra ela fazer Terapia Ocupacional igual uns fazem. É tão bom porque eles fazem e eles acostumam e eles se ocupam e eles nem amolam outra pessoa, entendeu, nem ocupam tanto outra pessoa. Porque eles mesmo estão desembaraçando apesar deles ter esse tipo de problema psicológico. Mas ela não gosta, não quis de jeito nenhum. Ela não se acha capaz. Então não pode obrigar, também, porque não dá certo. Ela fica brava. Chega até a ficar... Se forçar, ela chega a ficar agressiva. É isso. Então, a minha vida é assim, é totalmente... Por exemplo, os compromissos dela, é tudo eu, dar os remédios pra ela, dia de levar lá [no ambulatório], ela não vai sozinha.

(Eunice, segunda entrevista, 16/11/2017)

Fernanda, externando agressividade, afirmou que se irritava quando alguém, principalmente a mãe, lhe impunha um jeito de pensar ou agir. Disse que possuía condições de “*ser dona do próprio nariz*”, como uma pessoa adulta. O relato da mãe também falou da agressividade da filha quando contrariada. Eunice deu destaque aos aspectos de dependência de Fernanda, seja por omitir-se ou por ativamente delegar à mãe as responsabilidades pela casa, pela filha Gabriela e pelos cuidados em saúde. Eunice, evitando conflitos com Fernanda, via-se na difícil tarefa de coordenar discretamente o ritmo da casa, sem questionar o lugar de autoridade que Fernanda atribuía a si mesma.

Eunice supunha que a filha fosse capaz de aprender novas habilidades se frequentasse sessões de Terapia Ocupacional ou mesmo se assumisse responsabilidades pelos afazeres domésticos. Porém, segundo os relatos, sugestões como essas não tinham espaço para se desdobrarem, sob o risco de serem percebidas por Fernanda como imposições. Assim, muito sozinhas em um jogo de necessidade e repulsa uma da outra, formava-se o cenário de “*uma total confusão*”, em que Fernanda sentia-se no controle e com frequência se irritava ao ser questionada ou contrariada, ao passo que Eunice ficava sobrecarregada de responsabilidades, sem poder assumi-las declaradamente.

Em comum, as três duplas indicaram viver uma linha tênue entre dependência e independência, autonomia e tutela. Fátima, Marli e Eunice relataram esforços para que suas familiares constituíssem um lugar de existência de maior autossuficiência, o que também lhes resultaria em maior liberdade e autonomia.

As participantes desejavam, ainda, a retomada da vida familiar e social. Carla e Regina, que estavam longe de seus filhos, expressaram o desejo de resgatar a convivência com eles, sendo este anseio mediado por suas familiares.

Mara: Quando foi a última vez que você viu eles?

Carla: No ano passado [2016].

Mara: Uhum [silêncio]. Bastante tempo já, né? Você conversa com eles por telefone?

Carla: Muito raro.

Mara: Uhum. E qual é a sua vontade? Que planos você tem?

Carla: Ah, a vontade é morar com eles, é ter minha casa, morar com eles, botar eles pra estudar, estudar junto. É isso.

Mara: E aí procurar um emprego é tentar fazer esse plano dar certo?

Carla: Exatamente. Ó, não, que nem ó, eu vou trabalhar das 10 até as sete da noite. Horário bom. Eles vão estudar, vão sair de casa e vão pra escola. Chega de tarde, mas eles têm que ter responsabilidade de chave, né? Só isso.

(Carla, primeira entrevista, 22/09/2017)

Mara: E ela [Carla] liga, conversa com eles [filhos]? Eles ligam pra ela?

Fátima: Ela liga. Ela liga. Menino, né, não dá muita atenção. Mas se a gente liga, ele conversa. Eu converso com ele [Tiago] bastante no *WhatsApp* também, no *Facebook*, sabe essas coisas, assim. Ligo pra ele, converso com ele. Ele tem muito contato é com meu genro. Porque o pai dele era muito apegado com meu genro, os dois eram que nem dois irmãos. E ele também, ele tem o tio Bil, assim, como um segundo pai.

Mara: Legal... E eles vieram no natal?

Fátima: Veio. [...] Só que ele ficou muito pouco aqui. Ele ficou mais lá em Aroeira do que aqui.

Mara: Mas veio um só?

Fátima: Não. Veio os dois. O pequeno, não, o pequeno ficou com ela [Carla] aqui o tempo todo. Grudado com ela. O “pequeno”, né, ele já tem nove anos.

Mara: E vocês pensam em tentar recuperar a guarda deles?

Fátima: Não porque eu não tenho condições de ficar com eles. É que nem eu tô te falando... Pra mim cuidar dela [Carla] e deles, pra mim não é fácil. A minha vida não é fácil. Se eles estivessem sendo maltratados, não tivesse sendo bem cuidado com a avó, de um jeito ou de outro, eu já tinha trazido. Entendeu? Só que eles estão sendo bem cuidados. Então, é melhor eles ficar lá e ela aqui. Porque quando eles ficam perto, nos primeiros dias, é um amor daqui, é um amor dali. Quando passa de 30 dias, mais ou menos, que eles estão aqui, ela já começa a xingar eles, entendeu? E ela xinga eles de nome pesado. Não é nome fraquinho, não. É pesado. Da última vez que os meninos teve aqui, ela bateu no Tiago de borracha aqui. Entendeu? Sem ele esperar. Ela pegou a mangueira e deu a mangueira nele na frente dos amigos dele.

Mara: Dessa vez agora?

Fátima: Não. Da outra. [...] Tanto é que dessa vez, ele não quis nem muito ficar aqui. Entendeu? Porque, tipo assim, ele gosta dela... que nem ele fala “Vó, eu amo. Ela é minha mãe”. Só que ele não quer ficar junto. Ele já falou “Pra mim voltar pra cá, só se for pra morar em Aroeira com a tia [Carolina]. Aqui eu não quero”. Entendeu? Ele falou “Eu quero vim pra cá, eu quero mudar pra cá, só que eu quero ficar em Aroeira e não aqui”. Porque ela fica... ela é... ela é uma boa mãe, ela é carinhosa, mas na mesma hora que ela é carinhosa, ela é hostil com eles. O Bruno... o tempo inteiro agradando, o Bruno agradando, de repente ela dá uns grito com ele, assim, sabe? Daí eu falo “Tá vendo?” Então, eu prefiro eles lá.

(Fátima, terceira entrevista, 02/02/2018)

Carla, na primeira entrevista, relatou ter encontrado os filhos pela última vez no “ano anterior” (cerca de nove meses antes) e que mantinham um contato distante, pois conversavam por telefone apenas raramente e não utilizavam nenhum outro meio de comunicação. Apesar disso, quando interrogada sobre quais planos tinha para o futuro, ela respondeu sem hesitação: “*A vontade é morar com eles, é ter minha casa, morar com eles, botar eles pra estudar, estudar junto. É isso.*” Novamente, pode-se notar uma prospecção de futuro em que ela se imaginava junto aos filhos, podendo reassumir uma rotina de mãe que cuida e protege. Aparentemente, ela não considerava as condições atuais da vida como definitivas e fazia planos de sair da casa da mãe e de suas regras, recuperar a guarda dos filhos e trabalhar.

Sobre este tema, Fátima demonstrou um posicionamento diferente, afirmando que naquele momento descartava completamente a possibilidade de trazer os netos para morar consigo. Segundo ela, sua decisão se baseava no contato frequente que mantinha com os netos, em especial com o mais velho, a partir do qual notava que os meninos vinham sendo bem cuidados pelos avós paternos em Pedra Branca. Fátima externou a opinião de que Carla, ao menos naquele momento, não tinha condições de assumir os cuidados dos filhos e que a responsabilidade recairia sobre si. Observamos que, apesar de terem posicionamentos diferentes, Fátima não deslegitimava a vontade de Carla de reaver os filhos, pois também desejava que ela reconquistasse uma condição de cuidar de si e dos meninos e se esforçava para promover a visita dos netos durante as férias escolares. Notamos que Fátima precisava contornar os apelos de Carla pelos filhos, mediar a interação deles durante os encontros e, ao mesmo tempo, reconhecer seus próprios limites, tendo em vista que era responsável pelo negócio que garantia o sustento da família.

Com relação à situação de Regina, tem-se os seguintes recortes:

Mara: Esse médico, então, tá cuidando bem de você?

Regina: Tá.

Mara: É ele quem te dá os remédios?

Regina: Uhum.

Mara: E você acha que os remédios tão te ajudando?

Regina: Os remédio tá.

Mara: O que mais podia acontecer pra você melhorar?

Regina: [*Silêncio, 7 seg*] Trazer meu filho, a minha filha.

Mara: Uhum. Sim... Você acha que se eles estivessem aqui você ia tá melhor?

Regina: Eu sinto que ele tá perto de mim, meu menino.

(Regina, terceira entrevista, 18/12/2017)

Marli: É, então. É a coisa que fica mais presente na mente dela é os filhos dela.

Mara: E vocês tem planos de visitá-los?

Marli: É... Não visitar, sabe, mas de buscar eles pra ficar com ela, sabe? [...] Eu já estudei de levar ela, era pra mim ter levado ela no mês passado lá, sabe? Mas aí ela comentou comigo, né, porque eu sento e converso com ela, né? Eu falei assim “Eu vou te levar lá pra ver seus filhos, mas o negócio é o seguinte: no momento, a tua sogra não vai deixar nós trazer eles, então a gente vai ter que voltar e deixar eles com a tua sogra, com a avó deles.” Daí ela falou assim que se eu levar ela lá, ela não volta. Entendeu? Porque se os filhos dela não vem, ela não vem [*risos*]. Aí como que eu levo ela? Aí eu falei “Então, fia, não vai ter negócio com nós, nós não vai ter acerto”.

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Mara: Aí eles morariam aqui [na sua casa]?

Marli: Moraria aqui. Junto comigo. Porque é assim: eu tenho um cômodo aqui no meu quintal. [...] Aí tem banheiro, tem tudo. Aí, se a menina falasse assim “Não, eu quero ficar com a minha mãe”, o que que eu ia fazer? Lá é um quarto e um banheiro, já tem piso, sabe? Lage, tudo arrumadinho. Então, o que que eu ia fazer? Eu ia pedir pro meu marido pra fazer mais um cômodo, tipo uma cozinha, entendeu?

Mara: Ficaria uma casinha?

Marli: É, entendeu? Dois cômodos, com banheirinho, tudo arrumadinho no fundo, né, protegido aqui. Ela ia poder ficar sossegadinha com os filhos dela, né? Aí deixava eles à vontade, entendeu? [...] Aí ela ficava à vontade com os filhos dela, né? Mas como a menina não quer, também eu não vou brigar. Se um dia ela falar “Não, eu vou ficar com a minha mãe”, as portas estão abertas pra ela, mas se ela falar “Não quero” também...

(Marli, segunda entrevista, 20/10/2017)

Marli: Porque é o seguinte, Mara, eu, por mim, eu queria que o Gustavo ficasse aqui definitivo com a Regina. Por quê? Porque pra mim, eu acho que ela se sentiria melhor, entendeu? Ela ficava mais feliz se o filho dela tivesse aqui com ela. Agora a menina, eu já nem falo nada porque isso aí eu penso assim, ela tem 16 anos, a mãe é dela. Então, quem tem que pensar é ela, se ela quer ficar do lado da mãe dela, ou não. Porque a minha vontade é que ela ficasse do lado da mãe dela, nem que ela ficasse aqui dando trabalho, eu não importava. Sabe? [...] Agora o menino, sim, eu torceria que ele ficasse direto aqui. [...] Porque isso pra mim é um transtorno também, né? Porque eu vou ter que ficar indo lá pra buscar esse menino e trazer, levar, buscar... Não é? [Se ele pudesse ficar aqui direto] Era melhor. Apesar do trabalho do dia-a-dia, mas era melhor pra mim e pra ela também. Né? Aí vamos ver mais pra frente como é que vai ficar isso aí.

(Marli, terceira entrevista, 18/12/2017)

O último contato de Regina com os filhos fora no começo de 2017, no Paraná, antes de sua internação e mudança para Cabreúva, de forma que, na ocasião da última entrevista, havia se passado quase um ano desse acontecimento. No decorrer dos encontros, Regina repetidamente mencionava a falta que sentia dos filhos, muitas vezes fugindo do assunto proposto, o que corroborou a observação de Marli de que se tratava do tema “*mais presente na mente dela*”.

Marli mostrou-se sensibilizada com a condição de Regina e, à época das entrevistas, estava tomando diversas providências para viabilizar a reaproximação da sobrinha com os filhos, pois supunha que esse fator estava diretamente relacionado à sua saúde mental. O desejo de família, expresso repetidamente por Regina, indicava uma necessidade de resgate do passado e, ao mesmo tempo, uma necessidade de vida e de reconstrução, algo pelo que Marli estava disposta a empenhar-se mesmo que representasse mais trabalho e responsabilidade para si.

Em comparação com as trajetórias de Carla e Regina, cujas histórias de vida foram compostas por sequências de mudanças e rupturas, o percurso de Fernanda se mostrou mais constante no que diz respeito à configuração do núcleo familiar e ao cenário no qual a vida se desenrolava. Fernanda tinha preservado aquilo que reconhecia enquanto núcleo familiar e a convivência em família foi um aspecto destacado positivamente tanto por ela quanto por sua mãe, como se observa nos trechos apresentados abaixo:

Mara: Eu queria que você me falasse um pouco, também, o que você tem feito pra cuidar da sua saúde mental agora que você saiu do hospital.

Fernanda: Aqui? Eu comprei algodão, acetona, lixa, pauzinho pra tirar sujeira de esmalte e eu vou fazer. Eles me ensinaram a fazer unha e eu vou tentar fazer minha unha de sábado... de domingo. [...] Eu e minha filha. Eu fiz a unha da minha... eu dei pra minha filha um esmalzinho vermelho pra ela passar na unha dela. Então, pra eu começar a me preocupar com ela, comigo. Aí nós vai fazer a unha, vai sair. Isso.

(Fernanda, primeira entrevista, 25/08/2017)

Fernanda: Eu deito na minha cama, eu durmo. Mas eu não vou dormir porque hoje tem festa aqui.

Mara: É? É aniversário da sua mãe, né?! [*Ela havia me dito por telefone*]

Fernanda: É. Eu vou dar um bolo pra ela. Com o dinheiro da esquizofrenia lá que eu tenho, o auxílio doença. Eu vou dar um bolo. Vai ter bolo, coca-cola, guaraná e salgadinho.

(Fernanda, primeira entrevista, 16/11/2017)

Fernanda: Mas tô feliz porque eu sai do [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*] porque agora tem minha filha pra cuidar, né? Tem minha filha pra ficar do lado dela, pra brincar com ela. Ela assiste desenho, eu assisto, eu ouço a Universal. Quando não, eu assisto música, a Mega. Eu ponho na Mega e fico dançando, fico aqui na cama, deitada. E tá bom, tá bem. Tá bem sem o [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Eu tô melhor sem o [*fala o nome do Hospital Especializado em Psiquiatria*]. Não quero voltar lá, não.

Mara: E como você se sente agora?

Fernanda: Melhor. Melhor porque eu tô perto da minha mãe, ela me socorre qualquer coisa. Qualquer coisa eles me socorre aí. Se eu passar mal eles me socorre, manda eu deitar na cama e tomar comprimido.

(Fernanda, segunda entrevista, 16/11/2017)

Mara: E quando ela tá lá internada, por exemplo agora esse tempo que ela ficou lá, o que passa pela sua cabeça, o que você fica pensando?

Eunice: Ah, eu acabo achando falta dela aqui, porque ela, entendeu, é mais movimentado com ela aqui, né. Ela “tando” lá pra mim é um... É... Eu faço as coisas mais certo, eu fico mais sossegada, mas o que que adianta também? [...] E outra que quando tá lá ela fica só falando em mim, fica só falando de casa, tem isso também. Ela é muito apegada. Então, fazer o quê?

Mara: Por um lado é uma tranquilidade mas por outro é um vazio?

Eunice: É. Ah, é um vazio. É... Por exemplo, eu fico com a cabeça quente com ela aqui, você tem que estar sempre atenta a alguma coisa. Porque ela chega, mesmo quando ela sai, ela já chega falando “Mãe, mãe, cheguei”, sabe, como quem diz... já tem que fazer tudo o que ela pede, tudo o que... Não tem jeito, sabe? É uma pessoa que é perturbada e perturba também, assim, coitada, assim, mesmo sem querer, mas por ser assim... Infelizmente é verdade. E a gente fica meia com as mãos atadas também.

(Eunice, primeira entrevista, 25/08/2017)

Quando perguntada sobre o cotidiano após a alta da internação, inclusive envolvendo os cuidados em saúde mental, algumas respostas de Fernanda voltaram-se para ações do convívio em família, tais como fazer as unhas com a filha e ajudar a promover a comemoração de aniversário da mãe. No dia dessa festa, expressando naturalidade diante de assuntos relacionados a seu diagnóstico, Fernanda disse que o custeio desse agrado era advindo do “*dinheiro da esquizofrenia*”, indicando novamente o quanto a condição de doente atravessava a percepção de si e de suas possibilidades de agir.

Diferentemente das outras duas entrevistadas, Fernanda preservava a convivência cotidiana com as pessoas que representavam suas maiores referências de família (mãe, avó e filha). Referiu “*felicidade*” por ter tido alta do Hospital e, assim, poder retomar o convívio com elas, aspecto que oferecia sustentação para sua existência, pois promovia sentimento de segurança e pertencimento, apesar de eventualmente também ser o cenário de conflitos.

Eunice, na mesma direção, valorizou a conjuntura de ter a filha consigo em casa, embora tenha feito inúmeras menções no decorrer das entrevistas a respeito da sobrecarga psicológica e de tarefas que isso lhe acarretava. A mãe revelou um sentimento ambivalente de alívio e vazio despertados pelo mesmo evento da distância da filha em razão da internação, o que reitera a complexidade desta relação que transitava entre os extremos de dependência e independência, compaixão e raiva, potência e impotência.

Os relatos das entrevistadas apontaram para a valorização dos vínculos familiares através do desejo de retomada ou de preservação da convivência com filhos, pais, irmãos, sobrinhos, entre outros. As famílias, constituídas por vínculos biológicos ou afetivos, têm papel fundamental na construção da identidade dos indivíduos. Desde o nascimento, as pessoas que nos recebem no mundo e os demais que com o tempo vão integrando o núcleo familiar/social têm o importante papel de auxiliar na construção e legitimação de um lugar de existência, ajudando a sustentar uma história e um sentido de continuidade. Em uma perspectiva psicossocial de cuidado em saúde mental, incluir o olhar sobre a família como parte importante das ações possibilita uma atuação mais ampliada e conectada com o contexto

de vida da pessoa que sofre (Kebbe et al., 2014; Oliveira et al., 2015). Diversas ações podem ser delineadas tendo a família como aliada e alvo das estratégias de cuidado. O contato com as três famílias deste estudo, embora circunscrito aos momentos das entrevistas, apontou para o valor que essas relações portavam, entendendo a família como local de pertencimento, reconhecimento, segurança, possibilidade de existência perante o outro e também de conflitos, dificuldades, limitações, rivalidades, entre outros aspectos, que denotam a importância desses vínculos serem considerados nos projetos terapêuticos.

Carla, em especial, valorizou o momento das entrevistas enquanto uma oportunidade para conversar com um interlocutor diferente sobre temas não usuais em seu cotidiano, “*abrindo a mente*”.

Carla: Ah, eu acho sempre uma alegria quem quer conversar comigo, sabe? [*Se referindo à participação neste estudo*] Porque, às vezes, são poucas pessoas, entendeu? [*Risos*]. É diferente de você [*Mara*], entendeu, que conversa com muitas pessoas. Eu já converso com poucas pessoas. Então... Abre mais um pouco a mente.

Mara: Uhum. Você conversa sobre essas coisas com outras pessoas?

Carla: Não. Eu pus no *Face*...

Mara: Sobre o que você sente?

Carla: Não, porque ninguém queria me escutar, então, eu coloquei no *Facebook* [*risos*].

(Carla, terceira entrevista, 01/02/2018)

Apesar de as outras entrevistadas não terem verbalizado explicitamente a valorização do momento das entrevistas como Carla fez, notamos, pela receptividade e aprofundamento dos relatos, que um vínculo de confiança pôde ser construído com as participantes. Poucos encontros foram suficientes para uma aproximação com as participantes do estudo a ponto de elas se sentirem confortáveis para revisitar e descrever fatos de suas vidas, explorando seus planos, desejos, opiniões, expectativas e frustrações. Nesse sentido, entendemos as entrevistas como espaços de encontro com outra pessoa (pesquisadora), que se mostrava disponível para ouvir e acolher suas experiências, e pontuamos que espaços como esses podem contribuir para os processos de elaboração dos vividos, favorecendo um maior senso de organização interior. O contato em profundidade com o outro demanda disponibilidade para a escuta, o que implica em estar aberto para compreender a pessoa, as situações vividas e as suas necessidades. Nessa direção, embora pensar a formação dos profissionais de saúde não seja o foco desta pesquisa, problematizamos a ênfase dada, nos processos de aprendizado, a aspectos técnicos e objetivos

do fazer em saúde, em detrimento de aspectos relacionais e subjetivos, o que poderia incluir uma visão antropológica e mais integral do cuidado, buscando discutir quais visões de homem e de mundo subjazem às atuações.

As referências ao *Facebook* foram recorrentes nas entrevistas de Carla, que indicou considerar o espaço (virtual) ofertado pela rede social como um meio para expressão de aspectos de sua vida que gostaria de compartilhar com outras pessoas. Essa forma de expressão de si, segundo seu relato, acabava configurando uma fonte de suporte, pois lhe proporcionava a sensação de ser ouvida, vista e acolhida, referendando sua existência. O valor atribuído a esse recurso pode estar relacionado a uma carência de espaços fora do mundo virtual em que pudesse estar na presença de outros.

Para Safra (2004/2015), considerado não somente em seu registro ôntico/biográfico, mas em sua dimensão ontológica, o ser humano está sempre em busca de condições que possibilitem seu alojamento, mesmo que precário, no mundo com outros. Todavia, para o autor, alguns acontecimentos ao longo do percurso da vida de uma pessoa podem levar a situações de exclusão e desenraizamento, ou seja, de fenômenos que rompem com a possibilidade de o ser humano habitar eticamente o mundo humano. Nesta perspectiva, entende-se que o enraizamento do homem se dá pela possibilidade de uma participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade, de modo que o desenraizamento pode ser um processo decorrente de situações que distanciam a pessoa do mundo humano, tais como o desemprego, a imigração, a falta de instrução, entre outras (Weil, 1943, citado por Safra, 2004/2015, p. 138).

Segundo Safra (2004/2015), um dos fenômenos que ocorre com frequência na contemporaneidade e pode causar rupturas no percurso da vida de alguém é a experiência de não ser visto no campo social, o que pode acontecer com pessoas que ocupam situações de pouco prestígio social. No campo da saúde mental, ainda mais nas situações que demandam internação psiquiátrica, o estigma da doença ainda aparece de forma muito marcante, delegando um não-lugar àqueles que passam por essas experiências, muitas vezes tidos como inferiores, destituídos da condição de pessoa com desejos e potências. Neste estudo, por meio das entrevistas, deparamo-nos com as situações vividas por Carla, Regina e Fernanda envolvendo a dificuldade para conseguir emprego, dados a condição de saúde e o efeito das medicações, a falta de credibilidade nos espaços de negociação (Conselho Tutelar, entrevista de emprego, serviços de saúde), o sentimento de rejeição por parte da vizinhança e de familiares, entre outras que dão a dimensão de um processo de anulação da pessoa enquanto um “eu” capaz de se colocar diante do mundo de maneira consciente e intencional. Tais

situações são permeadas ainda pelo cenário contemporâneo de gradativa diminuição dos espaços comunitários e evolução de modos de vida mais individualistas. Com isso, vimos que as participantes vinham enfrentando dificuldades para integrar outros círculos de convivência além dos familiares, ficando à margem de relações sociais mais amplas, o que podia influenciar no sentimento de desalojamento, de não-lugar, e na intensificação e cronificação do sofrimento mental.

A aproximação com o percurso de vida das participantes indica que as circunstâncias que permeiam o sofrimento mental são múltiplas e complexas. Na busca pela compreensão dos vividos psicopatológicos, Jaspers (1912/2005) propõe que para compreender o homem é preciso compreender o que ele sabe, que conteúdos possui em sua consciência e quais significados lhes atribui. Sob esta perspectiva, compreende-se que mais do que dispor de tempo, é fundamental dispor de abertura para o mundo do outro. Para Rus (2017, p. 135), em qualquer contato humano é preciso ter em conta a “incomensurável singularidade do ser pessoal”, considerando cada pessoa como um mistério impassível de ser acessado apenas com a razão. Especialmente no contexto de cuidados em saúde mental, esta postura abre uma possibilidade de acesso aos vividos psicopatológicos e de validação e acolhida da pessoa em sofrimento e de seus sintomas enquanto carregados de sentido e de valores a serem reconhecidos (Ferla, 2011).

Voltando às participantes deste estudo, observamos que em que pese toda a complexidade e precariedade das situações vividas, ainda havia sonhos, anseios e desejos, ou seja, atos de imaginar-se em circunstâncias diferentes e melhores. Em alguns casos, estes sonhos pareciam mais improváveis de concretização, como os de Carla em recuperar a guarda dos filhos, necessitando da mediação de sua mãe para isso. Outros se mostravam mais possíveis, como a reaproximação de Regina de seus filhos, dada a abertura de Marli para promover essa convivência. Por todas as participantes, ficou expresso um desejo de retomada/prosseguimento de uma vida com autonomia, autenticidade e permeada por relações significativas, entretanto, essas aspirações se apresentavam, ainda, bastante insipientes do ponto de vista de uma organização mais efetiva voltada para um “planejamento de futuro”. No caso de Fernanda, Regina e Carla, a condição de dependência de suas familiares ficou bastante marcada mesmo com o passar dos meses após a alta da internação. Como desdobramento disso observamos, pelo lado das pacientes, a condição de sujeição às disponibilidades concretas e afetivas de suas familiares e, pelo lado destas, uma sobrecarga de responsabilidade pela condução dos sonhos daquelas.

Pelas entrevistas, observamos que as participantes vinham dispendo de poucos espaços para apresentarem suas experiências (passadas e atuais) de vida e seus desejos sobre maneiras de estarem no mundo para além dos sintomas, haja vista todo o conteúdo que compõe a presente seção de análise e que parece não ter encontrado canais para reverberar nos ambientes “formais” de cuidado. Para Borgna (2019), os sistemas classificatórios de doenças, tais como o DSM e a CID, têm como premissa que na psiquiatria os sintomas se repetem idênticos em todas as partes do mundo. A fenomenologia, por sua vez, considera que a tristeza, angústia, culpa, delírios, alucinações, suicídio são experiências de vida que se manifestam de formas diferentes em diferentes contextos ambientais e que só podem ser reconhecidas e avaliadas em sua dimensão psicopatológica se olhadas a partir da interioridade da pessoa que sofre, o que demanda uma postura de abertura e atenção com relação ao outro.

Borgna (2019) questiona, então, como é possível que possamos conhecer e reconhecer as emoções que vivem em nós e nas outras pessoas que nos cercam. Para ele, é necessário um exercício de olhar para dentro de nós mesmos em uma busca contínua, às vezes cansativa e angustiante, daquilo que somos nas vastas regiões das nossas emoções. Tal exercício apresenta-se na contramão da tendência cultural hoje dominante, de exclusão da interioridade, da pouca apropriação das escolhas de vida, com pouco tempo para o exame dos sentidos presentes na realidade. Sem essa busca pelos sentidos que animam nosso interior, segundo Borgna (2019), não conseguimos ajudar aqueles que estão doentes e somos incapazes até de proteger nossa própria interioridade, acarretando um distanciamento daquilo que é propriamente humano.

O ser humano é, ontologicamente, aberto aos sentidos do mundo e essa busca por compreendê-los nos une, independentemente das diferenças e singularidades do percurso de vida de cada pessoa, seja sã ou doente (Borgna, 2019). O autor aponta que, nos espaços de cuidado, conforme as tecnologias vão se sobrepondo ao encontro humano, vai-se retirando dos discursos de tratamento a “alma”, entendida como a dimensão que carrega as inquietudes daqueles que cuidam e que são cuidados, e que aproxima as pessoas enquanto entes que compartilham a mesma condição de abertura e busca pelos sentidos.

No contato com as participantes, em que pese o critério metodológico de entrevistar pessoas que tinham recebido especificamente o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, pudemos perceber que essa categoria de classificação do sofrimento não se mostrou presente nos relatos. Em algumas situações, as participantes mencionaram os termos “depressão” ou “esquizofrenia” para se referirem ao quadro psicopatológico que levou à internação, parecendo empregar tais termos como sinônimos de “loucura” ou sofrimento mental. Tanto

as pacientes quanto as familiares não indicaram ter informações claras sobre o Transtorno Afetivo Bipolar, tais como suas características de manifestação, evolução e agravos, o que poderia fazer do diagnóstico uma informação potente em saúde, a ser integrada com as demais ações de cuidado. Paradoxalmente, ao mesmo tempo que as participantes não sabiam nomear a categoria diagnóstica que lhes foi atribuída, ficavam “reféns” dela, arcando com o peso do rótulo psiquiátrico no cotidiano conforme vivenciavam situações de discriminação em diferentes cenários.

Conforme aponta Borgna (2011), por mais que as categorias diagnósticas tencionem para os agrupamentos das expressões de sofrimento, cada experiência humana é única e singular, atravessada pelas circunstâncias sócio-históricas. Assim, a possibilidade de ajuda à pessoa em sofrimento mental exige um olhar interessado não para o doente, mas para as maneiras de se viver, sempre em fluxo, conectadas a uma dada trajetória e cenário. Para Safra (2004/2015), a invasão da técnica como fator hegemônico de organização social é uma problemática patente no mundo contemporâneo que, no contexto da saúde, remete o paciente em direção ao conceituável em nível intelectual, causal ou explicativo, roubando-lhe o indizível e os mistérios de sua experiência. Atuando sob este prisma, os autores da psicopatologia fenomenológica entendem que no encontro com a pessoa em sofrimento é necessário suspendermos os diagnósticos, rótulos e concepções para que possamos apreender os sentidos constituídos pelo paciente situado em seu percurso histórico e social (Jaspers, 1912/2005; Tatossian, 1979/2006).

Observamos pelos relatos das participantes que os dispositivos de cuidado (estratégias e serviços), em toda a rede de saúde, alinhavam-se a um referencial positivista, biologizante, em que o profissional se posicionava como aquele que detinha o saber e indicava aos pacientes os caminhos para solucionar a situação-problema, em uma lógica diversa daquela da promoção de um encontro autêntico em que cada um dos envolvidos pode se apresentar em sua singularidade e historicidade. No contexto dos serviços de saúde, quando os esforços se voltam sobremaneira ao controle dos sintomas, a experiência humana pode acabar reduzida a sua dimensão biológica, ficando a prática fragmentada a apenas essa esfera da vida. Ao mencionarem os serviços de saúde, as participantes se referiram principalmente a consultas e renovação das receitas, sugerindo que nesses espaços não cabiam (ou, ao menos, eram assim vividos por elas) outras esferas da vida relativas a seus desejo de realização, impressões cotidianas, dificuldades de relacionamentos, entre outras. As seções deste trabalho são possibilidades analíticas intencionalmente construídas em momento quando a pesquisadora abandona, momentaneamente, os parênteses da redução fenomenológica e passa ao esforço

de relacionar pressuposições teóricas aos sentidos atribuídos pelos participantes às vivências. Assim, encontramos que, para as participantes, se fazia presente a cisão entre as dimensões técnico-instrumental e relacional-afetiva do cuidado, o que se reflete nas seções analíticas intencionalmente construídas.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Por meio desta pesquisa, pudemos nos aproximar de três mulheres que estiveram internadas em Hospital Especializado em Psiquiatria depois de uma situação de crise. O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise compreensiva e longitudinal das experiências dessas pessoas, bem como de suas familiares, tendo como ponto de partida o adoecimento mental e a internação psiquiátrica, mas incluindo também referências às origens, aos vínculos e às redes de relações associadas pelas participantes à condição de saúde mental. Nesta seção do trabalho, buscamos empreender o exercício de passar da singularidade à generalidade das experiências em questão, aprofundando a discussão sobre as tendências comuns presentes nos diferentes relatos compartilhados. Para isso, pretende-se estabelecer um diálogo entre o material recolhido e o referencial teórico, visando ampliar a compreensão sobre a vivência do sofrimento mental.

5.1. O adoecer e a cronificação do sofrimento

No percurso da pesquisa, realizamos um contato amplo com os relatos das participantes, de modo que pudemos compreender o adoecimento como um processo profundamente relacionado com as circunstâncias em que viviam. As participantes abordaram as condições de saúde e sofrimento mental a partir de vários vértices, relacionando-as a acontecimentos passados de suas vidas, suas origens, hábitos, relacionamentos, oportunidades, o que denota uma compreensão de adoecimento enquanto processo múltiplo e dinâmico.

Assim, deparamo-nos com as histórias *de vida* dessas pessoas, enquanto indivíduo, família e comunidade. Situações de pobreza, abandono, luto, violência, desemprego, uso de substâncias psicoativas, entre outras, foram fatores por elas referidos como associados à condição de sofrimento mental que culminou no desencadeamento de uma crise psiquiátrica e na necessidade da internação.

Neste tópico, buscamos aprofundar a compreensão do adoecimento enquanto um processo de vida, conectado a uma dada história e a um dado cenário. A partir disso, problematizamos as estratégias de cuidado em saúde mental ofertadas pela rede de saúde. Nas seções anteriores, partindo de conteúdos que emergiram das entrevistas, foram levantadas

muitas possibilidades de discussão sobre as práticas de cuidado em saúde mental, por exemplo, a centralidade do saber biomédico; a medicação como recurso terapêutico prioritário; a falta de preparo dos profissionais para um cuidado integral que considere a história e as circunstâncias de vida dos usuários; a compreensão da internação como estratégia única e natural diante do sofrimento mental intenso; a pouca participação dos usuários e famílias na gestão do cuidado em parceria com os serviços; o acompanhamento superficial dos profissionais ao paciente depois da alta, entre outras.

Considerando um modelo de cuidado ancorado na perspectiva psicossocial, a internação psiquiátrica objetiva, principalmente, a estabilidade clínica do paciente e a preparação para a reintegração da pessoa aos seus territórios familiar, social e afetivo (Ministério da Saúde, 2011a; Oliveira et al., 2015; Silva & Dimenstein, 2014). Sob essa perspectiva, as estratégias de caráter psicossocial ganham lugar de destaque, uma vez que a pessoa em tratamento provavelmente retornará para os mesmos contextos e relações que estiveram envolvidos em seu processo de adoecimento, caso das participantes Fernanda e Carla. Regina, por sua vez, ao sair da internação, precisou se ambientar a um novo projeto de vida, pautado em decisões e providências tomadas por seus familiares, envolvendo a mudança de cidade e o distanciamento de seus filhos. Diante de toda a complexidade descrita pelas entrevistadas, a rede de saúde se mostrou frágil e insuficiente para responder às necessidades de cuidados das pessoas em sofrimento e de seus familiares, ofertando a elas um acompanhamento superficial, que parecia ter como prioridade o monitoramento das medicações e dos sintomas.

No contexto brasileiro atual, considerando a Política Nacional de Saúde Mental e a produção acadêmica na área, vigoram propostas de oferta de um cuidado integral à pessoa em sofrimento mental. Esta perspectiva tenciona a ampliação do entendimento sobre a situação de crise e a elaboração de formas mais eficazes de seu manejo no contexto de serviços de urgência, SAMU, Ambulatórios, CAPS e Hospitais (Dimenstein et al., 2012; Ministério da Saúde, 2004). Segundo os autores, é indiscutível a necessidade de os serviços atuarem em rede, operando na perspectiva da continuidade do cuidado, gestão integrada de casos e corresponsabilização. Entretanto, o que se observa no cenário nacional, de acordo com estudos na área, é uma evidente fragilidade em diversos componentes da RAPS (Dimenstein et al., 2012; Frateschi, 2014; Macedo et al., 2017; Silva & Dimenstein, 2014; Zanardo, Silveira, Rocha & Rocha, 2017). Na presente pesquisa, a partir dos relatos das entrevistadas, observamos algumas lacunas na atenção ao usuário em crise que podem culminar em um processo de cronificação do sofrimento mental.

As participantes deste estudo descreveram que, diante da situação de crise, acionaram serviços da rede tidos como referência para o acolhimento de urgências psiquiátricas. Assim, Fernanda acionou o SAMU, que a encaminhou para a UBDS; Carla recorreu diretamente à UBDS e Regina à UPA. Elas permaneceram de oito a quinze dias nessas unidades à espera da liberação da vaga em Hospital Especializado em Psiquiatria — período em que predominaram intervenções de manejo medicamentoso dos sintomas e de contenção física e que, do ponto de vista das familiares, foram dias de sobrecarga e preocupação. Corroborando Jardim e Dimenstein (2007), observamos pelos relatos que as unidades de urgência exerceram intervenções pontuais de atenção aos sintomas, com reduzido investimento na criação de vínculos entre equipe e usuária/família, uma vez que a estadia figurava como um artifício da rede ante a falta de vagas no Hospital. Assim, as pacientes permaneceram por um longo tempo em condição transitória e precária de acomodação, prolongando a experiência da crise e/ou da contenção, inseridas em um cotidiano diverso do habitual, sem permissão para saírem das unidades de saúde e sem que iniciassem um projeto terapêutico (Dimenstein et al., 2012; Magalhães, 2016). Dell'Acqua e Mezzina (2005) pontuam que os serviços de urgência psiquiátrica herdaram a herança manicomial dos Hospitais Psiquiátricos, de modo que tratam exclusivamente os sintomas, sem espaço para questionamentos sobre a crise ou mesmo sobre o serviço ofertado. Para Tatossian (1979/2006), a prática psiquiátrica corrente opera uma redução diagnóstica, uma vez que a presença concreta da pessoa é reduzida ao sintoma, e a pessoa passa de *ser* a *caso clínico*.

Fernanda, Carla e Regina apresentaram dificuldades no avanço de descrições ou considerações sobre o período em que permaneceram no Hospital Psiquiátrico, de modo que foram poucas as menções à rotina, às pessoas do convívio e ao projeto de tratamento. Tais referências foram bastante imprecisas com relação à descrição das atividades desenvolvidas, frequência dos eventos e nomes dos profissionais implicados. Ponderamos que a experiência da internação psiquiátrica tem suas singularidades, pois envolve um contexto de crise, efeito de medicações, rotina repetitiva e permanência em local fechado, o que pode interferir nas memórias da internação. Todavia, dos relatos e observações emergiu a vivência de um tempo pouco preenchido durante a permanência no Hospital, de modo que as referências a esse período centraram-se nos momentos das refeições, nos conflitos com outras pacientes e na rotina regrada de medicações. Sob o ponto de vista das familiares entrevistadas, o tratamento durante a internação consistia essencialmente na submissão a medicações e seus ajustes, pois este foi o recurso predominantemente citado e associado à melhora da condição de saúde mental de suas filhas e sobrinha. Partindo do entendimento de que as intervenções

medicamentosas não alteram por si próprias o contexto de vida relacionado ao adoecimento, mas são facilitadoras do processo de autonomia das pessoas (Ferigato et al., 2007; Quinderé et al., 2013), o período de permanência no Hospital poderia proporcionar ações que visassem ao reconhecimento de si durante e após a crise, a retomada da autonomia e a reatualização dos projetos de vida. Entretanto, depois da alta, as pacientes ainda estavam sob efeito marcante das medicações e em condição de bastante dependência de suas familiares, o que apontou para a importância da continuidade dos cuidados em saúde mental no âmbito do território.

Ao longo dos quatro meses posteriores à alta, período da realização das entrevistas, as participantes abordaram a continuidade dos cuidados no contexto extra-hospitalar. Seja no âmbito dos Ambulatórios em saúde mental ou do CAPS, o acompanhamento foi centrado em consultas médicas periódicas para avaliação dos sintomas e dos efeitos das medicações. Por não existirem ou por não reconhecerem como estratégias viáveis ou positivas, as participantes não mencionaram grupos terapêuticos ou de promoção de saúde, espaços de convivência, atividades de geração de renda, acompanhamento terapêutico, grupos de apoio aos familiares, psicoterapia grupal ou individual, que configurariam práticas de ordem psicossocial complementares ao controle dos sintomas. Embora reconhecessem os serviços extra-hospitalares como suporte para o tratamento em saúde mental, as entrevistadas não os identificaram como possíveis locais para dialogar sobre perspectivas de melhoria das condições de vida que pudessem promover saúde mental, tais como procura de emprego, melhora da vinculação com os familiares, retomada dos estudos, entre outras facetas que excedem os cuidados medicamentosos. Como consequência, as famílias viam-se sozinhas para elaborar a situação vivida após a crise, lidar com o retorno a casa após a internação psiquiátrica, com o desgaste proporcionado pelo sofrimento mental e com as expectativas e receios relacionados ao futuro.

Tomando como exemplo as circunstâncias narradas pelas participantes, ponderamos que à medida que as ações em saúde permanecem centradas nos sintomas e medicações, uma série de possibilidades de saúde e de vida deixam de ser exploradas, e a doença vai se consolidando enquanto parte da identidade da pessoa. Assim, as participantes pareciam empreender um processo de pensar a vida a partir da condição de *pacientes psiquiátricas*, tomando o sofrimento mental como *a* condição de vida (e não como *uma das*). Uma vez que muito pouco é feito para além do controle dos sintomas e as pacientes não são ajudadas a pensar perspectivas que transcendam o diagnóstico psiquiátrico, elas parecem aguardar a próxima vez que a medicação estará em falta na rede, a próxima crise, a próxima internação, a próxima alta... E, assim, sucessivamente, configurando situações em que a doença mental se cristaliza

como condição crônica, dados a ênfase aos aspectos sintomatológicos e o gradual esvaziamento das oportunidades de vida. No campo da saúde mental, embora sejam notáveis os avanços fomentados pela Reforma Psiquiátrica, ainda se faz presente uma lógica manicomial e asilar que sustenta discursos e práticas e denota uma tendência de lidar com o sofrimento mental sob uma perspectiva biologizante que associa a pessoa antes à condição de portadora de uma doença que de protagonista de uma história.

Este estudo, que se pretendeu longitudinal a fim de abarcar o desenrolar da vida das participantes depois da situação de crise e internação psiquiátrica, deparou-se, no encontro com elas, com uma temporalidade estagnada e um vazio de possibilidades. Por serem três mulheres jovens, com idades entre 33 e 37 anos, que em outros momentos do passado já conseguiram levar uma vida suficientemente estruturada envolvendo estudo, trabalho, rotina com filhos, questionamos: por que agora vivem dias tão vazios? Após a alta, ainda experienciavam uma condição bastante limitada, envolvendo sonolência e confusão mental que podem impactar na retomada da vida. E, uma vez que o acompanhamento da rede ficava restrito à reavaliação de sintomas e renovação de receitas, diversas esferas da vida dessas mulheres ficavam fora do foco de atuação dos serviços de saúde que, em uma perspectiva de atuação psicossocial, poderiam configurar espaços privilegiados de convívio sociocultural, descoberta de habilidades, discussão de planos e projetos de vida, entre outras conjunturas que residem no universo da saúde/vida e não da doença.

Observamos que frequentemente o uso de psicotrópicos figura como eixo central dos tratamentos em saúde mental, dado que são poucas as estratégias de cuidado que transcendem à medicação, todavia, a centralidade dessa terapêutica precisa, no mínimo, ser relativizada (Andrade & Maluf, 2017). Dado que quase sempre conseguem aplacar os sintomas psiquiátricos mais agudos, as condutas medicamentosas minimizam as estratégias de cuidado de outras ordens. Assim, os remédios podem acabar sendo administrados em grandes dosagens ou por muito tempo, pois têm que controlar os sintomas sem o respaldo de ações de caráter psicossocial, o que promove situações como as descritas pelas participantes, de lentidão, sonolência ou agitação, dificuldade motora, prejudicando o reposicionamento da pessoa diante de suas tarefas e relações. Quando a complexidade e singularidade que emolduram as experiências de sofrimento mental não são incorporadas nas práticas assistenciais, há uma sobrecarga das expectativas sobre as condutas medicamentosas, que, neste caso, figuram como recurso principal, e, por vezes, único. Pensar o cuidado para além da medicação implica o estabelecimento de um contato mais profundo e continuado com a pessoa em sofrimento, pautado pela disponibilidade para escuta e acolhida do outro, o que torna possível a construção

de um espaço (inter)subjetivo que favoreça reflexões, planejamentos, corresponsabilização, ponderações, entre outros (Bloc & Moreira, 2016; Borgna, 2019; Ferla, 2011).

Já em 2000, Costa-Rosa apontava que, para uma atuação em saúde mental autenticamente substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, seria necessário dispor de práticas psicossociais que avançassem para os territórios e redes de relações das pessoas em sofrimento. Nicácio e Campos (2004) afirmam que, no contexto das políticas públicas de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, as redes e serviços no território:

têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que, confrontando o abandono e as diferentes formas de desassistência, prescindam da internação em hospital psiquiátrico, ou, melhor, que decodifiquem e transformem a ‘demanda de hospital psiquiátrico’, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência de sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura. (p. 73)

Nesse vértice, propõe-se a superação do lugar de doente/impotência para que a pessoa em sofrimento possa integrar territórios mais férteis e potentes. Sendo assim, considerando o contexto de atenção à situação de crise, mostram-se muito restritas as condutas cujo objetivo seja o controle dos sintomas que, em uma lógica reducionista e biologizante, podem ser vistos como meras rupturas com a realidade, descolados de um percurso de vida e destituídos de possibilidades de sentido. O delineamento de formas de cuidado que superem essa lógica exige uma transformação do olhar, mudando o enfoque de “atendimento à urgência psiquiátrica” para “atendimento urgente à pessoa em crise” (Jardim & Dimenstein, 2007). Conforme relataram as participantes do estudo, as situações de crise que antecederam as internações estavam amplamente relacionadas com as circunstâncias singulares de seus momentos de vida e, como pudemos observar, mesmo os sintomas psicóticos, comumente tidos como “sem sentido”, apresentavam relação com as problemáticas em curso para elas em tais momentos. Se acolhidas segundo a lógica do “atendimento urgente à pessoa em crise”, talvez Regina, Carla e Fernanda pudessem ter tido a oportunidade de se apresentarem enquanto pessoas situadas em um percurso histórico e com um desejo de futuro, vivendo momentos de grande sofrimento pela distância dos filhos, falta de trabalho e renda própria, tédio cotidiano, dificuldade de relacionamento social e familiar, entre outros, o que não desconsidera as circunstâncias de que possivelmente apresentavam “sintomas” dadas as alterações motoras, gestuais ou verbais, e precisavam de cuidados especializados.

No entanto, a insuficiência de serviços que deem suporte à pessoa em crise no âmbito do território acaba por sustentar socialmente o lugar dos Hospitais Psiquiátricos na rede. Segundo Nicácio e Campos (2004), a alta taxa de especialidade dos serviços sobre a qual se organiza a rede assistencial resulta na reafirmação do lugar do Hospital Psiquiátrico como necessário no desempenho da função da internação. Estes indicativos da literatura encontram correspondência com as experiências das participantes deste estudo, uma vez que elas não apresentaram uma crítica sobre o encaminhamento para a internação em Hospital Especializado em Psiquiatria ao qual foram submetidas, parecendo entender esta conduta como necessária e “natural”, impassível de questionamentos. Para Zanardo et al. (2017), a internação em Hospital Psiquiátrico comumente é utilizada como “porta de entrada” para o cuidado em saúde mental, o que pode estar relacionado com a cultura que se instituiu acerca dessa intervenção ser o tratamento tradicional e “resolutivo” para o sofrimento mental, sustentando a lógica hospitalocêntrica, centrada no atendimento médico.

As participantes mencionaram equipamentos de saúde que compunham a rede de serviços substitutivos, tais como serviços de urgência (UBDS e UPA), Ambulatórios, CAPS e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Esses serviços nascem de uma intenção de renovação da terapêutica em Psiquiatria, desvinculando-a das funções impróprias de custódia e coação, porém acabam por funcionar em uma lógica de alta seletividade e nível de especialização, selecionando os casos de acordo com as próprias competências, fazendo com que as pessoas sejam separadas, encaminhadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém, ou seja, acabam abandonadas a si mesmas (Costa, 2007; Magalhães, 2016; Rotelli, Leonardis & Mauri, 1991).

As transformações nos cuidados em saúde mental propostas pela Reforma Psiquiátrica, tendo a desinstitucionalização como paradigma, promoveram significativa diminuição dos casos de pessoas que se tornam moradoras de Hospitais Psiquiátricos. Entretanto, cresceu o número de reinternações, produzindo um novo tipo de cronicidade na contemporaneidade que, de acordo com Diaz (2013), é alimentada pelo próprio sistema de saúde mental que sustenta uma rede de serviços fragmentada. Já na década de 1990, Rotelli et al. (1991) apontavam que esse tipo de cronicidade é produto do abandono a que as pessoas são submetidas quando os serviços se organizam de forma especialista e seletiva, o que acaba por reforçar a necessidade de locais nos quais, temporariamente, se possa internar os pacientes. Diaz (2013) afirma que a desresponsabilização pelas situações de crise é o que naturaliza o encaminhamento dos usuários ao Hospital Psiquiátrico, tido como uma válvula de escape para a rede. Segundo Magalhães (2016), sob o ponto de vista dos usuários e suas famílias, a internação é vista como

uma intervenção dissociada dos atendimento do território, deixando marcas negativas. Todavia, tanto para as equipes quanto para usuários e familiares a conduta da internação é pouco problematizada, vista como necessária e “natural” diante da situação de sofrimento.

A compreensão do funcionamento do sistema de saúde mental como um *circuito*, esboçada no século passado, no início dos movimentos reformistas, coloca em relevo o sentido de que “na psiquiatria reformada a ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas” (Rotelli et al., 1991, p. 23). Assim funcionam os serviços de urgência que acolhem as pessoas em crise, as Unidades de Pronto Atendimento que indicam a necessidade da internação psiquiátrica, as próprias instituições de internação psiquiátrica e os CAPS e Ambulatórios que renovam as receitas e distribuem os remédios. Dimenstein et al. (2012) pontuam que as estratégias de cuidado pautadas quase que exclusivamente no tripé contenção-medicação-encaminhamento contribuem diretamente para a entrada ou a permanência dos usuários no circuito psiquiátrico.

Voltando ao material de análise da pesquisa, pudemos observar relatos de uma rede de serviços organizada de forma especializada e seletiva. Ficou patente que as demandas em saúde mental das pacientes, mesmo antes da crise e internação, não eram acompanhadas em serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde (UBS tradicional ou Unidade de Saúde da Família), que tem como premissa o acompanhamento dos usuários longitudinalmente, com investimento em ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Segundo as entrevistadas, as questões sobre saúde mental eram direcionadas para serviços e profissionais especializados em tal demanda. Quando da situação de crise, a conduta quase automática consistiu em encaminhamento das pacientes para internação psiquiátrica, sendo que o tempo que permaneceram na UBDS ou UPA (unidades não especializadas) não integrava o plano terapêutico e se deu apenas em razão da falta de vagas no Hospital naquele momento. Nessa espera, de acordo com os relatos, a ação terapêutica se centrou na contenção, e nenhum profissional se aproximaram com o intuito de conhecer essas pessoas, seus contextos de vida e a situação vivenciada. A internação psiquiátrica se mostrou uma conduta pouco problematizada, vista pelas entrevistadas como “o” tratamento para a situação que viviam, embora a estadia no Hospital também tenha se revelado, na perspectiva das usuárias, centrada nos ajustes medicamentosos e controle dos sintomas. Com a alta da instituição psiquiátrica, se deu a contrarreferência para o território, e o início de um novo peregrinar por serviços que trocam receitas e verificam sintomas. Nesse sentido, os relatos desta pesquisa escancaram o funcionamento em *circuito* da rede, em que o contexto mais amplo do adoecimento não é

considerado pelos serviços de saúde, os profissionais não se responsabilizam para além das condutas biomédicas, o que sobrecarrega a família e pode se transformar em mais um fator de sofrimento.

Segundo Magalhães (2016), as respostas às situações de crise figuram como um dos principais desafios estratégicos colocados pela Reforma Psiquiátrica em diversos países do mundo na contemporaneidade. Tendo como horizonte o desenvolvimento de estratégias de acolhimento da crise sem a necessidade de internação em Hospital Psiquiátrico, diversas iniciativas vêm sendo implementadas em diferentes localidades. Tal horizonte é condição para os avanços das práticas no âmbito da reabilitação psicossocial dos usuários, tendo em vista a necessidade de responder às exigências políticas e sociais de exercício da cidadania e da liberdade (Dell'acqua & Mezzina, 1991; Magalhães, 2016).

Na Inglaterra, a partir do ano 2000, foram implementadas Equipes de Resolução de Crise e Tratamento Domiciliar em todo o território nacional como parte de um amplo processo de transformação da rede de cuidados em saúde mental (Johnson, 2013). Essas Equipes têm como objetivo oferecer uma avaliação rápida da situação de crise e, sempre que possível, um tratamento domiciliar intensivo em substituição à internação hospitalar (Hasselberg, Grawe, Johnson & Ruud, 2011; Johnson, 2013). O Reino Unido foi o local onde a implementação dessas Equipes se deu em maior escala e sob melhor documentação, todavia os Estados Unidos e a Austrália foram os pioneiros na introdução deste modelo, e países como Noruega e Bélgica já incorporaram estas iniciativas em suas políticas nacionais de saúde mental (Hasselberg et al., 2011; Johnson, 2013). Johnson (2013) sinaliza que, embora existam divergências no modo de atuação das Equipes de Resolução de Crise nas diferentes localidades, alguns princípios são compartilhados, a saber: o entendimento de que a internação hospitalar produz efeitos negativos para os pacientes, sendo uma alternativa a ser evitada sempre que possível; a compreensão de que as crises são respostas ao contexto socio-histórico-familiar e que, portanto, o tratamento em casa permite que tal contexto seja melhor avaliado e abordado; a compreensão de que as habilidades de enfrentamento são aplicadas de maneira mais eficaz no contexto em que foram aprendidas, de modo que após o tratamento domiciliar seja mais provável que os pacientes repliquem essas habilidades para antecipar ou reduzir futuras crises; e a ideia de que as interações entre pacientes e profissionais não são dominadas pelas relações hierárquicas de saber/poder quando as crises são gerenciadas na casa dos próprios pacientes.

As Equipes têm como características de sua atuação: abordagem multidisciplinar capaz de oferecer uma gama de intervenções em saúde mental na comunidade; horizontalidade das relações entre os profissionais da equipe; atuação direcionada a casos que seriam

encaminhadas para internação psiquiátrica; manutenção do contato com os pacientes mesmo quando há necessidade de internação e o estímulo à alta precoce sempre que possível; quantidade de profissionais suficiente para realizar o acompanhamento domiciliar na frequência necessária (várias vezes ao dia, se necessário); parcerias entre os diferentes serviços que atendem o mesmo paciente; supervisão do padrão de ocupação dos leitos psiquiátricos locais; e curto prazo da oferta do cuidado domiciliar intensivo (cerca de seis semanas) sendo que o paciente deve ser encaminhado para o prosseguimento do tratamento em outros serviços caso haja necessidade (Cotton et al., 2007; Johnson, 2013). Estudos realizados sobre a atuação dessas Equipes apontam a redução das admissões em Hospitais e aumento da satisfação dos pacientes que recebem o tratamento domiciliar em comparação com o tratamento padrão (Hasselberg et al., 2011; Johnson et al., 2005).

Para S. Goljevscek (comunicação pessoal, 1º de outubro de 2018), psiquiatra integrante da Equipe de Resolução de Crise da cidade de Trieste, quando se está diante de alguém em crise, os sintomas devem ser compreendidos e interpretados dentro do contexto de vida da pessoa. Assim, evita-se a medicalização da crise e abre-se a oportunidade de aproximação e compreensão da pessoa naquele momento. Busca-se avançar no processo de desinstitucionalização, alterando o centro do tratamento do Hospital para o domicílio, o que promove mudanças práticas e culturais quanto aos modos de interação com a “loucura”. Nessa lógica, os projetos terapêuticos são elaborados conjuntamente entre profissionais da equipe, familiares e usuários, levando em conta as fragilidades inerentes à situação de crise, mas, principalmente, as potências, ou seja, aquilo que o paciente tem/pode/deseja mediante os movimentos da vida. A perspectiva de atuação das Equipes de Resolução de Crise apresenta uma prática bastante diferente da relatada pelas participantes do estudo, que, após semanas de espera pela vaga da internação, meses de permanência no Hospital e meses de acompanhamento depois da alta, ainda se apresentavam em condição de grande limitação e com significativas dificuldades na retomada de uma vida autônoma.

Na Finlândia, no início da década de 1980, Jaakko Seikkula e sua equipe desenvolveram um método, o qual nomearam *Diálogo Aberto*¹⁶ (tradução nossa), voltado ao enfrentamento da crise psicótica. Esse método se baseia em uma filosofia e um conjunto de práticas que diferem radicalmente das convencionais, contribuindo significativamente para o processo de desinstitucionalização no país (Kantorski & Cardano, 2017; Seikkula, Alakare, Aaltonen, Holma, Rasinkangas & Lehtinen 2003; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011). Após pesquisas

¹⁶ Originalmente nomeado “*Open Dialogue*”.

e treinamentos, foram estabelecidos sete princípios do tratamento no modelo *Diálogo Aberto*: 1 - “oferta de ajuda imediata”, que pressupõe a realização de uma primeira reunião dentro de 24 horas após o primeiro contato, de preferência na casa do usuário e com a participação deste, objetivando prevenir a hospitalização; 2 - “inclusão da rede social” do usuário, que implica em agregar às reuniões a presença dos familiares e outras pessoas significativas, visando mobilizar uma rede de apoio; 3 - “flexibilidade e mobilidade”, que pressupõe a adaptação do tratamento às necessidades específicas de cada caso; 4 - “responsabilidade”, que apregoa que o profissional que estabeleceu o primeiro contato com a família se encarregará de organizar as reuniões subsequentes; 5 - “continuidade psicológica”, que incentiva que os diferentes profissionais, seja do ambiente ambulatorial ou hospitalar, estejam envolvidos no tratamento pelo tempo que for necessário; 6 - “tolerância à incerteza”, que busca promover uma sensação de confiança, a fim de evitar decisões precipitadas, por exemplo, quanto à medicação; 7 - “dialogismo”, que entende a promoção do diálogo como o foco do tratamento, valorizando a construção conjunta de entendimentos e propostas (Kantorski & Cardano, 2017; Seikkula et al., 2003; Seikkula, et al., 2011).

À medida que a abordagem de *Diálogo Aberto* foi sendo desenvolvida no território finlandês, todas as cinco clínicas ambulatoriais de saúde mental e o hospital com seus 30 leitos agudos criaram equipes de intervenção móvel específicas para cada caso (Seikkula et al., 2003). Enquanto filosofia de atuação, o *Diálogo Aberto* propõe o desenvolvimento de relações entre as pessoas que estão enfrentando problemas e suas famílias e redes sociais, incentivando que o tratamento seja feito em casa, em vez de em instituições. São valorizadas as habilidades dos envolvidos em efetivar diálogos ao longo das reuniões conjuntas, mantendo a comunicação aberta entre as partes e respeitando as vozes de todos os participantes (Kantorski & Cardano, 2017; Seikkula et al., 2003). O tratamento geralmente começa com reuniões intensivas durante a fase mais aguda da crise; depois, somam-se a isso a psicoterapia individual e outros tipos de psicoterapia e reabilitação. Na fase final do tratamento, várias formas de reabilitação psicológica e profissional recebem mais ênfase do que as reuniões, embora estas geralmente continuem durante todo o processo (Seikkula et al., 2003).

Como resultados dessas intervenções, tem-se encontrado que os pacientes que aderiram ao *Diálogo Aberto* ficaram hospitalizados por menor número de dias, que os psicofármacos foram utilizados em menor número de casos e que a maioria (82%) dos pacientes não tinha sintomas psicóticos residuais em dois anos (Kantorski & Cardano, 2017; Seikkula et al., 2003). De acordo com Seikkula et al. (2011), em um período de dez anos de acompanhamento de pacientes diferentes, mais de 70% dos casos não tiveram nenhuma recidiva durante o

período de dois anos e mais de 84% estudavam, trabalhavam ou procuravam emprego ativamente, condições que diferem das relatadas pelas participantes deste estudo. O modelo descrito nos aponta a importância de os serviços e profissionais ampliarem o foco das intervenções incluindo as redes de apoio, os desejos de realização e os contextos de vida das pessoas que recebem tratamento, auxiliando-as a recolocar a vida em movimento, o que contrasta com as descrições de Carla, Regina e Fernanda, que contavam com uma ajuda dos serviços de saúde reduzida aos aspectos biomédicos e experimentavam um período de estagnação e vazio da vida, dadas as circunstâncias de grande vulnerabilidade e os poucos recursos próprios e familiares, ao menos no momento das entrevistas.

Ainda como perspectivas inovadoras em saúde mental, destaca-se o movimento *Recovery*, que teve início nos Estados Unidos a partir das décadas de 1970 e 1980 e atua em favor do direito de as pessoas em sofrimento mental poderem participar plenamente da sociedade (Costa, 2017). O movimento *Recovery* propõe uma mudança de paradigma ao preconizar que a responsabilidade pela recuperação é principalmente da pessoa e não dos profissionais. Isto rompe com a lógica hegemônica, centrada no saber profissional, de que os profissionais seriam os responsáveis por tratar as pessoas, “consertar”, e promover a retomada de suas vidas (White, 2013). Sob esse prisma, entende-se a pessoa enquanto agente ativo de sua vida, estando saudável ou em sofrimento, de modo que a recuperação não acontece passivamente, apenas seguindo instruções de outras pessoas. Portanto, os profissionais precisam passar de uma posição de especialista/autoridade para a de consultor/treinador, devolvendo o poder e a autoridade da vida do paciente a ele próprio (White, 2013). As premissas do movimento *Recovery* destacam a imersão do profissional no contexto dos usuários, consolidando estratégias de apoio entre pares e de protagonismo da pessoa em sofrimento (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless & Evans, 2005; White, 2013).

O Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 (World Health Organization, 2013), elaborado pela Organização Mundial de Saúde, traz em seu texto várias referências e propostas de atuação que tem em suas bases os princípios do *Recovery*. Nesse documento *Recovery* é definido como processo de encontrar e manter a esperança, compreender as próprias habilidades e inabilidades, engajar-se em uma vida ativa, recuperar autonomia pessoal, identidade social, significados e propósitos de vida e senso positivo de si mesmo. A definição trazida pelo documento acrescenta, ainda, que *Recovery* não é sinônimo de cura clínica e se refere tanto às condições internas vivenciadas pela pessoa que se encontra em recuperação (esperança, cura, fortalecimento e preservação da relações), quanto às condições externas que facilitam a recuperação (implementação de direitos humanos, de uma cultura

positiva de cura e de serviços voltados para a recuperação) (World Health Organization, 2013). Vários outros países, como Inglaterra, Escócia, Dinamarca, Holanda, Noruega, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Itália, têm adotado políticas e estratégias orientadas pelo *Recovery* (Costa, 2017).

Dentro dessa perspectiva, iniciativas como os *Recovery Colleges* têm despontado como estratégias de promoção e cuidado em saúde mental no âmbito da educação. Os *Recovery Colleges*, de modo geral, se organizam em torno da oferta de cursos projetados e oferecidos por meio de parceria entre profissionais da saúde e pessoas que vivenciam questões importante de saúde mental e que, portanto, são colocadas como especialistas dessas experiências (Bourne, Meddings & Whittington, 2017). Segundo os autores, o primeiro *Recovery College* foi desenvolvido por Rachel Perkins em Londres em 2011, e até 2015 cerca de 40 outras “faculdades” foram abertas ao redor do mundo. Para Perkins, Repper, Rinaldi e Brown (2012), *Recovery Colleges* constituem uma potente abordagem focada na recuperação, que permite que as pessoas cresçam a partir daquilo que lhes aconteceu, descobrindo novos sentidos de si mesmas e novos propósitos de vida.

Na cidade de Utrecht, na Holanda, foi fundado em 2015 o *Enik Recovery College*, um centro de desenvolvimento pessoal, aprendizado e enfrentamento das dificuldades vividas por seus participantes. Seus fundadores, Ton Verspoor e Martijn Kole, são pessoas com um longo percurso como usuários do sistema de saúde mental do país. O *Enik* é um espaço aberto à participação de qualquer pessoa interessada, porém o foco principal dos trabalhos desenvolvidos é a oferta de cursos, treinamentos e apoio às pessoas em sofrimento mental. Os cursos são ministrados por pessoas que inicialmente foram usuárias do *Enik* e conseguiram sua autonomia, o que possibilitou que assumissem também a função de educadores. Além do apoio intensivo entre pares, outra característica fundamental do *Enik Recovery College* consiste na abordagem educativa em vez de um modelo terapêutico, deslocando o eixo de atuação da redução de sintomas e prevenção de recaídas para a oferta de estratégias de autoconhecimento, descoberta de talentos e desenvolvimento de competências que possam agregar a todo o entorno (Enik Recovery College, 2019).

Os modelos de cuidado citados, ainda que apresentem propostas de trabalho diferentes, partem de um solo comum ao se embasarem nas ideias da desinstitucionalização do sofrimento mental, operacionalizando estratégias longitudinais, integradas, situadas no *locus* de vida e considerando as diferentes necessidades dos usuários, com o intuito de redução do número de internações psiquiátricas e de ampliação de formas de cuidado voltadas para a (re)construção dos lugares sociais das pessoas em sofrimento. Segundo Dimenstein et al. (2012), essas

propostas levam em conta que a rapidez da atenção e a forma de manejo das situações de crise são decisivas para dar uma resposta eficaz e, assim, evitar as hospitalizações, sofrimento e, conseqüentemente, a cronificação.

As problemáticas envolvendo o sofrimento mental, dada sua abrangência e complexidade, na maioria das vezes se apresentam transversalmente aos serviços de saúde, abarcando situações de vulnerabilidades de diversas ordens, tais como relataram as entrevistadas. Diferente de um percurso linear de execução de objetivos, requer uma atuação com a perspectiva de “processo social complexo”, ou seja, singular, conflitivo, contextualizado, multidimensional, em aberto, em diálogo com a realidade na qual se age, que implica os diversos participantes como protagonistas e atores de transformação (Amarante & Nunes, 2018; Frateschi & Cardoso, 2016; Kantorski & Cardano, 2017; Nicácio & Campos, 2004).

Assim, a implementação de uma rede articulada, com coordenação entre os serviços e garantia da continuidade do cuidado, necessita da integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de autoajuda envolvendo diversos atores sociais. Para Dimenstein et al. (2012), este é o horizonte a ser visado quando objetivamos a redução da referenciação automática das demandas em saúde mental para os especialistas e Hospitais Psiquiátricos e a superação do modelo asilar, produtor de iatrogenia e exclusão social. As iniciativas apresentadas anteriormente indicam um caminho percorrido nessa direção a partir de propostas que deslocam a centralidade dos especialistas, hierarquia de saberes, atuação sobre sintomas e medicalização, propondo um olhar para a pessoa em sofrimento e seu entorno familiar e comunitário.

Observamos que os princípios de atuação das Equipes de Resolução de Crise, do modelo *Diálogo Aberto* e do movimento *Recovery* dialogam com os principais pilares e concepções que dão sustentação política às ações de saúde coletiva e saúde mental no SUS, tais como integralidade, territorialização, interdisciplinaridade e complementariedade entre as diferentes áreas de atuação, hierarquização entre os níveis de atenção e participação social. Entretanto, retomando o material de análise desta pesquisa, observamos que os relatos das participantes sobre a articulação da rede de saúde remontam a uma prática fragmentada, centrada no saber médico e pouco voltada ao território, correspondente à ideia de funcionamento em *circuito*, ainda com fortes resquícios do paradigma hospitalocêntrico. Os modelos de cuidado acima apresentados nos sinalizam possibilidades de atuação que rompem com a lógica da internação psiquiátrica como procedimento necessário e “natural” diante das situações de crise. Isso nos

provoca a olhar novamente os caminhos trilhados por Carla, Regina e Fernanda e problematizar se a internação teria sido realmente necessária caso tivessem disposto de formas de atenção mais contextualizadas às suas necessidades e dinâmicas familiares, em ambiente domiciliar e com oportunidade de expor e explorar seriamente seus desejos, dificuldades, potências e aspirações.

De acordo com as pesquisas e registros, ao longo das últimas décadas, diversos países sediaram movimentos que lutaram pela superação de modelos asilares de cuidado e, atualmente, investem no desenvolvimento de ações de saúde mental direcionadas aos territórios e às comunidades. Apesar dos notáveis avanços das políticas e práticas, a crise psiquiátrica, ou agudização de uma situação de sofrimento mental, é um evento humano que terá suas ocorrências independentemente do modelo de cuidados implementado, de modo que se torna uma problemática posta em todo o mundo (Bourne et al., 2017; Johnson, 2013; Seikkula et al., 2011). Consideramos que, para avançar nas estratégias de cuidado, o caminho não é importar os modelos conforme implementados em outros países, inclusive porque a simples transposição pode resultar na reprodução de práticas enquanto protocolos vazios de um olhar crítico sobre o contexto. Nessa lógica, os modelos internacionais nos inspiram a problematizar as formas de cuidado atualmente praticadas, por exemplo as descritas pelas participantes do estudo, e a desenvolver outras formas de olhar o sofrimento mental e a situação de crise, considerando as particularidades no nosso contexto sócio-histórico, econômico, político e cultural.

No âmbito das teorias que dão sustentação ao movimento de Reforma Psiquiátrica, em curso no país há décadas, são robustas as diretrizes no sentido da integralidade do cuidado, entretanto há uma expressiva distância entre o conhecimento teórico e o que se consegue implementar na prática. Nesse sentido, esta pesquisa apresentou o percurso de vida de três mulheres jovens, que em momentos progressos de suas vidas conseguiram estabelecer condições de vida autônoma e produtiva, e que em determinado período enfrentaram uma situação de sofrimento mental intenso vinculado a uma multiplicidade de fatores por elas referenciados. A busca por ajuda resultou na atribuição de um nome para a situação vivida, “Transtorno Afetivo Bipolar”, que, isolada, não se mostrou uma informação potente em saúde, pois as participantes não a utilizavam como meio de conhecerem-se a si próprias e tecer projetos a partir disso. Para os serviços, a informação diagnóstica pode ser importante para organizar e estruturar as práticas desenvolvidas, no entanto, o que observamos é que o diagnóstico/sintoma acaba ocupando um lugar de muita centralidade nas relações de cuidado, minimizando as estratégias de caráter psicossocial. O saber/fazer do modelo biomédico,

pautado em intervenções como consultas médicas, exames, medicalização e controle dos sintomas, compõe uma parte importante das ações em saúde, todavia, para serem mais efetivas, precisam estar conjugadas a outras que considerem as demais esferas da vida das pessoas, para além dos sintomas, abarcando relações, desejos, necessidades e frustrações. Como observamos pelos relatos das participantes, a complexidade das vivências e a terapêutica centrada nos sintomas podiam estar contribuindo para a reafirmação da ideia de que tinham uma condição crônica, “para o resto da vida”.

Os muros dos Hospitais hoje são mais permeáveis; as internações tendem a ser breves e preveem o retorno da pessoa ao território, sendo baixa a probabilidade de Fernanda, Carla e Regina virem a se tornar moradoras de uma instituição psiquiátrica. Todavia, observamos que as práticas substitutivas ainda são permeadas pelo pensamento manicomial, reforçando a ideia de risco, periculosidade e necessidade de controle. Assim, mesmo após a alta da internação, as pacientes se deparavam com a falta de oportunidades de trabalho e renda, a discriminação nos espaços comunitários, a atribuição do lugar de doente ou criança, que reproduziam, no âmbito do território, o *asilamento* e exclusão social que antes eram provocados pela existência da barreira física dos muros das instituições. Ao nos aproximarmos dessas trajetórias de adoecimento e cuidados em saúde mental, uma série de questões nos ocorre: quais ações teriam sido possíveis para Fernanda, Regina e Carla a nível do território antes da internação? Por que, após meses de internação, tiveram alta em condições de tanta limitação? Como ajudá-las a recolocar a vida em movimento depois da internação? Quem se responsabiliza pela continuidade dos cuidados após a alta? Como entender a vulnerabilidade das pessoas em sofrimento mental? Como valorizar e incentivar a independência sem abandoná-las às consequências de seus atos? Como incentivar a autonomia de alguém que está se colocando em risco? Como ajudá-las a reconhecer os limites e perigos sem colocá-las no lugar de incapaz? Como enxergá-las em suas potências, escutando seus desejos e ponderando a viabilidade de concretizá-los? Como ajudar os familiares a se posicionarem diante das demandas e potências de seus entes adoecidos?

Nos momentos das entrevistas, que se estenderam por quatro meses depois da alta, ficou marcada a dificuldade das participantes em se recolocarem em um fluxo de vida produtivo e independente. Regina apresentava grande dificuldade para articular a fala e responder as perguntas da entrevista, além disso, dependia da tia para lhe garantir os cuidados básicos de alimentação e higiene; Carla inicialmente apresentava sonolência, lentidão, falta de coordenação motora e, depois, uma agitação crescente pela retirada abrupta dos remédios; e Fernanda apresentava uma ansiedade, irritabilidade, aceleração do pensamento, que

contrastavam com a monotonia do seu cotidiano e abriam espaço para o uso de cigarro e álcool como formas de relaxar e preencher o dia. Ressaltamos que as pacientes receberam alta da internação em condições de muita limitação, ainda mais se considerarmos que o tempo de permanência na instituição foi longo em comparação com os modelos de intervenção acima apresentados, somando de dois a quatro meses. Ponderamos que a noção de “alta” ganha contornos especiais no campo da saúde mental por se tratar de condições de saúde assentadas em um processo múltiplo e complexo. À medida que se tem um modelo centrado na intervenção hospitalar, o momento da alta da instituição ganha lugar de destaque pois pode associar-se à ideia de “fim de tratamento”, entretanto, se pensarmos a partir dos relatos das participantes, das diretrizes do SUS e dos modelos de intervenção em outros países, a lógica deste momento deveria estar mais próxima de uma “transição de cuidado”, que passaria a ser pensado e praticado em âmbito territorial. Nessa esteira, se muito pouco é feito no âmbito da comunidade para além do controle dos sintomas, a internação psiquiátrica vai se reafirmando como estratégia necessária e a vida no território vai se esvaziando de possibilidades, reiterando um ciclo de adoecimento e cronificação, atravessado por sentimentos de impotência, isolamento e invisibilidade.

5.2. O olhar do outro para a constituição do ser pessoa

Ao longo da realização do trabalho, conforme nos aprofundamos nos relatos sobre as trajetórias de Fernanda, Regina e Carla, como já apontado, nos deparamos com histórias marcadas por abandonos, violências e vulnerabilidades, que tiveram impactos na forma como suas vidas se desenrolaram. As entrevistadas descreveram passagens de suas vidas em que pode ter havido carência de encontros humanos autênticos em que pudessem ser ajudadas a constituírem-se e serem reconhecidas em suas singularidades, por exemplo, no contexto generativo que as recebeu ao nascimento, nos diferentes cenários em que enfrentaram discriminações dado o adoecimento mental, e no âmbito da rede de saúde em que o encontro para o cuidado era marcado, principalmente, pela técnica. Assim, a partir da análise das entrevistas, foi se delineando a necessidade e a importância da presença das pessoas do entorno para a construção das possibilidades de ser. Neste tópico, coloca-se em pauta o encontro humano não apenas como possibilidade de reconhecimento do outro, mas também de reconhecimento de si mesmo (Casarini, 2013; Safra, 2004/2015, Stein, 1917/2004). Safra (2004/2015) aponta que a presença do outro nos abre para a possibilidade de ser na medida em que nos resgata do não-ser, do vácuo da eternidade e de angústias intensas.

Retomando o percurso de vida das três participantes, percebemos aproximações entre os relatos quanto a um cenário de abandonos, ou de falta de um olhar atento, desde o início da vida. Segundo a descrição de Eunice, o nascimento de Fernanda foi fruto de seu envolvimento com um rapaz que, embora tenha perdurado por anos, nunca se concretizou como um namoro com perspectivas de constituir união mais duradoura. Tal relacionamento resultou em duas gestações não planejadas, sendo que o rapaz não assumiu a paternidade de Fernanda, a filha mais nova, e logo em seguida retornou à cidade natal, abandonado Eunice e as duas meninas. Eunice descreveu que, em razão do assassinato de seu irmão, viveu um momento de apatia com a vida, pouco implicada com a realidade, como se as gestações tivessem sido eventos que a atravessaram, sem que ela tivesse muito poder de ação sobre os acontecimentos. Quando Fernanda tinha quatro meses de vida, Eunice relatou ter sofrido um estupro e engravidado da terceira filha, que também cresceu sem pai. O nascimento das três filhas e a condição de mãe solteira delinearão caminhos de vida diversos daqueles que ela havia imaginado para si. Vendo-se financeiramente dependente do próprio pai, sem poder trabalhar, pois precisava cuidar das filhas, descreveu ter vivido momentos difíceis ao longo dos anos correspondentes

à infância das filhas, narrando uma “desatenção” que a impediu de perceber que Fernanda foi se aproximando das drogas e de outras situações de vulnerabilidade.

Marli descreveu que a condição da família de Regina era de grande fragilidade quando do seu nascimento, envolvendo a mãe com “*problema na mente*”, o pai com idade avançada, além da precariedade financeira, de alimentação e de higiene. Conforme relatado, a mãe de Regina teve vários filhos que morreram com menos de um ano de vida devido à carência de cuidados básicos, e a própria Regina apenas sobreviveu porque recebeu ajuda das avó e tia maternas. Regina cresceu sem a presença sistemática de adultos de referência, que efetivamente a acompanhassem, e, no final da infância e início da adolescência, já se viu sozinha para tomar decisões e escolher caminhos, tendo sua primeira união afetiva aos 14 anos, na qual foi vítima de violência doméstica.

Carla também foi recebida em um ambiente permeado por violências. Fátima relatou que, aos 13 anos, foi obrigada pelos familiares a se casar com Messias, pois havia perdido a virgindade. Aos 14 anos, deu à luz Carla e, aos 18, nasceu Carolina. Descreveu que o cotidiano da família era atravessado por agressões físicas e psicológicas praticadas por Messias. Fátima chegou a ter um braço quebrado em uma ocasião e, em outra, sofreu um aborto. Ante essa situação, lhe ocorria a ideia de fugir de casa e, assim, desde que as filhas eram crianças, começou a falar para elas que, um dia, “*a mãe iria embora*”, preparando-as para uma possível ausência. Quando Carla tinha cerca de 15 anos, Fátima fugiu de casa e passou 11 meses morando em outra cidade. Quando pôde retornar para buscar as filhas, Carla já vivia amasiada com Marcos, aos 16 anos.

As participantes da pesquisa, ao serem convidadas a dialogar sobre o adoecimento mental (próprio ou da familiar), resgataram um preâmbulo histórico para descreverem o contexto que permeava as vivências atuais. Assim, observamos que o contexto generativo que recebeu Fernanda, Regina e Carla, ao nascerem, era marcado por vulnerabilidades que, ao longo das entrevistas, foram associadas pelas participantes aos processos de adoecimento. Utilizando a metáfora da relação entre “figura” e “fundo”, destacamos que as trajetórias das participantes se deram sobre um “fundo” histórico que envolvia privações de variadas ordens, com mães/cuidadoras possivelmente adoecidas dados os abandonos, lutos, e violências sofridas, pais ausentes e redes de apoio fragilizadas. Na análise das entrevistas, a situação de adoecimento atual foi abordada como “figura”, e na descrição de cada interação singular “figura-fundo” nos deparamos com pessoas, com suas potencialidades e dificuldades, constituídas pela união primordial, pré-reflexiva, entre sujeito e mundo. A partir da compreensão de sujeito e mundo como correlatos, constituindo-se mutuamente, Husserl

(1926-38/2012) aponta que generativamente cada um de nós tem um mundo da vida (*Lebenswelt*), visado como o mundo de todos, que possibilita o reconhecimento de uma intersubjetividade e de uma historicidade ligadas às diferentes gerações. Segundo o autor:

Sou faticamente, numa presença co-humana e num horizonte humano aberto de humanidade; sei a mim mesmo faticamente num contexto generativo, numa corrente de unidade, de uma historicidade, na qual este presente é, da humanidade e do mundo que lhe é consciente, o presente histórico de um passado histórico de um futuro histórico. (Husserl, 1926-38/2012, p. 204)

Segundo Rocha (2018), o sentido de generatividade para Husserl retoma o conceito de consciência não como consciência de uma história e sim como o lugar de formação da história. Assim, ao situarmos as informações sobre o percurso histórico familiar, não pretendemos traçar linhas de causalidade com a situação de sofrimento mental ora experimentada por Fernanda, Regina e Carla, mas sim compreender esse delineamento generativo, conforme apontado anteriormente, como pano de fundo, intersubjetivo e histórico, dado em corrente de unidade, do qual todos nós compartilhamos.

Por meio das histórias, vimos um contexto generativo marcado por dificuldades vivenciadas pelas mães/famílias cuidadoras para acolher seus bebês, seja por adoecimento ou por vulnerabilidades, com pouca disponibilidade para o cuidado de outro, neste caso, Fernanda, Regina e Carla. Para Safra (2004/2015), o ser humano nasce em condição de pura precariedade e, assim, necessita da presença de um outro que o receba e lhe ofereça o *cuidado*. Nesta lógica, não basta nascer para se sentir habitando o mundo humano, mas é a experiência de cuidado disponibilizada pelo outro que possibilita que o sentido de si tenha morada (Ishara, 2016; Safra, 2004/2015). De acordo com o autor, ainda, a necessidade de encontrar um lugar faz-se presente não só na constituição inicial do mundo interno do bebê, mas também ao longo de todo o percurso humano.

Um dos paradoxos da condição humana reside no reconhecimento de que cada pessoa, individualmente, carrega uma singularidade e ao mesmo tempo é constituída por aquilo que recebeu e viveu de/com sua família e comunidade (Safra, 2004/2015; Stein 1917/2004). Nesse sentido, são as pessoas que nos recebem no mundo e com quem convivemos que despertam o que há de humano no nosso ser e que ajudam a construir o lugar que habitamos. Este paradoxo parece ganhar contornos ainda mais marcantes quando estamos diante das questões ligadas ao sofrimento mental, apontando a necessidade de aprofundarmos os estudos sobre o ser humano

enquanto ser fundamentalmente comunitário que precisa de outros que o legitimem e deem o enquadre da existência.

Durante as entrevistas, observamos que as participantes situaram os eventos ligados ao adoecimento a um percurso humano e histórico. Fernanda e Eunice descreveram os questionamentos de Fernanda, na adolescência, sobre sua origem e o abandono paterno; além disso, mencionaram a situação socioeconômica da família, que vivia em região periférica, com marcada limitação financeira, próximo a pontos de uso e venda de drogas. Apontaram para uma compreensão do adoecimento de Fernanda como consequência do abuso das drogas e de relacionamentos abusivos. O despertar de comportamentos destoantes — como quebrar móveis, rasgar documentos, agredir familiares — marcou o início da busca da família por ajuda em igrejas, redes de apoio, profissionais da saúde particulares e rede pública de saúde. Desde então, Fernanda não mais se encaixou no mercado de trabalho, não deu continuidade nos estudos para profissionalizar-se e teve dificuldade ou desinteresse para assumir tarefas de cuidado do lar e da família. Deu-se um gradual esvaziamento do cotidiano, rompimento de relações sociais e cristalização de uma situação de isolamento e de muito tempo ocioso, que contrastava com sua vitalidade e pareceu gerar ainda mais inquietação e irritabilidade.

Regina, conforme Marli nos ajudou a compreender, vinha de um núcleo familiar com sérias dificuldades materiais e afetivas, de modo que ela se viu sozinha desde muito jovem, iniciando relacionamentos afetivos com bem pouca idade, sofrendo violência física e psicológica por parte dos parceiros. Apesar das precariedades, Regina conseguiu estabelecer, por algum tempo, uma vida organizada, que envolvia um emprego, boas condições de moradia, relações familiares e sociais profícuas, cuidados da casa e dos filhos. O casamento com Marcelo foi permeado por violências, desde agressões físicas até a venda da própria casa da família para a compra de drogas, o que, de acordo com Marli, levou Regina a uma situação de sofrimento mental intenso e resultou na necessidade da internação psiquiátrica. Segundo Marli, o marido era a pessoa de referência para os cuidados de Regina, mas ele não se mostrava atento a isso, pois seu interesse era no dinheiro da esposa e não em sua saúde. As internações, a morte do marido e a falta de suporte social/familiar em sua cidade de origem provocaram a mudança de Regina para o estado de São Paulo e a necessidade de ela se adequar a um novo contexto, resultado de providências que outras pessoas tomaram sobre sua vida.

Carla associou diretamente o fato de terem acontecido três assassinatos próximos a si com o desenrolar do quadro de sofrimento mental. Entretanto, observamos que o contexto mais amplo abarcava também violência doméstica, pobreza, precariedade das oportunidades e condições de trabalho, convivência próxima com criminalidade e tráfico de drogas, entre

outros. Em vários episódios de mudança de cidade, de casa, de emprego, separações e reconciliações com o marido, Marcos, houve períodos em que Carla conseguiu estabelecer condições de vida organizada e autônoma, e períodos de maior vulnerabilidade, em que precisou da ajuda de familiares, geralmente correspondida por sua mãe. Carla passou a ter comportamentos inabituais, de desconfiança, irritabilidade, persecutoriedade, hipersexualidade, que começaram a atravessar o cotidiano da família, cujos membros vinham muito ocupados com a intensa rotina do próprio trabalho. Com dificuldade para compreender a condição de Carla como de sofrimento mental intenso, a família providenciou sua mudança de cidade, produzindo nova ruptura, que culminou no agravamento da condição de saúde, na perda da guarda dos filhos e na necessidade de internações. Observamos que a condição de “doente mental” foi se delineando como permanente para Carla, marcando a construção de um lugar social de limitação, desajustamento, o que a colocava à margem dos espaços de negociação e decisão e esvazia as possibilidades de vida.

As experiências compartilhadas pelas participantes remontam ao processo de consolidação da doença mental concomitante ao de gradual estagnação do tempo e esvaziamento de possibilidades de vida. Percebemos que, conforme iniciaram tratamento especializado e receberam um diagnóstico da área da saúde mental, a condição da doença foi se cristalizando enquanto condição de vida e essas mulheres foram sendo excluídas das esferas relativas a escolhas, decisões, posicionamentos autênticos, negociações, debates, entre outras que compõem a dimensão das relações entre pessoas. Isso se mostrou, por exemplo, na situação vivida com Fernanda quando ela ainda estava internada no Hospital Especializado em Psiquiatria, e eu fui à instituição para conhecer Eunice, aproveitando o dia da visita da mãe para a filha. No dia, após a chegada de Eunice e um breve cumprimento desta à filha no corredor, a equipe de saúde rapidamente nos conduziu a uma sala de atendimento, informando Fernanda que ela deveria esperar do lado de fora, pois eu estava lá para “atender” sua mãe. Observamos que minha presença e demanda enquanto pesquisadora no Hospital facilmente se sobrepôs à relação entre Fernanda e Eunice, desconsiderando toda a expectativa que ambas poderiam ter para o encontro naquele dia. Na ocasião, eu poderia ter aguardado para conversar com Eunice ou Fernanda poderia ter sido perguntada sobre como gostaria que a situação fosse conduzida dado que a visita era direcionada a ela. Da mesma forma, no relato das outras participantes, uma atmosfera de descrédito parecia sedimentar-se em torno de Fernanda, Regina e Carla, que vinham tendo suas vozes esvaziadas de sentido e valor em diferentes espaços, tais como suas próprias casas, serviços de saúde, bancos, vizinhança, Conselho

Tutelar e entrevista de emprego. Suas presenças vinham sendo destituídas do inédito, a partir de um olhar reducionista, como se elas tivessem muito pouco a contribuir para o entorno.

A vivência de invisibilidade, de relações esvaziadas de um olhar atento, permeou os relatos e desponta como aspecto produtor de mais exclusão e sofrimento, por fraturarem uma exigência ontológica do ser humano, que é a de perceber-se integrando um mundo humano. Destacamos, ainda, que conforme o sofrimento mental vinha se consolidando como “condição permanente” para as participantes, cada vez menos elas eram convidadas pelas pessoas do entorno a integrarem o mundo humano, de afetos e negociações, alimentando um ciclo de exclusão, alienação e sofrimento. A partir da aproximação com as participantes, consideramos que as perspectivas de ajuda nas situações vividas passam pela possibilidade de contarem com o olhar atento do outro sobre si, em uma postura de abertura e curiosidade, para que possam ser vistas em sua individualidade e auxiliadas a reatualizarem seus sentidos de si e do mundo, segundo suas potencialidades Casarini (2013).

Nesse cenário em que destacamos o encontro humano autêntico como possibilidade de constituição e reconhecimento mútuo, a empatia se mostra como uma possibilidade específica do humano a partir da qual podemos reconhecer o outro como um *outro eu*, o que nos lança para uma postura de abertura e de possibilidades. Para Stein (1917/2004), a empatia é um ato originário que permite o reconhecimento do outro ser humano como semelhante a si, ou, ainda, como um outro “*eu*”. Assim, por meio desse ato, há a possibilidade de reconhecimento de que o outro vive aquilo que também pode ser vivido por aquele que empatiza. Em estudo sobre a gênese e desenvolvimento da empatia, Bello (2017) retoma termos de Husserl e aponta que um bebê recém-nascido dispõe de um horizonte originário vazio, sendo que seus preenchimentos iniciais são as primeiras “afeições” com o material externo. Sob esta perspectiva, aquele que é afetado pelo meio externo é o *pré-eu*, ou seja, um *eu* que começa a despontar, mas ainda não está plenamente vivo. O *pré-eu* precisa de alguém plenamente vivo para se tornar plenamente eu e, assim, passar da potência ao ato. O *degrau originário* do desenvolvimento do recém-nascido é o encontro com um outro que se abre para o cuidado e afeto. Somente em seguida a criança começa a dar-se conta da dimensão espacial do próprio corpo em relação ao corpo da mãe/cuidador, ou seja, reconhece o corpo da mãe/cuidador como diverso do próprio, e esse processo é o *primeiro degrau* que conduz à empatia (*Einfühlung*). Entende-se que se este cuidado não for exercido pela mãe ou por alguém que a substitua de maneira eficaz, o desenvolvimento da criança pode sofrer fraturas em seu curso.

Enquanto na criança a formação do próprio corpo se dá em referência ao corpo de outros, no adulto o próprio corpo já é pressuposto. Assim, quando estou diante de outro, no meu

campo de percepção primordial, colho o meu corpo e o corpo do outro, este como análogo mas estranho ao meu. O *segundo degrau* para o reconhecimento do outro como semelhante a mim é a constatação da presença de um corpo aqui (meu) espacialmente distinta de um corpo ali (de outrem), sendo também vivente e, potencialmente, capaz de viver o que vivo, de compreender o que vivo. Segundo a autora (Bello, 2017), fundamenta-se, assim, o “entre”, que liga os sujeitos humanos, que constitui a intersubjetividade (sendo os sujeitos corpóreos, psíquicos e espirituais).

A gênese da empatia, como aponta Bello (2017), remonta às primeiras interações da pessoa com o mundo, a partir do encontro com um outro aberto ao cuidado. Situações de rupturas, violências, em que falta o rosto do outro no acolhimento da pessoa no mundo humano, fazem com que fique lançada a uma situação sem comunicação, sem presença do outro, o que pode gerar fraturas no desenvolvimento da subjetividade e na perda do sentido de si mesmo (Safra, 2004/2015). Nessa direção, resgatando as experiências das entrevistadas, ponderamos que as circunstâncias de mães/famílias com pouca disponibilidade para o cuidado de outro, conjugadas com aquilo de singular que Fernanda, Regina e Carla possuíam e lhe conferiam sua pessoalidade, podem tê-las feito experimentar situações de desconexão com o mundo humano, contribuindo para o desenrolar do sofrimento mental.

Jaspers (1912/2005), ao abordar a experiência psicopatológica, enfatiza que a empatia é o ato humano que possibilita a transposição de si mesmo ao psiquismo do outro, o que torna possível, no campo do cuidado, que um observador (profissional da saúde, por exemplo) acesse e apreenda as emoções e processos internos vividos pela pessoa em sofrimento. Desta compreensão, deriva que esses processos não podem ser apreendidos pelos órgãos sensoriais do observador, tampouco pelo seu esforço intelectual, mas graças a uma experiência vivida comum, captada pelo ato de coparticipação afetiva, em sentido empático (Molaro, 2019). Para Casarini (2013), no âmbito da saúde, o entendimento da relação empática pode configurar um recurso que auxilia nas reflexões relacionadas ao desafio de incorporar a subjetividade na rotina de cuidados. Segundo a autora, em diálogo com a obra de Stein, o encontro autêntico, necessário ao ato empático, carrega em si a possibilidade de nos colocarmos diante do outro de modo aberto e curioso, permitindo que este outro se mostre em suas semelhanças e diferenças. Tal possibilidade representa, assim, uma via ética de contato, pois pelo ato empático “o outro é recebido como alteridade, como individualidade própria, que precisa ser descoberta, respeitada, considerada em seu processo de desenvolvimento e auxiliada a se atualizar segundo suas potencialidades” (Casarini, 2013, p. 160).

Na mesma direção, Cardoso (2012) aponta que o encontro humano autêntico se dá por meio da legitimação da singularidade do outro ser humano, o que constitui uma tomada de posição diante do outro, ou seja, um ato espiritual, e que permite ampliar o conhecimento acerca de si mesmo, desenvolver-se e amadurecer. Para a autora, o ser humano possui em sua estrutura atos empáticos que permitem entrar em contato com um outro e reconhecê-lo como sujeito (e não como objeto), e, ainda, de que cada *eu* é constituído na relação com o outro, em comparação a este e sob seu olhar. Em diálogo com a obra de Stein, Cardoso (2012) afirma que o processo de formação da pessoa humana é constituído a partir da vivência em comunidade, e a pessoa tanto recebe e se apropria das relações comunitárias como reciprocamente alimenta a comunidade em que está inserida (Cardoso, 2012; Rus, 2017; Stein, 1917/2004).

Entretanto, o que observamos das vivências das participantes foi um processo de isolamento, dada a diminuição das oportunidades de estarem em comunidade, na relação com outros. Fernanda mencionou que não se sentia benquista pela vizinhança, aludindo a ser vista pelos vizinhos como a “*louca da rua*”. Além disso, Eunice falou que suas outras filhas evitavam frequentar sua casa, visando fugir de conflitos com Fernanda. Regina foi levada a mudar de estado porque os familiares de sua cidade natal não se dispuseram a ajudá-la após a internação. Carla narrou ter se sentido preterida em entrevistas de emprego e no Conselho Tutelar por estar com a voz alterada pela medicação, sendo requisitada a presença de sua mãe. Nesse sentido, consideramos que esse esvaziamento das possibilidades de estar perante outros, em situações que pudessem se sentir ouvidas e reconhecidas, propiciava a ocorrência de fraturas nas dimensões constitutivas do humano, a medida que compreendemos a dimensão comunitária como fundante do humano e necessária para a realização dos sentidos de si.

Cardoso (2012) destaca a compreensão da pessoa como ser comunitário e em movimento imprescindível de interação com outros e com a realidade, o que favorece a construção da saúde mental. Para Bello (2017), as relações comunitárias nascem de motivações de ordem espiritual, pois requerem consciência e reflexão, e se dão nas relações intersubjetivas. Essas relações são comunitárias na medida em que se dão entre *pessoas*, ou seja, seres humanos que ativaram a dimensão espiritual, entendida aqui como a dimensão que distingue os seres humanos dos demais seres da natureza, dada suas capacidades de, por exemplo, refletir, ponderar caminhos e fazer escolhas. Nessa perspectiva, trata-se de comunidade quando se constitui uma personalidade de ordem superior, representada por formações determináveis com algum substantivo singular, tais como, família, comunidade religiosa, povo e Estado, compondo um único sujeito comunitário. Isso não significa que cada

membro seja absorvido pela totalidade ou que a dinâmica interna das pessoas seja eliminada. Para que se realize a finalidade comunitária, é necessário um desenvolvimento em duas direções: alargar o horizonte que nos circunda e escavar a interioridade, habilidades que nos são inatas, mas que exigem a presença de outros que nos ajudem na tarefa (Bello, 2017).

Rus (2017) utiliza-se do seguinte trecho traduzido da obra de Edith Stein para tratar da fundamentação fenomenológica da dimensão comunitária da pessoa: “Considerar um indivíduo humano isolado é considerá-lo de modo parcial. Sua existência é uma existência em um mundo, sua vida uma vida em comunidade. [...] Esta inserção dentro de um todo maior é parte integrante da estrutura do ser humano” (Stein, 2012, p.229, citado por Rus, 2017, p. 122). Segundo Rus (2017), Stein desenvolve conjuntamente as concepções de “comunidade” e “singularidade” e postula que uma pessoa só pode experimentar a sua própria singularidade na abertura à alteridade, isto é, em relação a outro eu. Partindo do conceito de intencionalidade da consciência, o autor indica que o mundo — e, portanto, a comunidade — é um existir intersubjetivo que se constrói pelo encontro de consciências.

Segundo Fuentes (2016), a compreensão de pessoa como “ser-com-outros”, ou seja, como necessariamente relacional, funda uma noção de *ética*. Partindo da compreensão de empatia, de Stein, a autora afirma que o encontro humano é parte essencial e constituinte da pessoa. Sob essa ótica, a pessoa é entendida como uma estrutura aberta para dentro e para fora, para si mesmo e para o outro, o que permite a fundação de uma ética relacional, da qual o “eu-tu” pode dar origem a um “nós”. A autora resgata a origem da palavra *ética* no vocábulo grego *ethos*, que, além do significado de “conjunto de costumes, hábitos”, também pode ser entendido como “sentido”, “fim”, “um ‘mais além’ do já dado”, ou ainda, “sentido de minha própria existência”. Assim, a ética como *ethos* não pode ser considerada apenas a partir do “eu”, uma vez que o “eu” não se constitui sem o “tu”, mais especificamente, sem o “‘tu’ como um outro ‘eu’”, de forma que depreendemos que a presença do outro está contida no sentido da existência do “eu” (Fuentes, 2016).

Safra também discute uma compreensão de *ética/ethos* enquanto espaço intersubjetivo, vivido sob a forma da experiência em que o ser humano pode sentir que cabe, em sua profundidade e na magnitude de suas experiências, na interioridade de alguém (Ishara, 2016; Safra, 2004/2015). Por esse entendimento, o autor se posiciona afirmando que o pertencimento é uma necessidade originária da própria condição humana, sendo que essa ideia se desdobra para o campo relacional, contemplando a necessidade humana de habitar um lugar intersubjetivo (Safra, 2004/2015).

Safra (2004/2015) aponta ainda como condição originária do humano a necessidade de encontrar um lugar comunitário, uma morada no mundo dos homens, em que possa sentir-se como pertencente a um grupo, a uma comunidade, de modo que qualquer situação que fracture ou impeça essa busca leva ao adoecimento do homem. Assim, segundo o autor, o ser humano é comunidade e cada pessoa só pode ser compreendida como a singularização da vida de seus ancestrais e o pressentimento daqueles que virão, o que não equivale a dizer que o ser individual é sucumbido pelo comunitário. Pelo contrário, o reconhecimento de sua singularidade também é uma busca originária que atravessa o percurso humano. Assim, voltando aos relatos das entrevistadas de gradual invisibilidade nos espaços compartilhados, apontamos que as possibilidades de ajuda para Fernanda, Regina e Carla, incluem o resgate da dimensão comunitária como constitutiva do ser humano e, portanto, como fundamental de ser considerada nas ações de cuidado em saúde mental. Avançando para o âmbito das famílias, considerando que Eunice, Marli e Fátima, em suas entrevistas, também indicaram sentirem-se sozinhas e sobrecarregadas na função de principais responsáveis pelos cuidados de suas filhas e sobrinha, desponta como fundamental que também as famílias encontrassem o olhar do outro interessado (profissionais da saúde, rede de apoio) que as ajudasse a enfrentar os contextos de vulnerabilidade e situação de sofrimento mental de seus entes.

Cardoso (2012) aponta que comunidade é constituída pela força vital de cada indivíduo singular e que a força comunitária é produtora de saúde mental. Observamos que o olhar sobre Fernanda, Regina e Carla nos espaços de cuidado estavam focados em seus aspectos “doentes”, o que limitava a oferta de ações às consultas e renovações de receitas médicas. Como já apontado, no campo da saúde mental, a pessoa em sofrimento é comumente associada às ideias de “perigosa”, “incapaz” e “imprevisível”, rótulos produtores de preconceito, exclusão social e, por conseguinte, de mais sofrimento dada a vivência de desalojamento do mundo humano. Uma mudança de olhar, valorizando a dimensão comunitária, passa por compreender cada uma das participantes como singular e única, dialogando com a concepção de Stein da pessoa humana dotada de um núcleo central que lhe confere a sua personalidade, ou o que se é em si mesmo (Stein, 1933/2000). Segundo Cardoso (2012), essa concepção impossibilita reduzir a pessoa ao já estabelecido, ao mesmo, e abre a possibilidade de surpreender-se consigo, com os outros e com os acontecimentos. Tal postura contribuiria para restituir a Fernanda, Regina e Carla o protagonismo de suas próprias vidas, com potencial para descobrirem novas habilidades, ofertarem ajuda a outros, posicionarem-se no curso de suas vidas, atualizarem planos de futuro, entre outros atos possíveis em um horizonte de humanidade.

No decorrer do estudo, observamos que os poucos contatos com as participantes para a realização das entrevistas já sinalizaram o início da formação de um vínculo de confiança. Isso se apresentou, por exemplo, nas seguintes passagens: no contato telefônico com Fernanda, que antecedeu a terceira entrevista, em que ela me pediu para “*chegar logo*” e levar o gravador, pois estava muito nervosa e precisava conversar, sugerindo o reconhecimento do espaço da entrevista como um momento em que sua voz podia emergir e ser considerada; ainda no dia da terceira entrevista com Fernanda, quando Eunice aproveitou minha presença na casa e saiu para pagar uma conta no banco, retornando cerca de uma hora depois; no gesto de Fernanda de trazer Tadeu, seu namorado, para que eu o conhecesse; na gradual abertura de Regina, expressa por olhares e sorrisos, e no gesto de Marli de se ausentar da sala em alguns momentos das entrevistas com a sobrinha; e no relato de Carla sobre estar grata por ser ouvida, pois era um acontecimento raro.

Compreendemos que o encontro para as entrevistas era marcado por uma postura de abertura para a escuta da pessoa entrevistada, intentando que as participantes resgatassem aspectos de suas trajetórias de vida e vivências ligadas ao sofrimento mental, para o que nos pautamos em uma compreensão de pessoa como portadora de singularidade, de algo novo, de um mistério, em sua estrutura aberta e em constante busca pelos sentidos presentes na realidade (Borgna, 2019; Cardoso, 2012; Stein, 1933/2000). No campo da saúde mental, resgatar essa condição indica uma via para desconstrução de posturas rígidas e cristalizadas do ser humano, e uma perspectiva de formas de cuidado mais relacionais e subjetivas, que se dão no encontro singular com o outro (Pinheiro, Ishara & Cardoso, 2019). Observamos que as famílias que participaram do estudo estavam vinculadas a serviços da rede de cuidados em saúde (CAPS, Ambulatórios e UBDS), reconhecendo-os como fonte de apoio diante das situações vivenciadas. Todavia, tal vinculação parecia se dar pela negatividade da doença, produzindo práticas pontuais e fragmentadas. Ponderamos que seria de bastante ajuda se as famílias se vinculassem aos equipamentos também pela positividade da saúde, ampliando as ações para os âmbitos relacionais, territoriais e cotidianos.

Ao longo desta pesquisa, em vários momentos foi sinalizada, a partir da perspectiva dos usuários e familiares, uma aparente dificuldade dos profissionais para entrar em contato com as demandas associadas ao sofrimento mental. Observamos uma rede organizada em torno da ideia de especialidades, pautada em encaminhamentos das demandas de sofrimento mental para serviços especializados; centralidade de condutas de contenção durante a espera pela vaga, reafirmando este período como mera acomodação provisória; associações, feitas pelos profissionais, entre “crise psiquiátrica” e “periculosidade”, observadas nos momentos em que

Fernanda e Carla aguardavam a vaga na UBDS e suas familiares foram alertadas sobre o “risco” envolvido na situação, o que justificava as medidas de contenção e reatualizava o sentimento de medo/insegurança que viviam; a situação vivida por Carla, na UBDS, ao ser agredida por uma profissional, mesmo após contida; e, em outro episódio, o afastamento de Carla do CAPS depois de se sentir frustrada por não conseguir colocar seu quadro à venda pelo valor que julgava justo.

Pinheiro et al. (2019) pontuam que no contexto da formação profissional em saúde há uma dificuldade de integração entre as dimensões técnico-instrumental e relacional-afetiva do cuidado. Nesse sentido, os autores indicam a carência de cenários e espaços de ensino-aprendizagem que promovam o desenvolvimento de habilidades e atributos próprios da condição humana, tais como a sensibilidade, a empatia, a afetividade e a solidariedade, tão caras no âmbito da atuação em saúde mental. Como consequência, a adoção do distanciamento afetivo aparece como estratégia de enfrentamento e proteção por parte dos profissionais diante de situações de sofrimento intenso ou que escapam ao controle humano, apontando para uma cisão, na área da saúde, entre cognição/emoção, objetividade/subjetividade, saúde/doença e pessoal/profissional (Pinheiro et al., 2019).

Sobre a atuação na área da saúde mental, Bloc e Moreira (2016) pontuam que os profissionais, ao localizarem os sintomas apenas no âmbito anátomo-fisiológico, correm o risco de reduzirem a pessoa à condição de portadora/vítima de uma circunstância, fundamentando estratégias de cuidado em que o indivíduo é entendido como receptor, ou passivo e minimizando as possibilidades de sua autonomia diante do processo saúde/doença. Nesse sentido, Ishara & Cardoso (2013), afirmam que os profissionais necessitam de espaços que favoreçam o cuidado de sua própria saúde mental, o compartilhamento de experiências e a aprendizagem, o que abarcaria a possibilidade de problematização de questões relativas ao humano, tais como o sofrimento, a morte, a “loucura” e o lugar das práticas de saúde dentro do processo de vida.

Para Stein (1933/2000), as ações humanas estão sempre impregnadas por uma antropologia, ou seja, por uma determinada concepção de homem, sendo de fundamental importância, segundo a filósofa, o aprofundamento dos estudos sobre as estruturas constitutivas do ser humano. Silva (2011) aponta que a fenomenologia surge como possibilidade de questionamento do conhecimento, de colocar-se diante da realidade e do ser humano, problematizando-os. Assim, a atitude fenomenológica de estar diante da realidade e problematizá-la a partir da suspensão de nossos julgamentos desponta como um caminho de abertura a novas compreensões acerca do que é o ser humano, o cuidado e a relação humana

(Silva, 2011). Para Pinheiro et al. (2019), no âmbito do fazer em saúde, o exercício de “dar um passo atrás” e voltar o olhar para a complexidade e multiplicidade dos modos de ser/existir humanos contribui para uma ampliação das possibilidades de ser/estar em um cotidiano, que permite ao profissional explorar novas formas de produzir (-se) com o outro.

Como apontamos em outras seções de análise, os relatos das entrevistadas indicaram os serviços de saúde como locais para acompanhamento dos sintomas e efeitos das medicações. Assim, questões sobre outras esferas da vida, tais como desejos de realização, impressões e dificuldades cotidianas, que puderam ser abordadas nas entrevistas, não encontravam canais para reverberar nos espaços “formais” de cuidado. Ao descreverem suas trajetórias, situando o recebimento de um diagnóstico psiquiátrico, as participantes indicaram viver um processo de delineamento da doença mental enquanto condição permanente e um gradual esvaziamento das possibilidades de vida. Entretanto, a despeito de toda a complexidade das situações e uma aparente estagnação dos movimentos de vida, as participantes indicaram que ainda havia desejos, ou sonhos, de circunstâncias diferentes e melhores para si. Como pontua Borgna (2019), mesmo na “loucura”, o caminho humano continua: doloroso, mas dotado de sentido.

Assim, ainda que tivessem o diagnóstico de um transtorno mental, “Transtorno Afetivo Bipolar”, isso não destituía Fernanda, Regina e Carla das dimensões propriamente humanas e elas se apresentavam situadas em um percurso de humanidade e historicidade, em busca pela realização e atualização dos sentidos que as habitavam. Mostrando o desejo de ver a própria vida em movimento, Fernanda mencionou o desejo de ter uma vida afetivo-sexual com um companheiro, Regina repetidamente falou sobre a vontade de estar junto dos filhos, e Carla verbalizou o intuito de voltar a trabalhar, recuperar sua autonomia e, também, a possibilidade de cuidar dos filhos. Em que pese a determinação nosográfica como recurso importante para algumas práticas em saúde, nas análises ora empreendidas esta informação não se destacou como relevante nas vivências das participantes. Desse modo, voltamo-nos para o sofrimento humano entendido em sua singularidade e dimensão ontológica, o que acreditamos ser um caminho potente para o desenvolvimento de estratégias de cuidado conectadas aos modos de ser e trajetórias de vida das pessoas adoecidas.

Para Safra (2006), a alma humana é infinita e esta condição não permite que o ser humano repouse em algo parcial e incompleto. Então, o homem é sempre impelido pelo anseio de encontrar a vida humana realizada. Ishara (2016) e Safra (2006) indicam que o ser humano é atravessado pelo seu passado, porém é igualmente influenciado por sua perspectiva de futuro, pelo sentido último que sonhou para si, como ficou expresso nos relatos das participantes. Rus (2017), citando Stein, afirma que “existe em cada pessoa ‘um impulso para

viver a sua própria vida’, para realizar todas as suas possibilidades, para atualizá-las” (Stein, 1922, citado por Rus, 2017, p. 131), no entanto, cada pessoa só pode experimentar sua singularidade única na abertura e na relação com o outro eu. No campo da saúde mental, esse entendimento indica uma possibilidade de postura ética diante da pessoa em sofrimento, respondendo à necessidade do reconhecimento do outro em sua singularidade como ponto de partida para o encontro terapêutico.

Para Tostes (2013):

A pessoa para conseguir ajudar, não pode se colocar numa posição asséptica, defendida por uma hipertrofia da razão, mas, sim, se reencontrar com suas próprias questões, decorrentes da sua condição humana, inclusive aquelas questões mais duras, misteriosas e inexplicáveis, e então, nessa posição de abertura, ela se enriquece com o novo que se desvela na potência de um verdadeiro encontro entre os olhares de um humano quando se permite ser tocado por outro humano. (p. 118)

Este trabalho é resultado de *uma* possibilidade de caminho teórico-metodológico percorrido com o objetivo de compreender a vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental. Muitos outros estudos podem ser delineados como desdobramentos da pesquisa ora apresentada, por exemplo, acompanhar pacientes que tenham sido acolhidos no momento da crise e que não passaram por internação psiquiátrica, visando compreender o que foi ofertado que suprimiu a necessidade da hospitalização; acompanhar pacientes desde o momento que chegam em crise na unidade de urgência visando conhecer os cuidados ofertados no âmbito das UBDS ou UPA; acompanhar profissionais dos serviços buscando compreender como significam seu trabalho diante do paciente em crise; acompanhar pacientes com outras identificações diagnósticas que tenham passado por internação psiquiátrica, uma vez que essa informação não se destacou nas vivências das participantes deste estudo; acompanhar pacientes que tenham recebido alta de internação psiquiátrica de outros equipamentos, como hospitais-dia e CAPS, visando compreender como se dá o desenrolar da vida após um percurso por serviços substitutivos, entre outros.

Como limites do presente estudo, destacamos que está circunscrito a uma determinada região geográfica e a um Hospital Especializado em Psiquiatria em específico, tendo tido como participantes três duplas paciente/familiar. Este delineamento derivou de uma série de escolhas metodológicas visando o acompanhamento longitudinal e em profundidade das pessoas entrevistadas. Enquanto um recorte possível, estruturado na intersubjetividade dada entre a pesquisadora, as participantes do estudo e os autores consultados, o estudo não esgota a análise da vivência tematizada, de modo que devemos *concluir* e *prosseguir*, buscando

avançar na compreensão da estrutura humana e da realidade que nos rodeia, porém, sem perder de vista a condição inesgotável dessa busca.

A imagem que ilustra a capa deste trabalho é uma pintura de Vincent Van Gogh, intitulada “Camponesa em um campo de trigo”, de 1890. A lembrança deste artista esteve presente em alguns momentos da pesquisa, nos ajudando a refletir, a partir de sua história, sobre como processos complexos de marginalização das diferenças podem levar ao sofrimento mental e à exclusão social de pessoas com seus talentos e potências de vida. A obra que estampa a capa é um dos retratos pintados pelo artista, em que se vê uma mulher sentada, olhando ao longe, e foi escolhida como tentativa de singularizar em um rosto humano as experiências retratadas pelas participantes deste estudo, esforço que atravessa todo o caminho desta pesquisa e que desejamos que inspire aqueles que lidam cotidianamente com o cuidado de pessoas em sofrimento mental. Nesse sentido, esperamos contribuir com a ampliação das formas de olhar para a pessoa em sofrimento mental, considerada em sua condição de mistério, de peregrino e de “ser-com-outros”, fomentando o desenvolvimento de práticas inovadoras, de promoção de saúde/vida, na perspectiva da autonomia e da liberdade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹⁷

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (2019). *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Recuperado de: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619>.
- Abreu, L. N., Lafer, B., Baca-Garcia, E., & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 271-280. doi: 10.1590/S1516-44462009005000003
- Almeida, A. B., Nascimento, E. R. P., Rodrigues, J., & Schweitzer, G. (2014). Intervenção nas situações de crise psíquica: Dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (5), 708-714. doi: 10.1590/0034-7167.2014670506
- Alves, D. S., & Guljor, A. P. (2005). O Cuidado em Saúde Mental. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: As fronteiras da integralidade*. (2a ed., pp. 221-240). Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- Amarante, P. D. C. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. doi: 10.1590/S0102-311X1995000300024
- Amarante, P. D. C. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-7. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998>
- Amarante, P. D. C. (2017). *Teoria e Crítica em Saúde Mental: Escritos Selecionados* (2a ed.). São Paulo, SP: Zagadoni.
- Amarante, P. D. C., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Amatuzzi, M. M. (2006). A subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum*, 10, 93-97. Recuperado de <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi03.pdf>
- Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 259-68. doi: 10.1590/S0103-166X2010000200013
- Andrade, A. P. M., & Maluf, S. W. (2017). Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em Debate*, 41 (112), 273-284. doi: 10.1590/0103-1104201711222

¹⁷ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

- Arruda, J. N. F. (2019). *Cuidados em Saúde Mental: A experiência da alta hospitalar no contexto no Hospital-Dia* (Trabalho de Conclusão de Curso não publicado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ayres, J.R.C.M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, 8(14), 73-92. doi: 10.1590/S1414-32832004000100005
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Vázquez, G. H. (2018). Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, 198-217. doi: 10.1038/s41380-018-0044-2
- Barreira, C. R. A., & Ranieri, L. P. (2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In M. Mahfoud & M. Massimi (Orgs.), *Edith Stein e a Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à Psicologia: recursos operacionais para a pesquisa empírica. In M. Mahfoud & J. Savian Filho (Orgs.), *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, Psicologia, Educação*. São Paulo: Paulus.
- Barreto, J. (2005). *O umbigo da Reforma Psiquiátrica: cidadania e avaliação na qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora, MG: Editora da UFJF.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, RJ: Graal. (Trabalho original publicado em 1968).
- Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007
- Bello, A. A. (2006). *Introdução à Fenomenologia*. (A.T. Garcia e M. Mahfoud, trad.). Bauru: EDUSC.
- Bello, A. A. (2015). *Pessoa e comunidade: comentários: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein*. (M. Mahfoud, trad.). Belo Horizonte: Artesã.
- Bello, A. A. (2017). Gênese e desenvolvimento da empatia: da criança à comunidade. In M. Mahfoud & J. Savian Filho (Orgs.), *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, Psicologia, Educação* (47-60). São Paulo: Paulus.
- Bin, L. C. P., Campos, L. K. S., Junior, A. S., & Turato, E. R. (2014). Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 142-148. doi: 10.1590/0047-2085000000018
- Bloc, L., & Moreira, V. (2016). A noção da experiência fenomenológica: do sintoma ao fenômeno. In A. Tatossian, L. Bloc & V. Moreira, *Psicopatologia fenomenológica revisitada* (139-160). São Paulo: Escuta.

- Borgna, E. (2011). Prefácio. In M. T. Ferla, *O homem da morte impossível e outras histórias: Psicopatologia Fenomenológica* (pp. 09-14) (G. W. Tostes, trad.). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Borgna, E. (2019). Ha ancora senso la fenomenologia? Considerazioni di uno psichiatra. *Encyclopaideia*, 23(55) I-IV. doi: 10.6092/isnn.1825-8670/10082
- Bourne, P., Meddings, S., & Whittington, A. (2017). An evaluation of service use outcomes in a Recovery College. *Journal of Mental Health*, 27(4), 1-8.. doi: 10.1080/09638237.2017.1417557
- Camargo-Borges, C. (2002). *Sentidos de saúde/doença produzidos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01072002-091835/pt-br.php>
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32. doi: 10.1590/S0102-71822005000200005
- Cardoso, C. L. (2012). *Grupo Comunitário de Saúde Mental - Uma análise fenomenológica* (Tese de Livre Docência não publicada) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Grupo Comunitário de Saúde Mental: Uma análise fenomenológica. In S. Ishara, C. L. Cardoso & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, Delineamento Metodológico e Estudos*. (pp. 43 – 91). Ribeirão Preto, SP: Nova Bonfim Editora.
- Cardoso, C. R. D., & Massimi, M. (2013). Fundamentação da Psicologia enquanto ciência de subjetividade: contribuições da fenomenologia de Edith Stein. In M. Mahfoud & M. Massimi (Orgs.), *Edith Stein e a Psicologia: Teoria e Pesquisa*. (pp. 51-77). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Casarini, K. A. (2013). *Doença grave e internação em terapia intensiva: experiência em longo prazo de pessoas adoecidas e cuidadores* (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102013-154542/pt-br.php>
- Chavez, A. C. (2007). Primeiro Episódio Psicótico: Uma janela de oportunidade para tratamento? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (supl 2), 174-178. doi: 10.1590/S0101-60832007000800005
- Cheniaux, E. (2011). O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 72-80. doi:10.1590/S1516-44462011000100015
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

- Costa, J. F. (1989). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon.
- Costa, M. N. (2017). Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 01-16. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69532/0>
- Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 94-108. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. C. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cotton, M.A., Johnson, S., Bindman, J., Sandor, A., White, I.R., Thornicroft, G., Nolan, F., Pilling, S., John, H., McKenzie, N., & Bebbington, P. (2007). An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 7, Article number: 52. doi: 10.1186/1471-244X-7-52
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480
- De Tilio, R. (2007). “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paideia*, 17(37), 195-206. doi: 10.1590/S0103-863X2007000200004
- Dell'Acqua, G. & Mezzina, R., (1991). Resposta à crise. In J. Delgado (Org. e Trad.), *A loucura na sala de jantar*. (pp. 53-79). São Paulo: Autor.
- Dell'Acqua, G. & Mezzina, R., (2005), Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. D. C. Amarante (Coord.), *Arquivos de Saúde Mental e Psicossocial 2*. (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau.
- Delgado, J. M., & Gutiérrez, J. (1995). Teoría de la observación. In J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Coords). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación em ciencias sociales*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Diaz, A. R. M. G. (2013). *Atenção à Crise em Saúde Mental: Clínica, planejamento e gestão* (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas). Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311878>
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos em Psicologia*, 3(1), 53-81. doi: 10.1590/S1413-294X1998000100004

- Dimenstein, M., Amorim, A. K. A., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C. . . . Bezerril, M. C. (2012). O atendimento da crise em diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, 2(número temático), 95-127. doi: 10.22456/2238-152X.40323
- Enik Recovery College. (2019). Utrecht, Netherlands. Recuperado de <https://www.enikrecoverycollege.nl/>.
- Feijoo, A. M. L. C., & Mattar, C. M. (2014). A Fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 441-47. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Ferla, M. T. (2011) *O homem da morte impossível e outras histórias: Psicopatologia Fenomenológica*. (G. W. Tostes, trad.). Belo Horizonte: Artesã.
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012
- Flaherty, J. A., Channon, R. A., & Davis, J. M. (1990). *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Frateschi, M. S. (2014). *Reabilitação Psicossocial e Estratégia Saúde da Família: Desafios no cuidado à saúde mental* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-10022015-171402/pt-br.php>
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2014). Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 545-565. doi: 10.1590/S0103-73312014000200012
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. *Psico*, 47(2), 161-170. doi: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. (2014). Intervenção precoce na psicose: de estratégia clínica a possível categoria diagnóstica. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 729-739. doi: 10.1590/1413-73722440414
- Foucault, M. (1972). *História da loucura*. (J. T. C. Netto, trad., A. P. Danesi, rev. técnica) São Paulo, SP: Editora Perspectivas.
- Fuentes, P. M. (2016). La empatía como punto de partida para estructurar la ética em Edith Stein. *Memorandum*, 31, 206-2017. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6436/4023>
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de século.

- Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B., & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde, 10*(1), 3-17. doi: 10.20435/pssa.v10i1.530
- Gonçalves, D. A. (2013). Saúde Mental na Atenção Básica: o matriciamento. In M. D. Mateus (Org.), *Políticas de saúde mental*. (pp. 124-138). São Paulo, SP: Instituto de Saúde.
- Hasselberg, N, Grawe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BCM Health Services Research, 11*. Article number: 96. doi: 10.1186/1472-6963-11-96.
- Holanda, A. (2011). Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicoterapia e Brasilidade*. (pp. 57-82). São Paulo: Cortez.
- Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura* (M. Suzuki, trad.). Aparecida, SP: Ideias & Letras (Trabalho originalmente publicado em 1913).
- Husserl, E. (2012). A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica. (D. F. Fereer, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária (Trabalhos originais publicados entre 1926-1938, publicação póstuma em 1954).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). Censo 2010. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br>
- Ishara, S., & Cardoso, C.L. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C.L. Cardoso & S.R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, Delineamento Metodológico e Estudos*. (pp. 19 -40). Ribeirão Preto, SP: Nova Bonfim Editora.
- Ishara, Y. (2016). *Da violência à ética: Considerações sobre o enquadre de entrevistas com crianças no âmbito do judiciário* (Versão corrigida). (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-10112016-153043/pt-br.php>
- Jaegger, R. C., Guitton, A. P., Lyrio, J. M., Santos, M. M., Freitas, R. C. O., Gonçalves, S. R., & Legay, L. F. (2004). A experiência de morar fora: avaliação de satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva, 12*(1), 27-39. Recuperado de <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos>
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista, 13*(1), 169-189. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000133&pid=S1414-3283201200020001100014&lng=pt
- Jaspers, K. (2005). A abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VIII* (4), 769-787. (Trabalho originalmente publicado em 1912; A. C. T. Rodrigues trad).

- Jaspers, K. (1978a) *Psicopatologia Geral – Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia, Vol. 1.* (S. P. Reis trad e P. C. Rzezinski rev). Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu. (Trabalho originalmente publicado em 1913)
- Jaspers, K. (1978b) *Psicopatologia Geral – Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia, Vol. 2.* (S. P. Reis trad e P. C. Rzezinski rev). Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu. (Trabalho originalmente publicado em 1913)
- Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., White, I.R., Thompson, M., & Beddington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team - the north Islington crisis study. *TheBMJ*. doi: 10.1136 / bmj.331.7517.586
- Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: em evolving model. *Advances in psychiatric treatment, 19*, 115-123. doi: 10.1192/apt.bp.107.004192
- Kantorski, L. P., & Cardano, M. (2017), Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde em debate, 41*(112), 23-32. doi: 10.1590/0103-1104201711203
- Kebbe, L. M., Rôse, L. B. R., Fiorati, R. C., & Carretta, R. Y. D. (2014). Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em debate, 38*(102), 494-505. doi: 10.5935/0103-1104.20140046
- Lei n. 8080, de 17 de setembro de 1990. (1990, 17 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 28 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lima, M., Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Ottoni, V. E. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface, 16*(41), 423-434. doi: 10.1590/S1414-32832012000200011
- Lima, R. C. (2019). O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 29*(1), 1-5. doi: 10.1590/S0103-73312019290101
- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 1*(1), 77- 96. doi: 10.1590/S0103-73311991000100004

- Macedo, J.P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. doi: 10.1590/S0104-12902017165827
- Magalhães, R. O. S. (2016). *Dos indicadores às narrativas de vidas: A intervenção em hospital psiquiátrico no contexto de uma rede substitutiva* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas). Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313046>
- Mateus, M.D. (2013). Princípios dos cuidados de saúde mental na comunidade. In M. D. Mateus (Org.), *Políticas de saúde mental*. (pp. 92-107). São Paulo, SP: Instituto de Saúde.
- McGorry, P. (2005). Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *The British Journal of Psychiatry*, 187(supl. 48), 108-110. doi: 10.1192/bjp.187.48.s108
- Mendes, E. V. (1996). Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. In E. V. Mendes, *Uma agenda para a saúde* (pp. 71-112). São Paulo: Hucitec.
- Menezes, S. L., & Souza, M. C. B. M. (2012). Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 124-131. doi: 10.1590/S0080-62342012000100017
- Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde (1986). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (1990). *ABC do SUS: Doutrinas e princípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1992) Portaria Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. (1992, 29 de janeiro). Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento dos serviços de saúde mental. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde. (2000). *Programa Saúde da Família*. (Cadernos de Atenção Básica, Vol. 1). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2002). Portaria Nº336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002, 17 de fevereiro). Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2008). *Anexo do Manual Técnico do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) – Tabelas atualizadas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. (2011a). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde. (2011b). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2012, 12 de dezembro). Resolução nº 466: aprova as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 17 de abril de 2018, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Ministério da Saúde. (2016, 07 de abril). Resolução nº 510: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 17 de abril de 2018, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017, 21 de dezembro). 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. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde. (2019, 04 de fevereiro). Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Recuperado em 05 de setembro de 2019, de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Molaro, A. (2019). Karl Jaspers e a fundação da psicopatologia fenomenológica. In M. Massimi & S. P. Peres (Orgs.), *A história da psicologia fenomenológica* (pp. 205-229). São Paulo: Edições Loyola.
- Moreira, V. (2011). A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a Psicopatologia Fenomenológica. *Revista da abordagem gestáltica*, 17(2), 172-184. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200008
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32 (Suppl. 1), 39-48. doi: 10.1590/S0101-60832005000700007
- 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 de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(3), 784-795. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>

- Nicácio, M. F. (1989). Da instituição negada à instituição inventada. In A. Lancetti, A. C. Cesarino, S. Yasui, P. Mascarenhas, I. Marazinha, M. F. Nicácio, & G. Baremlitt (Orgs.), *Saúde loucura 1* (pp. 91-108). São Paulo, SP: Hucitec.
- Nicácio, M. F., & Campos, G. W. S. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(2), 71-81. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81
- Oliveira, G. C., Schneider, J. F., Nasi, C., Camatta, M. W., & Olschowsky, A. (2015). Family Expectations about a Psychiatric Unit. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(4), 984-992. doi:10.1590/0104-0707201500000770014
- Organização Mundial da Saúde. (2007). *CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (Vol. 1). São Paulo, SP: Edusp.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). Recovery Colleges. *ImROC Briefing Paper*. Recuperado de <https://imroc.org/resources/1-recovery-Colleges/>.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.
- Pinheiro, B. C., Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2019). Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional. *Revista de Medicina*, 98(2), 120-131. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v98i2p120-131
- Quinderé, P.H.D., Jorge, M.S.B., Nogueira, M.S.L., Costa, L.F.A., & Vasconcelos, M.G.F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-2166. doi: 10.1590/S1413-81232013000700031
- Rocha, R. M. G. (2015). *Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental* (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08122015-161052/pt-br.php>
- Rocha, R. M. G., & Salerno, C. B. (2018). Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel. *Memorandum*, 34, 82-103. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6860/4414>
- Rosa, J. G. (2019) *Grande Sertão: Veredas*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho originalmente publicado em 1956).
- Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034. doi: 10.1590/S0104-11692005000600016
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1991). Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In F. Rotelli, O. Leonardis & D. Mauri. *Desinstitucionalização* (17-59). São Paulo: Hucitec.

- Rus, E. (2017). Pessoa e comunidade segundo Edith Stein: uma experiência de comunhão. In M. Mahfoud & J. Savian Filho (Orgs.), *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, Psicologia, Educação* (119-144). São Paulo: Paulus.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Safra, G. (2006). *A hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo, SP: Edições Sobornost.
- Safra, G. (2015). *A po-ética na clínica contemporânea*. (6a ed.). Aparecida: Ideias & Letras. (Trabalho originalmente publicado em 2004).
- Savian Filho, J. (2018). Prefácio: Fenomenologia, Antropologia e Releitura da Tradição Filosófica em Edith Stein. In F. Alfieri, *Pessoa Humana e Singularidade em Edith Stein* (pp XIII-LIX) (C. F. Tricarico, org. e trad., J. Savian Filho, prefácio e rev. técnica). São Paulo: Perspectiva.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182. Recuperado de <http://psychrights.org/Research/Digest/Effective/OpenDialogue2yfollowupehss0204.pdf>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204. doi: 10.1080/17522439.2011.595819
- Silva, L. F. A. L., Loureiro, J. C., Franco, S. C. R., Santos, M. L., Secolin, R., Lopes-Cendes, I., Dantas, C. R., & Banzato, C. E. M. (2016). Assessing treatment response to prophylactic lithium use in patients with bipolar disorder. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 9-16. doi: 10.1590/0047-2085000000097
- Silva, M. A., & Vieira, M. A. M. (2008). Saúde Mental na Atenção Básica: Reflexões sobre a Articulação do Centro de Atenção Psicossocial com o Programa de Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(2), 263-269. Recuperado de http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/?tac=134
- Silva, M. L. B., & Dimenstein, M. D. B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000300004
- Silva, N. H. L. P. (2011). *Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: Uma compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein* (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo) Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21102013-151555/pt-br.php>

- Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2013). Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(2), 246-259. doi: 10.1590/S1415-47142013000200005
- Silva, R. A.; Mograbi, D. C.; Camelo, E. V. M.; Bifano, J.; Wainstok, M.; Silveira, L. A. S., & Cheniaux, E. (2015). Insight in bipolar disorder: a comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 152-156. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0014
- Sokolowski, R. (2012). *Introdução à fenomenologia* (A. O. Moraes, trad.) (3a ed.). São Paulo: Loyola.
- Souza, A. J. F., Matias, G. N., Gomes, K. F. A., & Parente, A. C. M. (2007). A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 391-395. doi: 10.1590/S0034-71672007000400006
- Souza, C., Vedana, K. G. G., Mercedes, B. P. C., & Miasso, A. I. (2013). Bipolar disorder and medication: adherence, patients' knowledge and serum monitoring of lithium carbonate. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 624-631. doi: 10.1590/S0104-11692013000200021
- Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., McQuillin, A., Ripke, S., Trubetskoy, V., ... Kelsoe, J. (2019). Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nature Genetics*, 51, 793-803. doi: 10.1038/s41588-019-0397-8
- Stein, E. (2004). *El problema de la empatia*. Madrid: Editorial Trotta. (Trabalho originalmente publicado em 1917).
- Stein, E. (2000). *La struttura della persona umana*. (A. A. Bello, org., M. D'Ambria, trad.). Roma: Città Nuova. (Trabalho originalmente publicado em 1933).
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. (C. Freire trad. E V. Moreira rev. tec). São Paulo: Escuta. (Trabalho originalmente publicado em 1979).
- Tatossian, A. (2016). *O sentido da depressão*. In A. Tatossian, L. Bloc & V. Moreira, *Psicopatologia fenomenológica revisitada* (31-40). São Paulo: Escuta. (Trabalho originalmente publicado em 1977).
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. doi: 10.1590/S0104-59702002000100003
- Tostes, G. W. (2013). Resenha do livro - O homem da morte impossível e outras histórias: psicopatologia fenomenológica. *Revista do NUFEN*, 5(2), 115-119. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000200008&lng=pt&tlng=pt.
- White, W. L. (2013). Contrasting perspectives on recovery: An interview with Larry Davidson, PhD, Department of Psychiatry. *Yale University School of Medicine*. Recuperado de <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2013%20Dr.%20Larry%20Davidson.pdf>

- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma Ata*. Paper presented at the *International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata, Cazaquistão. Recuperado de <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. Paper presented at the *First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland. WHO Document Production Services. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=509B3798C940CD6003BBC0F69691CA40?sequence=1
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz). Recuperado de <http://teses.icict.fiocruz.br/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/>
- Zanardo, G. L. P., Silveira, L. H. C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 460-474. doi: 10.1590/1980-5497201700030009

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ofício encaminhado ao Hospital Especializado em Psiquiatria

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Campus Ribeirão Preto

NÚCLEO DE APOIO ADMINISTRATIVO	
PROTOCOLO Nº:	002523
SISRAD Nº:	
DATA:	30 AGO 2016
RESPONSÁVEL	

USP

24 de agosto de 2016.

Ilmo Sr.

Dr. [REDACTED]

Diretor do Hospital [REDACTED]

Venho, por meio deste, encaminhar para apreciação da Comissão de Ética do Hospital [REDACTED] projeto de Doutorado, da minha orientanda Mara Soares Frateschi, intitulado "*Transtorno Afetivo Bipolar e experiência da primeira internação psiquiátrica: Uma compreensão fenomenológica*".

A pesquisa tem como objetivo compreender a vivência da pessoa diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) após uma primeira experiência de internação psiquiátrica, a partir da perspectiva do próprio paciente e de um familiar, ao longo de seis meses após a alta da instituição psiquiátrica.

Trata-se de pesquisa qualitativa em Psicologia. O referencial teórico- metodológico utilizado será o da Fenomenologia. Para coleta dos dados serão realizadas entrevistas abertas e individuais em local a ser combinado com os participantes (serviço de saúde ou domicílio).

Objetiva-se que a pesquisadora, em parceria com os profissionais do Hospital, identifique os possíveis participantes do estudo. No caso dos pacientes, pretende-se realizar consulta aos prontuários visando assegurar o diagnóstico de TAB. Já os familiares deverão ser indicados pelos pacientes. Assim, o primeiro contato com os participantes será na própria instituição; a pesquisadora apresentará os objetivos do estudo e, em caso de aceite do participante, será combinada a data e o local da primeira entrevista.

Estima-se que participarão deste estudo um número de cinco pacientes e cinco familiares.

Após a emissão do parecer da Comissão de Ética do Hospital [REDACTED] o projeto será enviado ao Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. A pesquisa será iniciada somente após aprovação nestas duas instâncias.

Cordialmente,



Prof.ª Dr.ª Carmen Lúcia Cardoso
Professora Associada
Departamento de Psicologia - FFCLRP-USP
Telefone: (16)33153660 Fax: (16) 33154835

Fone: (16) 3315-3739
Fax: (16) 3315-4835
Av. Bandeirantes, 3900
14040-901 - Ribeirão Preto - SP

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Pacientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá,

Meu nome é Mara Soares Frateschi, sou psicóloga e estou realizando meu doutorado na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP - USP). Gostaria de te convidar para participar voluntariamente do estudo que estou desenvolvendo que se chama “*Transtorno Afetivo Bipolar e experiência da primeira internação psiquiátrica: Uma compreensão fenomenológica*” e é orientado pela Professora Cármen Lúcia Cardoso, docente da mesma instituição.

O objetivo deste estudo é compreender como a pessoa com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar vivencia a experiência de uma primeira internação em hospital psiquiátrico. Para isso, eu entrevistarei pessoas que passaram por essa situação e, também, um de seus familiares.

Assim, esta pesquisa pretende estudar as memórias, pensamentos e sentimentos que estão relacionados com a experiência do sofrimento mental e da internação em um hospital psiquiátrico. Muitos estudos são realizados nesta área, mas poucos se propõem a escutar os próprios pacientes e seus familiares. Com isso, espero que este estudo possa contribuir com conhecimentos sobre a vivência dos transtornos mentais, com objetivo de favorecer que sejam desenvolvidas melhores formas de cuidado.

Para participar deste estudo você deve saber que sua participação é voluntária, não havendo pagamento pela participação, mas também não haverá nenhum custo. Caso haja alguma despesa não prevista, haverá reembolso da quantia despendida.

Sua participação se dará através de três entrevistas que ocorrerão com intervalos de dois meses. O tempo de cada entrevista é de aproximadamente uma hora e o local será combinado entre nós, podendo ser em algum serviço de saúde ou em seu próprio domicílio, se assim preferir. A primeira entrevista será logo após a alta da internação e eu farei perguntas associadas a este acontecimento, suas memórias e sentimentos relacionados. Nas outras duas entrevistas, farei perguntas sobre o desenrolar de sua vida após a internação, incluindo as ações de cuidado, o acompanhamento médico e o apoio familiar.

Sua identidade não será revelada publicamente e seu nome não aparecerá no final do trabalho. As entrevistas serão individuais e, se você autorizar, serão áudio-gravadas e transcritas para que sejam utilizadas nas futuras publicações dos resultados deste estudo.

Os riscos em participar desta pesquisa são muito pequenos, pois são aqueles decorrentes do encontro entre duas pessoas. Caso você se sinta desconfortável em responder às entrevistas, você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso implique em qualquer prejuízo, tendo suas informações inutilizadas. Caso seja necessário, poderá ser feito encaminhamento para serviços de atendimento psicológico gratuito de Ribeirão Preto, sendo que eu ficarei responsável por acompanhá-lo e orientá-lo até que o atendimento se inicie.

Você deverá assinar duas vias deste Termo de Consentimento, devendo ficar com uma delas e me devolvendo a outra para eu possa arquivá-la.

Qualquer dúvida com relação a sua participação poderá ser esclarecida antes, durante e após a realização do estudo, tanto comigo quanto com a Professora Cármen Lúcia Cardoso, que poderá ser encontrada no endereço:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP-USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, CEP: 14040-901, Ribeirão Preto - SP - Brasil
Departamento de Psicologia - Bloco 5 sala 33A
Fone: (16) 3315-3660

O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP poderá ser contato em caso de dúvidas, reclamações e/ou denúncias com relação às questões éticas deste projeto. Os dados para contato com o Comitê de Ética são os que se seguem:

Endereço: Avenida Bandeirantes, nº 3900 , CEP: 14040-901, Ribeirão Preto - SP - Brasil
Bloco 23 - Casa 37
Fone: (16) 3315-4811
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Obrigada pela sua atenção e colaboração!

Eu, _____, declaro que li este documento e confirmo que entendi as informações apresentadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram esclarecidas. Também declaro que recebi uma via assinada e datada deste termo. Diante disso, aceito participar voluntariamente do estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201_.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Mara Soares Frateschi
Doutoranda

Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso
Docente responsável

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiares

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá,

Meu nome é Mara Soares Frateschi, sou psicóloga e estou realizando meu doutorado na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP - USP). Gostaria de te convidar para participar voluntariamente do estudo que estou desenvolvendo que se chama “*Transtorno Afetivo Bipolar e experiência da primeira internação psiquiátrica: Uma compreensão fenomenológica*” e é orientando pela Professora Cármen Lúcia Cardoso, docente da mesma instituição.

O objetivo deste estudo é compreender como a pessoa com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar vivencia a experiência de uma primeira internação em hospital psiquiátrico. Para isso, eu entrevistarei pessoas que vivenciaram essa situação e, também, um de seus familiares.

Assim, como familiar de alguém que esteve internado devido ao diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, você poderá contribuir com este estudo ao compartilhar comigo suas memórias, pensamentos e sentimentos com relação a esta situação. Muitos estudos são realizados nesta área, mas poucos se propõem a escutar os próprios pacientes e seus familiares. Com isso, espero que este estudo possa contribuir com conhecimentos sobre a vivência dos transtornos mentais, com objetivo de favorecer que sejam desenvolvidas melhores formas de cuidado.

Para participar deste estudo você deve saber que sua participação é voluntária, não havendo pagamento pela participação, mas também não haverá nenhum custo. Caso haja alguma despesa não prevista, haverá reembolso da quantia despendida.

Sua participação se dará através de três entrevistas que ocorrerão com intervalos de dois meses. O tempo de cada entrevista é de aproximadamente uma hora e o local será combinado entre nós, podendo ser em algum serviço de saúde ou em seu próprio domicílio, se assim preferir. A primeira entrevista será logo após a alta da internação e eu farei perguntas associadas a este acontecimento, suas memórias e sentimentos relacionados. Nas outras duas entrevistas, farei perguntas sobre o desenrolar da sua vida após a alta hospitalar do seu familiar, incluindo a rotina doméstica ou de trabalho, as ações de cuidado e o acompanhamento médico.

Sua identidade não será revelada publicamente e seu nome não aparecerá no final do trabalho. As entrevistas serão individuais e, se você autorizar, serão áudio-gravadas e transcritas para que sejam utilizadas nas futuras publicações dos resultados deste estudo.

Os riscos em participar desta pesquisa são muito pequenos, pois são aqueles decorrentes do encontro entre duas pessoas. Caso você se sinta desconfortável em responder às entrevistas, você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso implique em qualquer prejuízo, tendo suas informações inutilizadas. Caso seja necessário, poderá ser feito encaminhamento para serviços de atendimento psicológico gratuito de Ribeirão Preto, sendo que eu ficarei responsável por acompanhá-lo e orientá-lo até que o atendimento se inicie.

Você deverá assinar duas vias deste Termo de Consentimento, devendo ficar com uma delas e me devolvendo a outra para eu possa arquivá-la.

Qualquer dúvida com relação a sua participação poderá ser esclarecida antes, durante e após a realização do estudo, tanto comigo quanto com a Professora Cármen Lúcia Cardoso, que poderá ser encontrada no endereço:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP-USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, CEP: 14040-901, Ribeirão Preto - SP - Brasil
Departamento de Psicologia - Bloco 5 sala 33A
Fone: (16) 3315-3660

O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP poderá ser contato em caso de dúvidas, reclamações e/ou denúncias com relação às questões éticas deste projeto. Os dados para contato com o Comitê de Ética são os que se seguem:

Endereço: Avenida Bandeirantes, nº 3900 , CEP: 14040-901, Ribeirão Preto - SP - Brasil
Bloco 23 - Casa 37
Fone: (16) 3315-4811
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Obrigada pela sua atenção e colaboração!

Eu, _____, declaro que li este documento e confirmo que entendi as informações apresentadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram esclarecidas. Também declaro que recebi uma via assinada e datada deste termo. Diante disso, aceito participar voluntariamente do estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201_.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Mara Soares Frateschi
Doutoranda

Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso
Docente responsável

APÊNDICE D – Roteiro Orientador da Entrevista com os Pacientes

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Data 01: ____/____/____ Data 02: ____/____/____ Data 03: ____/____/____

ENTREVISTA 01:

Questões norteadoras:

“Você poderia me contar sobre a sua vivência de sofrimento mental?”

“Você poderia me contar como foi o período em que ficou internado(a) na instituição psiquiátrica?”

Temas a serem abordados:

1. História de vida de cada participante, envolvendo o aparecimento e a identificação dos primeiros sintomas do TAB;
2. Memórias, sentimentos e considerações referentes à experiência da primeira internação psiquiátrica;
3. Compreensão dos eventos ocorridos durante a internação psiquiátrica;
4. Compreensão sobre o diagnóstico e sintomas do TAB;
5. Compreensão da visão dos familiares sobre a pessoa;
6. Estratégias de cuidado desenvolvidas para lidar com o sofrimento mental antes, durante e após a internação psiquiátrica (psicoterapia, medicação, estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos, acompanhamento pela rede pública ou privada de saúde).

ENTREVISTAS 02 E 03:

Questões norteadoras:

“Você poderia me contar sobre os cuidados com relação à sua saúde mental?”

“Você poderia me contar sobre como está sua vida após a experiência de internação na instituição psiquiátrica?”

Temas a serem abordados:

1. Compreensão da vivência pós-alta da instituição psiquiátrica (rotina doméstica ou de trabalho, estratégias de cuidado em saúde mental, relacionamentos familiares e rede social);
2. Estratégias de cuidado desenvolvidas para lidar com o sofrimento mental antes, durante e após a internação psiquiátrica (psicoterapia, medicação, estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos, acompanhamento pela rede pública ou privada de saúde).
3. Mudanças de vida decorrentes do diagnóstico de TAB e da internação psiquiátrica;
4. Trajetória pelos serviços de saúde e avaliação do cuidado recebido.

APÊNDICE E – Roteiro Orientador da Entrevista com os Familiares

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Grau de parentesco com o paciente: _____

Data 01: ____/____/____ Data 02: ____/____/____ Data 03: ____/____/____

ENTREVISTA 01:

Questões norteadoras:

“Você poderia me contar sobre a sua experiência de convivência com o/a (nome do paciente), tendo em vista sua situação de sofrimento mental?”

“Você poderia me contar como foi o período em que o/a (nome do paciente) ficou internado na instituição psiquiátrica?”

Temas a serem abordados:

1. História de vida compartilhada com o paciente, envolvendo o aparecimento e a identificação dos primeiros sintomas do TAB;
2. Memórias, sentimentos, expectativas e considerações referentes à experiência da primeira internação psiquiátrica;
3. Compreensão sobre os eventos ocorridos com o paciente;
4. Compreensão sobre o diagnóstico e sintomas do TAB;
5. Alterações provocadas em sua vida em razão do adoecimento do paciente e compreensão de seu papel enquanto familiar;
6. Estratégias de cuidado desenvolvidas para lidar com o sofrimento mental antes, durante e após a internação psiquiátrica (psicoterapia, medicação, estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos, acompanhamento pela rede pública ou privada de saúde).

ENTREVISTAS 02 E 03:

Questões norteadoras:

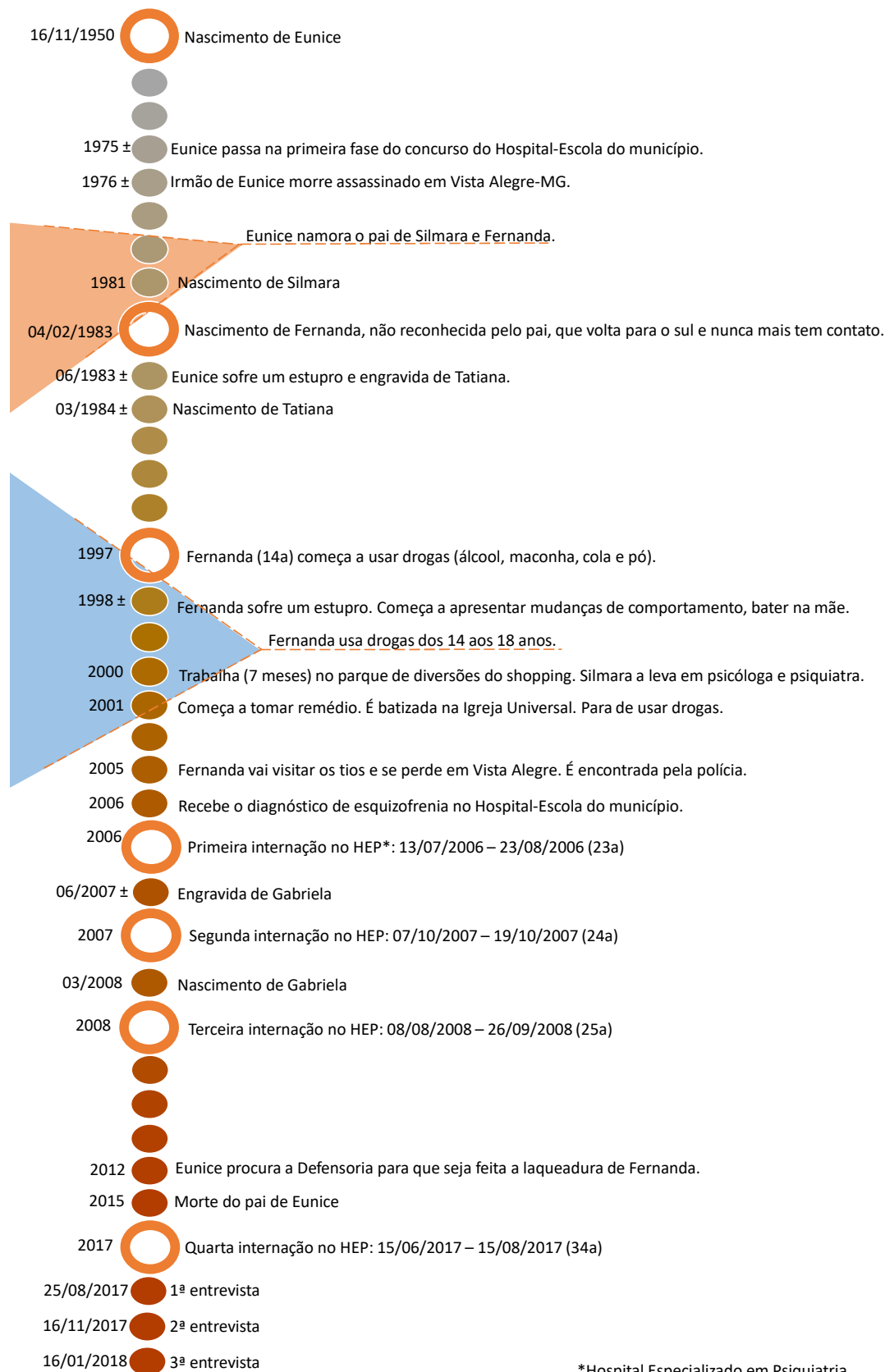
“Você poderia me contar sobre como tem sido a sua experiência de convivência com o/a (nome do paciente), tendo em vista sua situação de sofrimento mental?”

“Você poderia me contar sobre como está sua vida após a internação do(a) (nome do paciente) na instituição psiquiátrica?”

Temas a serem abordados:

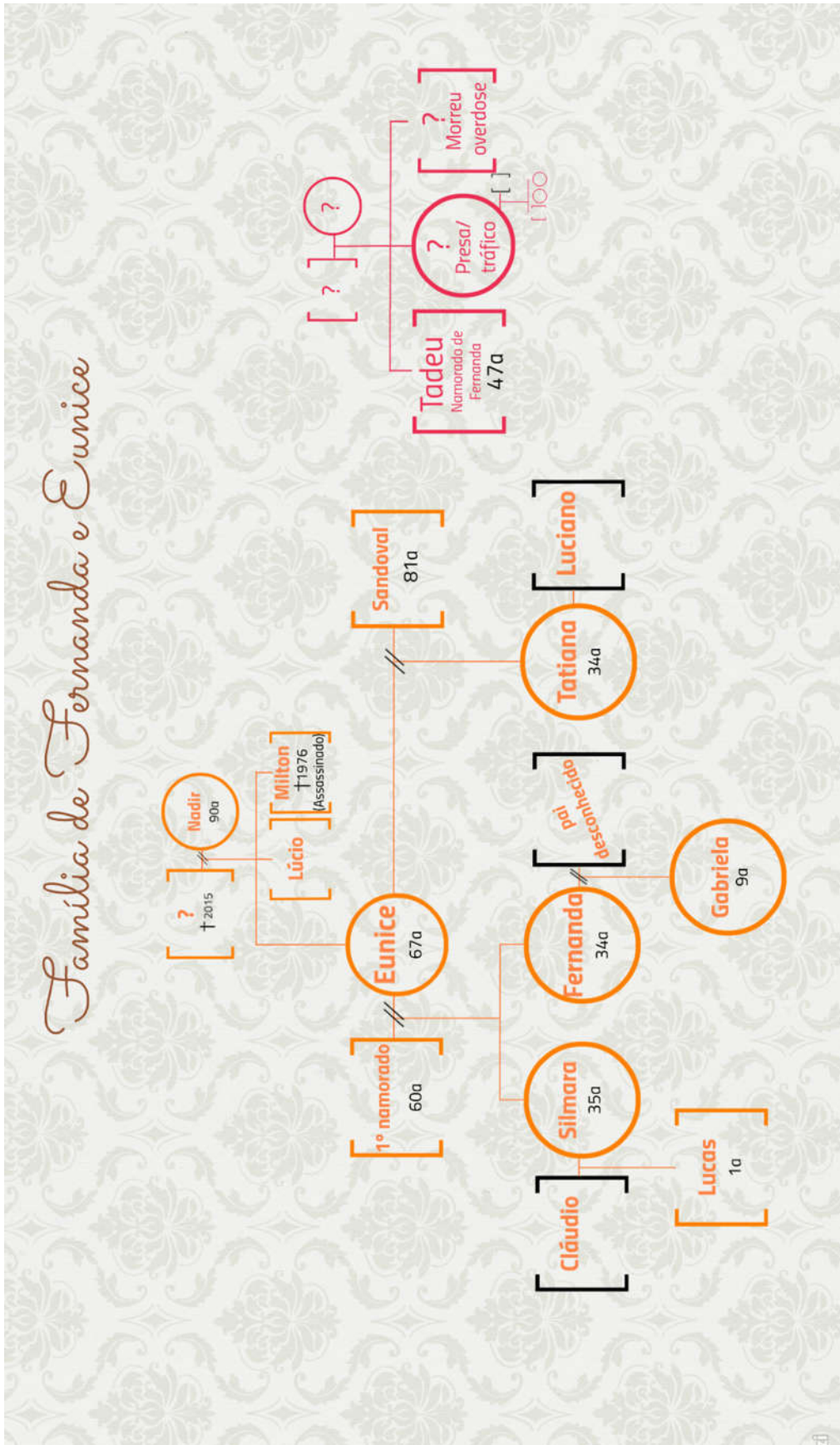
1. Compreensão da vivência pós-alta da instituição psiquiátrica (rotina doméstica ou de trabalho, estratégias de cuidado em saúde mental, relacionamentos familiares e rede social);
2. Necessidades, dificuldades e expectativas apresentadas pelo familiar; mudanças na sua vida decorrentes do adoecimento;
3. Trajetória pelos serviços de saúde e avaliação do cuidado recebido.

APÊNDICE F - Linha do Tempo: Fernanda e Eunice

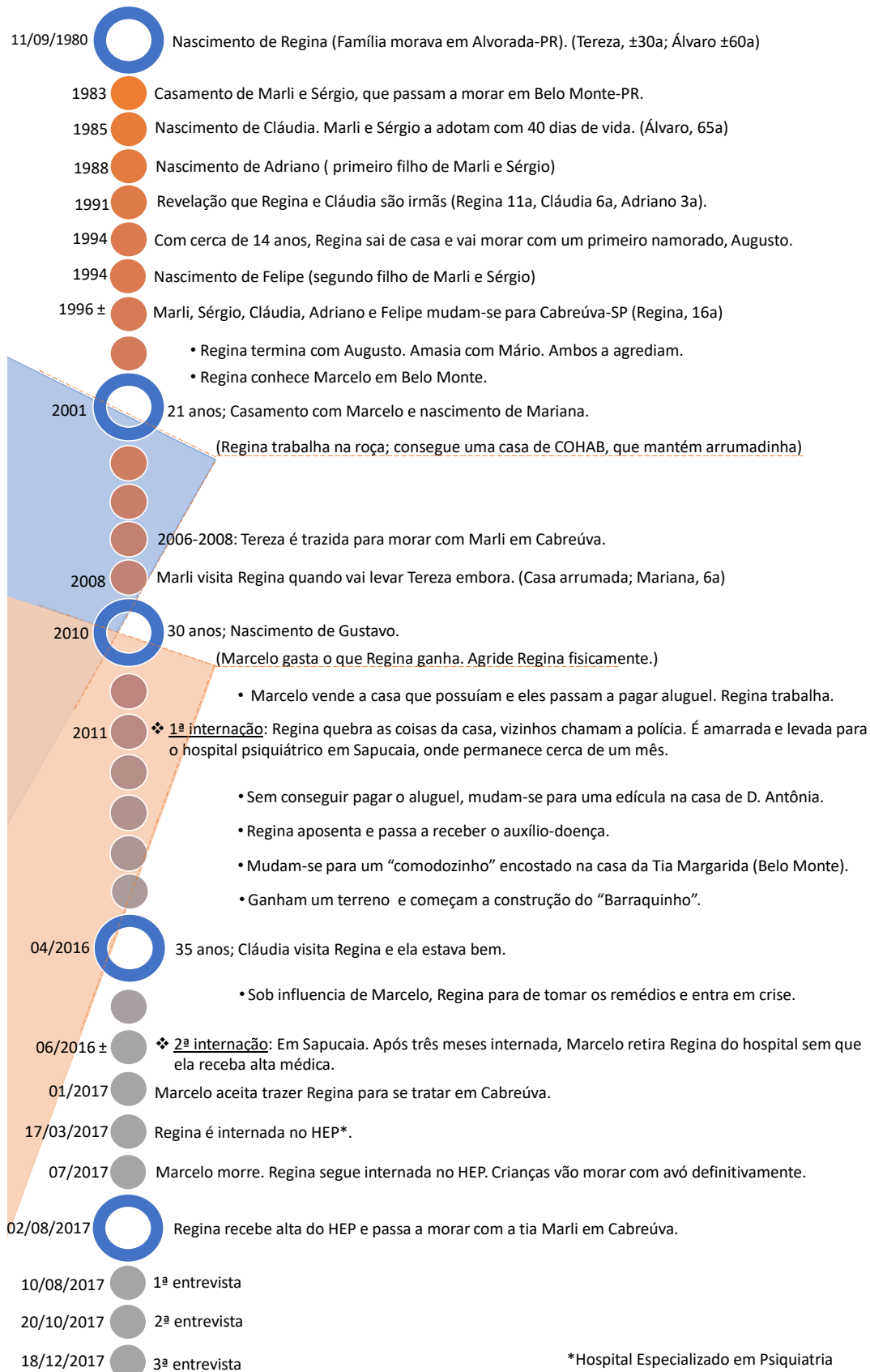


*Hospital Especializado em Psiquiatria

APÊNDICE G – Árvore Genealógica: Fernanda e Eunice

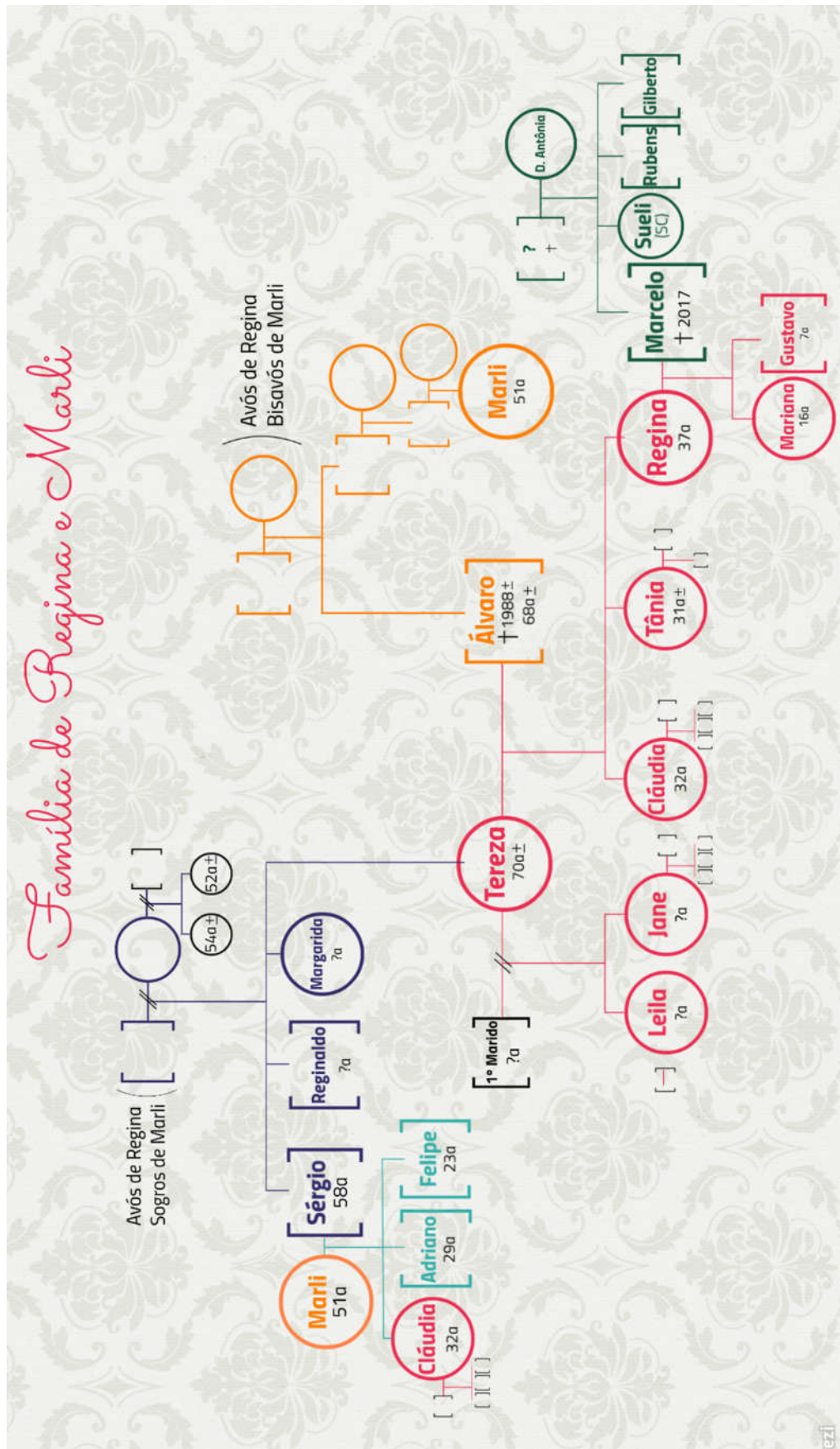


APÊNDICE H - Linha do Tempo: Regina e Marli

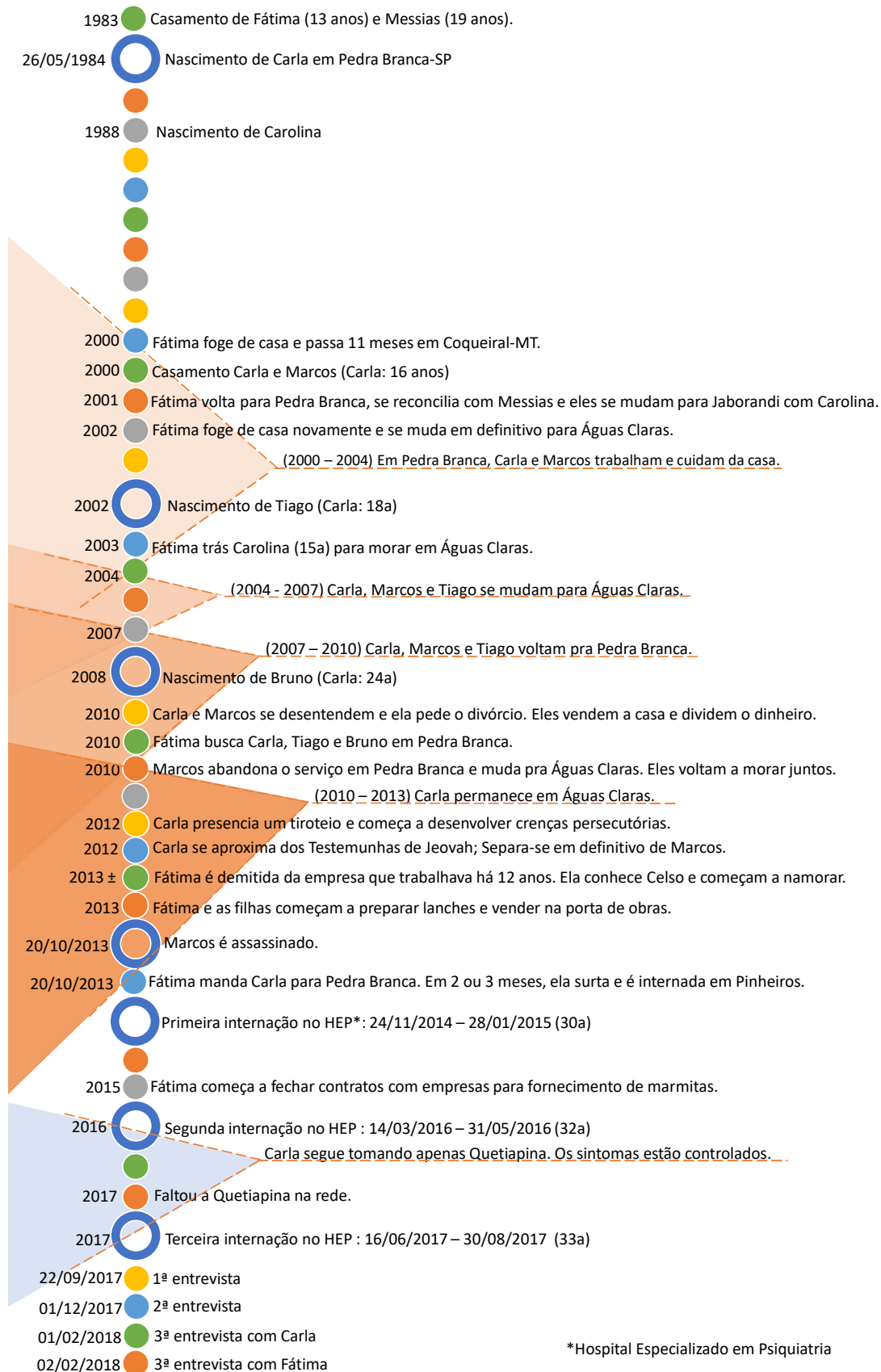


*Hospital Especializado em Psiquiatria

APÊNDICE I – Árvore Genealógica: Regina e Marli

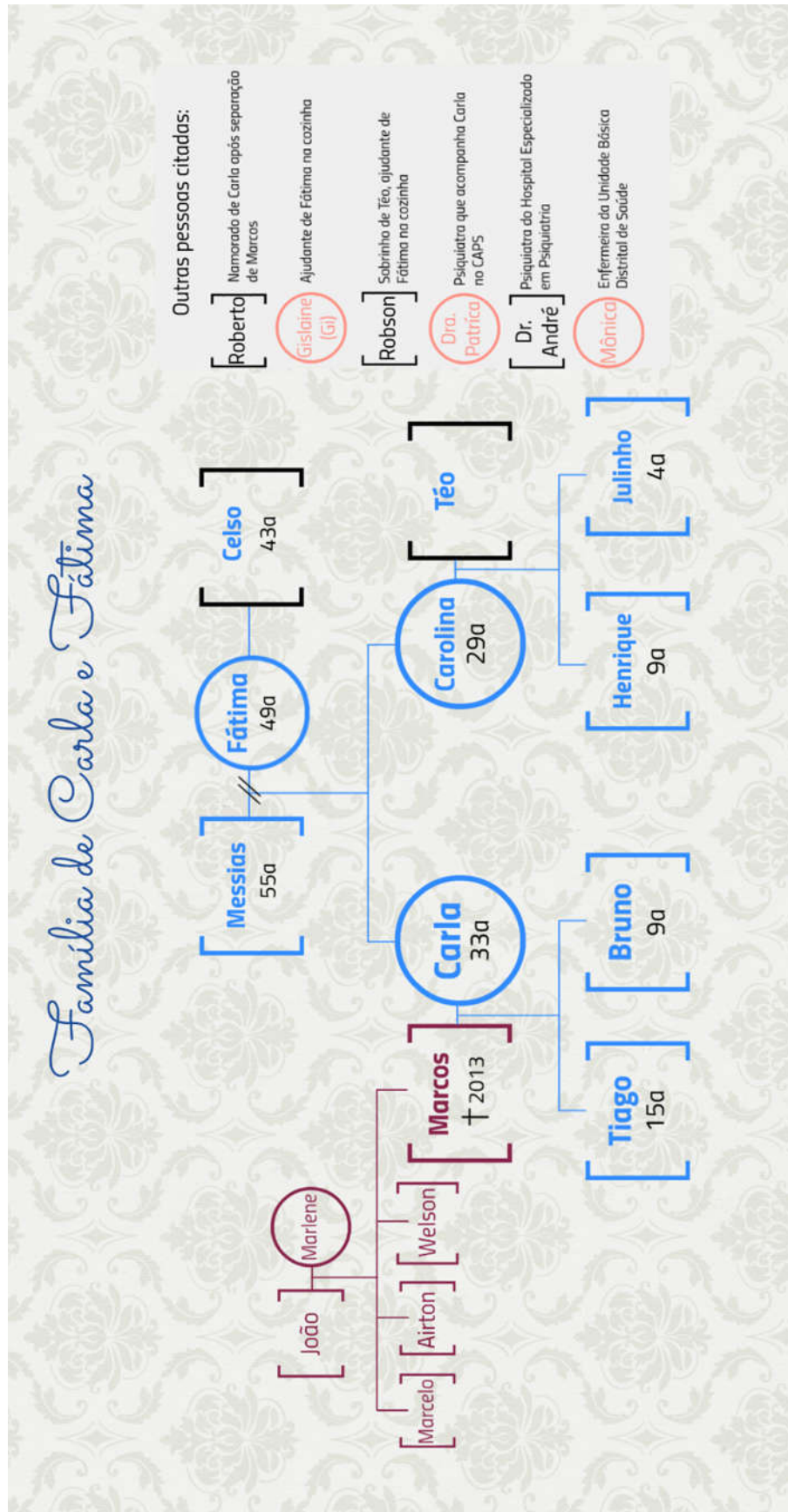


APÊNDICE J - Linha do Tempo: Carla e Fátima





*Hospital Especializado em Psiquiatria


APÊNDICE K – Árvore Genealógica: Carla e Fátima



ANEXOS


ANEXO A – Declaração de tramitação – Hospital Especializado em Psiquiatria

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL 
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS

, 08 de Novembro de 2016

Pelo presente informamos que o Projeto de Pesquisa de doutorado intitulado: Transtorno Afetivo Bipolar e Experiência da Primeira Internação Psiquiátrica: Uma compreensão fenomenológica, de autoria da aluna Mara Soares Frateschi, sob orientação da Profª Dra. Carmen Lúcia Cardoso, da FFCLRP/USP, encontra-se em tramitação interna para a análise e aprovação.

Atenciosamente,



Gerência de Recursos Humanos – Subst.

ANEXO B – Ofício de aprovação pelo CEP-FFCLRP/USP



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/023-dgfs.

Ribeirão Preto, 04 de abril de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **“Transtorno Afetivo Bipolar e experiência da primeira internação psiquiátrica: Uma compreensão fenomenológica”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 164ª Reunião Ordinária, realizada em 23.03.2017, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 62744216.8.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
/ Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)
Mara Soares Frateschi
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO C– Ofício de aprovação do Hospital Especializado em Psiquiatria

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

HOSPITAL [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]**Comissão de Ética Médica – [REDACTED]**

Resposta desta Comissão de Ética Médica à solicitação para realização da pesquisa intitulada "Transtorno Afetivo Bipolar e experiência da primeira internação psiquiátrica: Uma compreensão fenomenológica". Autor: Mara Soares Frateschi.

Para a aprovação e realização deste trabalho nesta instituição de saúde, a autora atendeu às solicitações seguintes:

1. O projeto foi aprovado na Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP.
2. A autora compromete-se a não realizar entrevistas áudio gravadas nas dependências do Hospital [REDACTED]
3. Liberação da direção técnica desta instituição para ter acesso aos prontuários dos pacientes a serem estudados.
4. Termo de ciência assinada pelo coordenador responsável.

As certificação destes itens foram remetidas a esta comissão para avaliação que aprova a realização deste projeto nesta instituição. Durante a realização da pesquisa, caso haja alguma infração do Código de Ética Médica, esta Comissão atuará para a descontinuidade do trabalho.

Ribeirão Preto, 23 de Agosto de 2017.

