

# **ENTRE SERVIÇOS E EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO: NARRATIVAS E POSSIBILIDADES DE RECOVERY EM SAÚDE MENTAL**

*Between services and illness experiences: narratives and possibilities of recovery in mental health*

Ellen Cristina Ricci<sup>1</sup>

---

Artigo encaminhado: 20/11/2016

Aceito para publicação: 20/02/2017

**RESUMO:** Este artigo surge de uma pesquisa de mestrado que buscou compreender o cotidiano de usuários em tratamento nos serviços substitutivos de saúde mental, com diagnóstico do espectro esquizofrênico, através de suas narrativas sobre seu cotidiano a partir da experiência de adoecimento. No campo da saúde mental têm-se poucas pesquisas que valorizam a experiência dos usuários a partir da sua própria narrativa. A pesquisa foi multicêntrica, qualitativa, com referencial da psicopatologia fenomenológica e aproximações aos estudos sócio-antropológicos, a partir da técnica de grupos focais. O estudo ocorreu entre 2009-2011 nos municípios de Campinas, Rio de Janeiro e Salvador, e os dados analisados com base na fenomenologia interpretativa. O objetivo deste artigo foi analisar as narrativas sobre a experiência do adoecimento psíquico de usuários de CAPS, em relação aos diferentes espaços de tratamento e quais serviços são sensíveis aos processos de *recovery*. A palavra *recovery* será usada em inglês, pois ainda não há consenso entre pesquisadores do conceito sobre sua tradução para a língua portuguesa. O resultado foi a preferência pelo cuidado nos CAPS, onde os usuários sentiram-se ouvidos, acolhidos e implicados no tratamento, ao passo que os hospitais psiquiátricos provocaram a privação de liberdade produziu violência física, quebra de vínculos familiares, territoriais e terapêuticos. Conclui-se que os CAPS são mais sensíveis para explorar a complexidade e singularidade da experiência do adoecimento em esquizofrenia bem como acolher e estimular processos de *recovery*.

**Palavras-chave:** Experiência do Adoecimento. Esquizofrenia. Cotidiano. *Recovery*. Serviços de Saúde Mental.

**ABSTRACT:** This article is a result of a master's research that comprised the everyday life of users being treated in the community mental health services, with diagnosis of the schizophrenic spectrum, through their narratives about their everyday lives and illness experiences. In mental health there are few studies that value the experience of the users

---

<sup>1</sup> Ellen Cristina Ricci Terapeuta ocupacional formada pela USP-SP. Mestra em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. ellenricci@gmail.com

from their own narrative. The research was multicentric, qualitative, with reference to the phenomenological psychopathology and approximations to social and anthropological studies, based on the technique of focus groups. The study occurred between 2009-2011 in the cities of Campinas, Rio de Janeiro and Salvador, and the data analyzed based on interpretive phenomenology. The objective of this article was to analyze the narratives about the illness experience of users' CAPS in relation to the different treatment spaces and which services are sensitive to the recovery processes. The word recovery is in the italic format, because there is still no consensus among researchers of the concept about its translation into the Portuguese language. The result was the preference for care in the CAPS, where users felt heard, welcomed and involved in treatment, while psychiatric hospitals provoked deprivation of liberty produced physical violence, broken family, territorial and therapeutic ties. It is concluded that CAPS are more sensitive to explore the complexity and uniqueness of the illness experience in schizophrenia as well as to welcome and stimulate recovery processes.

**Keywords:** Illness Experience. Schizophrenia. Everyday Life. Recovery. Mental Health Services.

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção em saúde mental no Brasil proposto há mais de duas décadas, prioriza a atenção aos usuários em serviços territoriais abertos, enfatizando a substituição dos antigos manicômios pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Enfermarias em Hospital Geral, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) dentre outros que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Contudo ainda temos concomitantemente à RAPS, hospitais psiquiátricos com leitos vinculados aos SUS que “tratam” o problema de saúde mental com privação de liberdade e violência aos usuários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm um papel fundamental na rede de cuidados em saúde mental. Serviços complexos que integram a rede SUS e têm por missão proporcionar atendimento integral às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território de abrangência, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. Desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários, fazem encaminhamento e acompanhamento dos usuários, incluindo os que moram em residências terapêuticas e realizam o apoio matricial das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

O presente artigo surge a partir de uma pesquisa de mestrado que buscou compreender o cotidiano de usuários em tratamento nos serviços substitutivos tipo CAPS com diagnóstico do espectro esquizofrênico, através de narrativas sobre o cotidiano a partir

da experiência de adoecimento. No campo da saúde mental, apesar da mudança de modelo assistencial, há poucas pesquisas que valorizam a voz e a experiência dos usuários a partir da sua própria narrativa (Onocko Campos, 2012).

O objetivo deste artigo foi evidenciar como os usuários com diagnóstico do espectro esquizofrênico inseridos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de três municípios brasileiros (Campinas, Rio de Janeiro e Salvador), a partir de suas narrativas sobre a experiência do adoecimento psíquico, se relacionaram com os espaços de tratamento e quais espaços potencializam processos de *recovery*.

O processo de *recovery* é a compreensão de que, o que as pessoas vivenciam no adoecimento psíquico “não é sinônimo de cura, mas um processo de vida que envolve a própria experiência do adoecimento, a aceitação desta condição e a incorporação de novos sentidos para experiência, a superação do estigma, o exercício da cidadania e a responsabilização pela vida” (Davidson, 2003).

As narrativas dos usuários e seu cotidiano, a partir da experiência de adoecimento e suas relações com os espaços de tratamento, evidenciam a preferência pelo modelo de cuidado em serviços de saúde abertos, visto que o espaço do hospital psiquiátrico ainda centra-se na privação de liberdade, produz violência física, quebra de vínculos familiares, territoriais e terapêuticos nas falas de quem vive tal experiência.

Portanto este artigo buscou dar visibilidade às narrativas dessas experiências vividas pelos usuários da saúde mental brasileira, apresentando o percurso metodológico para coleta de dados, os resultados, a discussão e as considerações finais sobre a temática a partir das narrativas levantadas.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

A pesquisa, que deu origem a este artigo, se inseriu no campo de investigação qualitativa multicêntrica com referencial à análise fenomenológica. A linha metodológica adotada foi a fenomenologia interpretativa (hermenêutica), com aproximações aos estudos sócio-antropológicos e da psicopatologia fenomenológica.

As pesquisas qualitativas e de base fenomenológica têm sido bastante utilizadas no campo da saúde, pois buscam “apreender a singularidade de significados que cada sujeito atribui aos fenômenos em um determinado contexto social, cultural e histórico. O fenômeno, assim, é sempre visto no contexto” (Garnica, 1997, p.114).

O método fenomenológico apresenta-se como um recurso apropriado para pesquisar o mundo vivido do sujeito com a finalidade de investigar o sentido ou o significado da

vivência para a pessoa em determinada situação. Volta-se para apreender as significações dadas pelas experiências vividas. Assim, preocupa-se com o sentido implícito das ações/fenômenos, servindo como base às ciências sociais para descrever o “que se passa” efetivamente do ponto de vista daqueles que vivem uma dada situação concreta e como os indivíduos e grupos sociais concebem reflexivamente ou representam o seu mundo (Alves, 2006).

O campo deste estudo aconteceu em três cidades Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Salvador/BA. São três grandes cidades, todas com mais de um milhão de habitantes e marcas culturais, regionais e estruturas de rede de saúde diversas. Foram selecionados para participar usuários de um CAPS de cada cidade. Este tipo de serviço foi escolhido porque, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, eles têm como função estratégica promover a construção e transmissão de saberes e práticas que operem um modo de cuidar centrado no território e no usuário.

O processo de recrutamento dos usuários aconteceu de forma cuidadosa e sensível às suas trajetórias de vida e situação de tratamento. Foram feitas visitas aos serviços durante 4 meses, (assembleias, convivência e reuniões de equipe), essenciais para a construção de vínculo. A exibição de um vídeo<sup>2</sup> foi agendada e após cada exibição formou-se rodas de conversa para discussão sobre as experiências que os usuários se identificaram e quais pessoas estavam interessadas em participar do estudo. Àqueles usuários que preencheram os critérios de autoatribuição da experiência, diagnóstico de esquizofrenia (segundo a equipe e o MINIPLUS<sup>3</sup>) e aceitaram participar da pesquisa, foram selecionados. Àqueles que não foram selecionados foram informados sobre os motivos da não inclusão na amostra.

Para a coleta dos dados usamos as seguintes ferramentas: observação participante, entrevista diagnóstica e grupos focais (GF). Os grupos foram áudio-gravado e

---

<sup>2</sup> Vídeo construído com o patrocínio da FAPERJ e contou com a parceria de uma professora e alunos da Escola de Comunicação da UFRJ. Os autorelatos foram selecionados a partir de levantamento bibliográfico na seção de First Person Accounts do Schizophrenia Bulletin, no período de 1980 a 2009, e foram posteriormente adaptados e roteirizados, levando-se em conta as experiências peculiares ao adoecimento esquizofrênico, bem como o perfil sociodemográfico dos usuários inseridos nos CAPS do Brasil.

<sup>3</sup> Instrumento diagnóstico estruturado, padronizado com perguntas muito diretas e específicas, compatível com os critérios do DSM- IV e da CID-10, destinado à utilização na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria, gerando diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor. Os pesquisadores utilizaram as perguntas do instrumento como guias para a obtenção de respostas que confirmavam ou não o diagnóstico de esquizofrenia. Esta “flexibilização” transformou a aplicação do instrumento em uma conversa acerca da história de adoecimento dos usuários, na qual foi possível se aproximar da experiência vivida dos mesmos, embora fosse um instrumento característico da metodologia de 3ª pessoa.

posteriormente transcritos. Estes aconteceram após o recrutamento dos usuários de forma pareada nas três cidades (Rio de Janeiro, Campinas e Salvador), ao longo de aproximadamente oito meses, totalizando 17 GF. Estes propiciaram um fórum de discussão centrado nos temas da pesquisa por meio da condução dos debates pelo pesquisador/moderador do grupo. Incorporou-se aos grupos técnicas de entrevista de explicitação<sup>4</sup>, que visam garantir o acesso à experiência vivida na perspectiva das pessoas.

A análise dos dados seguiu o referencial teórico-metodológico da fenomenologia hermenêutica ou interpretativa que toma como princípio à compreensão da experiência vivida e seus significados, considerando que esta experiência está ligada a relação do homem com outras pessoas, com a sociedade e com a cultura. Seguimos os três passos do método com os dados obtidos: Leitura Naive (sem pretensão de análise ou pré-julgamentos) e Descrição dos dados a partir da Redução Fenomenológica (*époqué*); Análise Estrutural e identificação das Unidades de Significado; Delineamento das unidades de significado (Garnica, 1997; Alves, 2006).

As unidades significativas foram agrupadas em categorias, referentes à identificação do cotidiano na temporalidade do processo saúde-doença-cuidado pela perspectiva dos usuários participantes da pesquisa. Uma das categorias encontrada e analisada foi a relação que os usuários estabelecem com os diferentes espaços de tratamento que será apresentada a seguir.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recrutados 16 participantes, 7 usuários participaram dos grupos no Rio de Janeiro (2 mulheres e 5 homens), 5 em Salvador (3 homens e 2 mulheres) e 4 em Campinas (3 homens e 1 mulher). A média de idade dos usuários foi de 43,2 anos, sendo a mínima 30 anos e a máxima 60 anos. Entre todos os participantes 11 são do sexo masculino, 9 são solteiros, 7 usuários são da cor branca. O nível de escolaridade da maioria dos participantes ficou no espectro do nível médio (8 com ensino médio completo e 1 com superior completo). No que se refere ao nível ocupacional, 7 usuários consideram-se desempregados (5 não tem nenhuma fonte de renda) e 11 estão aposentados ou recebem algum outro tipo de benefício federal.

Em relação ao diagnóstico segundo os profissionais dos CAPS, 14 usuários são portadores de transtorno do espectro esquizofrênico (F20-F29, segundo a CID 10) e 2 usuários a equipe tinha

---

<sup>4</sup> Trata-se de uma técnica de entrevista, não estruturada, desenvolvida por Pierre Vermersch, psicólogo e pesquisador francês que se dedica ao desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa científica da experiência da primeira pessoa baseado na fenomenologia husserliana. Esta técnica visa um vivido singular e evita a formulação de questões que levem o sujeito à elaborações generalizantes. (Serpa Jr. et al, 2011).

dúvida diagnóstica. Já, segundo o MINIPLUS, todos os usuários eram portadores de transtorno do espectro esquizofrênico, sendo 14 portadores de esquizofrenia.

Discute-se, ao longo do artigo, as relações sociais e a cotidianidade das pessoas a partir da sua experiência de adoecimento que se constroem nos espaços de tratamento. A maioria dos usuários ao descreverem as diferenças e semelhanças de tratamento entre internações em hospitais psiquiátricos e os CAPS, indicam como o tratamento contribuiu e delimitou seu cotidiano, suas relações sociais e, quando possível, processos de *recovery*.

No período da produção dos dados dessa pesquisa (2009/2011) já tínhamos 10 anos da Lei 10.216 (BRASIL, 2001) que propôs mudanças significativas no modelo de atenção à saúde mental. A maioria dos usuários passou por experiências de tratamento nos dois modelos de atenção e descrevem os impactos no cotidiano da seguinte maneira:

*“A minha história é que eu ia muito bem com Dr. Lucas e de repente meu pai resolveu me internar em tudo quanto é lugar. Ele me internou em todos os sanatórios Bahia, Mario Leal, São Paulo. O sanatório Mario Leal me deu ferimento no supercílio que me deu 3 pontos.”* (Simeão, 4º GF)

*“Então, depois chegou lá na PUC (hospital universitário) lá, na PUC... eu já tive umas quinze internações, ... já estive internado sete anos numa clínica... Parque Hortolândia, vc conhece?...Fiquei sete anos numa clínica internado... Itapira (hospital psiquiátrico) fiquei oito meses em Itapira... dois anos no Cândido Ferreira (hospital psiquiátrico), fiquei oito meses no Tibiriçá, e fiquei sete anos numa clínica e cinco anos no CAPS, só isso né...minha vida é essa né.”* (Caio, 2ºGF)

*“Eu já fui 3 vezes (internado em hospital psiquiátrico) contra a minha vontade mesmo à força com policial armado e o “escambau”. Ele deu na minha cara, com meus pais e o cara botou a arma na minha cara e disse: bora a gente vai ali.”* (Saulo, 4º GF)

Nos três fragmentos verifica-se que o poder de escolha, autonomia sobre seu corpo ou liberdade fica reduzida ou inexistente quando há a internação. As narrativas relatam que atos de violência física e moral acontecem nesses momentos e não há possibilidade de diálogo como preferências aos vínculos com outros espaços de tratamento bem como a forma impositiva que acontece a intervenção para a internação em hospitais psiquiátricos.

Tanto a família como policiais assumem um lugar de autoridade sobre o outro, sobre seus corpos, e invadem a vida cotidiana dos usuários, levando-os para internações em hospitais psiquiátricos por tempo indeterminado e por diversas vezes. A relação de poder sobre os corpos dos usuários permanece dentro deste espaço de tratamento, ainda sustentado pela sociedade contemporânea, como descrevem as narrativas: violência, desrespeito, subordinação, isolamento social. Foucault (2003) coloca que desde o século XVIII, com a transformação dos hospitais, a intervenção médica e a disciplinarização nesses espaços buscaram enquadrar o doente, como também dar forma e legitimidade a certas terapêuticas desenvolvidas nestes espaços.

Os impactos sobre o corpo, a liberdade, relações familiares, condições e continuidade do tratamento são diretos e por vezes irreversíveis no cotidiano desses usuários.

Características da vida cotidiana como espontaneidade e heterogeneidade, as maneiras de falar, comer, de higiene pessoal e relações de confiança com familiares e terapeutas parecem ser aniquiladas ao entrar no espaço de internação.

Quando há uma tentativa de se retomar essas ações de forma particular e singular, elas são coibidas com violência ou interpretadas por equipe e sociedade como bizarras e passíveis de tratamento. Isto pode gerar reações muito distintas e conflitantes entre os usuários e o espaço da internação, como segue as próximas narrativas:

*“Eu agredi os enfermeiros, eu agredi os funcionários, o pessoal da enfermagem aí... eu não sei por que, acho que era porque eles ia me dar o remédio e eu me recusei a tomar, porque eu não sou agressivo igual eu falei pra vocês, não me lembro se eu tinha dito, em casa eu ficava exaltado com todo mundo, mas fora de casa eu não sou assim...” (Cícero, 3º GF)*

*“Pioravam. Pioravam que uma vez eu até agredi a senhora lá. Porque ela disse que eu não ia poder sair. Eu mesmo quando estava internado no sanatório São Paulo ficava azoado. Porque lá é uma prisão. Quem gosta de ficar preso? Se a pessoa for um pouco mais rígida, a gente responder do jeito que eles não gostam, vem dois, três pra bater. Então aqui (CAPS) é bom por isso. A gente vai embora sozinho. Vem sozinho, tem amigos pra conversar. Lá em casa eu ficava preso e internava no sanatório São Paulo e ficava pior ainda.” (Sílvia, 5º GF)*

*“(...) muitos vão parar no hospital e não tem nada a ver com hospital. Então quando você sai, você já chega na sua casa e sai na porta, no seu quintal, na sua rua “lh olha lá aquela maluca lá foi pro hospital.” “(...) maluca”. É pro resto da sua vida isso. Você passa e você escuta “Cuidado é maluca, maluca.” A gente*

*fica taxada pro resto da sua vida, por um erro que meu pai cometeu (...)* (Regina, 4ºGF)

Na impossibilidade de escolhas, como tomar ou não a medicação ou ir e vir, muitos usuários, que não se consideram violentos ou agressivos, usam o próprio corpo como instrumento de defesa. A experiência de adoecimento, nos contextos hospitalares, é marcada pelas privações de liberdade, autonomia, pouca ou nenhuma ação terapêutica reflexiva sobre o processo de adoecimento. Isto gerou ações e respostas agressivas por parte dos usuários que relatam responder com agressividade às intervenções dos funcionários dos hospitais.

Deegan (1996) coloca: o objetivo do *recovery* não é se tornar normal, mas é abraçar a vocação humana de se tornar mais plenamente humano. Parece-nos que a autora nos provoca a pensar que os processos de *recovery* só podem acontecer na garantia de direitos humanos mínimos como a liberdade, poder de voz e de contratualidade, já que esses processos exigem espaços dialéticos consigo e com as pessoas, conflitantes com as experiências de violência e segregação acima relatadas pelos usuários nos espaços de internação.

Contudo, os mesmos três usuários sentem-se melhor e não se reconhecem violentos em espaços com mais liberdade e autonomia. Os espaços como fora de casa e longe de algumas pessoas e em espaços de tratamento abertos como os CAPS parecem favorecer a experiência subjetiva e singular de alguns usuários com seu adoecimento, permitindo-os falar, escutar, escolher, experimentar encontros e construir novos laços sociais e liberdade, com respeito a sua alteridade.

Na vida cotidiana a realização de atividades como comer, beber, tomar banho, sair, conversar com os amigos e trabalhar podem se tornar muito difíceis se sua autonomia e liberdade de escolha são tolhidas de forma absoluta por terceiros (casa, família e hospitais) privando a liberdade de escolha e prejudicando a cotidianidade. A vida cotidiana para Certeau (2003) só acontece no respeito entre as pessoas por certo contrato social.

O estigma e o preconceito tornam-se parte da rotina e podem inviabilizar projetos de vida como trabalho, relações amorosas, bem como pequenas ações cotidianas como compras no bairro e conversas com os vizinhos, incluindo a dificuldade de *recovery*, pois este é um processo, um caminho na vida, uma atitude e uma maneira de se aproximar dos desafios do dia-a-dia (Deegan, 1988).

Apesar da mudança do modelo e o tratamento em liberdade, condição *sine qua non* para a alteridade do sujeito e viabilidade de processos de *recovery*, ainda temos desafios a superar como narram outros usuários:

*“É complicado para entender, sabe? Mas que foi mesmo - ó, eu falo mesmo - eu posso ter cura, ou não posso. Até hoje o médico não definiu. A primeira coisa que o médico falou para mim, falou que eu estava com esquizofrenia. E o outro médico falou que eu estava com distúrbio mental. E o outro falou que eu estava doente mental. Eu tomo vários tipos de medicamentos! Quando eu saí do hospital eu tomava só três tipos! Que era Haldol, Fenergam e Amplictil. E depois o médico falou que depois de 2 anos, eu poderia parar de tomar os remédios, que eu ia ficar bom. Por que eu estou assim até hoje? Tem alguma coisa (...) invisível. Alguma coisa perto de mim.” (Rui, 1ºGF)*

*“(...) e o psiquiatra Dr. M, leram os papéis do inventário da minha mãe e falou: “É... quanta casa.” Aí, o Dr. M falou assim: “É... engraçado, porque você está requerendo benefício se você tem casa alugada?” “Isso aí não é da sua alçada. Eu tenho os direitos. O senhor não tem o direito de falar para mim que eu tenho casa alugada. Isso é o INPS que vai dizer.” Aí (...) “Ah, eu não sei o que que você tem.” É transtorno bipolar? Será que é isso? Aí eu falei para ele: “Olha, é meu direito perante ao INPS é requerer o benefício. Foi-me negado. Eu tenho direito a recorrer.” Não cabe ao psiquiatra indagar se você tem casa alugada, carro... “O senhor que também tem carro, que tá lá embaixo e está dizendo para o prefeito que ganha mal?” (Regina, 3ºGF)*

A primeira narrativa mostra que depois de anos de tratamento em diferentes espaços e com diferentes médicos permanece a questão da cura, do diagnóstico e do uso contínuo da medicação. Considerando a experiência de adoecimento uma categoria que engloba as dimensões da experiência subjetiva e social dos sujeitos, temos marcado a questão da cura nas narrativas e trajetórias de tratamento dos usuários com esquizofrenia. Não saber o nome real do que se tem e o que se vive, tomar medicações por tempo indeterminado com divergência de discurso e terapêutica dos médicos e manter sensação corporal de que algo não vai bem (algo invisível e próximo que não permite melhorar) parecem ser complicadores para a cotidianidade.

Os impactos na vida cotidiana podem ser múltiplos, desde uma rotina de tratamento e uso de medicações que limitam horários e escolhas individuais, impactos subjetivos como: “eu tenho algo incurável, sinto isso de forma invisível e próximo de mim”. Se não tem cura, como posso seguir minha vida e fazer escolhas cotidianas para amenizar o impacto

desse diagnóstico e experiência (diminuir ou parar de tomar remédio, ter o reconhecimento do seu adoecimento pela sociedade)?

Na segunda narrativa o que se apresenta é uma divergência entre a experiência de um núcleo profissional (psiquiátrico) com a experiência da usuária. O médico assume não saber qual é sua hipótese diagnóstica perante a usuária; em contrapartida a usuária sente e afirma ter algo que dificulta sua vida a ponto de necessitar uma avaliação para um possível benefício social. Isso parece afetar tanto a relação de vínculo e confiança no tratamento e no médico, como possíveis consequências no seu cotidiano, pois há uma necessidade da usuária não apenas de complementar sua renda, mas ter reconhecida sua condição de adoecimento perante a sociedade.

*Recovery* só pode acontecer se há cidadania, garantia e acesso aos direitos comuns das pessoas em uma determinada sociedade, pois mesmo o *recovery* não correspondendo à prática técnica de trabalhadores, os serviços podem estar orientados para ações que favoreçam esse processo (Farkas, 2007).

Heller (2004) usa da relação médico/paciente para exemplificar algumas características da cotidianidade – espontaneidade e confiança. Parece que nos relatos acima as pessoas que vivem a experiência da esquizofrenia rompem com essas características em vários momentos da relação com o médico, mas sem o profissional conseguir considerar isso como uma vivência significativa do usuário com impactos relevantes no seu cotidiano e na sua relação com outros grupos.

Parece inevitável a discussão sobre diagnóstico, prognóstico e a partir de qual referencial psicopatológico vamos trabalhar para avançarmos na reforma psiquiátrica brasileira, bem como para a qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico grave e persistente.

Contudo, o mesmo usuário (Rui) e alguns outros já vivenciaram diferentes tipos de tratamento que tiveram impactos diferentes no seu cotidiano:

*“Ele falou pra mim: “Ó o diazepam vai deixar você pior, porque ele faz dormir”. Então não vai ter como bombear o sangue e deixar duro.” E ele sempre trocava comigo. Quando eu fazia amor com a minha namorada, era o seguinte, ele passou um comprimido pra mim chamado ampictil, que é o vermelhinho. (...) Ele passou aquele comprimido pra eu dormir. Aí quando chegava 9 horas, 10 horas que eu tava com a A. (namorada) a gente ia fazer uma relação sexual, já passava de 10 horas a gente dava um tempo. (...)” (Rui, 4ºGF)*

*“Aqui no CAPS a gente vai saindo da crise e vai reaprendendo com os técnicos a viver em sociedade. Eu acho interessante o tratamento daqui em grupo porque nós lá fora não vivemos separados. Não somos um indivíduo único. E precisamos reaprender de fato a conviver na sociedade. Eu não sei o grau de incômodo que eu causava, mas devia ser muito. (...)” (Sônia, 5º GF)*

Novas relações com o tratamento, novos espaços, profissionais entendendo e considerando as necessidades dos usuários parece-nos o caminho para uma maior completude de ações no cotidiano.

Quando um usuário pode, a partir da sua experiência com o adoecimento e de suas necessidades e desejos atuais, narrar seu problema e tem a contrapartida da escuta médica, que também a partir da sua experiência em relação às medicações, coloca-se em uma condição dialógica para negociar qual medicação e qual o horário é melhor tomar para que tenha menos impacto na sua vida cotidiana.

Fica evidente que para além do empoderamento desse usuário na relação com o tratamento, ele também empodera-se das suas atividades cotidianas sócio-amorosas atuais e de sono-vigília.

Compartilhar sua experiência de adoecimento e essa ser acolhida pela equipe de saúde, como pelos grupos formados nestes espaços, reforça o aspecto de que algo está sendo feito para melhorar a relação dos usuários com a sociedade. Na esquizofrenia essa relação parece ser rompida ou distanciada, em especial nos momentos de crise e que é algo a ser reaprendido ou retomado, ou de *recovery*, pelas pessoas que passam por essa experiência.

Assim, o *recovery* se propõe a uma mudança paradigmática no campo da saúde mental, pois implica novas práticas profissionais mais horizontais e dialógicas, rompendo radicalmente com o reducionismo do modelo biomédico ou da reabilitação que subjuga e desconsidera a experiência das pessoas (Duarte, 2007).

Ampliar as condições dos usuários viverem bem em sociedade, inseridos e pertencentes a ela é reconhecido como tratamento, não como uma imposição de formas padronizadas de se comportar nos coletivos ou reduzindo as atividades cotidianas a certos padrões comportamentais, mas através do reconhecimento de singularidades e necessidades atuais (estar bem com a namorada e na vida sexual e com os demais da

sociedade). Borg e Davidson (2008) reforçam que a recuperação em saúde mental se desenvolve na vida cotidiana como um processo social complexo.

Há também mudanças significativas na forma com que as pessoas acessam o tratamento atualmente, como o narrado a seguir:

*“Foi de bom grado. Eu vim de bom grado por livre e espontânea vontade por indicação de um Agente comunitário de saúde (ACS). Aí depois que eu passei a frequentar o CAPS, mudei minha rotina monótona em casa. Ficava em casa o tempo todo na expectativa de ser chamado pra minhas audiências dos processos que eu tenho na justiça. Agora eu estou aqui aguardando, continuando aguardando pra me esclarecer meus pedidos, julgarem logo meus processos. Eu tenho o CAPS. Estou participando das oficinas aqui.” (Saulo, 5º GF)*

*“(...) Ela não me disse o nome da patologia na minha frente nunca. Quando vim pra cá, minha mãe me acompanhou, porque eu tinha ido pro meu psiquiatra lá no Oswaldo de Camargo (CAPS), mas como eu estava com mania de perseguição eu sabia que alguém mataria ele se eu voltasse, não deveria voltar pra ele de jeito nenhum. Então eu tinha que ir para outro Caps, que na verdade eu não sabia o que era Caps. (...) Procurei um outro. Aí Drª. Loreta me disse que lá mesmo onde eu fazia tratamento tinha um Caps, aí eu procurei lá e não deu certo, foi uma confusão dos diabos, tinha gente que morava no bairro. Essa moça foi contratada pra limpeza e morava perto de mim, então aquilo foi um prato cheio para sair comentando e as pessoas vieram me perguntar. Eu disse que ninguém tinha nada com isso, eu não estava bem, já estava em crise, então eu disse que não ficaria ali de jeito nenhum. Aí eu vim pra cá. Drª. Loreta disse para eu ir para o Caps do Garcia, para ver se você conseguia fazer o tratamento. Mas quando eu cheguei aqui, nessas idas e vindas, procurando um lugar para fazer um tratamento eu vinha piorando. (...)” (Sônia, 4º GF)*

O acesso aos pontos da rede de saúde parece ser facilitado por uma atenção básica territorializada atenta às necessidades do usuário e da comunidade. O cotidiano muda através do ambiente de tratamento, a experiência de adoecimento que tornou a rotina em casa “monótona e com um único pensamento na cabeça” (sic), a partir de um novo espaço de tratamento há um aumento de atividades e relações proporcionadas pelas oficinas que o retira desse padrão.

Há também na experiência de adoecimento na esquizofrenia a possibilidade de sentir-se ensimesmada ou perseguida por coisas ou pessoas. Na narrativa da usuária esse fenômeno perturbou a sua relação com alguns serviços de saúde de sua cidade. Neste momento sentia que ao acessar o seu médico ele poderia morrer e que a equipe e os

usuários falavam dela. Isso se tornou um problema de vinculação com o tratamento. A partir das dificuldades colocadas, tanto por sua experiência singular de adoecimento em vivenciar essas relações de proximidade com pessoas do bairro que trabalhavam e se tratavam em um CAPS, como o tempo que a equipe, familiares e usuária levaram para construir a transferência de tratamento para outro serviço, acarretou em piora da sua saúde.

Apesar do tempo longo para que a usuária pudesse encontrar um espaço de tratamento que dialogasse com sua experiência singular de adoecimento, houve a superação de algumas diretrizes do SUS – regionalização e territorialização dos serviços e ações de saúde – para que um dos princípios que nos é mais caro no SUS pudesse acontecer – a Equidade. Mesmo a usuária sendo de um território diferente daquele de pertencimento sanitário da sua casa e do CAPS de referência, parece que houve um comum acordo da necessidade singular de tratamento, considerando a possibilidade de maior adesão aos cuidados propostos e melhora de saúde da usuária na transferência para outro CAPS da cidade.

As práticas de equidade, preconizadas pelo SUS e defendidas pela Saúde Coletiva, colaboram na clínica e nos cuidados em saúde mental, ampliando acesso e priorizando o bem-estar do usuário nas relações estabelecidas.

Abre-se espaço reflexivo para usuários construírem, para além de um cotidiano mais rico e complexo, uma rede de atenção mais próxima das suas necessidades e da necessidade de sua comunidade. Para Heller (1994), o cotidiano é atravessado e determinado todo o tempo pela política. Ter um sistema de saúde o mais unificado possível, com princípios forte e diretriz flexível para acolher as singularidades das pessoas e das suas experiências de adoecimento, pode favorecer um cotidiano repleto de singularidades e de liberdade para que as pessoas possam refletir sobre suas condições de vida, sociais e dos serviços públicos.

Ter uma Atenção Básica que colaboram para o cuidado e se comprometem com o território, sustentar serviços de saúde que valorizam a cultura popular e a experiência de adoecimento dos sujeitos, parece ser o caminho para uma vida cotidiana mais rica com a ampliação das relações como fator indispensável para a saúde mental das pessoas. CAPS, Centros de Convivência (CECOs), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), precisam vivenciar e promover essas formas de se relacionar para que possam apreender quão significativo isso pode apresentar-se às pessoas inseridas naquele território.

A racionalidade médica e de outros profissionais, a partir do paradigma biomédico, não contempla essas complexas relações que se entrelaçam na composição do cotidiano

e dos processos de saúde-doença. As dimensões sociais e subjetivas continuam cindidas no indivíduo doente.

Para Figueiredo e Furlan (2010), as práticas em saúde devem ser sensíveis às novas configurações de famílias, de grupos e de redes sociais, às diversas formas de sofrimento, inscritos ou não no corpo, manifestos ou não na fala dos sujeitos. Defendem a Clínica Ampliada (Campos; Amaral, 2007), a fim de potencializar a capacidade das pessoas em lidar com os efeitos desses processos - posição ativa do sujeito – sem desconsiderar os limites individuais e socioculturais de cada um. Incorporar os fatores sociais e subjetivos no processo saúde-doença amplia o conceito de clínica, de autonomia, de alteridade e de vulnerabilidade.

Com o passar dos anos, o tratamento e o reconhecimento de que há algo diferente vivenciado no corpo dos usuários, o cotidiano dos mesmos e as categorias que apareceram como elementos que o compõem de modo especial, apresentaram-se como elo capaz de possibilitar outros tipos de conexão ao senso comum e a sociedade.

O cotidiano após a inserção em espaços de tratamento em serviços tipo CAPS são narrados como o retorno ou o encontro com algo que havia “perdido”, ou que necessitavam (sensação de pertencimento aos grupos de tratamento e redes sociais, acolhimento, liberdade de expressão, autonomia) alcançar para viverem melhor.

Percebe-se durante todo o processo de desenho do projeto, levantamento bibliográfico e imersão no material da pesquisa matriz que o sujeito e suas narrativas são condição *sine qua non* para que a clínica se desenvolva e o processo de *recovery* possa acontecer; uma clínica comprometida com os aspectos éticos e políticos da contemporaneidade, na construção do empoderamento, alteridade, autonomia e liberdade.

Evidencia-se a importância de aprofundarmos estudos sobre o cotidiano, *recovery* e experiência de adoecimento em esquizofrenia e também de transtornos mentais severos e persistentes devido à complexidade e singularidade explicitadas em arranjos distintos e explicações para as ações e atividades importantes na cotidianidade. Assim pode-se refletir conjuntamente (usuários, trabalhadores, território, gestão e academia) sobre seu cotidiano - complexo, singular e coletivo - e como suas experiências modificam ou são transformadas a partir da experiência de adoecimento em esquizofrenia constituindo processos de *recovery*.

Se a centralidade dos serviços está no sujeito, se todo o trabalho na clínica da saúde coletiva deve acolher a diversidade das experiências e das narrativas de adoecimento em sua completude sem valores morais ou pré-conceitos, isso só pode ser construído e

legitimado a partir do tratamento em liberdade, nos territórios de pertencimento do sujeito, onde o trabalhador da saúde possa acessar e promover com os usuários mais relações sociais e contribuir na construção de uma vida mais digna e plena de sentidos para os sujeitos que são atravessados pela experiência de adoecimento.

A vida cotidiana se retroalimenta na vida social. Pode-se não ter os mesmos gestos, ações e formas de realizar as atividades, mas isso deve ser entendido não como excludente de possibilidades e potências, mas como fenômenos singulares, onde caminhar com a diferença pode revelar novos entendimentos das experiências de adoecimento e contribuir para a construção de um tratamento que dialogue com as reais necessidades dos usuários.

Dos manicômios e hospitais psiquiátricos até os serviços territoriais já se caminhou muito, sem dúvida, mas além de caminhar, escutar e narrar, precisamos reconhecer e radicalizar a clínica para o sujeito que nos apresenta seu sofrimento. Espera-se com esse artigo contribuir e impulsionar mais avanços em pesquisas narrativas, ampliando o entendimento sobre a clínica ampliada, sobre *recovery* e a necessidade de políticas públicas que reconheçam que o tratar se dá no território e antes de tudo em liberdade.

#### **4 CONCLUSÃO**

Nos relatos dos usuários foi possível perceber mudanças significativas em suas vidas a partir da reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil oficializado há 15 anos, priorizando a atenção aos usuários em serviços territoriais abertos, mas ainda não evitando ações invasivas e abruptas como as internações em hospitais psiquiátricos que produziram: privação de liberdade dos mesmos, violência física (entre usuários e trabalhadores), quebra de vínculos familiares, territoriais e terapêuticos.

No entanto, as narrativas dos usuários, a partir da experiência de adoecimento e suas relações com os espaços de tratamento, evidenciaram a preferência pelo modelo de cuidado em serviços de saúde abertos, compatíveis com a manutenção de laços sociais significativos e com o conceito de *recovery*, em seu processo singular para os usuários.

Percebe-se pelas narrativas a singularidade e complexidade das relações sociais e diversidade das ações que compõem o cotidiano dessas pessoas em relação ao seu tratamento e processo de adoecimento, sentindo-se mais ouvidas, acolhidas e implicadas no tratamento, quando em espaços abertos de tratamento, como os CAPS, ou seja, serviços que possam acolher os processos de *recovery* dos usuários.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1554-74, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n8/03.pdf>. Acesso em: 20/08/16
- BORG, M, DAVIDSON, L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, UK, v.17, n.2, p.129-140, abr. 2008. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230701498382?journalCode=ijmh20>. Acesso em 20/08/16.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *LEI Nº 10.216*, de 6 de Abril de 2001. Brasília, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088*, de 23 de Dezembro de 2011. Brasília, 2011.
- CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, p.849-859. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 20/08/16
- CERTEAU, M de.. *A invenção do cotidiano. 2. Morar e cozinhar*. 5ed. Ed. Vozes; 2003.
- DAVIDSON, L. *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York: New York University Press, 2003.
- DEEGAN, P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, Boston, v.19, n.3, p. 91-97, 1996. Disponível em: <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>. Acesso em: 30/08/16.
- DEEGAN, P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Boston, v. 11, n. 4, p. 10-19, 1988. Disponível em: <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1998-Recovery-The-Lived-Experience1.pdf>. Acesso em: 30/08/16.
- DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>. Acesso em 20/08/16
- FARKAS, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, Boston, v. 6, n. 2, p. 68-74, jun. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>. Acesso em 30/08/16.

FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, P.G. O Subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.) *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 154-178.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro. Graal. 18ªed. 2003.

GARNICA, A.V.M. Algumas notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia. *Interface Comunic, Saúde, Educ. Botucatu*, v.1, n.1, 1997; p.109-122. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831997000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200008).

Acesso em: 30/08/16.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 7 ed. Rio de Janeiro. Ed. Paz e Terra. 2004.

HELLER, A. *Sociologia de la vida cotidiana*. 4 ed. Buenos Aires. Ed. Península. 1994.

ONOCKO CAMPOS, R.T. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo. Hucitec; 2012.

SERPA Jr, O.D, et al. Relatório Técnico Final. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 33/2008 Coordenador geral: Professor Octavio Domont de Serpa Jr. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade Rio de Janeiro. Fevereiro/2011.

## **AGRADECIMENTOS**

À Drª Erotildes Maria Leal, professora da UFRJ e orientadora da pesquisa de mestrado da autora, que sustenta os dados apresentados neste artigo.

A todos os usuários participantes da pesquisa.