

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

ANA CAROLINA BALDAN NUNES

**O PACIENTE COM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E A SUA  
HISTÓRIA DE VIDA**

São Carlos  
2023

ANA CAROLINA BALDAN NUNES

**O PACIENTE COM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E A SUA  
HISTÓRIA DE VIDA**

Relatório final, apresentado a  
Universidade Federal de São Carlos, como  
parte das exigências para a obtenção do  
título de Psicólogo.

Local, 29 de março de 2023.

Prof<sup>a</sup> Dra Taís Bleicher

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, sempre;

À Daniela Nunes, Rogério Nunes, Gabriel Nunes e Juliane Couto, minha família;

À Ellen Brandão, Gabriela Souza, Luiza Bosco e Marília da Silva, minhas amigas;

À Cidade de São Carlos, cenário e protagonista das minhas práticas;

À UFSCar, a da minha infância e a da minha graduação;

Ao CAPS Mental de São Carlos, o do meu estágio e o da minha monografia;

Aos participantes da pesquisa.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Diagnóstico ou hipótese diagnóstica atuais dos entrevistados, de acordo com a CID-10.....	45
--	----

## RESUMO

Em 2011, no contexto da Reforma Psiquiátrica, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial. Um dos serviços que compõe a Rede é o Centro de Atenção Psicossocial II Transtorno Mental, destinado para pacientes adultos que possuem transtornos mentais. Já o termo “transtorno” indica a existência de um conjunto de sintomas associados a sofrimento. Os transtornos mentais são diagnosticados por meio de diferentes sistemas. Um diagnóstico psiquiátrico é uma ferramenta que possibilita a classificação de doenças por meio de sintomas. Um dos sistemas utilizados é a 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças - CID-10 é adotada oficialmente nos serviços de saúde do Brasil. Os diagnósticos são constructos voltados para o conhecimento do mundo e não objetos concretos e reais e seus limites e valor são amplamente discutidos. Existem, de maneira geral, duas posições diferentes sobre o assunto. Uma das posições defende que o diagnóstico psiquiátrico somente rotula pessoas inclassificáveis para legitimar o poder médico. A outra posição o entende como necessário para adequada compreensão do paciente e nortear a estratégia terapêutica. Diferentes pessoas com vidas particulares relacionam-se de formas muito próprias com seus diagnósticos, então, o objetivo da pesquisa é compreender como o diagnóstico psiquiátrico relaciona-se com a história de vida do indivíduo. O enfoque da pesquisa é qualitativo e o método utilizado foi o de História de Vida. Foram entrevistados seis usuários do CAPS II de São Carlos, com diagnósticos previstos na CID-10, além de um psicólogo do serviço. Também foram analisados os prontuários dos usuários. Os entrevistados apresentaram explicações múltiplas e diversas para o que os fazem sofrer, para seus diagnósticos e tratamentos, mesmo os que são diagnosticados com o mesmo transtorno, sendo que esses processos se entrelaçam com a história de vida de cada um. Já é reconhecido que esses processos são multifatoriais. Dito isso, a história de vida não é um contexto ou plano de fundo que pode causar, agravar ou amenizar uma doença, mas é central, inclusive em qualquer forma de cuidado direcionada ao paciente. A pesquisa, ao dar voz a integrantes de um grupo historicamente marginalizado e ainda muito discriminado, conseguiu investigar, a partir do método de História de Vida, como o indivíduo significa sua história de vida e seu diagnóstico e como eles se entrelaçam.

Palavras-chaves: diagnóstico psiquiátrico; CAPS; paciente; história de vida

## ABSTRACT

In 2011, in the context of the Psychiatric Reform, the Psychosocial Care Network was established. One of the services that make up the Network is the Psychosocial Care Center II Mental Disorder, intended for adult patients who have mental disorders. The term "disorder" indicates the existence of a set of symptoms associated with suffering. Mental disorders are diagnosed using different systems. A psychiatric diagnosis is a tool that makes it possible to classify illnesses by means of symptoms. One of the systems used is the 10th revision of the International Classification of Diseases - ICD-10, which is officially adopted in health services in Brazil. Diagnoses are constructs aimed at knowledge of the world, not concrete and real objects, and their limits and value are widely discussed. There are, in general, two different positions on the subject. One position holds that psychiatric diagnosis only labels people as unclassifiable to legitimize medical power. The other position sees it as necessary for a proper understanding of the patient and to guide the therapeutic strategy. Different people with particular lives relate in their own ways to their diagnoses, so the goal of the research is to understand how the psychiatric diagnosis relates to the individual's life story. The research approach is qualitative and the method used was the Life History method. Six users of CAPS II in São Carlos, with diagnoses according to the ICD-10, were interviewed, as well as a psychologist from the service. The users' medical records were also analyzed. The interviewees presented multiple and diverse explanations for what makes them suffer, for their diagnoses and treatments, even those diagnosed with the same disorder, and these processes are intertwined with the life story of each one. It is already recognized that these processes are multifactorial. That said, life history is not a context or background that can cause, aggravate, or ameliorate an illness, but is central, including in any form of patient care. The research, by giving voice to members of a historically marginalized and still very discriminated group, was able to investigate, through the Life History method, how the individual means his life story and his diagnosis, and how they are intertwined.

Keywords: psychiatric diagnosis; CAPS; patient; life history

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 Motivação .....	1
1.2 Problematização .....	1
1.3 Justificativas.....	15
1.3.1 Sociais/políticas .....	15
1.3.2 Científicas .....	15
1.4 Objetivos .....	16
1.4.1 Geral.....	16
1.4.2 Específicos .....	16
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
2.1 Participantes .....	16
2.2 Instrumentos.....	17
2.2.1 Instrumentos de investigação .....	18
2.2.2 Instrumentos de interpretação .....	20
2.3 Procedimentos .....	21
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>23</b>
I - As histórias .....	23
II - As categorias .....	29
1) O transtorno mental.....	29
1.1 Definições .....	30
1.2 Causas .....	35
1.3 Efeitos .....	39
2) O diagnóstico .....	43
2.1 De acordo com os profissionais .....	43
2.2 De acordo com o paciente .....	46
2.3 De acordo com os profissionais, segundo o paciente .....	50
2.4 Os benefícios .....	54
2.5 Os malefícios .....	56
3) O hospital psiquiátrico .....	58
4) O tratamento.....	60
4.1 De acordo com os prontuários do CAPS .....	60
4.2 De acordo com o paciente.....	63
4.3 A Psicologia .....	65
5) O futuro .....	68
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>69</b>
<b>4 Referências</b> .....	<b>71</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 MOTIVAÇÃO

Particpei de um estágio obrigatório na Unidade Saúde Escola (USE), parte da minha graduação em Psicologia, na Universidade Federal de São Carlos. Nos atendimentos, é comum o paciente ser questionado sobre os diagnósticos psiquiátricos que já recebeu ao longo da vida. Na primeira sessão que fiz com uma paciente, ela listou uma coleção particular de diagnósticos: depressão, *borderline*, bipolaridade, entre outros. Então, afirmou que não gostava de “rótulos” e, ao conhecer pessoas com os mesmos diagnósticos que os dela quando foi internada, surpreendeu-se como pessoas classificadas sob a designação são e agem de formas tão diferentes.

Diante de situações como essas, interessei-me sobre a questão do diagnóstico na literatura psicológica e me deparei com inúmeras teorias, debates e discursos sobre o assunto. Assim, comecei a me perguntar como os pacientes se relacionam com o seu diagnóstico psiquiátrico, como este influenciou e foi influenciado por suas trajetórias de vida e subjetividades.

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Constitui-se em um momento histórico específico a ideia de que loucura é um fenômeno patológico, uma doença que exige um tipo específico de Medicina para curá-la, isto é, a Psiquiatria nem sempre existiu (Machado et. al, 1978). Inclusive, em relação à experiência do Rio de Janeiro, até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais eram colocados nas prisões por perturbação da ordem pública, encarcerados em celas especiais da Santa Casa de Misericórdia (hospitais gerais) ou então erravam pelas ruas. É a partir de 1830 que um grupo de médicos começam a pedir a construção de um hospício para os alienados, além de outras medidas relacionadas à higiene pública. Estes médicos, na qualidade de criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e escritores em alguns periódicos daquela época, foram importantes para influenciar a opinião pública a favor da criação do asilo (Costa, 1989).

D. Pedro II determina a criação, em 1841, de um hospício para tratar de alienados no Rio de Janeiro. O evento é considerado o nascimento da Psiquiatria como marco institucional (Machado et. al, 1978). O hospício D. Pedro II tinha capacidade para 350 pacientes e recebia pessoas de todo o império. Pouco mais de um ano depois de sua inauguração, já atingiu a lotação completa, cenário comum para outros hospícios, o que justificava mais hospitais (afastados da

cidade) e mais verbas. Entre 1841 e 1954, foram criados 55 locais para internação de doentes mentais, como hospitais, asilos e colônias (Resende, 1990). Após a Segunda Guerra, surgem no Brasil experiências inspiradas nos modelos das comunidades terapêuticas. Especificamente, no período da Ditadura Militar, foram inaugurados hospitais psiquiátricos particulares e implementados leitos psiquiátricos de forma abundante (Amarante, 1995; Sampaio, 1988 apud Bleicher, 2015).

Entre 1978 e 1980 é situado o início do movimento da reforma psiquiátrica, de acordo com Paulo Amarante. Desde a criação do primeiro hospício no país, já havia projetos de mudanças e resistências acerca das práticas da Psiquiatria e das instituições, mas, esse período é marcado devido ao surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado um ator político fundamental no processo. Dito isso, a Reforma Psiquiátrica pode ser definida como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (1998, p. 151).

Em 1978, médicos de uma das unidades de Divisão Nacional de Saúde Mental (órgão do Ministério da Saúde), depois do plantão do pronto-socorro, registraram no livro de ocorrências diversas as violências e condições precárias do hospital. O evento mobilizou diversos atores sociais com reivindicações parecidas e teve grande repercussão da imprensa. Nesse contexto, foi criado o MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que possuía como pautas iniciais a questão trabalhista e humanização dos serviços (Amarante, 1998).

Dois importantes eventos ocorrem em 1978: V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em que os movimentos em saúde mental conseguiram colocar pautas de cunho político paralelamente à programação oficial e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em que vieram ao Brasil grandes nomes críticos da Psiquiatria tradicional, como Franco Basaglia. Em 1979, pode-se destacar I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que conectou mudanças no sistema de atenção à saúde à democracia plena e criticou o modelo asilar relacionado aos hospitais psiquiátricos públicos e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que se propõe a pensar sobre alternativas na assistência psiquiátrica (Amarante, 1998).

No ano de 1980, ocorreram o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em que foi discutido a política nacional de saúde mental e denúncias de violências nas instituições psiquiátricas e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em que

é discutido a defesa dos direitos humanos relacionados aos pacientes psiquiátrico, além de evidenciar o crescente caráter social e político do MTSM (Amarante, 1998).

Também no início dos anos 80, é implementada a modalidade de “co-gestão” em hospitais e estados pontuais. Tratou-se de um modelo novo de gerenciamento de hospitais públicos, mais dinâmico e descentralizado, com atendimento universalizado para a população, importante na medida que o Estado começa a incorporar setores críticos da saúde mental. Por isso, os movimentos de trabalhadores de saúde passam a ocupar os espaços nas instituições públicas. Em 1982, foi implementado o plano do CONASP para a assistência psiquiátrica, desenvolvido pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, em vários estados e municípios. O plano, no geral, pode ser considerado uma aplicação da experiência da co-gestão a nível nacional (Amarante, 1998).

A partir de 1985, com o fim da ditadura militar, a noção da desinstitucionalização é importante para a política nacional. Nesse ano, é discutido, no I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, a necessidade de mudanças na assistência à saúde mental na região considerando o plano do CONASP. Em 1986, um dos temas do I Encontro Estadual de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro é a importância dos ex-pacientes e pacientes psiquiátricos participarem na formulação e execução das políticas de assistência em saúde mental. Ademais, nesse mesmo ano, a 8ª Conferência Nacional de Saúde adota nova concepção de saúde, isto é, como um direito do cidadão e como um dever do Estado e concretiza a definição de princípios como descentralização e universalização do acesso à saúde (Amarante, 1998).

Já em 1987, acontecem a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro com os temas “Cidadania, Sociedade e Qualidade de Vida”, “Direitos Humanos: Psiquiatria e Justiça” e “Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária”, o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que discute doença mental e saúde, Reforma Sanitária e legislação do doente mental (Amarantes, 1998, p. 133)

No mesmo ano, é realizado II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, sob o lema “por uma sociedade sem manicômios” e com forte propósito da desinstitucionalização. Foi inovador na medida em que “lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares participaram como força ativa no esforço de construir opinião pública favorável à luta antimanicomial” (Amarante, 1998, p. 143). Ainda em 1987, surgiu o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo e, em 1988, o SUS é criado com a Constituição (Amarantes, 1998; Brasil, 2005).

Foi em 1989 que Secretaria de Saúde do Município de Santos interviu na Casa de Saúde Anchieta, resultando em seu fechamento depois da constatação de violências e abusos. O evento abriu mais espaços para a implementação de um modelo substitutivo ao manicomial, o que foi reforçado pela criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e outros serviços (Amarante, 1998). Também, foi apresentado o Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que indicava “a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros "recursos não manicomiais de atendimento" (Delgado, 1989 apud Amarantes, 1998, p. 138).

No ano de 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em que foram reafirmados os princípios da luta antimanicomial (Amarante, 1998). Em 2001, é promulgada a Lei Federal 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que privilegia a oferta de tratamento em “serviços de base comunitária” e, apesar de não instituir claros mecanismos para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos, ainda movimentou a Reforma Psiquiátrica. Também, o Ministério da Saúde cria “linhas específicas de financiamento (...) para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico” (Brasil, 2005, p. 9). Nesse sentido, enquanto que, em 1997, 93,13% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos, os gastos com essas instituições passam a ser 64% em 2004 (Brasil, 2005, p. 9).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011 institui a RAPS, “que possibilita uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS” (Amarante & Nunes, 2018, p. 2072). Os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o 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; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

A RAPS é constituída pela: atenção básica em saúde, constituída pela Unidade Básica de Saúde, equipe de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e Centros de Convivência; pela atenção psicossocial especializada, constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial; pela atenção de urgência e emergência, constituída pelo SAMU 192, Sala

de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde (entre outros); pela atenção residencial de caráter transitório, constituída pela Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; pela atenção hospitalar, constituída pela enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; pela estratégias de desinstitucionalização, constituídas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos; e pela reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

A Reforma Psiquiátrica vinha avançando, mesmo que de forma lenta, ininterruptamente. Porém, a partir de 2016, é possível observar um desmonte acelerado dos avanços que havia alcançado (Delgado, 2019 apud Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020). Por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde passa a incluir na RAPS dispositivos que possuem lógica manicomial, como Unidades Ambulatoriais Especializadas, o Hospital-dia e o próprio hospital psiquiátrico. (Abrasco, 2019). Nesse sentido, entre 2016 e 2019, o financiamento aos hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas também foi ampliado (Delgado, 2019).

Por isso, “o incremento anual de CAPS vem decaindo de forma expressiva” desde 2016 (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020, p. 14). Como um dos maiores propósitos da Reforma Psiquiátrica é exatamente extinguir e substituir os hospitais psiquiátricos, esse movimento pode ser considerado uma Contrarreforma, marcado pelo retrocesso na política de saúde mental (Abrasco, 2019 apud Sponchiado, 2021; Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

Especificamente São Carlos, município do estado de São Paulo, possui componentes específicos da Rede de Atenção Psicossocial. Segundo o decreto nº 366 de 2020, na Atenção Básica, a cidade conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 22 Unidades de Saúde da Família (USF), 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua e Centro de Convivência. A Atenção Psicossocial especializada é composta por três Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011; São Carlos, 2020).

A atenção de urgência e emergência é composta por: SAMU 192, Sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento, 3 UPAs, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e as UBSs. Já a atenção hospitalar é constituída pelo Hospital Universitário (HU) e pela Santa Casa. Como estratégia de desinstitucionalização, a cidade possui o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Também, na Reabilitação Psicossocial, conta com iniciativas de geração de

trabalho e renda; empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2011; São Carlos, 2020).

A Prefeitura Municipal de São Carlos, segundo a Lei 18.926 de 2018, do ponto de vista da estrutura administrativa, é hierarquizada em: Secretaria Municipal, com funções de organização, coordenação e liderança em sua área de atuação; Departamento, com funções de organizar, coordenar e operacionalizar as atividades/processos de trabalho técnico-administrativo da sua área de atuação e Seção com função de execução de atividades relacionadas a seu Departamento (São Carlos, 2018).

Dessa forma, a Prefeitura é composta pelo Gabinete do Prefeito, Procuradoria Geral do Município, Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento; de Cidadania e Assistência Social; de Comunicação; de Meio Ambiente, Ciência, Tecnologia e Inovação; de Educação; Especial de Infância e Juventude; de Esportes e Cultura; de Fazenda; de Gestão de Pessoas; de Governo, de Habitação e Desenvolvimento Urbano; de Obras Públicas; da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida; de Planejamento e Gestão; de Saúde; de Segurança Pública e Defesa Social; de Serviços Públicos; de Trabalho, Emprego e Renda e de Transporte e Trânsito (São Carlos, 2018).

Algumas das atribuições da Secretaria Municipal de Saúde são: “planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do Município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar” e “assegurar a assistência à saúde mental” (São Carlos, 2020, p. 2).

Do ponto de vista da política de saúde do município, a organização é feita de maneira territorial (Oliveira, 2016). Assim, a Secretaria Municipal de Saúde possui cinco ramificações, as Administrações Regionais de Saúde (Ares), que possuem o objetivo de oferecer cuidado integral à saúde dos moradores e coordenar as Unidades de Saúde de suas áreas geográficas. São elas: Cidade Aracy, Vila Isabel, Redenção, São José e Santa Felícia (Administrações Regionais de Saúde – ARES).

Ademais, essa Secretaria Municipal de Saúde é composta por nove órgãos, sendo eles: Chefia de Gabinete de Secretaria; Departamento de Gestão Administrativa e Financeira; Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial; Departamento de Gestão do Cuidado Hospitalar; Departamento de Vigilância em Saúde; Departamento de Regulação, Controle e Avaliação; Sessão de Expediente, Protocolo e Arquivo; Sessão de Zeladoria e Manutenção e Sessão de Transporte (São Carlos, 2020).

Por sua vez, o Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial tem como uma de suas funções a coordenação e planejamento de ações ligadas com o cuidado à saúde, tanto individual quanto coletivo, no âmbito ambulatorial. É composto por cinco seções: Seção de Apoio às Unidades Básicas de Saúde; Seção de Apoio às Unidades de Saúde da Família; Seção de Apoio à Assistência Farmacêutica; Seção de Apoio à Saúde Mental e Seção de Apoio à Atenção Especializada (São Carlos, 2020).

A Seção de Apoio à Saúde Mental apoia o Centro de Atenção Psicossocial II Transtorno Mental, Álcool e Drogas e Infante-juvenil, além do matriciamento das unidades da atenção básica. Uma de suas atribuições é:

coordenar, planejar e garantir a integralidade das ações de saúde mental prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo, família e comunidade, englobando ações de promoção da saúde, prevenção, danos e agravos, articulando os serviços de saúde e a rede intersetorial (São Carlos, 2020, p. 4).

Também está comprometida com a consolidação e ampliação de uma rede descrita como territorial e comunitária, que promove a cidadania e a reintegração social. Organiza e regula o fluxo, os protocolos assistenciais e elabora plano de ação regional (junto ao órgão regional de saúde) da Rede (São Carlos, 2020).

O Centro de Atenção Psicossocial Infante e Juvenil é destinado para crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O Álcool e Drogas é reservado para pacientes que possuem transtornos decorrentes do uso e dependência de substância psicoativas. Por fim, o II Transtorno Mental é destinado para pacientes adultos que possuem transtornos mentais ou sofrimento psíquico (Brasil, 2011).

O CAPS II de São Carlos também atende pacientes de Ribeirão Bonito, Ibaté e Dourado, sendo que a busca é referenciada pelas unidades de saúde, mas, também, pode ser espontânea (CAPS Prefeito visita novas instalações, 2008). No acolhimento, início do cuidado, ocorre um processo de escuta de usuários ou familiares (Lughi, 2019). Depois da avaliação do caso, o paciente pode ser encaminhado para uma unidade básica de saúde (quando é acordado que se trata de uma “ausência de transtorno”) ou pode ser atendido no CAPS (no caso de transtorno severo), a partir de um plano terapêutico que é construído (CAPS Prefeito visita novas instalações, 2008).

A articuladora de Saúde Mental da Prefeitura, em 2008, sobre o CAPS II, afirmou que “a meta do CAPS é diferente de outras unidades de saúde mental, como o ambulatório, pois

promove a reabilitação psicossocial não estando restrita apenas à alta clínica” (CAPS Prefeito visita novas instalações, 2008).

De acordo com a portaria nº 336 de 2002, o CAPS II, no âmbito de seu território: é responsável pela organização da rede de cuidados em saúde mental; é o regulador da chamada porta de entrada da rede assistencial, coordena atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas; capacita e supervisiona equipes de atenção básica, programas e serviços de saúde mental e funciona de 8:00 às 18:00 horas, durante cinco dias úteis da semana (Brasil, 2002).

Em relação a assistência que o CAPS II presta ao paciente, é configurada em: atendimento individual (psicoterápico, de orientação, medicamentoso, entre outros), atendimento em grupos (operativo, atividades de suporte social, psicoterapia, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas; atendimento à família; visitas domiciliares e atividades comunitárias voltadas para a integração familiar, social e comunitária do doente mental (Brasil, 2002).

A equipe do CAPS II (mínima) para 30 pacientes por turno, com limite máximo de 45 pacientes por dia (regime intensivo) é: um médico psiquiatra; um enfermeiro (com formação em saúde mental); quatro profissionais de nível superior que podem ser assistente social, psicólogo, enfermeiro, pedagogo, terapeuta ocupacional ou ainda outro profissional e seis profissionais de nível médio, isto é, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico educacional e artesão e técnico administrativo (Brasil, 2002).

Em São Carlos, nos casos das nomeadas crises agudas que demandam internação, o CAPS tem contato com a Central de Regulação do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, para vagas de internação no Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel (de Araraquara) (CAPS Prefeito visita novas instalações, 2008).

Este hospital psiquiátrico foi fundado em 1967 e, em 1972, passou a receber pacientes que saíram de hospitais estatais públicos (o Sanatório do Juqueri, por exemplo) (Casa Cairbar Schutel, 2018). Em seu início, está presente a defesa da doutrina espírita para melhora da saúde psíquica do paciente (Fernandes, 1968, apud Rocha & Salerno, 2018). De fato, as instituições patrocinadas e conduzidas por espíritas multiplicaram-se entre as décadas de 1930 e 1950, sendo que, segundo o espiritismo kardecista, “existiriam dois tipos de distúrbios mentais: um de origem orgânica e outro oriundo do desvio da razão ou da moral, resultantes das ações persecutórias de espíritos” (Jabert, 2011 apud Bleicher, 2015, p. 121).

Atas e documentos de 2003 e 2005 do Cairbar indicam que, na época, essa conexão entre religião e cura ainda era defendida, inclusive a missão da instituição era ajudar no desenvolvimento integral do indivíduo através do crescimento espiritual e autoconhecimento (que seria proporcionado pela literatura espírita) (Fernandes Jr., 2003; Recurso ao auto de infração e imposição de multa, 2005 apud Rocha & Salerno, 2018).

Nesse sentido, é possível observar que o hospital psiquiátrico associava a loucura a uma certa noção de possessão, além de implicar que o indivíduo em sofrimento psíquico não investe seus valores de forma adequada, sendo que suas ações deveriam ser guiadas por valores morais espirituais para melhoria de sua condição (Menezes, 1920/2012 apud Rocha & Salerno, 2018).

No início da década de 80, a Reforma Psiquiátrica começou a reverberar na instituição, e em um documento de 1994, esta compromete-se a internar cada vez menos (Amarante, 1995; Fernandes Jr., 2000 apud Rocha & Salerno, 2018). Segundo o site da instituição, o hospital psiquiátrico adere à Reforma Psiquiátrica, desde 1997, implementando “profundas mudanças” e repensando seus métodos, estratégias e objetivos (Casa Cairbar Schutel, 2018). A internação é defendida como “necessária”, mas somente em casos definidos como “mais avançados” e nunca por períodos longos (Fernandes Jr., 2000 apud Rocha & Salerno, 2018). Nesse sentido, percebe-se uma perspectiva errônea sobre a Reforma Psiquiátrica, como se esta defendesse uma série de mudanças no hospício, quando, na verdade, uma de suas grandes propostas é a sua extinção.

Em 2005, o hospital passou por dificuldades econômicas devido à falta de repasse de verbas (Solicitação urgente de repasse, 2006 apud Rocha & Salerno, 2018). Dito isso, essa realidade mudou com a contrarreforma psiquiatria já citada. Atualmente, a instituição é descrita como uma instituição filantrópica que atua junto a pacientes com transtorno mental e, por meio da reabilitação psicossocial, objetiva a reinserção social. As estratégias são: formação profissional, trabalho e renda e inclusão social. É referência regional para internação de pacientes para 24 municípios, inclusive São Carlos (Casa Cairbar Schutel, 2018; CAPS Prefeito visita novas instalações, 2008).

De maneira geral, segundo Oliveira (2016), “a ausência de um organismo exclusivo para a política de saúde mental” demonstra a “fragilização desta política no município”. Esse organismo exclusivo seria importante para “respaldar a adoção de diretrizes de funcionamento e ações em termos administrativos” (p. 23). Inclusive, é possível observar que existem equipamentos da RAPS que não existem na cidade, mesmo que esta já preencha os critérios para sua implementação. Por exemplo, o CAPS III, com funcionamento vinte e quatro horas,

funcionaria em municípios/regiões com população acima de 200 mil habitantes (Brasil, 2011). Apesar de São Carlos possuir uma população estimada de cerca de 256.915 pessoas (2021 / IBGE), não dispõe de um CAPS III.

Em relação aos transtornos mentais, é importante reiterar que, na contemporaneidade, existe um grande número de indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, ao ponto de ser constatado uma epidemia relacionada a transtornos mentais (Whitaker, 2011 apud Martinhago & Caponi, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde, as condições relacionadas à saúde mental estão aumentando em todo o mundo, sendo que cerca de 20% das crianças e adolescentes ao redor do mundo possuem uma condição relacionada à saúde mental (WHO, 2022).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o termo “transtorno” indica a “existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais” (1993, p. 5). Como toda definição, carrega convicções embutidas, por exemplo, “transtorno” supõe alguém possesso, transtornado, assim como “desordem mental” implica existir uma ordem normal (Amarante, 2007 apud Baroni, Vargas & Caponi, 2010).

Nessa perspectiva, segundo Foucault, a doença é vista como uma essência natural do indivíduo que é manifestada por sintomas específicos, isto é, está implicada uma totalidade orgânica e psicológica, quando, na verdade, esse problema ainda permanece aberto (Foucault, 1994). Isto é, as questões psíquicas são conectadas a causas biológicas, mesmo que não seja possível fazer essa associação de forma precisa (Russo, 2004, apud Baroni, Vargas & Caponi, 2010). Decorrente dessa noção, os métodos conceituais utilizados para definir a doença orgânica e doença mental são os mesmos. Igualmente, os sintomas psicológicos são isolados e reunidos da mesma maneira que os sintomas fisiológicos (Foucault, 1994).

Os transtornos mentais são diagnosticados por meio de diferentes sistemas. Um diagnóstico psiquiátrico seria uma ferramenta que possibilitaria a classificação de doenças por meio de códigos, sintomas e sinais ou ainda uma maneira de descrever concisamente uma situação considerada anormal, com a finalidade de antever seu curso, além de seu prognóstico e ainda, ser utilizado como guia para prevenção e tratamento (Gigante, 2001; Severo & Dimenstein 2009).

Sobre os sistemas citados, a 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças - CID-10 é adotada oficialmente nos serviços de saúde do Brasil (Severo & Dimenstein, 2009), incluindo os CAPS e outros serviços de Atenção Psicossocial. Por exemplo, no registro do

RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) da Atenção Psicossocial, um dos campos que obrigatoriamente precisam ser preenchidos – para registro das ações do sistema – é o do “CID Principal”, “que irá indicar a morbidade que originou a atenção domiciliar” (Brasil, 2012, p. 26).

A Classificação Internacional de Doenças pode ser definida como “uma ferramenta terminológica de caráter classificatório, mantida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que apresenta classes e subclasses de doenças, condições relacionadas à saúde e causas externas de doença ou morte” (Galvão & Ricarte, 2021, p. 106). Segundo a própria OMS, é um “instrumento de registro, notificação e agrupamento de condições e fatores que influenciam a saúde” (World Health Organization, 2019, tradução nossa).

Os usuários do CID incluem, dentro outros, enfermeiros, médicos, além de outros prestadores de cuidados em saúde. É usada para “traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde em códigos alfanuméricos” (World Health Organization, 2019, tradução nossa). Segundo a OMS (World Health Organization, 2022, tradução nossa), é:

importante porque proporciona uma linguagem comum para o registro, notificação e monitorização de doenças. Isto permite ao mundo comparar e partilhar dados de uma forma consistente e padronizada - entre hospitais, regiões e países e ao longo de períodos de tempo. Facilita a coleta e o armazenamento de dados para análise e tomada de decisão baseada em evidências.

Em 1893, foi aprovado o primeiro CID, sendo que, em 1989, foi aprovada a revisão de número dez (CID-10) (Laurenti et al, 2013), que começou a ser utilizada pelo Brasil em 1996 (Grassi & Laurenti, 1998). O CID-10 é dividido em vinte e dois capítulos, sendo que o capítulo V é nomeado “Transtornos mentais e comportamentais” (OMS, 1993).

Em 1º de janeiro de 2022, o CID-11 substituiu o CID-10 nos 194 Estados-membros da OMS (Almeida et al., 2020). O CID-11 é dividido em vinte e seis capítulos e o capítulo 6 é nomeado “Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento”, definidos como

síndromes caracterizadas por perturbações clinicamente significativas na cognição, regulação emocional, ou comportamento de um indivíduo que refletem uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos, ou de desenvolvimento que estão subjacentes ao funcionamento mental e comportamental. Estes distúrbios estão geralmente associados à angústia ou deficiência nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento (World Health Organization, 2019, tradução nossa).

Existem países que ainda utilizam a CID-10, sendo que o período de transição para a CID-11, isto é, o tempo necessário para a implementação do CID-11 é entre dois e três anos, o que também pode variar “dependendo do sistema de saúde local existente e infraestrutura e da necessidade de tradução e mão-de-obra” (World Health Organization, 2019, tradução nossa). Sobre a realidade brasileira, a implementação do CID-11 “será um grande desafio”, sendo que “o aspecto desfavorável inicial é o idioma. O português não é língua oficial para a OMS, e o processo de tradução, adaptação, revisão e implementação na nova língua é um dificultador importante, que demandará tempo” (Almeida et al., 2020, p. 4). Portanto, o sistema sanitário brasileiro continua adotando o CID-10 no seu cotidiano.

Na CID-10, para cada transtorno, são fornecidas diretrizes diagnósticas. Na maioria dos casos, apontando a quantidade de sintomas necessários para que possa ser feito o que é nomeado como um diagnóstico confiável. Mesmo que os critérios das diretrizes diagnósticas sejam preenchidos parcialmente, ainda é considerado útil registrar o diagnóstico (OMS, 1993).

É primordial o entendimento de que uma classificação é uma maneira de compreender o mundo a partir de um ponto no tempo (OMS, 1993) e que os diagnósticos são constructos voltados para o conhecimento do mundo e não objetos concretos e reais (Dalgalarondo, 2008). O manual é cauteloso ao afirmar que as diretrizes não estão na posição de preposições completas a respeito do entendimento sobre transtornos (OMS, 1993).

A cautela é justificada, até porque, por exemplo, diferentes culturas possuem parâmetros diferentes para definir um comportamento como patológico ou não (Vilhena & Rosa, 2012). O manual DSM-5 afirma que as definições (no plural) de transtornos mentais estão ligadas a valores sociais, culturais, familiares e normais. Nessa perspectiva, a cultura “proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são os critérios para o diagnóstico” (Associação Americana de Psiquiatria, 2014, p. 14).

Na CID-10, é esclarecido que o diagnóstico é um conjunto de comentários e sintomas que constituem razoável base que possibilita limitar categorias para fins de classificar transtornos mentais, sendo que essa base é construída a partir de consultores e conselheiros em diferentes países que concordaram sobre elas (OMS, 1993). Por isso, é recomendado que o diagnóstico não seja um divisor de águas ou uma referência identitária para o indivíduo, mas “um momento de análise em torno da situação de vida e do contexto sócio-cultural do usuário que precisa ser cuidado” (Severo & Dimenstein, 2009, p. 66).

De acordo com Dalgalarrodo (2008), os limites e o valor do diagnóstico psiquiátrico são amplamente discutidos. Existem, de maneira geral, duas posições diferentes sobre o assunto. Uma das posições defende que o diagnóstico psiquiátrico somente rotula pessoas que são inclassificáveis, com o objetivo de legitimar o poder médico. De fato, a ideia de anormalidade é criticada no campo da Atenção Psicossocial, sendo o marco mais importante desta crítica o livro de Georges Canguilhem, “O normal e o patológico” (Canguilhem, 1995).

Ademais, desde a década de 1960, a partir dos estudos de Erving Goffman (1961, 1963), o tema do estigma e da carreira moral do “doente mental” são conhecidos e estudados, assim como os seus efeitos sobre sua identidade. Foucault (1979), em seu livro a “Microfísica do Poder”, afirma que, a partir do começo do século XIX, a prática de internação da loucura passa a ser implementada, em um contexto que a loucura é relacionada à conduta normal e regular, e menos relacionada ao erro.

Assim, segundo Foucault (1979, p. 122), estabelece-se “a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta”. Sobre os possíveis malefícios do diagnóstico psiquiátrico, estudos mostram como este serviu como base para ordens jurídicas e médicas que significaram reprovação em concursos seletivos ou afastamentos do trabalho e, assim, como uma maneira de legitimar práticas de exclusão (Severo & Dimenstein, 2009).

A partir do diagnóstico, pacientes podem ser reduzidos à doença, isto é, o rótulo de “doente mental” vira o primeiro ou principal atributo do sujeito (Silva & Brandalise, 2008). A literatura já mostra a tendência dos indivíduos de atribuir categorias aos outros e de justificar o comportamento da pessoa diagnosticada pela doença. Assim, se é evidenciado alguma diferença no indivíduo, ela é colocada em uma categoria que os chamados “normais” julgam que este pertence (Goffman, 1988 apud Silva & Brandalise, 2008).

Ademais, o diagnóstico psiquiátrico pode acarretar em preconceito e discriminação. Como as pessoas já possuem ideias pré-concebidas, um indivíduo diagnosticado, que recebe a marca de “doente mental”, é visto como não normal, ou seja, alguém que possui características inferiores (Silva, 2000 apud Silva & Brandalise, 2008). Hall (1996, apud Silva & Brandalise, 2008) afirmou que é por meio da diferença que a identidade é constituída e que esta possui a capacidade de excluir. Nesse sentido, o sujeito diagnosticado é excluído da categoria de “normal” e pode vir a perceber mudança no relacionamento com outras pessoas após o diagnóstico (Silva & Brandalise, 2008).

Outros relatos envolvem a noção de que pessoas com diagnósticos de transtorno mental severo são vistos como incapazes de executar tarefas, de obter determinadas informações, de diferenciar o certo e o errado, de saber o que é melhor para si e é posto em posição de tutela, o que inclui realizar intervenções que sejam contra sua vontade. Essa noção é especialmente prejudicial se levado em consideração que, dessa forma, o indivíduo é impedido de lutar contra sua própria exclusão (Silva & Brandalise, 2008)

Igualmente, os profissionais de saúde apresentam preocupação com a rótulo do diagnóstico, isto é, defendem que colocar o diagnóstico em primeiro plano pode acarretar na perda do sujeito “total”, com todos os seus atributos. Também, relatam que alguns diagnósticos são considerados mais “sérios” do que outros, o que carrega a ideia de que alguns indivíduos são ainda mais diferentes que outros (Silva & Brandalise, 2008).

A outra posição defende o diagnóstico psiquiátrico e o coloca como elemento mais importante e principal da prática psiquiátrica, além de o entender como necessário para adequada compreensão do paciente e para a escolha da estratégia terapêutica que precisará ser implementada (Dalgarrondo, 2008).

Estudos mostram que o diagnóstico pode oferecer ganhos secundários a determinados pacientes (Silva & Brandalise, 2008), assim como, no caso do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, que pode mostrar uma exculpação para a criança e para a família, já que comportamentos anteriormente tidos como preguiça ou falta de educação são interpretados como sintomas de uma doença (Brzozowski, 2009, apud Brzozowski, & Diehl, 2013).

O diagnóstico pode ajudar para na troca de informações e comunicação, isto é, na obtenção de uma opinião coerente que, por sua vez, auxilia no manejo da análise e orienta a ação (Vieira, 2001 apud Vilhena & Rosa, 2012). Também, o diagnóstico, de maneira concreta, é utilizado em laudos de aposentadoria e invalidez (Vilhena & Rosa, 2012).

Assim, a Psiquiatria contemporânea consolidou, num método clínico estatístico, a estrutura diagnóstica. Embora essa visão admita que existem críticas para esse método, reiteram que não existe melhor alternativa e que este deveria ser aperfeiçoado, com diminuição dos vieses sociais e do erro padrão, ao invés de extinguido (Câmara, 2007).

No debate de defesa ou ataque ao diagnóstico psiquiátrico, é necessário examinar quais são os efeitos concretos que o diagnóstico psiquiátrico produz na vida das pessoas (Amarantes, 2008 apud Severo & Dimenstein, 2009). Mais que isso, também é preciso examinar os efeitos percebidos do diagnóstico pelo indivíduo diagnosticado.

Sobre isso, Foucault é crítico da noção que o doente não reconhece a própria condição e defende que a consciência da doença está sempre implicada na doença mental. Ademais, o doente significa sua condição, sendo que uma das dimensões primordiais da doença é exatamente o modo que o sujeito a aceita/recusa, a interpreta e a significa (Foucault, 1994). Assim, diferentes pessoas com vidas particulares relacionam-se de formas muito próprias com seus diagnósticos. Diante desse cenário complexo, questiona-se: como o diagnóstico psiquiátrico relaciona-se com a história de vida do indivíduo diagnosticado?

### 1.3 JUSTIFICATIVAS

#### 1.3.1 Sociais/políticas:

É importante investigar como um ou mais diagnósticos psiquiátricos relacionam-se com a vida do indivíduo a partir da perspectiva dos próprios participantes diagnosticados. Nesse sentido, também é necessário refletir sobre o que essas possíveis relações com o diagnóstico significam para a Psicologia, já que “ainda que não seja obrigatória, a presença de psicólogos nas equipes do CAPS é bastante frequente” (Assenheimer & Pegoraro, 2019, p. 140). De forma mais ampla, é preciso debater sobre as possíveis implicações do diagnóstico (e intervenções a partir dele) para um modelo de saúde mental que o engloba.

#### 1.3.2 Científicas:

Uma revisão da literatura foi realizada no dia 19 de novembro de 2021 na base de dados SCIELO. Filtrando a pesquisa para a área temática da Psicologia, não foram encontrados resultados utilizando os descritores “diagnóstico” e “sofrimento psíquico” em conjunto. Já com as palavras-chaves “diagnóstico” e “história de vida”, foram achados 19 artigos, mas nenhum relacionado ao tema específico.

Dito isso, foram encontrados 31 pesquisas com os descritores “diagnóstico” e “transtorno mental” e, destas, três eram relacionadas ao tema (isto é, colocavam em foco a fala sobre o diagnóstico em paciente). Entretanto, nenhuma delas utilizava o método de História de Vida. Por fim, com o descritor “loucura”, novamente delimitando à área da Psicologia, foram achados 105 artigos, mas nenhum deles conectava falas de pacientes ao método de História de Vida.

Dessa forma, foram identificadas pesquisas que discutem a fala dos pacientes situadas nesse assunto, mas não foi encontrado nenhum resultado com o recorte da perspectiva do paciente sobre seu diagnóstico a partir do método de História de Vida. Como é benéfico

explorar esse tema a partir de outras vias para compreender como as vidas das pessoas se relacionam e se modificam a partir do diagnóstico, é justificada a necessidade de elaborar pesquisas a partir desse método.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Geral

Compreender como o diagnóstico psiquiátrico relaciona-se com a história de vida do indivíduo.

### 1.4.2 Específicos

- Narrar a história de vida de indivíduos com diagnósticos psiquiátricos;
- Compreender os possíveis efeitos do diagnóstico psiquiátrico na trajetória de vida e na subjetividade do indivíduo;
- Compreender a utilização do diagnóstico no Centro de Atenção Psicossocial e o envolvimento do psicólogo na sua realização.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 PARTICIPANTES

Os seis participantes da pesquisa eram adultos usuários do CAPS II de São Carlos. Todos possuíam um ou mais diagnósticos psiquiátricos previstos no CID-10, ou então hipótese(s) diagnóstica(s).

O presente estudo não pretendeu investigar qual seria a conceituação de diagnóstico mais acertadas, ou se os diagnósticos seriam ou não precisos pelos critérios do modelo biomédico, mas, compreender como a história de vida do indivíduo relaciona-se com os diagnósticos (ou hipóteses diagnósticas) que lhes foram atribuídos em algum momento de sua vida.

Por isso, para fins dessa pesquisa, foram entrevistados usuários que receberam diagnósticos referente ao CID-10, uma vez que esse manual é o utilizado pelo CAPS e pelo resto da rede de saúde mental. Ademais, a versão número dez do manual foi empregada porque o CAPS II ainda não realizou a transição para o CID-11.

A quantidade de participantes se deu por saturação teórica. Essa ferramenta é comumente utilizada em pesquisas qualitativas situadas na área da saúde (Fontanella, Ricas &

Turato, 2008). Ademais, esse critério também é bastante usado em conjunto com entrevistas semiestruturadas (Rhiry-Cherques, 2009).

A saturação teórica pode ser definida como “momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado”, isto é, em que continuar a coleta dos dados não acrescentaria ao que já é conhecido sobre as categorias investigadas (Rhiry-Cherques, 2009, p. 21). Desse modo, é assumido que o ponto de saturação foi atingido (Rhiry-Cherques, 2009).

Na prática, é uma tarefa complexa encontrar o ponto de saturação e esse processo está sujeito a imprecisões (Fontanella, Ricas & Turato, 2008; Rhiry-Cherques, 2009). Isso porque interromper a coleta é uma decisão do pesquisador e esta é influenciada, entre outros, pelo recorte do objeto, referencial teórico utilizado e objetivos do estudo, além de fatores inconscientes (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Dito isso, é recomendado que sejam realizadas pelo menos seis observações (Rhiry-Cherques, 2009).

O presente estudo investiga a história de vida de cada um, que é única, assim como o relacionamento (ou não-relacionamento) que cada um estabeleceu com seu diagnóstico. Sendo assim, o ponto de saturação foi estabelecido a partir de uma repetição percebida nos discursos dos pacientes acerca de seus diagnósticos ou hipótese(s) diagnósticas.

Os critérios de inclusão foram: 1) possuir um ou mais diagnósticos de transtornos psiquiátricos previstos no CID-10 ou hipótese(s) diagnóstica; 2) ser usuário do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Mental) de São Carlos; 3) ter concordado em participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Outro participante foi um dos psicólogos do CAPS II de São Carlos, sendo essa entrevista considerada como complemento documental da pesquisa, realizada para compreender a utilização do diagnóstico psiquiátrico no CAPS II do ponto de vista contextualizado de um dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial nesse município.

Os critérios de inclusão foram: 1) ser psicólogo do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Mental) de São Carlos; 2) poder contribuir para a compreensão e funcionamento do uso de diagnósticos psiquiátricos que a unidade utiliza a partir do CID-10; 3) ter concordado em participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **2.2 INSTRUMENTOS**

### **2.2.1 Instrumentos de investigação**

Na pesquisa, foi utilizada a triangulação de métodos. Esse conceito foi usado por Campbell e Fiske, na Psicologia, em 1959 (Azevedo, 2013, p. 3). Naquele contexto, significava submeter resultados obtidos por meios quantitativos a testes empíricos. Foi Webb et al. (1966) que ampliou a ideia ao afirmar que utilizar diferentes fontes e análises para obter dados pode ser importante para melhorar a validade conferida aos resultados (apud Azevedo, 2013, p. 3).

Dessa forma, a triangulação consiste na combinação de métodos de pesquisa, “apropriados para levar em conta o máximo possível de aspectos distintos de um mesmo problema” (Flick, 2009, apud Tuzzo & Braga, 2016, p. 147), além de diferentes métodos de análise (Azevedo, 2013). Isso permitiria compreender melhor o fenômeno estudado (Tuzzo & Braga, 2016) e trazer novos pontos de vista, contribuindo para ampliação do conhecimento (Vergara 2006, apud Azevedo, 2013).

Os instrumentos utilizados para investigação foram duas entrevistas semiestruturadas (elaborados para a presente pesquisa pela pesquisadora) e documentos. A primeira entrevista buscava compreender a relação do diagnóstico psiquiátrico com a história de vida dos pacientes e, a segunda, compreender a utilização do diagnóstico no CAPS II e o papel do psicólogo nesse processo.

A entrevista envolve diálogo entre entrevistado e entrevistador (Souza, 2011, apud, Tuzzo & Braga, 2016). Poupart enumerou três argumentos comumente empregados para defender o uso de entrevistas em pesquisas qualitativas. O primeiro deles é o epistemológico, que defende que o instrumento possibilita apreender a experiência do participante, sendo que sua conduta somente poderia ser interpretada se fosse considerado a sua perspectiva, isto é, como ele significa sua ação (2012). Assim permite que o pesquisador faça “uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade” (Duarte, 2004, p. 215).

O segundo argumento é ético e político, que coloca a entrevista como acesso para entendimento das questões e dilemas sofridos pelos atores sociais. Isto é, evidencia (e denuncia) o preconceito, exclusão e discriminação de grupos considerados desviantes e contribui para dar voz a essas pessoas (Poupart, 2012). O próprio Poupart, inclusive, coloca os “doentes mentais” como exemplo desses grupos (2012).

Por fim, o terceiro argumento é o metodológico, e defende a entrevista como ferramenta que permite acesso das experiências dos atores sociais. Nesse sentido, ajuda a agrupar informações acerca de um grupo e, aqui, o indivíduo é considerado um representante de seu

grupo ou pelo menos uma parte dele (Poupart, 2012). Nesse sentido, permite a obtenção de dados por meio da “fala individual, a qual revela condições estruturais, sistema de valores e símbolos” (Minayo 1994, apud Lima, Almeida & Lima, 1999, p. 133).

Dessa maneira, como a pesquisa pretendia investigar como os participantes significavam sua realidade, focar na sua perspectiva acerca de sua própria história e, ao mesmo tempo, dar voz a integrantes de um grupo historicamente marginalizado e ainda muito discriminado, a entrevista foi escolhida como método de coleta de dados.

Em relação à entrevista ser estruturada, semiestruturada ou não estruturada, a semiestruturada foi escolhida, já que “o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador; ao mesmo tempo que permite respostas livres e espontâneas do informante, valoriza a atuação do entrevistador” (Trivños, 1987, apud Lima, Almeida & Lima, 1999, p. 133).

Nesse sentido, a entrevista possuía uma questão norteadora principal (“qual sua história de vida?”), além de outras voltadas para focalizar o relato do participante no objeto de investigação (relação com o diagnóstico). Dito isso, a pesquisadora fez diversas outras questões, não previstas inicialmente, com o intuito de aprofundar certos pontos citados pelos participantes, compreender melhor suas falas ou, por vezes, direcionar a entrevista em relação ao tema principal.

Por fim, foi empregada a análise documental, que envolve recolher dados em documentos (Tuzzo & Braga, 2016) e, segundo Medeiros, “compreende o levantamento de documentos que ainda não foram utilizados como base de uma pesquisa” (2000, p. 46). Foram utilizados dois tipos de documentos, sendo que o primeiro consiste nos prontuários dos usuários que aceitaram participar da pesquisa.

Documentos podem ser usados como elemento de prova (Tuzzo & Braga, 2016), mas, não foram adotados dessa maneira, aqui. Isto é, com a intenção de confrontar o relato da história do paciente com o que estava registrado no prontuário, procurando divergências para mapear o que seria sua biografia definitiva.

Na verdade, os documentos foram lidos para ajudar na compreensão da história do usuário e complementar seu relato. Também, foi interessante obter o ponto de vista biomédico (a partir de relatos de sessões, cartas e encaminhamentos, etc) sobre o caso, mas, somente na medida que este elucidou de forma ainda mais perceptível como o paciente interpreta e representa a própria história.

O segundo tipo de documento utilizado consistiu na entrevista com um dos psicólogos do CAPS II. Realmente, “a documentação direta compreende ainda a observação direta intensiva, cuja modalidade mais utilizada é a entrevista” (Medeiros, 2000, p. 46). Assim, a entrevista teve o propósito de compreender a regulamentação e o proceder relacionado ao diagnóstico psiquiátrico que o CAPS II utiliza e que influencia diretamente no usuário, além do papel específico do psicólogo nessa dinâmica.

### **2.2.2 Instrumentos de interpretação**

Foi utilizado, na pesquisa, o enfoque qualitativo que adota “multimétodos de investigação para o estudo de um fenômeno situado no local em que ocorre, e enfim, procurando tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a eles” (Chizzotti, 2003, p. 221).

Mesmo que tradições de pesquisa diferenciadas utilizem o título qualitativo, elas concordam que o “investigação dos fenômenos humanos, sempre saturados de razão, liberdade e vontade, estão possuídos de características específicas: criam e atribuem significados às coisas e às pessoas nas interações sociais e estas podem ser descritas e analisadas” (Chizzotti, 2003, p. 222).

Diferente da pesquisa quantitativa, a qualitativa não enfatiza estatística e a quantidade, mas sim a profundidade dos dados e a interpretação (Tuzzo & Braga, 2016), sendo que, dentre outras funções, os resultados obtidos a partir de uma pesquisa qualitativa pode ser adequado a indivíduos ou grupos que possuem similaridades com os investigados (Rhiry-Cherques, 2009).

O pesquisador está implicado nesse tipo de pesquisa e, nesse estudo, também se expressa na medida que a pesquisadora fazia estágio obrigatório no CAPS II na época da coleta de dados. Dos seis usuários que entrevistei, acompanhei algumas de suas sessões de psicoterapia individual de um, um encontrei diversas vezes na ambiência enquanto preenchia prontuários e conversei sobre suas dificuldades atuais e sobre o tempo, participei de discussões de casos em plantões e supervisões de outros e conversei sobre com os profissionais que os atendia.

Nesse sentido, alguns eu conheci no dia que a entrevista estava marcada, outros eu já conhecia há meses. Alguns casos eu ouvia sobre as intervenções aplicadas, outros eu participava das intervenções diretamente (mais especificamente, por meio do acompanhamento de psicoterapia individual). Já tinha ouvido uma parcela da história de vida da maioria deles e, dito isso, foi uma experiência única ouvi-las deles próprios, em um contexto novo.

O instrumento para analisar as entrevistas dos usuários foi História de Vida, em que o participante possui liberdade para “dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador”, partindo da ideia de que o melhor caminho para compreender “a experiência e perspectiva de um indivíduo” é “através da própria voz da pessoa” (Santos & Santos, 2008, p. 715).

Por isso, como era do interesse do estudo entender a narrativa do indivíduo sobre seu próprio diagnóstico, esse método foi eleito, já que fornece “riqueza de detalhes sobre o tema” e “permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa” (Santos & Santos, 2008, p. 715). Importante frisar que, nos “resultados e discussão”, os relatos e falas dos entrevistados foram escritas de forma a aproximar-se da linguagem que eles mesmo utilizaram, partindo do entendimento de que a linguagem usada também expressa a história de vida de cada um.

Nas entrevistas com os usuários, também foi aplicada análise temática que permite “apreender os núcleos de sentido (temas) contidos nas entrevistas” (Santos & Santos, 2008, p. 718). Isto é, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1977, apud Santos & Santos, 2008, p. 717).

Já a análise dos documentos (gravações das entrevistas com os profissionais do CAPS II e os prontuários dos usuários) foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, geralmente utilizada para esse fim (Silva, Almeida & Guindani, 2009). A análise de conteúdo “pressupõe [...] que um texto contém sentidos e significados, patentes ou ocultos, que podem ser apreendidos [...] decompondo-se o conteúdo do documento em fragmentos mais simples, que revelem sutilezas contidas em um texto”. (Chizzotti, 2006, apud Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009, p. 11).

### **2.3 PROCEDIMENTOS**

A pesquisadora entrou em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos por telefone, explicou o estudo e enviou o projeto por e-mail. Depois, foi presencialmente ao local para receber uma carta de autorização assinada, que possibilitava a atuação na rede de São Carlos, a condução das entrevistas e o acesso aos prontuários dos participantes. O recrutamento ocorreu no CAPS II.

O estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 1 57380322.8.0000.5504) e iniciou-se a coleta

dos dados. A pesquisadora, que já conhecia a equipe devido ao estágio, entregou a autorização da Secretaria para a coordenadora do local e, em uma reunião de equipe, pediu ajuda dos profissionais para decidir quais usuários poderiam ser abordados.

Nesse sentido, a indicação dos profissionais seguiu critérios que poderiam ser lidos como subjetivos, mas que, na verdade, eram fundamentados na técnica e no aspecto terapêutico de cada profissão. Isto é, não recomendaram pacientes que estavam prestes a ser internado, não estava muito consciente de si, ou em um momento de suas trajetórias no tratamento que ainda não pareciam preparados para refletir sobre sua história/diagnóstico.

Todas as opiniões foram respeitadas, valorizando o conhecimento dos técnicos e bem-estar dos pacientes. Outros ainda não foram entrevistados porque tinham recebido alta, ou participavam de nenhuma atividade do serviço a vários anos. Dois convidados não aceitaram participar.

O momento de recrutamento envolvia um convite informal à pesquisa (com apresentação da pesquisadora, explicação breve e geral da pesquisa e sempre com a mediação de um profissional) no próprio serviço. Então, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas individualmente, de forma presencial (os participantes poderiam ser chamados para participar de mais de uma entrevista, mas, esse não foi o caso para nenhum deles).

Todas as entrevistas ocorreram no ambiente do CAPS, em salas fechadas, liberado pela equipe para uso. Todas as vezes, os participantes já estavam no serviço para realização de alguma atividade quando foram recrutados e entrevistados, sendo que ficaram mais tempo ou chegaram mais cedo ao CAPS II para condução da entrevista.

Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, era reforçado o pedido para gravar as entrevistas. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas pela própria pesquisadora, organizadas por meio da Análise Temática e analisadas segundo o método de História de Vida.

Ademais, como pesquisa documental, foi utilizada a entrevista com o profissional do CAPS e prontuários, fornecidos pelo CAPS II, dos usuários que participaram da pesquisa. Os prontuários foram acessados em diferentes dias e lidos de forma concomitante à coleta, mas, sempre depois da entrevista daquele participante.

Um dos psicólogos do local foi convidado para falar sobre o procedimento do CAPS relacionado ao diagnóstico psiquiátrico. Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada uma entrevista semiestruturada, de forma presencial, no próprio CAPS II. A entrevista foi gravada transcrita pela própria pesquisadora e – assim como

os prontuários – analisadas segundo o método de Análise de Conteúdo. Finalmente, os resultados foram confrontados com a literatura já existente e discutidos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entrevistados pacientes que possuem diversos diagnósticos ou hipóteses diagnósticas. A primeira sessão, focada na história de vida dos entrevistados, relaciona-se intimamente com a segunda sessão, focada nas categorias organizadas a partir de suas falas. Como Vicente disse em sua entrevista: “para mim entender o presente, eu tenho que conhecer o passado da minha vida, porque que eu tô assim, porque eu sou assim, porque toda minha vida tá assim”.

A primeira e principal pergunta da entrevista era “conte-me sua história”. Os relatos foram escritos de tal maneira que, por vezes, aproxima-se da linguagem utilizada pelo participante. Por exemplo: quando Sebastian afirma que “virou nerd”, “nerd” foi o termo exato utilizado por ele. Assim, os acontecimentos descritos pelos entrevistados, muitas vezes, mesclam-se com os significados atribuídos a eles. Isso porque mudar de estado, seguir uma religião ou então estudar é percebido de maneira diferente por cada um. Dessa forma, esses sentidos atribuídos aos acontecimentos, assim como os termos e vocabulários utilizados, foram inseridos para ajudar na compreensão da história de vida relatada.

Ademais, ao longo do processo de coleta, chamou atenção por qual fato ou período cada entrevistado escolheu para iniciar o relato de sua história, ou então no que centralizaram seus relatos. Por isso, esses momentos também foram ressaltados.

#### *I – As histórias*

##### *A história de Vicente*

Vicente, de 35 anos, batizando na igreja católica, afirmou que, na infância, era normal, tinha amigos, alguns irmãos e era próximo da mãe. Em contraste com o relato de que tinha facilidade de fazer amigos na infância, também afirmou que tinha dificuldade para se enturmar, porque era tímido, quieto e fechado.

Com uns 11 anos de idade, por influência de um parente da família, passou a seguir a religião cristã protestante e virou um fanático. Tinha preconceito contra o catolicismo, seus seguidores e o papa, que seria a própria besta. Sua semana inteira era dedicada à igreja e não podia fazer nada, como ir ao cinema e festas, ouvir músicas ou ter amizade com pessoas pagãs,

pois tudo isso era pecado e ele iria para o inferno. Assim, afirmou que não teve adolescência e que ficou doente, com pânico de passar em frente a uma igreja católica. Afastou-se das pessoas, como vizinhos e amigos e pensa que a religião o piorou ao invés de tê-lo tornado uma pessoa melhor.

Aos 18 anos, quando não estava aguentando mais, foi procurar ajuda psicológica em um serviço de saúde e foi encaminhado para o CAPS II. Foi internado no Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel, medicado, retirado do local pelos pais depois de um mês e encaminhado para o CAPS novamente. Depois, tentando reingressar na sociedade, voltou para a escola e estava fazendo supletivo, mas, foi vítima de homofobia e bullying, o que destruiu seus psicológico e fez sair da escola, desistir de tudo e se isolar.

Definiu sua mãe como seu porto seguro, alguém que o ajudava, fazia tudo por ele e que dava vida e felicidade à sua casa. Na década de 2000, ela adoeceu, assim como seu pai, que ficou acamado. Na década de 2010, sua mãe morreu, o que causou sofrimento intenso, um buraco em seu espírito, no seu psicológico e ele nunca se recuperou de sua perda. Seu pai ficou acamado por mais de uma década e morreu há alguns anos, o que também causou sofrimento e o deixou sentindo-se completamente sozinho.

Nunca entrou no mercado de trabalho, o que considera muito triste, nunca teve fonte de renda, às vezes mendiga para comer e se vestir, já passou fome e todas as roupas que tem são de doação. Com a ajuda da assistente social do CRAS, espera receber algum benefício do governo. Há alguns meses, está esperando o resultado do encaminhamento para o bolsa família e, há pouco tempo, uma proposta de aposentadoria para o INSS foi enviada. Desde a época que tinha voltado para a escola, seu fanatismo religioso melhorou bastante graças a ele mesmo, que começou a pensar positivamente, mas, ainda está na igreja e não se recuperou totalmente como queria.

Atualmente, mora sozinho na casa que era de seus pais, não tem nenhum colega ou amigo e diz que os irmãos nunca o ajudaram em nada, nem com um conselho e não se importam com ele, então, ficou completamente sozinho. Definiu sua rotina como difícil, não faz nada e, como não gosta de ficar em casa, anda, fica sentado em uma praça, vai para a cidade, para o centro, tentando, nem viver, mas, sobreviver. Relata que sua vida não deu certo, não floresceu, só foi muito, muito sofrimento e uma tragédia.

### *A história de Lara*

Lara, de 18 anos, sempre foi uma criança ativa, gostava de ir para a escola e estudar e tinha bastante amigos. A relação com os pais era tranquila, mas, seu pai é alcoólatra. Na infância, Lara foi para o psiquiatra e tomou remédios devido à compulsão alimentar e ansiedade, mas, parou depois de alguns meses devido a remissão dos sintomas. Atualmente, está no ensino médio e nunca trabalhou. Gosta de jogar, desenhar, conversar com amigos e ir a festas. Aos 17 anos, teve um relacionamento com um menino, que durou alguns meses. Quando estava com ele, fumava cigarro e bebia muito, um hábito que não possuía antes. Esse relacionamento envolvia manipulação e abusos sexuais pela parte dele.

No final de 2021, terminou esse namoro e começou a sentir muito estresse, tristeza e a ouvir vozes. Depois de poucos meses, foi levada para UPA e encaminhada para um hospital geral, onde ficou internada. Foi internada novamente alguns meses depois, relatou alucinar após presenciar a cena de um acidente de carro. No hospital, recebeu o diagnóstico de bipolaridade. Assim, aos 17 anos, foi encaminhada para o CAPS infante-juvenil, onde foi acompanhada por pouco tempo e, quando fez 18 anos, foi para o CAPS II, onde faz acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

#### *A história de Isis*

Isis, de 47 anos, tem uma irmã e teve infância tranquila, mas, com altos e baixos no aspecto financeiro. Seu pai faleceu há cerca de duas décadas. Até seus 30 anos, ela fazia faxina na casa de sua tia e ganhava um dinheiro. Como não tinha poder aquisitivo para fazer uma faculdade, ficou prestando uma universidade pública. Então, sua família alugou as duas casas que possuíam na sua cidade e vieram para o interior para que ela e irmã fizessem uma faculdade particular mais barata e, assim, fez sua graduação.

Já formada, voltou para sua cidade e pretendia usar suas casas para trabalhar. Seu inquilino tinha arrebitado as casas de sua família e, quando foram para a imobiliária para que ele arrumasse, sofreram uma ameaça de morte da sua vizinha da frente, que era traficante de drogas. Tentaram vender as casas, mas, em toda imobiliária que as colocavam, não conseguiam vender. Por isso, tiveram que vendê-las para a vizinha da frente por uma ninharia. Assim, na década passada, ela e sua família mudaram-se para São Carlos.

Começou a trabalhar e, depois a estudar 18 horas por dia para passar em um concurso público. Utilizava computadores de um local público, para poupar internet. Um dia, há alguns anos, uma mulher entrou no local e falou seu nome, que era o mesmo da vizinha que a tinha ameaçado, o que a fez se sentir perseguida e começar a ouvir vozes. Tratou somente com

psiquiatra e medicações. Depois de cerca de 2 anos, uma parente estava reformando sua casa e seus pedreiros estavam desviando materiais da obra. Isis foi até a delegacia, mas, recebeu a informação que a parente precisaria fazer a denúncia, o que ela se recusou a fazer. Assim, teve seu segundo surto, quando desmontou sua estante inteira de livros, e ficou no Cairbar por 20 dias.

Atualmente, faz todos os serviços de uma dona de casa. É solteira, mora com a mãe e a irmã. Não trabalha, sendo que a renda da família consiste na aposentadoria e pensão da mãe. Faz acompanhamento psiquiátrico e psicológico no CAPS II.

### *A história de Sebastian*

Sebastian, de 20 anos, morava com a mãe, a avó e irmãos na infância. Não tem contato com o pai biológico. Depois que sua mãe casou com seu padrasto, começaram os problemas em sua vida. Seu padrasto era explosivo, controlador e machista. Na sua casa, as brigas entre a mãe e o padrasto eram constantes e o barulho dificultava a concentração nos estudos. Passava nervoso na escola porque sofria *bullying*, ficava triste e, às vezes, ia embora chorando. Descreve sua adolescência como escola e casa, já que só conversava com amigos na escola, até porque não tinha celular para manter contato com eles.

Mudou-se de casa e de escola algumas vezes. As mudanças, as brigas e sua solidão atrapalharam seus estudos, começou a ir mal na escola, faltar bastante, não queria fazer nada, só dormir, passou nervoso e sua ansiedade piorou. Fazia um curso que era o único lugar tranquilo para ele, porque fez amigos, fora do ambiente de estudo, que conseguia se abrir e conversar. Seu curso ajeitou uma entrevista de emprego para ele devido a parcerias. Conseguiu a vaga e começou a trabalhar em uma empresa, sendo que era o único da sua casa que trabalhava. Passou bastante dificuldade com seu chefe, que era rígido e o xingava.

Sentia o estresse do trabalho e de casa, já que seu padrasto e parentes, que foram morar em sua casa, bebiam todos os dias, e discutiam entre si, inclusive se agrediam fisicamente. Tinha baixa autoestima e, nessa época, perdeu um pouco a vontade de viver. Faltava à escola, não estava com cabeça para ir, estava sem paciência. Então, um dia, há alguns anos, estava bastante estressado e triste e tentou suicídio com remédios, acordou na UTI e só lembra das pessoas o visitando. Ficou semanas esperando uma vaga em um hospital geral, onde, por sua vez, ficou 1 mês, enquanto testavam remédios.

Enquanto isso, continuava recebendo seu salário e, no emprego, tinham aceitado bem sua ausência, acompanhando para ver se ele melhorava. Conheceu pessoas na clínica e ficou

amigo de um deles, às vezes, saíam juntos e se apoiavam. Quando essa pessoa mudou de cidade, ficou sozinho novamente e pediu ajuda porque tinha medo de tentar se matar novamente. Por algumas semanas, ficou internado em um hospital geral e também já foi internado mais uma outra vez no mesmo local. Desde então, toma remédios e não consegue se lembrar de muita coisa, acha que talvez a memória se esvai por causa dos remédios.

Lembra que, em casa, continuava o mesmo estresse, mas as brigas entre o padrasto e a mãe pioraram. Depois, Sebastian pediu demissão do seu emprego, porque não achava justo continuarem pagando seu salário com a esperança de que ele voltaria a trabalhar para eles. Ainda mora com a família. Terminou o ensino médio e não trabalha no momento, sendo que a renda da família consiste em bicos. Atualmente, acorda cedo para tomar remédio, toma café, dorme, acorda meio-dia, almoça e depois seu dia depende se vai sair de casa ou não, geralmente fica na cama dormindo a tarde, mas tenta sair, ir para uma praça e fazer um exercício físico. Tem participado da ambiência e acompanhamento psiquiátrico no CAPS II.

#### *A história de Alexandre*

Alexandre, de 46 anos, nasceu em um estado do Sul do País, tem alguns irmãos e morava com eles, junto com seu pai e mãe. Na infância, começou a trabalhar na roça e também estudava à noite. No trabalho, cortava ração para animal, fazia sericultura, seda, agropecuária e era muito serviço. Na juventude, fez faculdade e seu pai faleceu. Mudou-se com a família para São Carlos porque havia mais oportunidade de emprego.

Em São Carlos, começou a morar sozinho e a trabalhar em empresas, na sua área, mas, também, como mão de obra, quando precisavam. Desde o começo da década de 2000, faz tratamento no CAPS II, mas, ao longo dos anos, teve momentos que só ia para pegar o medicamento, além de um período que ficou afastado por alguns anos. Voltou de forma mais consistente durante a pandemia, quando foi demitido da empresa em que trabalhava. Está sem renda no momento, não está recebendo da previdência, mas, está esperando uma resposta em conjunto com a assistente social do CAPS.

É solteiro, mas, já teve um relacionamento que durou quase uma década. Assume que é pai biológico, isto é, relacionou-se com mulheres viúvas que queriam a oportunidade de ter um filho, não tinham um par ideal e o escolheram para ser o pai, mas, sem que ele soubesse. Não sabe quantos filhos tem, mas, sabe que é um número bom. Conhece alguns que conversam com ele. Depois que as crianças cresceram, vieram contar para Alexandre e, pelas palavras das crianças, ele tem certeza que são seus filhos.

Atualmente, mora sozinho e, sobre amizades, está tendo agora que está no CAPS, mas, amizade sincera mesmo tem dentro da empresa que trabalhava, que ficavam horas ao seu lado. Durante 4 dias da semana, acorda, faz café da manhã e vai para o CAPS, onde tem contato com a assistente social e participa da ambiência. Depois que chega em casa, a limpa, janta e vai dormir. Define sua rotina como sendo o tratamento.

*As histórias de Emanuel, Ezequiel, Elias entre outros, segundo Ezequiel*

Emanuel não soube dizer sua idade, afirmou que possui várias histórias de vida. Contou que a pesquisadora estava falando, na verdade, com Ezequiel, apesar de estar acostumado com as pessoas discordarem. Tem alguns irmãos e era responsável por cuidar dos demais na infância.

Possui diversas personalidades, criadas ao longo da vida. Não sabe dizer se já sofreu abuso sexual quando criança, mas seus pais faziam sexo nas frentes dos filhos e ele precisava fingir que estava dormindo. Sua infância foi violenta, uma vez que seu pai e mãe faziam uso de álcool. Existem relatos que seu pai era amoroso, mas, sua versão é de que era violento. Seu pai sempre falava que as pessoas eram melhores que ele, o que o levou a empenhar-se para provar que ele estava errado. Desde cedo, estava envolvido com um trabalho braçal, porque o pai queria mantê-lo longe dos irmãos, por ser julgado uma má influência, e, também, porque acreditava que ser homem era acordar cedo, sair e voltar à noite.

Já os irmãos os culpavam das brigas na família, fizeram com que ele perdesse seus amigos, isolando-o. Ao ser isolado, começou a imaginar amigos, que se tornaram mais do que sua imaginação. Na infância, viu sua mãe entrando no carro de outro homem e contou para seu pai, porque preocupou-se com ela, não entendia que era seu amante. Sua mãe tentou convencer seu pai de que Emanuel possuía uma deficiência mental e que precisava ser internado para conseguir se esquivar do ocorrido. Até hoje, não sabe dizer se o episódio que presenciou foi realidade ou sonho. Devido ao ocorrido, o expulsaram de casa e o mandaram para morar com um parente. Nesse dia, Elias foi criado, personalidade que eventualmente conseguiu voltar para casa.

Cada personalidade está no corpo por um período limitado de tempo. Assim, cada uma é uma pessoa diferente, com um passado, preferências, memórias e sentimentos próprios, além de vidas próprias. Por isso, sua vida é muito difícil. Por exemplo, não lembra de sua adolescência e nem um momento sequer do seu primeiro casamento. Casou-se novamente há mais de uma década e tem um filho, mas essa é a família de Emanuel, não sua. Na sua cabeça, seu pai faleceu há semanas, mas, segundo a esposa, faz anos. Um dos irmãos parou de falar

com ele porque teve um conflito com outra personalidade e um outro irmão acreditava que ele tinha demônio dentro dele. Atualmente, não mantém contato com a família, porque acredita que esse contato é irrelevante, apesar de Emanuel manter. Não tem amigos, nem Elias, enquanto Emanuel possui um.

Emanuel parou de estudar e Ezequiel julgava inferior seu emprego, então graduou-se e trabalha na sua área. Sua rotina atual depende de qual personalidade está no corpo: ele somente trabalha, Emanuel passa tempo com a família, Elias só fica deitado no quarto com a luz apagada. Procurou atendimento mais sério depois que uma das personalidades fez um ato ilegal. Faz acompanhamento psicológico no CAPS II e psiquiátrico, na rede privada, há alguns anos. Isto é, algumas personalidades fazem o acompanhamento e nem sempre com mesmo objetivo. Enquanto Emanuel quer se livrar das outras personalidades, Ezequiel quer aprender a conviver com elas.

## *II – As categorias*

A partir das entrevistas, foram construídas as categorias e subcategorias: 1) O transtorno mental; subcategorias: 1.1 Definições; 1.2 Causas; 1.3 Efeitos; 2) O diagnóstico; subcategorias: 2.1 De acordo com os profissionais; 2.2 De acordo com o paciente; 2.3 De acordo com os profissionais, segundo o paciente; 2.4 Os benefícios; 2.5 Os malefícios; 3) O hospital psiquiátrico; 4) O tratamento; subcategorias: 4.1 De acordo com os prontuários do CAPS; 4.2 De acordo com o paciente; 4.3 A Psicologia; 5) O futuro.

### *1. O transtorno mental*

Essa categoria recebeu esse nome não como uma maneira de declarar que os participantes possuem transtorno mental, como se a doença fosse uma “essência natural manifestada por sintomas específicos” (Foucault, 1994, p. 9). Isto é, como se, por detrás de sintomas, existisse a entidade “esquizofrenia”, por exemplo. E que, se assim fosse, seria averiguado se e como os entrevistados preenchem, com definições, os sintomas que circunscrevem essa entidade já estabelecida. Na verdade, a categoria é nomeada desse modo para chamar a atenção para como os participantes significam o “que os faz sofrer” (Leriche, apud Canguilhem, 1995, p. 67) e que o manual, por sua vez, lista em forma de sintomas e comportamentos, denomina “transtorno mental” e utiliza para estabelecer um diagnóstico (OMS, 1993).

### *1.1 Definições*

Essa subcategoria busca apreender as respostas e sentidos, ao longo das entrevistas, apresentadas para os principais questionamentos: “Em que momento você começou a perceber que não se sentia bem?” Como você entende o que sente?” e “Como você se vê/se descreve?”. As respostas que, de fato, foram relacionadas com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) apresentaram correspondência com os diagnósticos ou hipóteses diagnósticas que estavam nos prontuários.

Vicente afirmou que é doente: “é difícil [...] no meu caso quando você sofre de transtornos mentais, doenças mentais, psicológica, emocionais” e “eu tenho transtorno mental porque eu percebo, eu sinto [...] não tem como ser normal meu jeito [...] eu não sou normal”. Ao longo da entrevista, ficou evidente que o usuário define o que o faz sofrer pelos efeitos em sua vida, além de outros eventos, que serão tratados nessa mesma categoria, adiante. Inclusive, é possível perceber esse processo no relato de vários participantes, assim, a separação de definição e efeito é, de certa forma, somente didática. Por exemplo, quando Sebastian relata tristeza, para a CID-10, é sintoma, mas também efeito.

Sebastian, ao contar sua história, relatava como se sentia diante dos acontecimentos de sua vida. Definiu-se como quieto e afirmou que se achava diferente das outras pessoas porque ficava isolado e era antissocial. Sentiu, ao longo do tempo, bastante tristeza, desânimo, nervoso, um stress que “acabava” com ele, ia o destruindo e que foi acumulando, falta de paz, perda do prazer em atividade, da autoestima e um pouco da vontade de viver: “fiquei muito cinza, não via mais esperança, vi que não tava certo”. A CID-10 sistematiza o relato de Sebastian em episódios de rebaixamento do humor, além da diminuição de energia e atividade, sem a presença de elevação do humor (OMS, 1993).

Emanoel, na entrevista, avisou: “eu espero que você entenda com qual você tá falando”. Explicou que a pesquisadora, na verdade, não estava entrevistando Emanoel, mas, Ezequiel, uma das 16 personalidades (incluindo Emanoel) que possui. Conhece mesmo 3 ou 4 delas, o resto chama de “visita”, então, cada uma possui acesso ao corpo por períodos desiguais e elas aparecem de acordo com gatilhos, por exemplo, Elias “vem” em caso de algum tipo de pânico. Na mudança de quem está a “frente” do corpo, ele fica zozzo durante um curto período de tempo, começa a se desligar e não conseguir mais raciocinar, até chegar o momento de um apagão.

Na CID – 10, sua vivência é descrita como “a perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas e

controle dos movimentos corporais” (OMS, 1993, p. 149). Ademais, é comprometida a capacidade que a maioria das pessoas possui de exercer controle consciente e também seletivo, sendo que esse comprometimento pode variar de acordo com o dia ou até mesmo a hora. Mais especificamente, o manual afirma que, aparentemente, existem duas ou mais personalidades diferentes em uma pessoa, elas não possuem acesso às memórias umas das outras e aparecem uma por vez (OMS, 1993).

Ezequiel sempre soube que “tinha mais gente antes de um laudo psiquiátrico”, já que “desde a infância gente conversa entre a gente”, então sempre acreditou ser diferente das outras pessoas e, na sua vida inteira, nunca se sentiu bem. Em um momento, disse que: “outros chamam de loucura, eu chamo de aperfeiçoamento [...] somos uma evolução”. Em outro: “entendo, sim, como uma doença. Outros [outras personalidades] não vão entender desse jeito [...] eu tô pensando, se eu tô conversando com você, eu tenho uma vida. É uma doença, é, mas, também é uma vida” e “o que eu sinto é normal como qualquer pessoa”.

Ainda: “os outros chamam de doença, eu prefiro não ver por esse lado, eu acredito que seja mais uma sociedade”, porque: “consigo conviver com outras pessoas [...] por mais que eu queira ser livre, eu sempre vou tá dependendo de um ou do outro, infelizmente”. Já Elias: “não quer nem saber se isso doença ou não, o importante é que ele vive”. Ainda, Ezequiel não se considera um humano: “os humanos são as pessoas normais igual você [pesquisadora], que é só você, você não tem mais ninguém dentro de você”.

Goffman diferenciou a identidade social, pessoal e do eu, sendo as identidades social e pessoal parte das definições que outras pessoas atribuem ao indivíduo (1963/2008). A identidade social é constituída por pessoas que não conhecem o indivíduo em questão e só sabem sobre ele a partir de outras fontes, enquanto a identidade pessoal é “formada com base no que se constrói a respeito das pessoas, por meio das suas histórias de vida” (Goffman, 2008, apud Nascimento, Brêda & Albuquerque, 2015).

Já a identidade do eu, segundo Goffman, é “uma questão subjetiva e reflexiva que deve necessariamente ser experimentada pelo indivíduo cuja identidade está em jogo” (1963/2008, p. 116). O autor reconhece que o indivíduo possui liberdade para elaborar a imagem que possui sobre si, mas também afirma que essa imagem é construída “a partir do mesmo material do qual as outras pessoas já construíram a sua identificação pessoal e social” (Goffman, 1963/2008, p. 116).

Nesse sentido, Ezequiel define de diversas maneiras o que o faz sofrer: aperfeiçoamento, doença, vida, sociedade, ou, então, afirma que uma definição nem é importante (no caso de

Elias). Pensando na história de vida do paciente, sua mãe quis convencer seu pai que ele possuía uma “deficiência mental”, ouviu que quem faz tratamento no CAPS é “retardado”, já teve uma bíblia esfregada em seu rosto, por seu irmão, porque teria demônios dentro de si e é diagnosticado a partir de um manual que afirma haver controvérsia se o fenômeno vivenciado por ele seria iatrogênico ou então especificamente cultural (OMS, 1993).

Dessa maneira, em relação a identidade do eu de Ezequiel, ele possui uma imagem de si elaborada por ele mesmo, mas que é influenciada pelas suas identidades social e pessoal que também foram constituídas por outras pessoas. Ainda, diferentes personalidades possuem memórias e histórias de vida únicas, isto é, poderia ser dito que cada uma possui uma própria identidade do eu. Esse processo parece influenciar diretamente nas múltiplas e, por vezes, conflituosas definições sobre o que faz Ezequiel sofrer.

O relato de Ezequiel é especialmente interessante a partir de perspectiva da história de vida, que explora a perspectiva e a experiência de um indivíduo (Santos & Santos, 2008), porque possui várias histórias de vidas, diferentes perspectivas, crenças, além de uma “memória picada”, como definiu. Poderia ser feita a leitura que Ezequiel passou por diversas experiências das quais não participou de fato, então não seria o “relator privilegiado” de sua história. No início, a pesquisadora conduziu a entrevista da maneira habitual, tentando rastrear os acontecimentos de sua vida e encaixá-los em uma ordem cronológica. Ezequiel, questionado sobre datas, disse: “qualquer tipo de data eu chego numa aproximação, se eu soubesse que ia ter umas perguntas assim eu teria pedido pra minha esposa me acompanhar, porque é ela que responde” e, depois: “não lembro, acho você pegou a pessoa errada pra essa entrevista”.

A pesquisadora o tranquilizou, afirmou que queria saber sua história, sua percepção e ele retrucou: “não, porque eu tenho muita lacuna” e foi respondido: “eu quero sua percepção, se ela tem lacunas, é essa versão que eu quero”. A partir desse momento, a pesquisadora passou a priorizar a visão de mundo do entrevistado (Anderson & Goolishian, 1998, apud Vera Filho, 2001), e a ouvir sua história da maneira que ele lembrou, da maneira que a viveu, porque poderia ouvi-la de sua esposa ou ler (somente) em seu prontuário, mas ele era a pessoa certa para fazer o relato.

Já Lara contou que, desde pequena, tinha problemas para dormir e, se algo a empolava, passava mal. Mais recentemente, passou por dois episódios, que se referiu como “crises”. Na primeira, sentiu muito estresse “por nada”, tristeza, não conseguia tomar banho ou sair de casa, tremia de nervoso, escutava vozes e estava com os pensamentos acelerados. Falava que precisava de ajuda, gritava e chorava. Na segunda, sentiu desespero, estava “fora de si”, tentou

bater em seus parentes e quebrar o para-brisa do carro: “avançava em todo mundo que tava na minha frente, parecia um bicho mesmo”. Ademais, teve alucinações com um parente e ouvia risadas.

Isis também relatou ouvir vozes: “comecei a me sentir vigiada, perseguida, assustada”, o que a levou a ter “tipo uma psicose”. Antes de ouvir as vozes, sentia-se: “tão igual, tão comum”, mas agora: “tô me sentindo diferente das outras pessoas, porque nenhuma pessoa sai por aí ouvindo vozes, né”. Relatou sobre dois episódios que chamou de “surto”, sendo que, no segundo, sentiu muito stress: “cheguei em casa e comecei a tirar todos os meus livros [...] da estante [...] desmontei a minha estante inteira de livros e esparramei na minha cama”.

Por meio dos termos “crise”, “alucinações auditivas” e “delírios”, Lara demonstra que o discurso psiquiátrico está inscrito no seu próprio, que envolveu listar sintomatologias (Lara, 2015). A CID-10 sistematiza o relato de Lara e de Isis em, pelo menos, dois episódios de alteração significativa de humor e níveis de atividade. Em alguns momentos, aumento de energia e elevação do humor, enquanto, em outros, diminuição de energia e de atividade (OMS, 1993). É interessante notar que esse agrupamento de sintomas é o mesmo, apesar das histórias de Lara e Isis serem muito diferentes.

Realmente, a expectativa da psicopatologia é descrever sintomas e a experiência do indivíduo em relação com o mundo (Stanghellini & Broome, 2014, apud Pondé, 2018). Dito isso, um foco único nos sintomas apontaria para a perspectiva errônea de que Lara e Isis, por exemplo, deveriam receber o mesmo tratamento, porque seus sintomas seriam equivalentes. Assim, é preciso que não seja perdido de vista a subjetividade do paciente e a forma particular que experiencia o fenômeno vivido por ele (Stanghellini & Broome, 2014, apud Pondé, 2018). Nesse sentido, “quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual” (Canguilhem, 1995, p. 65)

Por fim, Alexandre, ao longo da entrevista, relatou insônia, cansaço físico e algumas crises. Disse que está em tratamento “do psiquiatra, de insônia e psiquiatria”. Pela utilização de termos como “psiquiatria” e “crises”, existe uma evocação do discurso médico, assim como Lara. Dito isso, “insônia” e “cansaço físico” não são descritos como sintomas de sua hipótese diagnóstica na CID-10 (OMS, 1993). Afirma também: “tenho transtorno, mas é coisa da vida, faz parte da vida, eu não esquento a cabeça com isso não, já tô acostumado, 22 anos venho tratando já” e “agora eu tô bem, eu me encontro bem”. Não se acha diferente de outras pessoas: “acho que tem gente que nem eu também, tem muita gente boa nesse mundo”.

Todos os 6 entrevistados falaram sobre serem ou estarem doentes, em uma perspectiva, de alguma forma, negativa. Dos 6 entrevistados, 5 (exceto Alexandre), acreditam que são diferentes das outras pessoas, ou que não são normais. Principalmente no discurso de Isis é possível perceber que o conceito de “normal” está ligado à regra, no sentido de como deve ser, e também relacionado a maioria que é encontrada, isto é, a média (Canguilhem, 1995). Para Canguilhem (1995), “o anormal não é o patológico” (p. 43). Dito isso, os participantes associaram serem “diferentes” com sofrimento e o sofrimento, sim, está associado ao patológico (Canguilhem, 1995).

A fala de Alexandre, afirmando que possui “transtorno”, mas, que não se acha diferente de outros porque existem muitas pessoas que nem ele, remonta a ideia de Canguilhem (1995), sobre o patológico ser uma espécie do normal, uma vez que “o anormal não é aquilo que não é normal, e sim aquilo que é um normal diferente” (p. 164). Sua fala também contraria a ideia de saúde como ideal e o patológico como desvio (Berlinguer, 1988), ao afirmar que existem pessoas boas no mundo, que nem ele. Nessa perspectiva, saúde e doença seriam parte de um processo único, isto é, a doença seria um dos aspectos da vida, mesmo que o aspecto negativo prevaleça (Berlinguer, 1988).

Além disso, Alexandre também disse ter “falta de comportamento como cidadão”: “de andar mal vestido [...] não tá tomando um banho, não ter cortado a barba, tirar a barba direitinho, ter uma aparência mais adequada, comer, se alimentar”, sendo que: “é onde dá as críticas”. Essas críticas vinham de: “parte da família, os parentes, os vizinhos também falavam um monte [...] às vezes, a crítica é construtiva, às vezes, atrapalha e às vezes, ameniza”.

Assim, se define a partir da percepção do outro, o que pode ser entendido a luz do conceito de estigma, sendo que um dos grandes estudiosos sobre o assunto é Goffman. Segundo ele, existem sinais que provocam “reações estigmatizantes” das pessoas, sendo elas aspectos físicos, como poucos cuidados de higiene (que é o caso de Alexandre), sintomas de transtorno mental, como comportamento bizarro, e déficit de competências sociais, como temas de conversas inapropriados (1963, apud Pereira et al., 2022, p. 386).

É possível observar que existem explicações múltiplas e diversas para o que faz cada entrevistado sofrer, mesmo para os que são diagnosticados com o mesmo transtorno, como será relatado adiante. Realmente, cada um significa sua vivência de forma muito particular, por vezes, seus relatos se aproximam de manuais classificatórios e, por vezes, se afastam. Hipóteses relacionando a história de vida de cada um com suas definições continuarão a ser levantadas.

## 1.2 Causas

Essa subcategoria não busca a “causa verdadeira” do que faz os participantes sofrerem, mas investigar as causas, correlações e disparadores que os entrevistados concederam ao que os fazem sofrer. É norteada pela pergunta: “em que momento você começou a perceber que não se sentia bem?”. A subcategoria é importante, assim como e para a história de vida, uma vez que “o que é um sintoma, sem contexto, ou um pano de fundo?” Canguilhem (1995, p. 65).

Alexandre afirma: “a vida cobrou de mim” por muitas coisas: “muitas andanças minhas, dos meus namoros que eu tive, era desnaturado, não sabia namorar, as moças que ensinaram, aí, foi aí que nasceu os filhos, é aí que me dói”. Nesse sentido, sua dor provém do fato que: “não pude dar nada pra eles, não dei nada, só veio no mundo, porque pai é aquele que cria né, não aquele que faz, esse é o biológico”. Dessa forma, atribui a si mesmo a culpa de precisar fazer tratamento, além de sua família, que fica “pegando no seu pé”: “vê a gente meio desarrumado, começa pegar no pé, você sabe como é, família é família, e foi uma dessas intervenções que me levou ao tratamento, transtorno mental né”.

O discurso do participante ecoa uma lógica da loucura que, a partir do século XIX, passa a ser relacionada à conduta regular, isto é, não é mais percebida como “juízo perturbado”, mas sim como “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre [...] em vez de se inscrever no eixo verdade–erro –consciência, se inscreve no eixo paixão–vontade–liberdade” (Foucault, 1994, p. 110). Essa lógica é perceptível quando o paciente fala sobre suas “andanças” e namoros que levaram a filhos. Para Foucault (1974), nesse sentido, a loucura se expressaria, na dimensão interior, pelas culpas morais e sociais e, na dimensão exterior, pela exclusão e pelo castigo, no caso, pela vida “cobrando” Alexandre por ser “desnaturado”.

Já Vicente iniciou sua fala na entrevista dizendo “tudo começa lá nos meus 10, 11 anos de idade” e prosseguiu contando como se envolveu com a religião protestante, tópico central em seu discurso. Ele associa todo “estrago” em seu “psicológico” a uma lavagem cerebral, feita por sua parente, para que ele se tornasse um fanático religioso: “não sou culpado”, “tive [doença] por causa de muitas coisas que colocaram na minha cabeça, isso desencadeou” e “não porque eu sou assim, mas, porque me fizeram assim”. Assim, a estruturação da fala vai ao encontro do seu discurso, isto é, quando relata sua vida, uma vida que acredita não ter dado certo, começa pelo motivo de ter dado errado. Por fim, considera que a religião “destruiu” sua vida: “aquela minha pureza [...] que eu tinha de menino [...] fui perdendo, foi contaminando, foi poluindo, a religião foi estragando tudo”. Sua situação piorou com a morte da mãe.

O entrevistado apresentou enorme sentimento de culpa, gerado pelos sentimentos negativos de crenças religiosas (Peres et al., 2007). Sua fala evidencia que “um mesmo elemento pode assumir dois valores: ser fonte de saúde ou razão de mal-estar” (Berlinguer, 1988, p. 16). Isso porque, a religião pode auxiliar na adaptação de situações de sofrimento (Koenig, 2007), porém, segundo Vicente, a religião causou sofrimento. Nesse sentido, “os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, ar, clima, habitação, trabalho, técnica, relações familiares e sociais etc.) podem causar doença, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou falta, se agem sem controle” (Berlinguer, 1988, p. 15-16). Assim, é preciso entender o universo de qualquer paciente e os elementos nele imersos, de forma contextualizada.

Sebastian contou sua história de vida de forma rigidamente cronológica: infância, onde morava, como os anos de escola foram sucedendo-se e que acontecimentos ocorreram em paralelo. A impressão era de que estava retratando uma espécie de acumulação que, no futuro, iria irromper-se.

Descreveu essa acumulação ao longo dos anos: problemas para concentrar-se por causa das brigas de parentes, padrasto e mãe na sua casa, constantes mudanças de casa e escola, passar “nervoso” por causa do bullying que sofria na escola: “toda vez que aconteceu eu ficava bem triste e eu começava a ir embora chorando às vezes”. Também, ia mal na escola, faltava muito, sentia-se triste, cansado, desanimado, sem paciência, “sem cabeça”, com autoestima diminuída, estresse, isolado, sem amigos: “não conversava muito”, “ficava guardado para mim” e “não queria fazer nada, só dormir”. Então, começou a perder a vontade de viver.

O entrevistado, ao descrever sua trajetória que o levou a perder a vontade de viver, ilustra que o suicídio é um fenômeno multifatorial (Fukumitsu, 2014). Também ilustra a ideia já citada de Berlinguer (1988), de como um mesmo elemento pode ser fonte de saúde ou não. Nenhum fator pode ser considerado, previamente, como de proteção ou de risco. A família, por exemplo, foi um fator de risco, em diversos momentos, na vida de Sebastian, devido a maneira que a dinâmica familiar estava estabelecida.

Ainda na temática do suicídio, existem fatores de risco, que são os predisponentes, e as causas precipitantes (Fukumitsu, 2014). Alguns fatores de risco para o suicídio, descritos na literatura, e que são possíveis perceber na história de vida de Sebastian, são: instabilidade e discórdia no ambiente familiar, isolamento social, *bullying*, baixa autoestima e desesperança (Botega, 2015). Sobre as causas precipitantes, o próprio paciente percebeu que a solidão, intensificada pela mudança de um amigo de cidade, poderia ser o estopim de uma nova tentativa

de suicídio. Ainda, a CID-10 anuncia que os “episódios” de rebaixamento de humor, geralmente, estão relacionados a eventos estressantes (OMS, 1993).

Ezequiel contou que pai e mãe eram violentos, sofria agressão de ambos, *bullying* e zombarias de amigos porque a mãe ficava bêbada e “caindo” no meio da rua, tinha dificuldade de aprendizagem na escola e seu pai sempre falava que as pessoas eram melhores do que ele. Ademais, seus pais faziam sexo na sua frente e ele precisava fingir que estava dormindo. Comentou também sobre o período que os irmãos o isolaram de seus amigos: “quando fui isolado, uma criança procura imaginar as coisas, o problema é que meus amigos imaginários se tornaram mais do que imaginação”.

Sobre a origem das múltiplas personalidades, tem uma hipótese: “eu acredito que a gente era para ser apenas a imaginação de uma criança [Emanoel], como houve esse desligamento, a transformação de uma imaginação para uma personalidade, isso eu não sei, não sei nem se é possível acontecer uma coisa dessa, mas acredito que a gente era pra ser os protetores imaginários pra ele. Tudo que ele não conseguisse passar, outra pessoa passaria por ele, talvez, um pedido de socorro” e “a mente tem uma facilidade enorme em criar pessoas para ajudar”. Utilizou um exemplo de que Emanoel “usava” Elias para apanhar em seu lugar. Na realidade, Ezequiel atribui a culpa por sua condição a Emanoel: “o culpado de tudo isso não foi meu pai, minha mãe, não foi meus irmãos, foi o Emanoel, por ter aceitado, por ter se calado, entendeu?”

A hipótese de Ezequiel é concordante com hipóteses feitas pela literatura. Nessa perspectiva, o surgimento de uma personalidade seria um mecanismo de defesa, em face de abusos ou experiências traumáticas, que permitiria o indivíduo desassociar-se da parte de si que experienciou o trauma (Mohr & Thá, 2012; Forte et al., 2022). Assim, as personalidades de Emanoel o aliviariam de “algo que é incompatível (lembranças e/ou sentimentos) com o conjunto de representações do Ego” e retomariam o posto quando ele “não suportar as vicissitudes da vida” (Mohr & Thá, 2012, p. 216). Por isso, algumas personalidades comportariam dentro de si a maior parte das lembranças dos abusos e, nesse sentido, a maior carga de sofrimento relacionado (Mohr & Thá, 2012), como é o caso de Elias.

Mesmo assim, Ezequiel coloca a culpa dos traumas vivenciados no próprio Emanoel, já que ele teria se calado, aceitado essas situações e, por isso, chama Emanoel de “fracassado”. Essa fala faz sentido se considerada a personalidade que estava sendo entrevistada: Ezequiel é uma das personalidades que teriam surgido para ajudar, proteger e socorrer Emanoel, vivenciar situações difíceis que o outro não suportaria e provar que as pessoas não eram melhores que ele, como seu pai afirmava.

Por sua vez, Lara atribui o estopim, para sua primeira crise, a um relacionamento: “nunca tinha dado indício de nada até meus 17 anos, o estopim foi um término de namoro, eu terminei por consequências de abuso, ele me ameaçava de se matar, ficava nessa relação de manipulação” e “era insustentável [...] tinha bastante abuso sexual, muitas vezes eu tava embriagada, eu não tinha consciência do que tava fazendo e mesmo assim a gente fazia sexo”. Ao mesmo tempo, relatou que não conseguia pedir ajuda para ninguém, inclusive por vergonha, já que, com os amigos, sempre contava muito piada e não expressava o que acontecia. Já o estopim para a sua segunda crise foi presenciar a cena de um acidente de carro.

Isis, por sua vez, contou quando sua vizinha a ameaçou e à família de morte e, chorando, disse que dói falar sobre a história: “foi bem traumatizante” e “bem difícil porque foi à noite, de madrugada, e só estava eu e minha mãe em casa”. Sobre seu primeiro surto, relatou que, já em outra cidade, em um local público, ouviu que uma desconhecida tinha o mesmo nome da sua antiga vizinha: “daí, eu senti que ela veio de [cidade natal] para me ameaçar”, “comecei a sentir que eu estava sendo perseguida” e “isso desencadeou essas vozes”. Sobre seu segundo surto, relata: “[parente] foi fazer uma reforma em outra casa [...] e eu estava ajudando na reforma, os [...] pedreiros começaram a desviar material [...] eu falei ‘vamos denunciar eles’ [...] e ela não quis”. O paralelo entre os dois episódios é feito por Isis: “das duas vezes, o que me deu esse surto, foi medo de bandido”.

Na entrevista, ela começou a contar sua vida relatando qual sua graduação, no que trabalhava no passado (área diferente de sua formação), como uma grande ameaça a fez ouvir vozes e como não estava exercendo nenhuma profissão, no momento. O posicionamento de sua fala e desencadeamento de ideias também fornece pistas como sua história pode ter influenciado seus “surto”. Isis prestou universidade públicas e mudou de cidade algumas vezes para que conseguisse graduar. Pretendia trabalhar em uma de suas casas, somente para se ver obrigada a vendê-la para uma vizinha que a ameaçou. Depois, sentiu-se ameaçada em um ambiente público, no exato local que estava estudando para passar em um concurso da sua área.

Ainda, quando sua parente estava reformando uma casa e estava sendo roubada pelos pedreiros, Isis tentou denunciá-los, mas, sua parente não quis e ela não pode fazer nada. Novamente, estava diante de uma injustiça que ficaria impune, sendo que a primeira a impediu de atuar na sua área de formação e, depois, a impediu de trabalhar em qualquer área. Nesse cenário, seu segundo surto, que envolveu tirar seus livros da sua graduação da estante, abri-los, afirmar que sabia todos eles, ganha simbolismo.

De forma similar a Sebastian, a partir da CID-10, é possível relacionar os episódios de rebaixamento de humor de Isis e Lara a eventos estressantes (OMS, 1993). Também, Isis e Lara, em paralelo a Sebastian, mesmo que de maneira mais limitada, apresentaram um acúmulo que foi extravasado em um surto ou crise. Podemos situar a crise como um “excesso de excitações insuportáveis para o aparelho psíquico”, como parece ser o caso das duas entrevistadoras, sendo que esse excesso pode ocasionar remanejamentos econômicos bruscos, o que de fato aconteceu (Paulo; Ceccarelli; Moreira, 2016, p. 75). Nesse sentido, na crise, o mundo interno fragmenta-se e é invadido por afetos intensos (Gondim, 2007, apud Paulo; Ceccarelli; Moreira, 2016).

Dos 6 entrevistados, Vicente, Lara e Isis entrevistados possuem eventos bem definidos que os levou a sofrer, seja a religião, um relacionamento tóxico ou o medo de bandido. Por outro lado, Ezequiel e Sebastian narraram diversos eventos, dinâmicas familiares e de relacionamentos que atravessaram suas vidas e causaram sofrimento. Alexandre percebe seu “transtorno mental” como “parte da vida”, mas atribui culpa a si próprio por estar em tratamento. Por uma perspectiva, Ezequiel também atribui culpa do seu sofrimento a Emanuel, que teria só aceitado as condições de sua vida. Assim, os pacientes possuem explicações múltiplas, ligadas as suas histórias de vida, sobre o que os fazem sofrer.

### *1.3 Efeitos*

Essa subcategoria busca entender os efeitos do que faz os entrevistados sofrerem, em suas vidas, segundo eles mesmos. Como disse Canguilhem (1995): “o que é uma complicação, separada daquilo que ele complica?” (p. 65). Não trata dos efeitos do diagnóstico, que será analisado adiante.

Vicente conta as consequências da lavagem cerebral feita pela religião protestante e *bullying* em sua vida e “nunca mais me recuperei, nunca mais voltei ao normal mentalmente, psicologicamente, emocionalmente, socialmente”, “tenho muito medo e insegurança, muito trauma, muito dano, muito problema”. Segundo ele, o fanatismo o levou a problemas psicológico, que o levou a não ter trabalhado, constituído família, ter amigos, metas ou bens materiais: “não conquistei nada [...] sem experiência no mercado de trabalho, sem estudo”, “me afastei, me isolei [...] fui perdendo a oportunidade de criar laços”, “não tem ninguém para desabafar, eu tenho muita coisa para falar, sabe? E que precisava de atenção, muita atenção, uma ajuda mesmo, sabe?” e “não conheci o mundo, nada”.

Deu pistas sobre o que entende por doença, ao explicar o que entende por saúde: “normal é que eu tivesse amigos, colegas e tudo, igual eu vejo os meus vizinhos, as pessoas [...] tivesse tido uma esposa, uma mulher, que é uma coisa que eu nunca conheci na vida” e “todo mundo trabalhando, estudando”. Concluiu que sua vida não progrediu, nem deu certo: “nunca ameí, nunca fui feliz emocionalmente, mentalmente e psicologicamente” e “a única coisa que tá viva em mim, é a minha alma, que eu tô respirando, porque do lado de fora, para mim, tá tudo acabado”. É interessante que Vicente não citou os sintomas descritos na CID-10, como delírios ou alucinações, como motivos para não se sentir bem, nem chegou a citar vários deles. Afirmou não se sentir bem porque não tem uma família (esposa e filhos), amigos, não trabalha, nem ganha dinheiro, o que o faz ser “anormal”.

De fato, a CID-10 confirma que, para qualquer fenômeno ser considerado um transtorno, precisa estar associado a “disfunção pessoal”, no sentido de interferir em funções pessoais e envolver sofrimento (OMS, 1993). Dito isso, também é preciso enfatizar os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2011). Os determinantes sociais da saúde são “circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença”, sendo que essas condições “são, por outro lado, moldadas por forças de ordem política, social e econômica.” (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010, p. 1).

Como essas circunstâncias são desiguais, existe desigualdades na saúde. Os determinantes sociais da saúde são as características individuais (como idade, sexo e fatores genéticos), comportamento e estilos de vida individuais, redes sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho, acesso a serviços essenciais, como educação, e condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Todos esses fatores influenciam a situação de saúde de um indivíduo (Dahlgren & Whitehead, 1991, apud Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2008). Nesse sentido, por exemplo, pela fala de Vicente, ele não possui redes de solidariedade, confiança e apoio, que se expressariam no contato com a família ou no pertencimento a um grupo, que seriam importantes para a melhora da sua condição de saúde, inclusive essa rede e condições de vida são saúde para ele.

Essa ênfase no social é importante uma vez que dificuldades com redes sociais e condições de trabalho não são uma questão individual de Vicente. De fato, “temos constantemente diante de nós situações alienantes, trabalhos incompatíveis com a vida muito mais que vidas incompatíveis com o trabalho, sociedade para ser transforma muito mais do que homens a serem rejeitados” (Berlinguer, 1988, p. 71).

Ademais, Lara e Alexandre colocam o tratamento como consequência para suas crises. Lara afirmou: “tenho que me cuidar, se não, pode acontecer algo ruim de novo”. Já Alexandre, que faz tratamento intensivo no CAPS II, disse: “atrapalha a vida sim, bastante, muito, porque eu podia estar dentro de uma empresa, dentro de casa [...] uma igreja [...] dentro de uma escola [...] tudo isso é coisa que machuca, dói muito, é uma perda, tô aqui no tratamento” e, sobre as internações, contou: “para mim foi péssimo, porque eu perdi o emprego e acabei de um corredor de hospital [...] minha vida foi ao chão”. Assim, Lara percebe o tratamento como uma necessidade, porque ele a impediria de ter uma nova crise, que considera um “lance perigoso”, inclusive porque pode “tentar algo” contra si. Já Alexandre, percebe que, estar no CAPS todos os dias, o impede de estar trabalhando ou realizando atividades que realmente gostaria.

Um dos efeitos diretos da “falta de comportamento como cidadão”, citado por Alexandre, foi sua interdição judicial, que é “o processo que se destina a reconhecer legalmente que alguém é incapaz de praticar os atos da vida civil” (Carvalho & Perucchi, 2016, p. 585). Esse processo não seria possível sem procedimentos que envolvem o diagnóstico, por isso, será tratado na próxima categoria.

Isis afirma que seus “surto” “pararam” sua vida, sendo a questão do trabalho central: “minha vida era tranquila, eu tinha um monte de projetos, planos para mestrado, doutorado, depois de toda essa crise [...] minha vida parou [...] tentei melhorar a minha vida, fazer um concurso e não consegui, daí nessas vozes e tô tentando sair disso até agora”. Sobre as vozes, contou que incomodam muito: “quebraram minha rotina [...] não estou exercendo minha profissão [...] e isso me desestrutura”.

A fala dos Vicente, Isis e Alexandre demonstra a importância e centralidade do trabalho, inclusive, para a autoimagem do indivíduo (Neves, et al, 2018) e retoma a discussão sobre determinantes sociais da saúde (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2008). As falas também apontam para um dos papéis do CAPS: reinserção dos usuários em diversos contextos sociais (Goldberg, 2001, apud Amorim & Otani, 2015), o que remete ao conceito de reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial pode ser definida como “o conjunto de atividades que possibilitam aumentar as oportunidades de recuperação de indivíduos e diminuir os efeitos desabilitantes da cronicidade das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (OMS, 1987, apud Amorim & Otani, 2015, p. 170). Isto é, tem o papel de aumentar a autonomia dos indivíduos e possibilitar a construção de cidadania plena

(Saraceno, 2001, apud Amorim & Otani, 2015). Assim, nos casos, seria trabalhar a questão da rotina, do trabalho, do estudo, das atividades que gostam de fazer e de seus planos para o futuro.

Lara contou que é “meio estranho” se definir, porque conseguia definir-se melhor antes de passar pelo o que passou, isto é, as crises: “me sinto uma pessoa [...] vivida, mesmo com a pouca idade”. Em paralelo, Isis disse: “depois dessas ameaças, eu nem sei mais quem eu sou” e “me descrevo com uma pessoa exausta, cansada mesmo de lutar para não ouvir essas vozes e para retomar a minha vida”. A literatura já mapeou as reações psicológicas que são desenvolvidas a partir de uma crise, com expressão de níveis elevados de emoção (Patterson et al., 2005, apud Chaves, 2007).

De fato, um episódio psicótico gera uma ruptura no funcionamento social do indivíduo (Levy & Coentre, 2014). Dito isso, os primeiros dois a cinco anos são períodos críticos, para uma possível nova crise, mas, são seguidos de uma estabilidade, o que faz desses anos fundamentais, na perspectiva da recuperação a longo prazo (Levy & Coentre, 2014).

Os efeitos das vivências de Sebastian foram a perda de interesse em atividades e autoestima diminuída: “não conseguia me divertir mais, não via uma esperança, porque eu tinha estudo, eu tinha emprego, eu tinha amigos, mas eu não tinha minha autoestima, isso me derrubava muito quando a gente saía, eu ainda era bem triste”.

Esse cenário é o plano de fundo para sua tentativa de suicídio: “acumulando estresse em casa, tristeza por causa da escola [...] estresse no trabalho também, então, não tinha paz em nenhum lugar”. Então: “tentei me matar [...] tava mexendo no celular de madrugada, conversando e eu peguei todos os remédios que estavam guardados e tomei tudo e acordei no hospital [...] eu dormi um dia e meio depois”. Depois, quando um amigo que fez no hospital que foi internado e que o apoiava, mudou-se de cidade: “acabei ficando sozinho de novo e eu acabei surtando, acabei perdendo a esperança, não vi caminho para continuar, aí foi que pedi ajuda, porque eu tava com medo de tentar me matar de novo”.

Seu relato quebra outro mito sobre o suicídio: de que pessoas tentam se matar “do nada” ou então de “quem quer se matar, não avisa” (Sérvio & Cavalcante, 2013). Sebastian demonstrou inúmeros sinais de que não estavam bem, no seu desânimo, na sua relação com a escola (ia mal nas matérias, faltava muito, “matava” aula) e, depois da primeira tentativa, tornou-se ainda mais vulnerável para uma possível segunda tentativa (Sérvio & Cavalcante, 2013).

Ezequiel coloca alguns efeitos decorrentes das personalidades múltiplas. Um deles é não conseguir “ocupar” o corpo o tempo todo, devido a alternância das personalidades, o que define

como “horrível, porque eu morro e nasço todos os dias, a questão é quanto tempo vou ficar morto”. Ademais, tem amnésia, já que, por exemplo, não se lembra da sua adolescência ou do seu primeiro casamento: “não lembro nem um momento sequer dessa vida, tudo que eu sei é que existiu essa mulher na minha vida”.

Essa fala ilustra como entende que possui diversas histórias de vida, porque seu casamento foi como se fosse uma “vida” a parte da sua, uma que nunca chegou a viver de fato. Na realidade, sempre precisa viver uma vida construída por Emanuel, uma que não escolheu: “vejo que eles [esposa e filho] não fazem parte da minha vida [...] não tem uma história comigo” e “eu não amo minha esposa [...] pra mim ele não é meu filho”.

Outra consequência relacionada é a perda de noção de tempo, já que suas memórias são “picadas”. Para Ezequiel, seu pai morreu há 5 semanas, mas, na verdade faz cerca de 2 anos: “o tempo é estranho para mim” e “vamos supor, se eu apagar daqui meia hora e acordar daqui 6 meses, eu vou estar vivendo o dia de hoje, não importa quanto tempo passar, então, é bem confuso”. Alguns problemas práticos, decorres de sua condição, são: “acordar” no meio do trânsito com todo mundo buzinando ou em locais desconhecidos e precisar digitar “casa” no GPS, receber cobranças de compromissos que não assumiu, perder empregos, (algumas personalidades não exercem sua profissão corretamente), precisar fingir que tem os mesmos gostos que outras personalidades na presença de outras pessoas e não conseguir impedir que outras cometam atos ilegais, como, de fato, já aconteceu.

Na literatura, foram descritos efeitos parecidos para quem possui a mesma condição de Ezequiel (Gulisz & Vieira, 2022). Isis, por exemplo, ao contrário de Ezequiel, não percebe suas vivências como intrínsecas, mas, como um episódio isolado, que possuem causas bem demarcadas (como será exposto na próxima categoria), são limitados no tempo e que são circunscritas dentro do termo “surto”. Ela, inclusive, afirma que, sem as vozes, pode retomar sua vida como uma pessoa normal, enquanto Ezequiel afirma que não é normal, nem humano é. Dessa maneira, a partir das intrusões recorrentes no seu funcionamento consciente e também instruções no seu senso de identidade (Almeida, Ribeiro & Benedetti, 2020), Ezequiel vivencia o que Canguilhem chama de “uma forma diferente da vida” (1995).

## *2. O diagnóstico*

### *2.1 De acordo com os profissionais*

Essa subcategoria utilizou os prontuários para buscar quais diagnósticos ou hipóteses diagnósticas foram empregados aos participantes da pesquisa, pelos profissionais do CAPS ou de outros equipamentos da RAPS.

O psicólogo entrevistado comentou que os profissionais mais antigos do serviço perceberam uma mudança, ao longo do tempo, nos perfis da população da cidade que chega ao CAPS II: “com o fim dos hospitais psiquiátricos [...] começos dos CAPS, o público quase que majoritariamente era oriundo desses serviços ou com o tipo de psicose mais grave”, mas: “hoje, a gente recebe muito mais nos acolhimentos pessoas com ideação suicida [...] depressão [...] transtorno de humor”. Por isso, a partir de sua experiência, os casos relacionados a “psicose” são de “reacolhimentos”.

O profissional possui algumas hipóteses para esse deslocamento da “demanda”: evolução das medicações, dos tratamentos que são feitos fora do CAPS e do tratamento da psicose: “a gente acredita que muitas pessoas que tem um quadro de esquizofrenia consegue ter uma vida social mais comum [...] trabalhar [...] interagir com a população sem tá num quadro de surto mais recorrente”. Uma revisão integrativa da literatura encontrou nove estudos que analisaram o perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial, sendo que a maioria dos atendimentos foram de pessoas com transtorno de humor e transtorno psicótico com diagnóstico de esquizofrenia (Trevisana & Castro, 2017). Porém, não está claro se esses últimos eram pacientes mais antigos indicados para o “reacolhimento” (Trevisana & Castro, 2017).

Dito isso, a tabela 1 mostra os diagnósticos ou hipóteses diagnósticas mais atuais, contidos nos prontuários, dos participantes. Todos os diagnósticos estão baseados na CID-10 e “HD” significa hipótese diagnóstica.

Tabela 1 – Diagnóstico ou hipótese diagnóstica atuais dos entrevistados, de acordo com a CID-10

Participante	Diagnóstico ou hipótese diagnóstica
Vicente	HD F20.0 – Esquizofrenia paranoide
Alexandre	HD F20.0 – Esquizofrenia paranoide
Sebastian	HD 33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicótico
Lara	F31 – Transtorno Afetivo Bipolar
Iris	HD F31 – Transtorno Afetivo Bipolar
Emanoel	F44.81 – Transtorno de personalidade múltipla

Fonte: do autor

As hipóteses de Vicente e Alexandre nunca mudaram ao longo dos anos registrados nos documentos. Na primeira subcategoria, em que os pacientes descrevem o que os fazem sofrer, o relato de alguns entrevistados foi condizente com sintomas da CID-10, ainda que de maneira descontextualizada de suas vidas e na forma de uma linguagem médica. Vicente e Alexandre foram as exceções. No prontuário, os sintomas de Vicente são descritos como comportamento excêntrico, retraimento social e alucinações, sendo que um parente seu possuía sintomas parecidos. Já sobre Alexandre, em uma anotação antiga, está escrito que ele tem histórico de internações prévias, que trabalhava e apresentava boa funcionalidade. Em uma anotação recente, está escrito que o paciente possui sintomas como alucinações, heteroagressividade e comprometimento significativo da crítica de forma permanente.

O prontuário de Isis possui um documento do Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel. A hipótese diagnóstica na sua internação foi F91.3, para “Transtorno desafiador de oposição”. Depois de cerca de um mês, quando foi liberada, o “diagnóstico definitivo” foi F30.1, de “Mania sem sintomas psicóticos”. Atualmente, a paciente se consulta com um psiquiatra da rede privada e sua hipótese diagnóstica mais recente é F31, de “Transtorno Afetivo Bipolar”.

Já o prontuário de Lara evidenciou que ela não possuía um diagnóstico quando foi internada pela primeira vez, então registraram F32.9, de “Transtorno depressivo recorrente, não especificado” como o motivo de sua internação. Depois, apareceu uma hipótese somando dois diagnósticos com um ponto de interrogação: “Diagnóstico F31.2 + F60.3?”, sendo F31.2 “Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado” e F60.3 “Transtorno de personalidade emocionalmente instável”. Por fim, a paciente foi diagnosticada, por um psiquiatra na rede privada, com “Transtorno Afetivo Bipolar”.

O prontuário de Sebastian mostra a hipótese diagnóstica F33.2, para “Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos”, realizada por um profissional do CAPS infanto-juvenil, depois que foi liberado de internação. Ainda são encontradas outras hipóteses diagnósticas, ao longo de seu prontuário: F32, de “Episódio depressivo”, F31.4, de “Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos”. A mais recente, que inclusive está em um laudo, é a inicial: F33.2, para “Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos”.

No prontuário de Emanuel, apareceu a hipótese “F22 + F60.9”, sendo que F22 refere-se aos “Transtornos delirantes persistentes” e F60.9 ao “Transtorno de personalidade, não especificado”. Dito isso, o paciente foi diagnosticado, por um psiquiatra da rede privada, com F44.81, de “Transtorno de personalidade múltipla”.

Chama atenção que a diversidade de hipóteses diagnósticas, ao longo do tempo, atribuídas a maioria dos participantes. Foi comum a realização ou mudanças nas hipóteses estarem relacionadas ao período de internação. Existem pesquisas na literatura que afirmam ser possível fazer uma hipótese, em muitos casos, somente ao longo do tempo, com a observação do curso da doença, além de ser comum ser preciso refazer e repesar o diagnóstico continuamente (Dalgalarrondo, 2010 apud Leitão et al., 2017).

Essa ideia é refletida na fala do psicólogo entrevistado. Segundo ele, o paciente chega ao CAPS com alguma hipótese diagnóstica ou diagnóstico ou, então, o profissional do CAPS faz uma hipótese no acolhimento e depois fecha o quadro “mais completo”. Assim, “fechar” o diagnóstico “não é trabalho de um encontro só [...] deveria [...] ter um tempo maior, assim, pra você conhecer melhor o paciente”. Esse processo reforça que diagnósticos são constructos com certas finalidades, não objetos concretos e reais (Dalgalarrondo, 2008).

## *2.2 De acordo com o paciente*

Essa subcategoria busca apreender como os pacientes significam (ou não) suas hipóteses diagnósticas ou diagnósticos. É norteado por algumas questões como: “Qual seu diagnóstico?”, “Como o vê?”, “O que vêm na sua mente quando pensa nele?” e, se fosse referido mudança, “Como era sua vida antes e depois do diagnóstico?”.

Alexandre, ao ser questionado sobre seu diagnóstico, respondeu: “biperideno, ácido bórico, clozapina, clonazepam e haldol, esses 5 medicamentos que eu tomo”. Dessa forma, interpretou como se o diagnóstico fosse seus medicamentos. Sobre o assunto, o paciente foi para o CAPS, pela primeira vez, há 20 anos, mas, a maior parte do tempo, nesse período: “só vim pegar o medicamento e voltava para o serviço”. Se um dos objetivos do diagnóstico é nortear a intervenção (World Health Organization, 2022, tradução nossa) e a única (ou principal) intervenção junto a Alexandre foi medicamentosa, é natural que faça a analogia diagnóstico-remédio.

Vicente afirmou que não sabe seu diagnóstico, mas, “queria, queria, queria bastante” saber para: “entender da minha doença [...] o que pode ter acontecido na minha cabeça, algum desencadeamento todo na minha vida”. Da mesma forma, Isis também afirmou que não recebeu um diagnóstico ainda, mas que: “ainda continuo querendo saber quais são essas vozes”. As falas de Vicente e Isis ecoam a de muitos pacientes que buscam, em um diagnóstico, uma explicação e justificativa para seus sintomas (Baroni, Vargas & Caponi, 2010), para essas

“vozes” ou para o que aconteceu em suas “cabeças”. A ideia indica que diagnóstico e uma explicação para o que os faz sofrer seriam sinônimos.

Existem diversas hipóteses para o processo de formação dos transtornos mentais, sendo as hipóteses biológicas predominante na Psiquiatria (Freitas-Silva & Ortega, 2016). Porém, a literatura demonstra que “não há marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental no nível de uma determinação causal” (Aguiar, 2004, p. 30). Nesse sentido, o diagnóstico seria esse agrupamento de sintomas (Aguiar, 2004) e toma-lo como sinônimo de explicação, na prática, pode acarretar, entre outras consequências, uma espécie de explicação circular, isto é, o paciente ouve vozes porque é esquizofrênico e é esquizofrênico porque ouve vozes.

Vicente relatou desconhecer seu diagnóstico, mas chegou a citar os termos “depressão” e “esquizofrenia”: “até queria saber se é algum tipo de esquizofrenia aguda”. Significou esses termos a partir de sinônimos de loucura: “fiquei doente, assim, perturbado, me perdi, enlouqueci, fiquei louco, completamente doido”, “teve um desequilíbrio muito grande na minha mente, no meu estado natural, na minha sanidade, no meu juízo”, “fez uma lavagem cerebral, um estrago em mim [...] minha cabeça estragou [...] perdi minha originalidade, minha inocência, aquela pureza que eu tinha, meu domínio próprio, meu juízo”. Ademais, usou expressões como: atormentado, “acabou com a minha saúde mental”, “atrasado” e “desvoluído mentalmente e psicologicamente”. Reforçou que desenvolveu esses transtornos a partir da religião.

Isis, por sua vez, creditava que as vozes eram estranhas: “era feito uma patologia mesmo, então, eu pensava ‘é uma psicose, esquizofrenia’”. Porém, perguntou para o psiquiatra sobre seu diagnóstico: “e ele falou que eu sou uma pessoa bipolar” e “pelo jeito ele ainda tá fechando o diagnóstico”. Questionada sobre o que pensa em relação à bipolaridade, respondeu que não sabe o que pensar: “sempre fui uma pessoa calma, tão tranquila, tão racional, eu sempre fui uma pessoa crítica, o que me classificava antes, todo mundo falava ‘Nossa Isis, você é tão racional, tão crítica’ e eu era assim, principalmente nos tempos de faculdade, eu era uma pessoa nerd [...] bem racional, bem crítica e agora eu tô assim, feito um trem desgovernado”.

Vicente associa a esquizofrenia a um “desequilíbrio no seu juízo”, enquanto Isis associa bipolaridade a ser “acrítico” e um “trem desgovernado”, ligando esses termos a uma questão moral, um desvio da conduta normal (Foucault, 1994). Foucault (1994) afirma que, a partir do século XIX, a loucura recebe estruturação psicológica, algo interior e profundamente envolvida em um sistema repressão morais, ou seja, é culpabilizada e conectada ao erro, vista como uma

“alteração intrínseca da personalidade” (p. 10). Vicente parece perceber a loucura como algo interior e ligada ao erro, ao utilizar termos como “domínio próprio” e “desvoluído”.

Vicente foi questionado, então, porque citou especificamente os termos depressão e esquizofrenia, uma vez que contou não saber seu diagnóstico. O paciente respondeu que: “com passar do tempo [...] eu via informações de outros casos, de outras pessoas, e foi aí que eu fui entendendo [...] que tinha alguma coisa errada. Aí comecei a entender que eu tava doente e eu tava precisando de ajuda”. Esses casos de outras pessoas são “de informações que passam na televisão que mostra que tudo tem uma explicação”. De maneira paralela, quando Isis pensa em esquizofrenia, vem a sua mente: “aquela tela ‘O Grito’, eu penso na novela que tinha aquele Tarso, que era esquizofrênico, agora esqueci o nome da novela, mas ele também ouviu a voz. Eu não sei muito a respeito da esquizofrenia”.

De acordo com Geertz (1989), a cultura é definida a partir de “teias de significados tecidas pelo homem” (apud Bizerra & Novikoff, 2017, p.19). Assim, a cultura em que o sujeito da representação social está inserido está absolutamente conectada com o “sentido das representações sociais elaboradas sobre um determinado objeto” (Bizerra & Novikoff, 2017, p.19-20).

Um estudo sobre a representação social da esquizofrenia na telenovela (Azevedo, 2013) analisou a telenovela “Caminho das Índias”, que continua a personagem Tarso. O estudo defende que a produção artística da televisão brasileira atinge milhões de pessoas em todos o território e exerce influência inegável em seu público. Já Ribeiro (2013) mostra que a televisão é o veículo midiático com o maior público no país, sendo importante para a opinião pública. Assim, a representação social que Vicente e Isis possuem acerca da esquizofrenia foi influenciada pela cultura, inclusive, pela televisão, seja telenovelas ou casos de outras pessoas, e obras de arte. Dessa forma, é importante reforçar que existem outros discursos, na sociedade, acerca de transtornos e diagnósticos, que não o médico. Isto é, com diagnóstico ou sem diagnóstico, com conversa ou sem conversa com profissionais, o paciente já carrega representações sobre o assunto.

Sebastian comentou que não se lembra do momento que recebeu o diagnóstico, mas afirmou que tem esquizofrenia e depressão, mas: “tinha antes depressão, agora tô só com esquizofrenia”. Ele mesmo percebeu que não tem mais depressão: “eu acho, eu deixei de ter depressão a partir do momento que eu não quero mais me matar, acho que já é uma parte bastante importante”. Não entende muito bem o que é esquizofrenia: “talvez seja falta de convívio social, problema de comunicação, deve ser isso”.

O paciente afirma que, agora, está somente com esquizofrenia, mas, de acordo com o seu prontuário, esse transtorno nunca foi citado e, dessa forma, nunca foi considerado para seu caso, nem mesmo como uma hipótese diagnóstica. Não foi possível investigar porque, então, Sebastian acredita que está “só com esquizofrenia”. Dito isso, afirmou ser diferente de outras pessoas, pois: “eu não conversava muito, era bem quieto [...] antissocial, esse era o meu diferencial”. Nesse sentido, parece ter conectado o termo “esquizofrenia” com uma questão sua que, há muito tempo, causava sofrimento, apesar de não ser possível afirmar porque conectou com esse termo em específico. De qualquer forma, o transtorno aparece como falta de convívio social e problema de comunicação. É notável que Vicente, Isis e Sebastian definiram esquizofrenia de maneira única, a partir de representações que já possuíam a cerca do mundo ou acerca de si.

Outro ponto importante é quando Sebastian afirma não ter mais depressão. Um fator importante para o diagnóstico é o tempo, o que reforça a importância da reavaliação (World Health Organization, 2019, tradução nossa). Também, aparentemente, Sebastian relacionou depressão com “querer morrer”, o que faz um sentido, considerando que sua internação, por tentativa de suicídio, desencadeou suas hipóteses diagnósticas, todas relacionadas, de alguma forma, a depressão. Assim, como não quer mais morrer e saiu de “de um abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou definitivamente” (Canguilhem, 1995, p. 91), considera que não tem mais depressão. Nessa perspectiva, sente-se melhor, então está melhor.

Ademais, é importante reforçar que Sebastian não tentou suicídio porque possui algum transtorno, seja esquizofrenia ou o depressivo. Se existe alguma relação da ideação com sua condição, definitivamente não é a única, já que existem diversas causas precipitantes para uma tentativa (Fukumitsu, 2014). Devido a essa diversidade de causas, é preciso focar nos determinantes sociais e as “características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov, 1996, apud Filho & Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

Ezequiel começou seus discursos afirmando que possui várias histórias de vidas, que era diagnosticado com múltiplas personalidades e relatando o sofrimento decorrente dessa condição. Depois que a pesquisadora perguntou seu diagnóstico específico, passou a procurar um papel na carteira: “O nome é dissociação ... eu não lembro, eu sempre carrego algo na minha carteira”. Depois, viu o CID: F 44.81, mas, não sabe o que pensar quando pensa nesse número.

Lara iniciou seu relato de sua história contando três coisas sobre ela: seu nome, sua idade e que “foi diagnosticada no ano passado com bipolaridade”. Foi diagnosticada quando foi internada, devido a crises. Na sua primeira: “me diagnosticaram com ansiedade e depressão”.

Na segunda, teve um “episódio de mania” e “descobriram que eu era bipolar, por causa do surto psicótico”, isto é, o surto foi algo “muito sério” que levou a descoberta do porquê da depressão e ansiedade tão “fortes”.

Também, define bipolaridade: “todo mundo fala que uma pessoa normal andando é uma linha reta e para bipolar é meio uma montanha russa, tem pico lá em cima e lá embaixo, por isso, precisa tomar medicação e fazer tratamento, para poder ter as voltinhas normais que todo mundo tem”. Acredita que, além da bipolaridade, também é bastante ansiosa. Falou sobre a possibilidade ser bipolar tipo 1 ou 2, mas talvez seja a 1, pois certa medicação piora o quadro no tipo 1, o aconteceu com ela.

Dessa forma, Lara e Ezequiel tem discursos parecidos com o discurso médico, isto é, utilizam o vocabulário da psicopatologia, o que já foi registrado com outros pacientes na literatura (Lívia Sales Cirilo & Oliveira Filho, 2008). Ademais, Lara contrapõe o patológico (para ela, a bipolaridade) com “pessoa normal”. Canguilhem (1995) afirma que o patológico, na verdade, é uma espécie do normal, “um normal diferente” (p. 164).

### *2.3 De acordo com os profissionais, segundo o paciente*

A subcategoria consiste no relato do paciente sobre a explicação que foi dada a ele, pelos profissionais da RAPS, sobre sua condição. Elucida como interpretou as explicações (ou falta delas) sobre o transtorno e seu diagnóstico. Em alguns dos casos, elucida a maneira que entende seu diagnóstico.

Isis e Vicente afirmaram que não conversaram com ninguém sobre o assunto. Vicente afirmou: “entenderam [profissionais] o que tava acontecendo comigo, mas nunca me deram uma explicação e aí eu voltei [...] pra casa com a receita, medicamento [...] mesmo o hospital psiquiátrico nunca me deu uma explicação”. Chegou a citar um laudo que a assistente social pediu para a psiquiatra, mas não soube especificar qual diagnóstico está nesse laudo.

Tanto Isis quanto Vicente comentaram sobre o psiquiatra diagnosticá-los. Segundo Vicente: “precisava ver com a psiquiatra que tipo de diagnóstico é esse, só um especialista mesmo para ter resposta” e “se você [pesquisadora] fosse uma psiquiatra talvez você saberia a resposta”. Já Isis não buscou informações na internet sobre os transtornos que talvez possuía: “para não ficar colocando coisas na minha cabeça, quem tem que fechar meu diagnóstico é o psiquiatra, não eu [...] se você baixar um arquivo na internet, você vai achar arquivo sobre esquizofrenia, bipolaridade, mas eu não quero ser influenciada por nenhum desses artigos que eu possa ler” e “quem vai saber é o [...] psiquiatra”.

Em face de um paciente que, ao invés de ser “comunicado” sobre seu diagnóstico, deseja saber qual é, o profissional pode questionar-se: “por que?”. Nesse sentido, investigar de que maneira o “saber” o diagnóstico é significado no universo do indivíduo. Nesse caso, a importância de ser diagnosticado, pelo psiquiatra, indica que o indivíduo visualiza o médico enquanto sujeito suposto saber e tem o desejo de se apropriar de seu saber, ou, então, dos benefícios que esse saber traria (Moretto, 2013). Se a angústia é atrelada aquilo que não tem nomeação, então, nomear o que os fazem sofrer, com um diagnóstico, indica a diminuição dessa angústia e, mesmo que o indivíduo não saiba exatamente o que esse termo signifique, o importante é que, agora, seu sofrimento tem nome (Moretto, 2013). Nesse sentido, receber o diagnóstico dá sentido a determinadas experiências (Aguilar, 2004).

Importante frisar que existem diferenças, em relação ao tema, entre Vicente e Isis. Enquanto Isis não se sente bem, há alguns anos, e espera o psiquiatra fechar seu diagnóstico, Vicente está há quase duas décadas em tratamento no CAPS e sem perspectiva de uma conversa sobre o assunto, mesmo que ele a deseje. Existe um questionamento se, em algum momento nos anos de tratamento de Vicente, alguém teve uma conversa com ele sobre esquizofrenia. Porém, esse não é o ponto central, pois mesmo se essa conversa ocorreu, não faz parte de suas memórias e nem influencia sua vida, como é possível constatar por suas falas.

A partir de entrevistas com psiquiatras, foi observar que esses profissionais tendem a evitar a comunicação do diagnóstico aos pacientes, devido a uma associação entre prognóstico, necessariamente, desfavorável e o diagnóstico de esquizofrenia (Serpa Junior et al., 2014). Porém, em relação a história de vida de Vicente, ele foi montando um quebra-cabeça: percebeu os efeitos que suas vivências provocavam em sua vida, comparou sua vida com a de outras pessoas, lembrou que foi dito a ele que seu caso era caso de Psiquiatria e viu informações na televisão.

O quebra-cabeça completo o fez concluir que era doente, louco, estragado e todos os termos supracitados que utiliza para se definir. Nesse cenário, talvez faria sentido ter conversa com Vicente sobre o que transtorno mental, o que se entende por esquizofrenia, que diagnóstico é um constructo que serve para finalidade e até sobre estigma internalizado (Corrigan & Watson, 2002, apud Soares et. al, 2011). O estigma internalizado “ocorre à medida que o indivíduo em condição estigmatizante torna-se consciente dos estereótipos negativos sobre seu transtorno, concorda com eles e os aplica a si próprio” (Corrigan & Watson, 2002, p. 636). Nesse caso, apesar de não saber seu diagnóstico, Vicente tem suas hipóteses.

Por outro lado, Alexandre, que possui uma hipótese diagnóstica de esquizofrenia, assim como Vicente, afirmou que teve uma conversa com o médico. Segundo o médico, ele toma medicações: “por causa de ansiedade, pra não ficar ansioso com qualquer coisa [...] cansaço físico, estresse [...] insônia, quem tem problema como eu”. Na conversa: “falou [psiquiatra] ‘é o seguinte, você é uma pessoa boa, ótima [...] mas tem esse problema de insônia, essa insônia sua tá ultrapassada, é onde você pode levar o transtorno mental, tem que tomar um remédio se não volta isso, volta o transtorno”.

Pode ser observada a utilização de uma hipótese biológica sobre o transtorno (Freitas-Silva & Ortega, 2016). Ademais, apesar do médico ter citado termos como “ansiedade”, previstos na CID-10 (OMS, 1993), pelo contexto, esse termo não parece carregar o aspecto de diagnóstico. Quando Alexandre define porque está em tratamento, cita exatamente o stress e a insônia, sintomas não previstos na esquizofrenia (OMS, 1993), mas cita exatamente o que foi dito pelo médico. Não é possível afirmar se o psiquiatra não quis falar sua hipótese diagnóstica devido a possibilidade de um prognóstico ruim (Serpa Junior et al., 2014) ou outro motivo.

A situação pode ser lida de duas maneiras. A primeira é que Alexandre não saber sobre a hipótese diagnóstica da esquizofrenia é positivo para ele, uma vez que vê seu “transtorno” um aspecto da vida e se considera uma pessoa boa, igual a muitas outras. A segunda maneira de ler a situação envolve o fato de Alexandre não saber muito bem porque está em tratamento, afirma que é devido a críticas de pessoas, insônia e “intervenções” de sua mãe. Ademais, acredita que precisa fazer tratamento porque a vida “cobrou” suas “andanças” de namoros. Dessa forma, associa o tratamento a uma culpa moral. Não é possível afirmar que uma conversa sobre o diagnóstico iria ajudar nessa questão de atribuir culpa a si mesmo, mas é uma possibilidade. Seu caso só comprova que a conversa envolvendo o diagnóstico é complexa.

Segundo Lara, no hospital, a contaram que ela era bipolar, mas não explicaram. No CAPS infantil, tentaram explicar, mas “não deu certo de novo”. Quando chegou no CAPS II, conta: “falaram das linhas, que não é reta, tem as voltinhas dela e a do bipolar, se não tiver tratamento, tem as ondas maiores e são meio perigosas, por isso tem que ter o tratamento medicamentoso e o tratamento psicoterapêutico, para conseguir ficar meio que normal”. Na entrevista, enquanto falava, fazia gestos com as mãos imitando uma linha reta e então um ziguezague. Disse que esta foi: “a explicação mais clara que eu pude ter, porque é mais ou menos o que acontece comigo, porque se eu não fizer o tratamento, eu fico nessa montanha russa”.

Sebastian conheceu psicólogos e psiquiatras na internação que falaram o porquê ele se sentia da maneira que se sentia: “foi os psicólogos e psiquiatras que pensaram por mim”. A partir disso, também passou a pensar o porquê: “pensei que o problema em casa, a minha falta de vida social, falta de amigos, coisas que dão prazer em viver, a falta de fazer coisas do dia a dia foi o motivo que me deixou tão desanimado” e “hoje a gente tá tentando melhorar isso”. Ademais, explicaram “para que eu tava tomando os remédios, que eram importantes para desenvolver o lado, o hormônio da felicidade não sei do quê, do jeito que o remédio agia”.

A explicação que Sebastian recebeu pareceu ser, em um primeiro momento, relacionada a fatores e determinantes sociais que o levaram a tentar suicídio, retomando a discussão sobre o aspecto multifatorial do suicídio (Fukumitsu, 2014). Depois, ofereceram uma hipótese biológica para seu transtorno mental (Freitas-Silva & Ortega, 2016). O paciente parece ter se relacionado de forma mais particular com a explicação envolvendo os determinantes sociais, visto que, ao longo de sua fala, tentou mapear todos os motivos, envolvendo sua casa, escola, entre outros, que o levaram ao seu “desânimo”.

De forma paralela, a maneira que Lara entende seu diagnóstico é equivalente a maneira que os profissionais o definiram para ela. Assim, a paciente utiliza o vocabulário da psicopatologia e uma explicação envolvendo uma hipótese biológica sobre o transtorno (Freitas-Silva & Ortega, 2016) que, diferente de Sebastian, parece ter feito mais sentido para ela. Dito isso, a explicação, dada pelos profissionais, apesar de ter sido estruturada de maneira clara, como a paciente definiu, ainda carrega a ideia do anormal como patológico.

Ademais, carrega a ideia de que o doente mental seria perigoso para os outros e para si (Salles & Barros, 2013), dada a ênfase de Lara nas “voltas perigosas” da bipolaridade, que a crise é um “lance perigoso”, que “não pode largar o tratamento” por causa disso. Evidentemente, é provável que os profissionais partiam de um lugar de cuidado, ajuda e tentativa de prevenção de possíveis crises, mas, dado o histórico de associação de perigo e doença mental, é recomendável cuidado para não disseminar lógicas que podem estar relacionadas a preconceitos (Salles & Barros, 2013).

Ezequiel foi a personalidade que recebeu seu diagnóstico: “ela [psiquiatra] começou a notar mesmo que existia uma diferença entre um e outro”. Lembrou-se da conversa: “a psiquiatra [...] disse ‘ele tem transtorno dissociativo, é por isso que muda o humor, muda essas coisas’. Ela falou que isso daí é uma fuga. Eu fiquei irado, porque dava a entender que eu tava fingindo ser aquela pessoa para fugir. Aí, ela tentou me explicar o que era o termo ‘fuga’, porque eu sou leigo no assunto, que é quando a pessoa não aguenta mais, ela acabou se desligando e

criando outra pessoa para suportar passar aquilo”. Por fim, comentou sobre a psiquiatra: “que a gente queria encontrar alguém que entendesse a gente e naquele dia eu comecei a encontrar”.

Sobre isso, é importante reforçar que, muitas vezes, o indivíduo identifica-se como diferente, em uma perspectiva negativa, devido a maneira que é tratado pelas outras pessoas, e não devido a um diagnóstico (Salles & Barros, 2013). Nesse sentido, Ezequiel já convivía com uma família que associava sua condição a “deficiência mental” e demônios e foi chamado de mentiroso “a vida inteira” por pessoas que desacreditaram das múltiplas personalidades, muito antes de um diagnóstico. Por isso, quando encontrou um profissional que acreditou nele e explicou uma hipótese para o surgimento das personalidades (Mohr & Thá, 2012; Forte et al., 2022), se sentiu compreendido.

Todos os participantes, afirmaram que a conversa sobre seu diagnóstico foi positiva. Os que não tiveram essa conversa, querem ter. Dessa forma, receber um diagnóstico é receber uma má notícia, uma sentença? Ou é receber uma boa notícia, uma classificação médica que irá nortear o tratamento? Como o psicólogo entrevistado afirmou: “depende muito de pessoa para pessoa”. Isto é, depende como seu sofrimento e a sua nomeação serão significados dentro do universo do indivíduo.

Dito isso, existem algumas características que podem ser consideradas na conversa sobre o diagnóstico. Primeiramente, o tempo. Alguns participantes do CAPS não foram chamados porque, de acordo com a opinião técnica dos profissionais que os atendida, ainda não estavam preparados para refletir sobre sua história e diagnóstico, no sentido que esse processo poderia desestruturá-los psicologicamente naquele momento. Ademais, nomear o sofrimento do paciente pode aliviar a angústia (Moretto, 2013), ou também levar a uma aceitação da identidade de “louco” (Silva & Brandalise, 2008). Além disso, entender que o paciente provavelmente já possui inúmeras representações acerca da loucura e do transtorno e será afetado por elas.

A pesquisa não se propõe a afirmar que a comunicação do diagnóstico deve sempre ser feita ou nunca ser feita. Dito isso, é preciso que existam conversas com o paciente, para acolher, entender, investigar como acha que o serviço e os profissionais podem ajudá-lo, para ouvir sua história de vida única.

### *2.3 Os benefícios*

A subcategoria engloba os benefícios do diagnóstico percebido pelo próprio paciente e também no geral.

Vicente e Isis acreditam que saber o diagnóstico é positivo, na medida que relacionaram esse saber com a compreensão de seus sintomas. Isis contou que tudo o que pretende mesmo é que se estabeleça um diagnóstico, porque, além de querer saber sobre as vozes: “ajuda, porque estabelecendo o diagnóstico, os medicamentos eram mais precisos, então, não vai ter chance nenhuma dessas vozes aparecerem”. Dessa forma, as entrevistadas indicam como o estabelecimento do diagnóstico pode direcionar o cuidado (World Health Organization, 2022, tradução nossa). Nesse sentido, Lara afirmou que o diagnóstico “é uma coisa boa para conseguir identificar [...] meio que precisa ter nome para conseguir sinalizar, para nortear, para saber o que a gente pode tratar e pode fazer para ajudar quem tá sofrendo”.

Ezequiel contou que, antes do diagnóstico, a convivência com a esposa e com o filho era um “tormento”. Isso porque eles não diferenciavam as personalidades, então brigavam com uma delas e ficavam irritados com todas, mesmo quando várias nem lembravam da briga. Contou de um dia que a esposa o chamou de “sem vergonha”, por brigar e já tentar fazer as pazes. Depois que a família descobriu seu diagnóstico, entendem que podem estar brigados com uma personalidade e não necessariamente com a outra.

Assim, sua casa está “mais em paz”: “minha esposa começou a entender melhor, a psiquiatra começou a ensinar ela a como lidar melhor com a gente [...] e aí melhorou bastante”, “pararam a cobrança que eles tinha em cima” e “a vida dentro da casa melhorou 100%, acabou as brigas, acabou as discussões, ela [esposa] aprendeu a direcionar o ódio dela para pessoa exata”. Dito isso, é importante reforçar que essa melhora não provém de uma conversa com a psiquiatra. Na realidade, Ezequiel contou que a esposa passou a frequentar suas consultas com o psiquiatra e foi entendendo melhor a vivência do marido.

Vicente, mesmo sem saber seu diagnóstico, afirma que a assistente social pediu um laudo para a psiquiatra e deu entrada com os documentos para o INSS, para que ele se aposente por “por invalidez mental e tudo”. Sebastian também citou como, quando foi internado, continuava recebendo seu salário e seus empregadores o acompanhavam para ver se melhorava: “isso ajudava em casa, porque eu pagava a maioria das contas em casa, porque era eu era o único que trabalhava”.

Dito isso, ficou evidente que Sebastian considerou receber seu salário um favor: “eles [empregadores] tinha aceitado bem [...] foram bem bondosos de pagar esse acompanhamento”. Depois, acabou pedindo demissão: “eu não achava justo eles continuarem pagando com a esperança de eu voltar a trabalhar para eles”.

Assim, os participantes relatam ganhos secundários relacionados ao diagnóstico, sendo maior apoio familiar, já descrito na literatura (Brzozowski, & Diehl, 2013) e benefícios previdenciários relacionados ao trabalho (Junior & Fischer, 2015).

A questão da possível aposentadoria citada por Vicente e o afastamento citado por Sebastian não foram relatados como benefícios do diagnóstico, mas foram postos na subcategoria pelo entendimento de que o diagnóstico está envolvido nesses benefícios concretos. Nesses casos, o “benefício” seria no sentido de direito (Junior & Fischer, 2015), até porque Sebastian receber seu salário no afastamento é direito, não favor. Expandindo a discussão, receber um tratamento adequado e ser compreendido também são direitos (Brasil, 2011).

#### *2.4 Os malefícios*

A subcategoria engloba os malefícios do diagnóstico percebido pelo próprio paciente.

Lara disse que o diagnóstico: “em si é uma coisa bem ruim, eu acho, o surto, ansiedade, a depressão, são coisas que me remetem coisas ruins”. Sobre seu diagnóstico, afirma: “parece meio que uma sentença, de alguma forma, porque é algo que eu vou ter que levar para o resto da vida, ficar em tratamento” Além de dizer que sua autoestima diminuiu: “não me achar equiparável com outra pessoa, que minhas habilidades são boas quando das outras pessoas”, “penso que minha cabeça funciona de um jeito diferente” e “eu não sou parecida com as outras pessoas, sou neuro atípica”. O discurso da entrevistada demonstra como o diagnóstico pode influenciar a identidade do indivíduo de maneira negativa (Nascimento, Brêda & Albuquerque, 2015), além de estar associado ao estigma internalizado (Corrigan & Watson, 2002, apud Soares et. al, 2011).

É interessante que Lara afirmou que teve ansiedade na infância, passou pelo psiquiatra algumas vezes e tomou medicação. Depois parou de tomar, “esqueceram da ansiedade” e não é algo que “levou” para vida, diferentemente da bipolaridade. A explicação dada, pelos profissionais, sobre sua condição, enfatizou as “voltas normais” em contraste com as “voltas do bipolar” na “linha da vida”, como a bipolaridade a faz “não ser parecida com outras pessoas”, que pode ser um “lance perigoso” e que, se ela não se tratar, pode voltar “a ficar daquele jeito e precisar de internação de novo”. Dessa forma, esse estigma internalizado, da paciente, pode ter relação com essas explicações que, apesar de ter feito muito sentido para ela, podem envolver lógicas relacionadas a preconceitos (Salles & Barros, 2013). Por outro lado, Isis, que tem a mesma hipótese diagnóstica, percebe suas crises como episódios isolados. Uma das

hipóteses para essa diferença é a maneira com que as conversas sobre os diagnósticos foram manejadas.

Ademais, Sebastian afirmou que passou a se perceber de maneira diferente depois do diagnóstico: “achei que tá diferente, que agora que eu to com esquizofrenia, é algo a mais, sabe? É um incômodo, da vergonha”. Isso porque: “porque as pessoas não sabem o que é, elas acham que é loucura [...] o problema é as pessoas perceberem, porque eu sou bem quieto, não sou muito de conversar”.

Já Ezequiel citou a questão do preconceito: “a pessoa passa no CAPS, ela é retardada, ‘não vamos considerar o que aquela pessoa tá falando porque ela passa no caps’. Seu colega de trabalho o aconselhou: “não fala lá dentro [...] que você passa no CAPS” [...] Falar que eu passo no caps, dá o direito da pessoa de me diminuir? Falar que eu sou incapaz? [...] A gente é desvalorizado, eu sinto preconceito na pele”. A fala de ambos remonta, por sua vez, a discussão sobre o estigma sofrido, que pode ser decorrente de sintomas de transtorno mental (Goffman, 1961, apud Pereira et al., 2022).

Por fim, Alexandre é interditado, que, segundo ele, é quando: “a pessoa vai abrir uma conta no banco, tem que pedir pra mãe ir junto, quando vai pegar uma porta de emprego, precisa levar a mãe pra assinar pra você, eu sou interditado pelo júri. Minha mãe que criou isso daí junto com os psiquiatras aí, eu tive que assinar e sou interditado até hoje”. Sobre o assunto, o definiu como difícil: “porque a gente sente de mãos atadas, porque é uma coisa que você pode fazer você mesmo e pedir pro outro fazer, depender dos outros não é bom, eu dependo da minha mãe, às vezes, ela não tá com paciência pra vir junto [...] aí precisa abrir conta na outra semana, aí até lá a porta de emprego já fechou”.

Esse processo seria impossibilitado sem um diagnóstico de transtorno mental. A interdição de Alexandre ocorreu há quase duas décadas. Nesse período, segundo seu prontuário, trabalhava e apresentava “boa funcionalidade”. Durante anos, só ia ao CAPS devido a medicações. Nesse sentido, uma interdição que não foi revisada, sendo que sua possibilidade de suspensão não foi discutida, impede o exercício da cidadania do indivíduo (Carvalho & Perucchi, 2016).

Em relação às subcategorias sobre os benefícios e malefícios do diagnóstico, é importante fazer um adendo. Alexandre e Ezequiel afirmaram que não houve mudanças em suas vidas após o diagnóstico. Alexandre contou: “o comportamento foi o mesmo, mudança do diagnóstico foi que mudaram meu medicamento”, isto é, novamente, associou diagnóstico com

medicações. Já Ezequiel reforça que houve benefícios, mas somente em relação a “terceiros”, isto é, sua família, mas não em relação a ele, pois: “o sofrimento é o mesmo”.

De qualquer forma, independentemente de como os pacientes significam ou não seus diagnósticos, os benefícios e malefícios percebidos, é evidente que a relação de cada um com o tema é muito particular, mesmo para aqueles que possuem a mesma hipótese diagnóstica ou diagnóstico.

### *3. O hospital psiquiátrico*

A categoria busca a perspectiva dos pacientes, que foram internados em hospitais psiquiátricos, sobre esse período de suas vidas.

Segundo Foucault, a partir do momento que a loucura é percebida como doença mental, o hospício torna-se o recurso para intervenção, uma vez que seria preciso tratar esses pacientes em espaços próprios (1997, apud Hildebrandt & Alencastre, 2001). Dito isso, devido a lógica do local, o isolamento, a maneira que é organizado, a repressão, controle e abusos, ficou evidente que o hospital psiquiátrico não cura e nem ajuda na melhora do paciente (Machado et al., 1978). Basaglia mesmo afirmou que existem sintomas que são da doença e sintomas que são produto da internação (2005).

A portaria n. 3.088/2011 (Brasil, 2011) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial e enfatizou serviços de base territorial e comunitária. Ademais, colocou como prioridade a expansão, além da qualificação, dos pontos da Rede para que os leitos em hospitais psiquiátricos continuassem a serem substituídos (Brasil, 2011). Nesse sentido, o objetivo da Luta Antimanicomial é a eventual extinção dos hospitais psiquiátricos (Sousa & Jorge, 2019). Alguns dispositivos substituídos seriam o CAPS, atenção nas unidades básicas de saúde e internações em hospitais gerais (Sousa & Jorge, 2019).

Dos 6 participantes, 3 já foram internados no Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel. Vicente associou o hospital psiquiátrico a loucura: “você começa a seguir tanto [a religião] que cheguei ao ponto de acabar parando em um hospital psiquiátrico” ou “quando cheguei aqui [CAPS] eu tava [...] quase irrecuperável, por isso, fui pro Cairbar até”, “comecei a ficar louco, fui parar no Cairbar” e “foi muito sofrimento [...] para minha mãe e para o meu pai [...] que eu tinha que ser internado no Hospital Psiquiátrico”.

Dessa forma, Vicente afirma que ele, seu pai e mãe conectam o hospital psiquiátrico a loucura. Na literatura, é demonstrado que algumas pessoas realmente associam o termo a palavras como “doente mental”, “crise” e “louco” (Maciel et al., 2011). O assunto também

retoma a discussão sobre como a cultura influencia as representações sociais do indivíduo inserido nessa cultura (Bizerra & Novikoff, 2017).

O entrevistado conta que, na sua primeira internação no local, começou a tomar muitos remédios, que os deixaram como um “morto-vivo”, para tentar se recuperar. Seu pai e sua mãe o retiraram do local depois de um mês, o que ele avalia como positivo: “os remédios eram muito, muito fortes mesmo, eles fazem muito bem para quem tá precisando, mas eles também têm seu efeito colateral, tanto que quando eles [pai e mãe] iam me visitar lá [...] o enfermeiro ia me buscar onde que eu tava, eles falavam que eu vinha babando, eu tava muito fraco [...] mole de tanto remédio. Viram que ao invés de eu melhorar, eu tava piorando”. Dito isso, seus irmãos não queriam que ele sáísse: “sabiam que eu era doente [...] que eu tava muito mal, que era melhor eu ficar lá mesmo, que não tinha jeito”.

As falas dos irmãos também ecoam as de outras pessoas descritas na literatura, que associam “hospital psiquiátrico” à “cura”, “acolhimento” e “equipe” (Maciel et al., 2011). Isto é, os irmãos de Vicente poderiam ter a crença de que, no Cairbar, ele seria cuidado por especialistas, o que acaba por sustentar a lógica de segregação do indivíduo e de tutela (Maciel et al., 2011).

Isis ficou quase um mês no Cairbar e relata sua experiência: “as medicações [...] eram muito fortes para mim [...] não conseguia parar alimentação nenhuma no meu estômago, aí foi trocando a medicação”. Depois de liberada, foi para o acolhimento no CAPS: “ainda estava me sentindo muito mal porque estava tomando 12 medicamentos quando sai [...] estavam me deixando muito aérea, eu não conseguia falar normalmente”.

Paralelamente, Alexandre foi internado por volta de 6 vezes (cerca de 20 dias cada vez), sempre por uma decisão dos profissionais e de sua mãe, e a avaliou a situação como “péssima”: “depois da terceira, quarta internação, você volta mais ruim do já foi, se você vai ruim, cê volta péssimo, porque eles aplicam um monte de coisa na pessoa, até você se equilibrar de novo, demora [...] a pessoa fica presa né, é um prisioneiro, não pode sair do quarto”.

As falas dos entrevistados demonstram o aspecto de encarceramento e focado na intervenção medicamentosa dos hospitais psiquiátricos, voltada para à doença ao invés do indivíduo e de sua experiência humana (Silva et al., 2021). Em contraste, no campo da Atenção Psicossocial, “o foco deixa de ser a doença e o cuidado se volta para questões subjetivas que estejam relacionadas com a humanidade” (Silva et al., 2021, p. 383).

Diferente da internação em hospital psiquiátrico, a internação em hospitais gerais envolve um planejamento terapêutico, além da integração à medicina geral, ao invés de uma

Psiquiatria apartada de todas as outras áreas, e internações breves (Botega, 2017). Alguns dos benefícios da internação em hospitais gerais, em contraste ao hospital psiquiátrico, são: retorno rápido à comunidade de origem do paciente, diminuição do estigma (o paciente é tratado no mesmo hospital que todas as outras pessoas), maior transparência e fiscalização contra possíveis abusos, atenção à saúde física e maior proximidade e acessibilidade, o que “favorece a regionalização e a continuidade da assistência na rede local de cuidados” (Botega, 2017, p. 19). Como o psicólogo entrevistado afirmou, o paciente de saúde mental: “é um paciente como qualquer outro e não precisa ser segregado”.

Porém, em 2017, os leitos em hospitais psiquiátricos foram introduzidos na Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2017, apud Sousa & Jorge, 2019), e o financiamento dos hospitais psiquiátricos foi ampliado entre 2016 e 2019 (Delgado, 2019). Dessa forma, o hospital psiquiátrico passa a ter lugar de destaque na Política Nacional de Saúde Mental (Sousa & Jorge, 2019).

Mesmo que em 2011 já fosse previsto a internação em hospitais psiquiátricos, era somente em locais que a RAPS ainda está em expansão (Brasil, 2011). Assim, em face da crescente centralidade desse instrumento no cuidado (Sousa & Jorge, 2019), essa categoria não foi incluída na próxima, relacionada ao tratamento, devido a uma escolha política de posicionar-se a favor da missão originária de extinguir, eventualmente, os hospitais psiquiátricos (Sousa & Jorge, 2019).

#### *4. O tratamento*

##### *4.1 De acordo com os prontuários do CAPS*

O primeiro registro no prontuário de Vicente foi há cerca de 15 anos. Existem registros envolvendo medicações e internações no Cairbar. Depois de quase 1 ano que entrou no serviço, aparece um Plano Individual Terapêutico (PTS), realizado em conjunto com ele e o irmão. O plano envolvia permanecer no CAPS todas as manhãs e tardes de terça a quinta-feira, além de tomar medicamentos em casa. Dito isso, não existe nenhuma anotação relacionado ao cumprimento do plano. Após alguns meses, volta para o serviço e é medicado. Depois de cerca 3 anos da sua entrada no CAPS, é atendido pela psicóloga por algumas sessões. Por vários anos, a única atualização é em relação a medicamentos. Recentemente, também vem sendo atendido pelo psicólogo, que refere que o paciente apresenta discurso repetitivo.

Já o prontuário de Alexandre expõe que, por um longo período, recebeu medicação assistida todos os dias, queixava-se com frequência dos efeitos colaterais e já se recusou a ser medicado. A maior parte dos registros são relacionados a medicamentos e consultados com o psiquiatra. Atualmente, recebe medicação assistida e participa da ambiência.

No prontuário de Sebastian, existem documentos sobre internações e atendimentos no CAPS infantil. No CAPS II, até recentemente, ficava quase o dia todo no serviço, na ambiência, além de receber atendimento psiquiátrico. Está previsto que irá participar de uma atividade, fora do CAPS, em uma instituição que possui parceira com o serviço.

O primeiro registro de Lara é um encaminhamento de um hospital geral, devido a uma internação. No CAPS II, é atendida pela psicóloga e, em vários atendimentos, traz o tema do seu diagnóstico de bipolaridade. Em um momento, afirma que pensa nisso o dia todo. Por sua vez, o prontuário de Isis consiste em um atendimento com o psiquiatra e diversos de sessões com o psicólogo, sendo que, nos atendimentos, a paciente conta sua história e o psicólogo estimula sua independência. Na última anotação, Isis relatou que está se sentindo melhor e pretende voltar a trabalhar.

Já no prontuário de Ezequiel, de 47 anos, existem anotações relacionadas a medicações, participação em um grupo e atendimento com o psicólogo. Nessas sessões, o conteúdo varia de acordo com qual personalidade compareceu ao serviço. Uma disse que se sente superior às outras personalidades, outra chorou quando porque não lembrava que o pai havia falecido. Ainda, outra disse que não acredita que irá melhorar. O psicólogo anotou que o paciente está “mais equilibrado e consegue compreender melhor as personalidades”. A última anotação expressa que o profissional liga para o paciente, mas não recebe respostas.

Segundo o psicólogo entrevistado, o objetivo do CAPS é oferecer bem-estar, para que a pessoa possa “viver bem”, “se socialize” e tenha “vida produtiva, dependendo da pessoa”. Sobre o transtorno, disse: “não é que a pessoa vai se curar esquizofrenia no CAPS, mas como ela vai lidar com isso [...] com ela mesmo e com a sociedade”, sendo esse “lidar” uma “uma forma de entender sua condição”. Para isso, para além dos atendimentos individuais, percebe como importante as atividades coletivas, como os grupos e ambiências: “para que haja uma atuação mais completa mesmo do serviço né, onde o paciente não seja visto só como um portador de uma patologia, mas como indivíduo que tem direitos”. Citou também atividades realizadas fora do serviço com intuito de “socialização”.

O presente estudo não tem intenção de julgar os tratamentos adequados ou inadequados. Dito isso, é possível fazer alguns apontamentos. Primeiramente, apesar da fala do psicólogo

sobre a importância de atividades coletivas, chama a atenção a ênfase na intervenção medicamentosa. Evidentemente, não é uma necessidade que todos os profissionais intervenham em todo caso, ou que o paciente participe de todas as atividades do serviço, mas permanece o questionamento se faria sentido, do ponto de vista terapêutico, uma atuação mais interdisciplinar em alguns casos, como já é previsto na Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011). Esse fato tornar-se mais evidente quando se observa que, por exemplo, Vicente teve um Plano Terapêutico Individual (não comprimido) em todos os anos que foi atendido.

Em certo contraste com a definição, dada pelo psicólogo entrevistado, do objetivo do CAPS, pode interessar, na lógica médica, somente diagnosticar a partir do preenchimento de critérios diagnósticos e curar (Aguiar, 2004; Canguilhem, 1995). Curar, a partir de um conhecimento da fisiologia, seria fazer “voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado” (Canguilhem, 1995, p. 94). A insistência na medicação como tratamento principal e, muitas vezes, único, resgata a ideia descrita por Foucault (1994) de que a doença seria essencial.

Nessa perspectiva, o objetivo do tratamento seria diminuir ou extinguir os sintomas, isto é, Vicente é lido como um ser que possui a esquizofrenia como um traço intrínseco e que a medicação poderia aliviar as expressões desse traço. Então, já curado ou melhor, ele poderia trabalhar ou conviver com pessoas. Essa lógica perde de vista a relação desses sintomas com a experiência subjetiva do paciente (Aguiar, 2004) e ele seria somente um portador de uma patologia, ao invés de um indivíduo com direitos, como o psicólogo mesmo disse.

É possível pensar no tratamento pela perspectiva do próprio sofrimento relatado pelos pacientes. Alexandre e Vicente, que nem sabem seus diagnósticos, queixaram-se de não trabalhar, não ter amigos ou dos efeitos colaterais dos remédios. O psicólogo entrevistado contou que o CAPS atende casos “cronificados”, indicando que o tratamento pode ser longo. Dito isso, as demandas e queixas desses dois pacientes, em tratamento há quase 20 anos cada um, pelos relatos e prontuários, praticamente são as mesmas desde que chegaram ao serviço. São perceptíveis mudanças somente na ocorrência de mais situações adversas, ao longo dos anos: uma mãe que morreu, um emprego que foi perdido. Vicente disse que se sente: “só parado no tempo e no espaço”

Nesse cenário, Vicente é acompanhado somente pelo psiquiatra e pelo psicólogo. Alexandre tem o trabalho como central em seu discurso, fala com orgulho que trabalha desde cedo na roça e fala que tem amigos verdadeiros no emprego. Porém, no seu prontuário, um laudo atualizado, afirmando que, devido aos seus sintomas, “está sem condições de desenvolver

atividades laboratorista de forma permanente”. Assim, é defendido que é preciso ser valorizado o que é cura para o paciente, o que ele deseja, acredita ser importante, como quer exercer sua cidadania, viver, o que considera vida. Até porque é o próprio doente que julga, geralmente, se não é mais “normal”, ou então se voltou a sê-lo (Canguilhem, 1995).

Por fim, pelo menos pelos prontuários, não foi percebido que as hipóteses diagnósticas ou diagnósticos dos pacientes foram particularmente significativos para a distribuição das atividades que os usuários participam no serviço, com exceção do atendimento psiquiátrico, que sempre enfatizava o diagnóstico e sintomas. Chamou atenção que Sebastian e Alexandre foram postos na ambiência porque, sem escola ou emprego, estavam com “bastante tempo livre”, isto é, suas situações de vida foram consideradas no momento.

#### *4.2 De acordo com o paciente*

A subcategoria investiga o tratamento do paciente, de acordo com ele mesmo. É interessante, na medida que permite compreender se o paciente se sente melhor e, se sim, ao que atribui essa melhora.

Todos os participantes fazem tratamento medicamentoso, mas Lara, Ezequiel e Isis fazem acompanhamento psiquiátrico na rede privada. Sobre o que participam atualmente, Sebastian citou ambiência, mas somente disse: “posso vir de segunda a sexta”. Alexandre citou que participa da ambiência e recebe instruções do assistente social. Lara, Ezequiel e Isis citaram o atendimento psicológico individual.

Vicente atribuiu certa melhora a si mesmo, porque lutou pela sua vida e sua mente começou a se abrir: “quando eu tava no fundo do poço [...] eu quis sair” e “com o tempo, eu fui perdendo o medo da religião católica [...] e esse monte de preconceito que foi colocado na minha cabeça foi acabando”. Também citou as medicações: “fui melhorando, o médico foi tirando alguns medicamentos pesados que eu tomava, aí, comecei a tomar uma medicação mais fraca e eu fui evoluindo psicologicamente, mentalmente, e depois desses anos, eu me libertei”.

Na verdade, em relação ao CAPS, disse: “a única coisa que eu tive foi ajuda do psiquiatra, os medicamentos que ele prescreveu [...] direto, todo mês, por anos e anos frequentando”, sendo que isso foi “o máximo que eles puderam fazer foi isso, de resto, fui eu mesmo”. Dito isso, afirmou que nunca se recuperou 100% como queria, porque quando alguém mexe com a mente: “o estrago pode ser grande e irreversível”. Nesse sentido, melhorou em relação ao “fanatismo”, mas na questão social, de fazer amizades e criar laços, “só piorou”.

A fala de Vicente remonta que, com 18 anos, foi procurar ajuda, porque não estava aguentando mais o que estava sentindo, e que ainda quer ajuda, apesar da aparente contradição de que o estrago em sua mente é irrecuperável. Nessa perspectiva, afirma que o “tempo passou”. De fato, quase duas décadas se passaram e, como já dito anteriormente, suas demandas são praticamente as mesmas de quando tinha 18 anos. Ainda diz que não tem ninguém para desabafar, não faz nada o dia todo, não consegue “reingressar na sociedade”. Pela sua fala, não é possível afirmar que a reabilitação psicossocial, aumento da autonomia e construção da cidadania plena foi desenvolvida, no seu caso. A literatura mostra como o CAPS, um serviço substituto, pode estabelecer uma “nova cronicidade” com os usuários (Pande & Amarante, 2011), o que talvez seja o caso do entrevistado.

Lara citou o “tratamento medicamentoso” que precisava fazer no CAPS, assim como Isis: “estou otimista, porque tomando as medicações eu não estou ouvindo mais as vozes, então, se eu parei de ouvir quer dizer que a medicação está agindo”, sendo que deseja “parar de ouvir essas vozes para reestruturar minha vida”. Lara comentou: “eu levo um pouco mais tranquilo, agora eu penso que é muito mais difícil de acontecer [crise], tendo tratamento devido e noção direito do que eu tenho que fazer”.

Alexandre contou que, ao longo dos anos, seu tratamento era pegar o medicamento e voltar para o serviço. Atualmente, seu tratamento é: “o remédio, alimentação, a roupa limpa, [...] é se cuidar com essas coisas”. Disse que sua rotina é o tratamento, que jamais pode abandoná-lo, mas é uma “perca” estar no CAPS, ao invés de estar trabalhando. O paciente iniciou seu discurso afirmando que está no CAPS há bastante tempo, “mas sempre [...] trabalhando”.

A utilização de medicamentos para os tratamentos de transtornos mentais é uma prática comum e, apesar de apresentar riscos (Mojtabai R, Olfson M, 2010, apud Silva, Lima & Ruas, 2020), assim como os participantes do presente estudo, outras pessoas relataram efeitos positivos que atribuem a medicação (Guarido, 2007). A centralidade da medicação nos discursos está totalmente em sintonia com a centralidade do acompanhamento psiquiátrico observado nos prontuários.

Ezequiel já havia procurado atendimento antes, mas não levava muito a sério porque seu caso, apesar de incomodar os outros: “não tava incomodando mais a gente, a gente já tinha se acostumado”. Porém, depois que uma de suas personalidades fez um ato ilegal, procurou auxílio. Então, Emanuel e Ezequiel procuram tratamento, o que não é o caso de todas as personalidades, como Elias, que “só quer viver”.

As personalidades buscam esse auxílio, também o buscam por diferentes razões. Segundo Ezequiel, Emanuel busca uma cura, que seria desfazer as outras personalidades: “ele criou a gente para passar o que ele não aguentava passar e, depois que a vida dele ficou legal, ele quer simplesmente desfazer, quando ele precisou da gente, a gente tava lá”. Assim, enquanto Emanuel toma medicações porque busca uma cura específica, Ezequiel não acredita que essa cura é possível, então não toma remédios e busca aprender a conviver com esse transtorno.

Existem pesquisas apontando que seria possível uma interação entre as partes do self (Ganslev et al., 2012; Macintosh, 2015, apud Melo et al., 2022), da maneira considerada por Emanuel. Porém, também existem pesquisas apontando que o transtorno é crônico e os *alters*, que seriam fragmentos da pessoa, não podem ser eliminados (Foote e Orden, 2016 apud Melo et al., 2022), assim como Ezequiel disse.

É perceptível que, da mesma forma que Vicente acredita que o dano na sua vida é irreparável, mas ainda procura ajuda no CAPS, Ezequiel busca também um alívio de seu sofrimento, ao tentar conviver com sua condição. Também, toda intervenção junto a Emanuel – ou Ezequiel – precisa considerar que as diferentes personalidades significam de forma particular o que é cura e melhora, ou até mesmo o que seria conviver com o transtorno, forma essa intimamente relacionada com a história de vida de cada personalidade.

#### 4.3 A Psicologia

O psicólogo entrevistado, quando questionado se é importante, para ele, saber o diagnóstico da pessoa, respondeu: “dá um Norte, ele te orienta em conduzir, por exemplo, a fala, ele te ajuda, se você não saber manejar pode virar um limitador, estagnar a pessoa naquela condição, limita”.

Vicente citou a psicóloga que o encaminhou para o CAPS: “a psicóloga falou que não era caso de Psicologia, era caso de Psiquiatria e me encaminhou para cá”. Há duas possíveis maneiras – dentre outras – de interpretar a fala da profissional. Na primeira, a psicóloga o encaminhou porque no CAPS também tem um psiquiatra, e ela acredita que ele deveria receber atendimento psiquiátrico, além de outros, que seriam acordados no seu Plano Terapêutico Individual. Na segunda, a fala da psicóloga é literal, isto é, o caso de Vicente não seria um caso que a Psicologia deveria ou poderia atender, mas somente a Psiquiatria. Essa interpretação gera a dúvida do porquê não seria um caso para a Psicologia, ou então para outras profissionais do CAPS, já que a RAPS prevê assistência multiprofissional, a partir da lógica interdisciplinar (Brasil, 2011).

Alexandre interpretou o tratamento da Psicologia como sendo o da Psiquiatria: “o tratamento de Psicologia [...] tranquiliza, faz a pessoa dormir, os remédios ajuda, mas, às vezes, atrapalha, por exemplo, trabalhar, exercer a profissão, agora eu não estou apto para voltar [...] tenho que ficar afastado”. Novamente, pensando no histórico de tratamento do entrevistado, como há praticamente duas décadas tem ido ao CAPS para “pegar o medicamento” e depois voltar ao trabalho, é natural que entenda qualquer intervenção no serviço como sendo a psiquiátrica e medicamentosa.

Já Sebastian recebeu atendimento psicológico, apesar de não receber atualmente. Contou que era “bom”: “conseguia falar o que tava passando [...] eles me ajudaram bastante”. Lara e Isis relatam contato semanal e positivo com o psicólogo. Isis afirmou: “aos poucos fui conseguindo me abrir e falar mais” e “comecei a conversar com ele e expondo meus problemas”.

Já Lara disse: “no começo foi um pouco de acostumar, porque eu não tava querendo fazer terapia mais, eu só queria morrer, que não ia adiantar de nada, que ia ser tempo perdido, que eu tava sendo tempo perdido, mas, a passo de tartaruga [...] eu fui acostumando e aí foi melhorando, foi gradual”, além de expor a lógica do atendimento: “preciso [...] para terapia falar do que eu tô sentindo, porque se eu guardar para mim pode ser pior [...] posso ficar muito mal do nada, não posso largar a psicoterapia”. A fala da paciente demonstra, novamente, o temor de ter uma outra crise.

Segundo Vieira Filho (2003), a psicoterapia na Atenção Psicossocial possui suas especificidades e seria o acompanhamento, por parte do terapeuta, da demanda de cuidados relacionados à saúde mental, sendo que essa demanda se atualiza. Assim, no CAPS, o psicólogo trabalha a partir da reabilitação psicossocial, a partir da potência da saúde de cada um (Mota & Costa, 2017), sendo que seu saber favorece a escuta do paciente e a reflexão sobre a dinâmica do caso (Oliveira & Ferrarini, 2020).

Sobre a escuta, a fala do paciente pode nortear o cuidado. Não em uma perspectiva de reduzir os conflitos do paciente, mas, no sentido de estar junto a ele em um processo que é dele. Assim, de maneira tradicional, o terapeuta diagnostica a situação e realiza intervenção a partir de uma teoria geral prévia que conhece, o que hierarquiza sua narrativa acima da do paciente. Quando essa posição de superioridade é desconstruída, dá espaço para entendimento mútuo e também aprender com os conhecimentos do indivíduo. A perspectiva é colaborativa e que prioriza a visão de mundo do paciente (Anderson & Goolishian, 1998, apud Vera Filho, 2001). Sebastian, Isis e Lara descrevem um contato positivo com a psicoterapia individual,

conseguiram falar, expor dificuldades e serem ouvidos. De fato, os três afirmaram que se sentem melhor, apesar de evidentemente não atribuírem essa melhora somente ao acompanhamento psicológico.

Já Ezequiel afirma que somente algumas personalidades aceitam a psicoterapia individual: “tem personalidade que não conversa com doutor [nome do psicólogo] e quando é elas, eu nem venho”. Isso está relacionado com a recusa de algumas personalidades de ver sua condição como algo que precisava ser tratado.

Ademais, segundo ele: “[psicólogo] tenta falar que eu sou o Emanuel [...] mas, infelizmente, as outras personalidades que não aceitam ser o Emanuel, começa a se distanciar”. O próprio Ezequiel afirma que, às vezes, discorda do psicólogo: “ele fala que o meu lado nervoso é o Emanuel, que meu lado amoroso é o Emanuel, eu discordo disso, cada personalidade tem seu lado amoroso, seu lado vingativo, seu lado raivoso”. Dito isso, percebe que o profissional possui intenção de ajudar: “talvez não seja se ele acredita não, talvez seja o modo dele abordar o assunto. O problema é que a vida inteira a gente foi tratado como mentiroso. Isso aí é o que mais irrita todas elas [personalidades]”.

Isto é, aparentemente o psicólogo dirige sua intervenção para uma integração da consciência, enquanto Ezequiel afirma que é um pessoal real e independente de todas as outras personalidades, inclusive de Emanuel. Esse embate já foi registrado pela psicoterapia. Uma abordagem, nomeada modelos de traumas, defenderiam que uma intervenção junto a Ezequiel tem objetivo de integrar e, dessa forma, reduzir as dissociações do self (Ganslev et al., 2012; Macintosh, 2015, apud Melo et al., 2022), da forma que o psicólogo tenta realizar. Porém, outra abordagem, chamada de modelo psicanalítico relacional, iria propor a aceitação e o desenvolvimento dos selfs, incentivando a comunicação inconsciente entre eles, a partir de encenações na relação terapêutica e dos sonhos (Macintosh, 2015, apud Melo et al., 2022).

Desse modo, as duas abordagens existem e são utilizadas, porém é importante que os efeitos gerados por ambas sejam analisados. No caso de Ezequiel, aparentemente tratar todas as personalidades como se fossem somente Emanuel está afastando várias delas do acompanhamento psicológico, uma vez que, mesmo tentando compreender o psicólogo, o paciente acaba associando a abordagem do profissional com ter sido chamado de mentiroso a vida toda. Novamente, o intuito da pesquisa não é julgar adequado ou inadequado a perspectiva do psicólogo, mas levantar reflexões sobre como a história de vida do paciente se relaciona o tratamento. Realmente, na última atualização do prontuário de Ezequiel, está escrito que ele não tem atendido o telefone.

## 5. *O futuro*

A categoria investiga o que o paciente espera de seu futuro e como o configura. Permeia a entrevista de Vicente, de 35 anos, em tratamento no CAPS há quase duas décadas, falas sobre como sua vida já acabou e, fazendo um balanço final, sendo seu veredito: “minha vida não deu certo”. É resoluto na crença de que sua vida já está condenada: “ter um monte de amigo e de colega, é uma coisa que você conquista ou não, você pode ser aceito ou não e eu não fui aceito” e “pra mim parece que não tem amanhã, que não tem futuro, porque eu perdi muito tempo, décadas, eu já tô velho, 35 anos de idade [...] na minha cabeça eu tenho um oceano, esse mar de problemas, é duro, é triste”.

Uma pesquisa (Juca, 2005), que buscou a compreensão de psiquiatras sobre cura, concluiu que o discurso médico, a partir de uma perspectiva organicista, associa a esquizofrenia a um caráter imutável, incurabilidade, “irreversibilidade das alterações patológicas” (p. 777) e grave incapacitação, explicitada na “impossibilidade de manter laços sociais” (p. 777). Por isso, o tratamento seria por tempo indeterminado, focado na manutenção e controle (Juca, 2005). Assim, esse “veredito” de Vicente, sua resolutividade em afirmar que é impossível conquistar uma vida social, de certa forma, ecoa o discurso psiquiátrico (Juca, 2005), como supracitado na categoria sobre diagnóstico. Nesse sentido, a perspectiva dos próprios profissionais contribui com esse lugar de solidão e exclusão que parece culturalmente reservado a quem é diagnosticado com esquizofrenia (Juca, 2005). O diagnóstico contribui, por esse lado, para a crença acerca de um prognóstico promissor ou não (Juca, 2005).

Em outro momento, Vicente afirma que, às vezes, pensa em morrer: “queria muito ir embora para outro lugar, porque talvez, se eu fosse, eu tentaria começar minha vida de novo”. Assim, o relato do paciente aborda o suicídio, mas como uma saída, uma fuga, uma intencionalidade em relação a uma outra vida, ao invés da morte (Botega, 2015), reforçada pela ideia seguinte de mudar de cidade.

Em paralelo, Ezequiel afirma não ver um futuro para si: “eu vivo um dia de cada vez. Nunca posso criar perspectivas, porque nunca sei se vou tá participando disso ou não. Então preciso viver aquele dia” e “não posso fazer expectativas, porque eu não domino a minha vida”. Sua fala, assim como o relato relacionado a algumas maneiras que sua condição afeta sua vida, relembra a ideia de Canguilhem, sobre como, para o doente, a doença é uma forma diferente da vida (1995).

Isis que “retomar” sua vida, fazer uma especialização, trabalhar na sua área de formação como originalmente planejava, antes das ameaças sofridas, “seguir adiante, tomando os medicamentos para não ter novas crises” e “viver tranquilamente sem ouvir vozes”. Sebastian quer melhorar do seu “jeito antissocial”, começar a trabalhar e estudar, pra ver se faz uma faculdade, além de ter a esperança de ter sua própria casa e morar sozinho.

Por fim, Alexandre quer ver seus filhos “bem, com saúde, empregado, bem vestido, estudado, preferencia uma faculdade” e melhorar a saúde, o financeiro e conseguir um emprego. Lara imagina que sua vida melhore cada vez mais: “penso em tentar ajudar as pessoas que têm o mesmo diagnóstico que eu de alguma maneira, porque tem muita gente tá passando pelo que eu passei e precisa saber que tem um caminho, tem um jeito, tem como melhorar”.

É possível observar que os últimos 4 entrevistados possuem planos para o futuro. Mesmo Ezequiel, que não acredita que as personalidades podem desaparecer e, por isso, não conseguiria planejar seu futuro, quer aprender a conviver com sua condição, o que também aponta para o que está por vir.

Nesse sentido, a literatura mostra que, de acordo com a lógica médica, cura seria a remissão completa de sintomas (Juca, 2005), como os descritos na CID-10. Dito isso, os pacientes também apontam outras possibilidades, outras maneiras de significar melhora, a partir do que desejam para o futuro. Por fim, especialmente, no discurso de Lara, que envolve sua trajetória passada nos seus planos futuros, é possível observar que as crises, o diagnóstico, o tratamento fazem parte e se entrelaçam com sua história de vida.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O psicólogo entrevistado explicou que o usuário não precisa, a princípio, de um diagnóstico psiquiátrico para ser atendido no CAPS. A partir do acolhimento, é decidido se a demanda do paciente “corresponde ao perfil atendido pelo CAPS” ou se ele será encaminhado para outros serviços na rede. O CAPS II atende um público específico de pessoas que possuem transtorno mental grave e persistente (Brasil, 2011). Assim, a lógica seria: quem tem transtorno mental grave e persistente, permanece no CAPS e, quem não tem, não permanece. Isto é, o diagnóstico influencia, inclusive, em quem seria paciente do CAPS, ou não. Essa lógica esbarra na prática, uma vez que esse processo não é simples (OMS, 1993).

O diagnóstico, quando posto, precisa ter um propósito. Dessa forma, é preciso uma reflexão sobre qual propósito ele tem servido, e quando, e onde e a quem. Nesse processo, é

primordial o entendimento de que o diagnóstico não “revela” o transtorno, que seria a essência do indivíduo. Como Foucault (1994) mesmo disse, a loucura é histórica, além de muito mais jovem do que pensamos ser.

O ponto defendido da pesquisa é que o transtorno, o diagnóstico e o tratamento se entrelaçam com a história de vida de cada um de maneira muito particular. Dito isso, a história de vida não é o único fator que se entrelaça, ou seja, é o foco do estudo, mas, não é feita uma hierarquização da história de vida em relação a outros fatores. Realmente, já é reconhecido que esses processos envolvendo transtorno e diagnóstico são multifatoriais, porém a história de vida não é um contexto ou plano de fundo que pode causar, agravar ou amenizar uma doença (Juca, 2005), mas é central, inclusive para qualquer forma de cuidado direcionada ao paciente. Essa ênfase faz-se necessária, principalmente na medida em que, nos prontuários, de todos os participantes, foi encontrado somente um Plano Individual Terapêutico, sendo que este não foi cumprido.

Portanto, a pesquisa, ao dar voz a integrantes de um grupo historicamente marginalizado e ainda muito discriminado, conseguiu investigar, a partir do método de História de Vida, como o indivíduo significa sua história de vida e seu diagnóstico e como eles se entrelaçam. Ademais, ao tratar-se de uma pesquisa no CAPS II de São Carlos, traz reflexões, envolvendo a Atenção Psicossocial, a partir da lógica territorial. No futuro, seria benéfico investigar outros CAPS da cidade com o método de História de Vida.

## REFERÊNCIAS

- Administrações Regionais de Saúde – ARES. **São Carlos, Prefeitura Municipal de**. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>.
- Aguiar, A. A. de. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: **Relume-Dumará**, 2004.
- American Psychiatric Association - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Amorim, M. de F.; Otani, M. A. P. A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 11, n. 3, p. 168-177, 2015.
- Azevedo, C. E. F. et al. A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. In: **Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**, IV, 2013, Brasília: ANPAD, 2013.
- Azevedo, E. C. de. **O louco mundo da ficção: um estudo sobre a representação social da esquizofrenia na telenovela**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Comunicação Social. 2013.
- Baroni, D. P. M., & Vargas, R. F. S., & CAPONI, S. N. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 70-77, ago. 2010.
- Basaglia, F. (2005). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** (J. A. d'Avila Melo, trad.). In P. Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Botega, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- Botega, N. J. **A psiquiatria no hospital geral. In: Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e Emergência** – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012.
- Brzozowski, F. S. & Diehl, E. E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico?. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 657-665. 2013.
- Câmara, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online], v. 10, n. 4, p. 677-684. 2007.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPS Prefeito visita novas instalações. **São Carlos, Prefeitura Municipal de**. 25 de abr. de 2008. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2008/152293-caps.html>.

Carvalho, S. M. De.; Perucchi, J. “Não Converso com Demente”: Intersecções entre Direito e Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 584–596, jul. 2016.

Casa Cairbar Schutel. **Casa Cairbar Schutel**, 2018. Página inicial. Disponível em: <https://www.casacairbar.org.br/>.

CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

Chaves, A. C. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n.2, p. 174–178, 2007.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

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

Darriba, V. A; Bosse, C. (2013). O terapêutico e o analítico em Freud. **Psicologia em Estudo**, 18(2), 333-341.

Dias, H. M. M.; Ceccarelli, P. R.; Moreira, A. C. G. Situação de crise psíquica e desejo de saber. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, n. 19, jan. 2016.

Duarte, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, n. 24, p. 213-225. 2004.

Figueira, M. L.; Sampaio, D.; Afonso, P. **Manual de psiquiatria clínica**. Lisboa: Lidel, 2014.

Fontanella, B. J. B, Ricas, J. & Turato, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 24, n. 1, pp. 17-27, 2008.

Forte, T. J. D; Coelho, T. L; dos Santos-Silva, M. A. A visão da psicologia e da psiquiatria no fechamento do diagnóstico do Transtorno Dissociativo de Identidade: revisão integrativa da literatura. Mosaico - **Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 13, n. 1, p. 97-111, set./dez. 2022.

Foucault, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- Freitas-Silva, L. R.; Ortega, F. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016.
- Fukumitsu, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, n. Psicol. USP, 2014 25(3), set. 2014.
- Gigante, L. P. **Diagnóstico multidimensional pela CID 10: o eixo social**. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2001.
- Goffman, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.
- Goffman, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- Guarido, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151–161, jan. 2007.
- Gulisz, I. C.; Vieira, F. de M. Um Estudo de Revisão Sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade: Características e Direções de Tratamento. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 11, n. 1, p. 71-82, ago. 2022.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2021.
- Jucá, V. J. Dos S. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. Ciênc. saúde coletiva, 2005 10(3), p. 771–779, jul. 2005.
- Koenig, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 34, 2007.
- Lara, C. Vozes Da Desrazão – A Subjetivação No Discurso Bipolar. **Gavagai - Revista Interdisciplinar de Humanidades**, v. 2, n. 1, p. 50-61, jun. 2015.
- Leitão, I. B et al. Caracterização dos Transtornos Psiquiátricos Diagnosticados no CAPS I, em Jaguaré, ES, no período de Janeiro a Outubro de 2014. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 1, p. 19-35, abr. 2017.
- Lima, M. A. D. S.; Almeida, M. C. P. & Lima, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 20, p. 130-142. 1999.
- Lughi, A. C. **A rede de atenção psicossocial e o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico do município de Araraquara**. 2019. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.
- Almeida, A. M.; Ribeiro, A. B.; Benedetti, L. Transtorno Dissociativo de Identidade: um mecanismo de proteção complexo. **Psicopatologia crítica: perspectivas do sofrimento existencial**, v. 1, n. 1, 12 nov. 2020.
- Machado, R. et al. **Danação da norma – Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

- Maciel, S. C et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193-204, jun. 2011.
- Martinhago, F.; Caponi, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 29, n. 02. 2019.
- Medeiros, J. B. **Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas**. São Paulo: Atlas, 2000.
- Melo, K. C.; et al. Therapies associated with the treatment of Dissociative Identity Disorder. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, 2022.
- Mohr, A. M.; Thá, F. Conjecturas psicanalíticas acerca da Desordem de Personalidades Múltiplas. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 69, 2017.
- Moretto, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2013.
- Mota, V. de A.; Costa, I. M. G. DA. Relato de Experiência de uma Psicóloga em um CAPS, Mato Grosso, Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 831–841, jul. 2017.
- Nascimento, Y. C. M. L.; Brêda, M. Z.; Albuquerque, M. C. DOS S. DE. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. Interface (Botucatu), 2015 19(54), jul. 2015.
- Neves, D. R., Nascimento, R. P., Felix Jr, M. S., Silva, F. A. da ., & Andrade, R. O. B. de .. (2018). Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cadernos EBAPE.BR**, 16(Cad. EBAPE.BR, 2018 16(2)).
- Oliveira, F. C de. **Implementação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no contexto na política de saúde mental do município de São Carlos/SP (2010-2015)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- Oliveira, R. M de; Ferrarini, N. da L. Sentidos subjetivos da prática interdisciplinar do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial - Caps. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-16, jun. 2020.
- Palmeira, A. B. P.; Gewehr, R. B. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(8), ago. 2018.
- Pande, M. N. R.; Amarante, P. D. DE C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067–2076, abr. 2011.
- Pereira, A. De A. et al. Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a formação médica do século XXI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, n. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., 2022 25(2), abr. 2022.

- Peres, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 34, n. Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo), 2007, v. 34, 2007.
- Pondé, M. P. A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 21, n. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, 2018 21(1), p. 145–166, jan. 2018.
- Poupart, J. A análise documental. In: Poupart, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316.
- Ribeiro, B. V. D. **Saúde mental, cidadania e televisão: representações da loucura no programa “A Liga”**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Informação e Comunicação (FIC), Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Goiânia, 2015.
- Rhiry-Cherques R.H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Rev PMKT**[Internet]; v. 4, n. 08, p. 20-7, 2009
- Rocha, R. M. G.; Salerno, C. B. Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [S. l.], v. 34, p. 82–103, 2018.
- Sales Cirilo, L., & de Oliveira Filho, P. (2008). Discursos de usuários de um centro de atenção psicossocial-CAPS e de seus familiares. **Psicologia Ciência e Profissão**, 28(2), 316-329.
- Salles, M. M.; Barros, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. Saude soc., 2013 22(4), p. 1059–1071, out. 2013.
- Santos, I. M. M. & Santos, R. S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 714 – 719. 2008.
- São Carlos. Decreto-lei nº 366, de 13 de agosto de 2020. **Regulamenta a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde**. São Carlos: Prefeitura Municipal. 2020.
- São Carlos. Lei nº 18.926, de 7 de dezembro de 2018. **Dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal e adota outras providências**. São Carlos: Câmara Municipal. 2018.
- Sá-Silva, J. R.; Almeida, C. D.; & Guindani, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1. 2009.
- Serpa Junior, O. et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1053–1077, out. 2014.
- Sérvio, S. M. T.; Cavalcante, A. C. S.. Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, 2013.
- Severo, A. K. S.; Dimenstein, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia** (Natal) [online], v. 14, n. 1, p. 59-67. 2009.

- Silva-Junior, J. S., & Fischer, F. M. (2015). Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, v. 18, n. 4, 2015.
- Silva, R.S.; & Brandalise, F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. Mudanças – **Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 123-129. 2008.
- Silva, S. N.; Lima, M. G.; Ruas, C. M. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2871–2882, jul. 2020.
- Silva, T. A.; Silva, A. S.; Filho, I. E. M.; Nery, A. A.; Vilela, A. B. A. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Avances em Enfermería**, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 380–386, 2020.
- Soares RG, Nery FC, Silveira PS, Noto AR, Ronzani TM. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicol Estud.**, v. 16, n. 4, p. 635–45, 2011.
- Trevisan, E. R.; Castro, S. DE S. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(121), abr. 2019.
- Trevisan, E. R., & Castro, S. de S. (2017). Perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: Uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 41(4), 994- 1012.
- Triani, F.; Bizerra, C.; Novikoff, C. A influência da cultura sobre as representações sociais. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, América do Norte, 1427 01 2017.
- Tuzzo. S. A.; & Braga, C. F. O Processo de Triangulação da Pesquisa Qualitativa: O Metafenômeno como Gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 140 - 158, ago. 2016.
- Vieira Filho, N. G. (2003). O processo dialógico na atenção terapêutica psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. In **Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire**. João Pessoa: Editora UFPB.
- Vieira Filho, N. G., & Nóbrega, S. M. da. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos De Psicologia** (natal), 9(Estud. psicol. (Natal), 2004 9(2)).
- Vilhena, J. De; Rosa, C. M.. Diagnóstico em saúde mental: por uma concepção não objetivista das representações da loucura. **Contextos Clínic**, v. 5, n. 1, p. 26-36. 2012.
- WHO. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2).