

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LILIANE CRISTINA DE SOUSA

**DIALOGANDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E A
PATOLOGIZAÇÃO DO SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE A PARTIR DO
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**PATOS DE MINAS
2021**

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LILIANE CRISTINA DE SOUSA

**DIALOGANDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E A
PATOLOGIZAÇÃO DO SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE A PARTIR DO
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Dr. Gilmar Antoniassi Junior

**PATOS DE MINAS
2021**



Faculdade Patos de Minas
Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia
Curso Bacharelado em Psicologia

Programa de Pós-graduação Lato Sensu de Psicologia em Processos Clínicos e Promoção da Saúde

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CURSO, APRESENTADO POR
Liliane Cristina de Souza
COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM
PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.

Aos dias do mês e ano abaixo datado, reuniu-se, no Laboratório de Psicoterapia de Grupo e Habilidades Sociais, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores abaixo assinados, na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado:

DIALOGANDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E A
PATOLOGIZAÇÃO DO SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE A PARTIR DO RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Concluída a exposição, os examinadores arguíram alternadamente o graduando(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho, como REQUISITO PARCIAL DE CONCLUSÃO DE CURSO. Após a arguição, a comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do(a) graduando(a), tendo chegado ao resultado, o(a) graduando(a)

Liliane Cristina de Souza

foi considerado(a) (Aprovada). Sendo verdade eu, Profa. Doutora Luciana de Araújo Mendes e Silva, Docente Chefe do Núcleo Científico do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia, confirmo e levo a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.

Patos de Minas - Defesa ocorrida em: quinta-feira, 25 de março de 2021

Prof. Dr. Gilmar Antoniazzi Junior (FPM)
Orientador

Prof. Esp. Ernane Junior dos Reis Silva (FPM)
Examinador 1

Prof. Ma. Mariana Aparecida Pereira Dias Nunes (UNIFRAN)
Examinador 2

Prof. Dr. Gilmar Antoniazzi Junior
Coordenador do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia

Prof. Dra. Luciana de Araújo Mendes Silva
Chefe do Núcleo Científico do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia

DEDICO a minha família, que compartilhou, em todos os momentos desta jornada, as dificuldades, desafios e conquistas ao finalizar cada etapa.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, pelo seu amor, fé e perseverança para encarar os desafios da vida.

Aos meus familiares, pela orientação, dedicação e entendimento nessa fase do curso de graduação e durante toda minha vida.

Ao meu orientador e Coordenador do curso de psicologia Prof. Dr. Gilmar Antoniassi Junior pelas orientações ao longo do desenvolvimento dessa monografia.

Ao Prof. Dr. Daniel Goulart e todos os participantes da pesquisa.

Agradeço aos professores do curso de Psicologia da Faculdade Patos de Minas.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl G. Jung

RESUMO

SOUSA, Liliane Cristina de.; JUNIOR, Gilmar Antoniassi. **Dialogando sobre a medicalização do sofrimento psíquico e a patologização do sujeito na contemporaneidade a partir do relato de experiência**. 2021. 45f. Monografia. (Curso de Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/ MG.

Com o avanço aos longos dos anos, percebe-se que a psicologia avançou muito e tem muito para conquistar no meio científico, hospitalar e ainda ser reconhecido pela população como meio de suporte físico, emocional e mental. A presente pesquisa objetiva-se em compreender os processos subjetivos dos usuários do CAPS relacionados à medicalização do sofrimento psíquico, bem como as alternativas a esse processo no tocante a atuação do CAPS no campo da saúde mental e seus desafios atuais por meio do relato de experiência. Trata-se de uma pesquisa narrativa de natureza qualitativa que se utilizará do relato de experiência. A pesquisa foi desenvolvida no CAPS II do Distrito Federal (DF), com o participante Mar de 26 anos de idade, cursando em 2019 o 3º ano do ensino médio. Na conversação captou-se indicadores e elementos que permitiram dar continuidade à expressão do participante. O profissional foi um facilitador do diálogo e o valor da informação foi dado pelo envolvimento do participante a respeito de temas que considerarem relevantes. Os resultados relativos à apresentação das contribuições científicas acerca da saúde mental ante ao sofrimento psíquico e a patologização do sujeito na contemporaneidade. Conclui-se os dados apresentados nos leva a algumas reflexões em relação ao posicionamento do sujeito perante o sofrimento atual. Mar apresenta pensamento cristalizado de posicionar-se sob seus próprios processos de vida e conflitos e descrédito em cuidar de si. Tais reflexões abrem caminhos para que possamos pensar em alternativas ao modelo biomédico que muitas vezes com sua concepção patologizante ignora os recursos e produções do próprio sujeito.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Sofrimento Psíquico. Patologia.

ABSTRACT

SOUSA, Liliane Cristina de.; JUNIOR, Gilmar Antoniassi. **Dialogue about the medicalization of psychic suffering and the pathologization of the subject in contemporaneity from the experience report.** 2021. 45f. Monography. (Bachelor's Degree in Psychology) - Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas / MG.

With the advancement over the years, it is clear that psychology has advanced a lot and has a lot to achieve in the scientific, hospital environment and still be recognized by the population as a means of physical, emotional and mental support. The present research aims to understand the subjective processes of CAPS users related to the medicalization of psychological suffering, as well as the alternatives to this process with regard to the performance of CAPS in the field of mental health and its current challenges through the reporting of experience. It is a qualitative narrative research that will use the experience report. The research was developed at CAPS II of the Federal District (DF), with the participant Mar, 26 years old, attending the 3rd year of high school in 2019. In the conversation, indicators and elements were captured that allowed the expression of the participant to continue. The professional was a facilitator of the dialogue and the value of the information was given by the involvement of the participant on topics that they consider relevant. The results related to the presentation of scientific contributions about mental health in the face of psychological suffering and the pathologization of the subject in contemporary times. In conclusion, the data presented leads us to some reflections in relation to the subject's position in the face of current suffering. Mar presents crystallized thinking of positioning himself under his own processes of life and conflicts and discredit in taking care of himself. Such reflections open the way for us to think about alternatives to the biomedical model that often with its pathologizing conception ignores the subject's own resources and productions.

Keywords: Mental health. Psychic Suffering. Pathology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1	Saúde Mental.....	12
2.2	A subjetividade do Atendimento Psicosocial.....	16
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	Objetivo geral.....	21
3.2	Objetivos específicos.....	21
4	MATERIAS E MÉTODOS.....	22
4.1	Natureza do Estudo.....	22
4.1.1	Pesquisa Narrativa.....	22
4.1.2	Relato de Experiência.....	23
4.2	Local de Estudo.....	23
4.3	Participante e Instrumento de Intervenção.....	23
4.3.1	Participante.....	24
4.3.2	Instrumento de Intervenção.....	24

4.4	Análises dos dos.....	Da-	26
4.5	Aspectos Éticos da quisa.....	Pes-	26
5	RESULTADOS.....		28
5.1	Artigo 1: Sofrimento psíquico: conversando sobre a pessoa em atendimento a partir de um relato de experiência.....		29
6	CONSIDERAÇÕES NAIS.....	F	40
	REFERÊNCIAS.....		41
	ANEXO.....		45
	...		
	ANEXO A - Declaração referente autorização de desenvolvimento de relato pelo CEP.....		45

1 INTRODUÇÃO

Este estudo propõe-se a discutir sobre o conflito entre a medicalização do sofrimento psíquico, o tratamento e a patologização do sujeito na contemporaneidade. Nesse processo o sofrimento é visto a partir de um conceito normativo em que a prática psiquiátrica através da observação e descrição se baseia no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), propondo um tratamento a partir de intervenções no organismo, ou seja, com a prescrição de psicofármacos para eliminação dos sintomas. Sendo assim, padroniza-se o sofrimento, partindo do pressuposto de que todos sofrem na mesma intensidade e vivenciam esse processo de forma homogênea (Martinhago & Caponi, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade” (Brasil, 2013). É de extrema importância avaliar o indivíduo como um todo, para realmente entender sua saúde mental.

Na visão de Ogata, Rodrigues e Sacki (2001): “No fim da década de 50 a situação psiquiátrica brasileira era caótica: superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de abrigos deploráveis, no qual nesse período houve a descoberta das drogas antipsicóticas”. (p. 74).

Os meios de tratamento em relação a saúde mental evoluíram muito nas últimas décadas, revertendo muitos casos de depressão e transtornos.

Bernardo (2019) relata em seu texto o que mudou em relação aos tratamentos psiquiátricos. Os primeiros medicamentos foram produzidos na década de 1950, com muitos efeitos colaterais. Já nas últimas quatro décadas houve um vasto crescimento de fármacos para depressão, bipolaridade, esquizofrenia, entre outros, que auxiliaram na evolução dos quadros e melhoras consideradas dos pacientes.

Em relação a Eletroconvulsoterapia, observa-se que antigamente era utilizado o emprego do eletrochoque, sem levar em consideração o bem-estar do paciente, não era nem aplicado anestesia. Atualmente, há todo um cuidado com o paciente e seu quadro, esse método é utilizado em casos de depressão gravíssima e restrita a área da pesquisa e estudos (Bernardo, 2019).

Em relação a Cirurgia, utilizava-se a técnica de lobotomia, onde o procedimento era o corte das conexões entre os lobos frontais e outras regiões do cérebro. Em

meados de 1955, essa técnica foi substituída por medicamentos e a psicoterapia, não sendo mais utilizado nos dias atuais (Bernardo, 2019).

Em relação a Psicoterapia, no século XX era usando somente para lições de moralidade e ética, não sendo reconhecida como um complemento no tratamento dos pacientes, os pacientes eram submetidos a normas severas e com punições, caso não cumprissem. Hoje é um método extremamente indispensável em qualquer quadro de doença e também o autoconhecimento, tendo várias modalidades, sendo utilizada para o controle de diversos transtornos (Bernardo, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população é acometida com algum transtorno mental severo e persistente; mais de 6% da população sofre de transtornos psiquiátricos graves em função do uso de álcool e drogas e 12% da população precisa de algum tipo de atendimento em saúde mental, podendo ser contínuo ou eventual (Brasil, 2008).

Com o aperfeiçoamento ao longo dos anos, percebe-se que a psicologia avançou e tem muito para conquistar no meio científico, hospitalar e ainda ser reconhecida pela população como meio de suporte físico, emocional e mental, como isso, a escolha do presente tema é de grande relevância para nossa sociedade e para conhecimento dos processos e benefícios para a saúde psíquica, que o sofrimento em casos de doenças e/ou algum transtorno, pode ser amenizado com ajuda de psicólogos capacitados para lidar com tais quadros.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Tendo em vista a imprescindibilidade de apresentar as contribuições científicas acerca da saúde mental ante ao sofrimento psíquico e a patologização do sujeito na contemporaneidade; a produção científica levantada na literatura foi organizada em dois eixos respectivamente estabelecidos em abordar a saúde mental e o atendimento psicossocial.

2.1 Saúde Mental

Ao longo dos anos a concepção de saúde mental passa por várias transformações no Brasil. Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com base em um Estado democrático e de cidadania plena como determinante de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 2004, p. 13).

Esse sistema surge fortemente influenciado pelo Movimento da Reforma Sanitária, sendo alicerçado pelos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, visando o cuidado do indivíduo como um todo; equidade, respeito às diferenças e atendimento igualitário ao direito de todos; descentralização dos recursos de saúde, garantia de serviços de qualidade e o mais próximo possível daqueles que necessitam; e pelo controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2004).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil consiste no deslocamento do cuidado da saúde mental para fora do hospital, direcionado à comunidade, visando a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento (Brasil, 2010).

De acordo com Amarante (2009), nesse contexto a clínica deixaria de ser um local de isolamento terapêutico ou tratamento moral para tornar-se criadora de possibilidades, produzindo assim sociabilidade e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura que antes era visto como uma pessoa incapaz e excluído da sociedade, passa a ter voz ativa, torna-se sujeito e deixa de ser objeto do saber (Amarante, 2009). A rede básica de saúde seria o lugar ideal para construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com pessoas com transtornos mentais (Goulart, 2013).

Regulamentado pela portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, como parte da rede comunitária de cuidados do SUS, emerge o Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) com objetivo de atender pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, oferecer cuidados clínicos, reabilitação psicossocial, desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, encaminhar e acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas (Brasil, 2002).

O CAPS surge como uma alternativa a substituição do modelo hospitalocêntrico com a finalidade de reduzir o número de internações, promover o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e suas famílias, busca de autonomia (Brasil, 2004).

Em estudos realizados Pande e Amarante (2011), apontam os desafios enfrentados em relação as mudanças de cuidado do CAPS aos manicômios, a substituição de práticas cruéis para um cuidado de proteção. Sendo assim, essa proteção pode levar a manutenção desses usuários no serviço causando certa dependência. Tal processo é nomeado pelos autores como nova cronicidade e se opõe ao que é proposto pela desinstitucionalização.

O CAPS deve ser um serviço “de passagem” que não desenvolva a dependência do usuário, seu ideal é promover a autonomia e contribuir para a reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários (Brasil, 2004). Em alguns casos a proteção e cuidados dos profissionais da saúde podem gerar dependência do usuário nesse contexto. O foco é mostrar a eles que existe outro mundo por traz dos muros da instituição.

A psiquiatria foi fundada partindo de pressupostos de que a realidade era um dado natural, que poderia ser aprendida, mensurada, descrita e revelada. Nesse contexto a ciência representava a expressão da verdade e produção de um saber positivo, neutro e autônomo (Amarante, 2009).

Segundo Miller (1997) no campo da psiquiatria o adoecimento psíquico representa a perda da faculdade mental e normativa que a cultura estabelece. Os sintomas são percebidos como algo que deve ser contido e a solução para tal seria o consumo de psicofármacos. A medicalização está relacionada ao saber médico sobre esses processos, que frequentemente decorre na prescrição e uso excessivo de remédios. Na maioria das vezes não é o próprio paciente que procura o tratamento, este lhe é imposto pela demanda social. Tais pacientes, por não se adaptarem as normas da sociedade são encaminhados para tratamento em hospitais psiquiátricos (Miller, 1997).

O principal objetivo da psiquiatria clássica é promover a ordem social e não a cura. O uso de medicamento é o princípio organizador da clínica psiquiátrica e seu objetivo é tratar o órgão doente e silenciar o sintoma. Sendo assim, o poderio do medicamento dificulta cada vez mais o estabelecimento de relações estáveis com o paciente e o acesso ao sujeito “real” (Miller, 1997).

De acordo com Anache & Luz (2014), devido as exigências impostas ao profissional da saúde em seu cotidiano de trabalho, muitas vezes não lhe é permitido refletir e problematizar sobre o termo “diagnóstico” o que acarreta o uso indiscriminado em sua própria prática. A palavra diagnóstico deriva do *latim diagnosticu*, e é frequentemente usada para se estabelecer relação entre uma doença e condição física ou mental com a finalidade de identificar suas causas e efeitos a partir de sinais e sintomas apresentados.

Sendo assim, nas práticas psicológicas atuais, é comum a rotulação e patologização do indivíduo. Conseqüentemente ocorre o desaparecimento do sujeito que passa a ser identificado e compreendido a partir de sua patologia. Tais abordagens nos levam as seguintes reflexões: “O que é saúde? Que tipo de indivíduo ela representa?”. O conceito de saúde vai além das definições biomédicas. Está relacionado à superação, ao sentido da vida, boas relações interpessoais, a visão que o indivíduo tem de si mesmo.

Em contrapartida, fora do contexto (dos serviços de saúde mental) patológico, muitos encontram nos psicofármacos uma solução para seu sofrimento ou sintoma, controlam sua própria existência, produzem estados afetivos, buscando aceitação, melhor desempenho, controle de humor e comportamento. Convivem com a ambivalência dos sentimentos, mas preferem, conscientemente, não enfrentar aquilo que lhes traz desprazer. A dificuldade de lidar com a provação e rejeição faz que o sujeito esteja sempre em busca do bem-estar ideal (Le Breton, 2003).

Segundo Le Breton (2003), o homem da sociedade industrial quer controlar a si próprio, se programar de acordo com suas demandas e necessidades. Ele tem a sua disposição um arsenal de psicotrópicos hipnóticos, tranquilizantes, barbitúricos, antidepressivos ou estimulantes que lhe permite a escolha do seu humor e afetividade para atuar em diferentes contextos da vida cotidiana. As finalidades são evitar o cansaço, alterar o estado de vigília, eliminar a tristeza, melhorar a percepção sensorial, seu agir sobre o mundo e outros.

A sociedade contemporânea oferece ao sujeito a ideia de onipotência sobre si. Ele abandona seu humor natural e utiliza a bioquímica para “corrigir” um corpo que está desajustado. Atualmente o uso da medicação não tem apenas a finalidade de tratar um estado patológico, mas sua eficácia também é utilizada na construção pessoal da própria identidade e manter o domínio sobre si em uma sociedade em crise. O sujeito passou a ser cada vez mais individualista, buscando referência não mais no outro ou na cultura, mas em si próprio. Ele almeja cada vez mais uma adequação a realidade social (Le Breton, 2003).

Conforme Fortes (2009), o sujeito da contemporaneidade mudou sua forma de subjetivar-se e sua relação com a dor é como algo que deve ser evitado tanto na vida pública quanto privada, tal fato o conduz a uma busca incessante pela felicidade. Nesse contexto, a negação da dor não representa sua extinção, ela ainda permanece, e o sujeito vivencia uma ambivalência dentro si.

Vive-se uma incerteza e insegurança em relação ao futuro, isso produz uma sensação de vazio, enfraquecendo os laços sociais e a capacidade de alteridade. O indivíduo não se vê mais como parte de um todo social, mas como proprietário de si mesmo. Ele ficou à mercê de seu próprio poder de escolha e de sua capacidade de autoafirmação. O que antes era tarefa do coletivo, agora passa a ser competência da vida individual (Fortes, 2009).

Para Birman (2012), o sujeito da contemporaneidade é o “sujeito da dor”, que não consegue reconhecer a si mesmo. Ele busca meios para canalizar a dor e impossibilitá-la de transformar-se em sofrimento. Na atualidade existe uma dificuldade de se apresentar a temática da subjetividade nos contextos em que a deficiência intelectual está inserida, pois a lógica da ciência instrumental ainda é predominante identificando nesses sujeitos dificuldades e limitações relacionadas a adaptação e cognição (Anache & Luz, 2014). Tal lógica limita as características de cada pessoa anulando suas produções subjetivas. O sujeito passa a ser compreendido através de traços e estereótipos derivados da ótica da patológica.

Para González Rey (2011), é necessário construir novas formas de avaliação que reúna as produções subjetivas tanto do profissional quanto do sujeito avaliado. Nesse ponto a presente pesquisa busca a articulação teórica entre o contexto da saúde mental no CAPS e as produções subjetivas de seus usuários, ampliando estudos bibliográficos referentes ao tema e contribuindo com a produção do conhecimento como uma forma alternativa ao modelo biomédico ainda dominante que

compreende a saúde humana de modo fragmentado e descontextualizado, não enxergando o sujeito em sua totalidade.

2.2 A Subjetividade do Atendimento Psicossocial

Na perspectiva de González Rey (1999), as formas de organização da subjetividade unem sentidos historicamente constituídos, produzidos nos diferentes espaços e processos de vida, que se reconfiguram e geram novos sentidos subjetivos.

Os espaços sociais não têm vida independente das pessoas que nele se relacionam, tais espaços geram formas de subjetivação que se concretizam nas diferentes atividades compartilhadas. O indivíduo não é um produto do meio social, ele se apropria desse meio e o traduz através de processos de significação singular.

A subjetividade é um sistema de sentidos subjetivos, ela não tem causas externas e expressa produções diante das experiências vividas (González Rey & Martínez, 2017). Para essa teoria indivíduo e social são indissociáveis. Sua produção está marcada tanto pelos processos singulares como culturais e não como uma construção meramente do social.

A subjetividade engloba dois níveis diferentes que inter-relacionam entre si em suas configurações subjetivas. São eles: a subjetividade individual e a subjetividade social. Cada nível está organizado no outro através de sua produção singular de sentidos subjetivos (Mori & González Rey, 2012).

A configuração subjetiva não é um processo linear e nem a priori, nesse processo

passado, presente e futuro organizam-se como uma unidade no movimento das configurações subjetivas, o que faz que a temporalidade, como dimensão do sentido subjetivo, tenha um caráter fortemente imaginário em nossas vidas, fato que as diferencia das temporalidades cronológicas dos tempos vividos” (González Rey & Martínez, 2017, p. 63).

Os sentidos subjetivos são produções simbólicas que surgem através da ação humana diante das mais diversas situações vividas. Diz respeito ao sentimento de cada pessoa e é formada por crenças, valores, experiências, história de vida e nas relações sociais. “O conceito de sentido subjetivo expressa seu valor heurístico por sua plasticidade, a qual possibilita não reduzir um estado afetivo dominante, um

comportamento ou ação da pessoa a uma causa específica” (González Rey & Martínez, 2017, p. 51).

Sendo assim, ser “diferente” não tem um sentido subjetivo em si, ou seja, o fato de a pessoa ter um diagnóstico de transtorno mental não implica que ela deve sentir e agir de determinada forma. Não é a patologia que produz prejuízos na qualidade de vida da pessoa, mas a produção do indivíduo sobre ela (Navarini & Hirdes, 2008).

De acordo com González Rey (2015), o modelo biomédico propõe um tratamento padronizado, supõe-se que a doença se manifesta igualmente em todas as pessoas, não levando em consideração as diferenças individuais e suas produções subjetivas. O corpo é visto como algo que deve ser estudado de forma fragmentada, cada parte funcionaria independente uma da outra e o organismo não é visto em sua totalidade. O objetivo é tratar o órgão doente e eliminar os sintomas. Para tal modelo, a saúde está relacionada à ausência de sintomas.

Segundo Amaral (1994), não é possível estabelecer uma “psicologia do deficiente”. Primeiramente, porque as pessoas são diferentes entre si, assim como a deficiência e a singularidade. Os deficientes não representam um grupo à parte, portanto, não há necessidade de teorias e técnicas exclusivas. Todavia os deficientes compartilham algo em comum: ser diferente, estar no desvio.

A Psicologia por muito tempo preocupou-se em patologizar o diferente, colocando em lados opostos os conceitos de normalidade e anormalidade (Ceccarelli, 2010). Como se a patologia fosse algo intrínseco ao indivíduo e independente da sociedade e da cultura que muitas vezes a encara de maneira distorcida. A sociedade frequentemente atribui as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais características baseadas em crenças, mitos e generalizações, colocando-os em condições de desvantagem (Organização Mundial de saúde [OMS], 2002).

Desse modo, as condições de vida e sociabilização das pessoas com perturbações mentais acabam sendo cerceadas pelo estigma que, segundo o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (DHHS, 1999, p. 8)

destrói a convicção de que as perturbações mentais são condições patológicas válidas e tratáveis. Ele leva as pessoas a evitar socialização com portadores de perturbações mentais, ao não querer trabalhar ao seu lado nem lhes alugar moradias para eles ou morar perto deles. (...) reduz, conseqüentemente, o acesso dos utentes aos recursos e às oportunidades de tratamento e serviços sociais. A conseqüente incapacidade de obter tratamento fortalece padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento e

desespero. O estigma, tragicamente, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade.

Portanto, durante anos foi relegado a essas pessoas um duplo processo de exclusão de emprego e de fragilização social (Cardozo & Borges, 2016). No Brasil, os debates acerca das noções clínicas e de cidadania que envolviam os portadores de perturbações mentais, baseados na concepção universal de sujeito, apenas ganharam força em meados da década de 80 com o movimento da reforma psiquiátrica. Nesse contexto, diversos papéis sociais e condutas/procedimentos técnicos e terapêuticos foram revistos, em especial, os modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos (Birman, 1992).

No entanto, ainda hoje percebe-se uma desorientação e desconforto dos que atuam junto às pessoas com transtornos mentais. Uns dos motivos que podem afetar as relações interpessoais são a falta de conhecimento a respeito da patologia, incompreensão desse processo, preconceito, impossibilidade de identificação com o outro e alteridade (Almeida, Felipes, & Dal Pozzo, 2011). Dimenstein (2013) destaca a falta de qualificação profissional como uma das principais dificuldades desse novo cenário da atenção à saúde mental. Por se tratar de uma definição não rígida e protocolar, muitas das vezes a prática com o paciente com transtorno mental acaba gerando no profissional da saúde sensação de desconhecimento, responsável por desencadear desconforto, impotência, autodepreciação e culpa (Brasil, 2013).

Trata-se de um encontro entre dois mundos diferentes e esse processo de compreensão deve representar um aprendizado mútuo que exige do profissional um esforço em distinguir e separar os valores pessoais oriundos de suas vivências dos valores pessoais do usuário. Isso porque segundo Gonzalez Rey (2011), o estado de transtorno mental de um indivíduo vai além do conceito normatizador e universal de patologia, pois perpassa o conceito de configuração subjetiva atualizada. Nesse tocante, para Goulart e Gonzalez Rey (2017, p. 22-23)

o transtorno mental é caracterizado pela paralisia da pessoa frente ao conflito experimentado e não está constituído por uma configuração subjetiva que possa ser definida a priori, mas pelo resultado de desdobramentos subjetivos singulares que se dão no curso da experiência da pessoa, em estreita relação com diversas dimensões e momentos importantes de sua vida. Nessa perspectiva, o transtorno mental não seria uma doença, mas uma configuração subjetiva atualizada em um processo da vida.

Portanto, cabe aos profissionais repensarem ou refazerem suas próprias práticas e entenderem que cada indivíduo vivencia esse processo de maneira singular. Para alguns o diagnóstico/patologia pode representar a perda da identidade, exclusão social, segregação e prejuízo na qualidade de vida, e, em outros casos, representa proteção, reconhecimento, sendo de extrema relevância ser notado e cuidado pelo próximo (Roldão, 2003).

Nesse sentido, segundo Goulart (2015), ao considerar a heterogeneidade dos casos atendidos os profissionais da saúde precisam entender a pessoa atendida com um sujeito ativo do seu processo de vida. Desse modo, esses indivíduos deixam de ser entendidos com psicodiagnósticos sujeitos à procedimentos técnicos elaborados e a serem executados por especialistas. O sujeito, portanto, ganha a possibilidade de usufruir de atividades que possam culminar na promoção de sua saúde.

Sendo assim, torna-se primordial nos familiarizarmos com aquele que é “atípico”, para que essas pessoas possam se sentir visíveis e atuantes na sociedade e propiciar a elas um ambiente que seja benéfico ao seu desenvolvimento pessoal e afetivo (Instituto Âmago, 2018).

É nesse sentido que os serviços de atenção psicossocial surgiram como uma resposta à demanda por emancipação pessoal, social e cultura dos indivíduos com sofrimento psíquico. Ou seja, na busca de um convívio livre e tolerante ao diferente como alternativa à perspectiva generalizante caracterizada por longos períodos de internação (Moura, 2011).

Dessa forma, o enclausuramento desses indivíduos deu lugar a esse tipo de tratamento caracterizado pela não privação da liberdade, mas sim pela inserção no convívio social, em âmbitos familiar e comunitário, com resguardo às devidas atenções necessárias em cada caso. A eficácia desse processo que prima pela recuperação e reintegração do indivíduo portador de transtorno mental necessita que esse seja inserido numa ampla rede de apoio que conceda cuidados de modo contínuo (Schrank & Olschowsky, 2008). Segundo Brasil (2013)

é consensual que a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os sistemas, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes de suporte social. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca da ampliação de possibilidades, tomando-a como traço assistencial fundamental na construção de redes de

atenção e de suporte social, como modo de organizar as diversas práticas de cuidado que a complexidade dos casos exige. (p. 127).

Em âmbito nacional, as equipes multiprofissionais com atividades direcionadas ao apoio psicossocial atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Criadas em 2011, pela portaria MS/GM nº 3.088, essas instituições são pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS utilizando metodologia baseada no respeito à subjetividade do indivíduo e no princípio de reintegração social.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa objetiva-se em compreender os processos subjetivos dos usuários do CAPS relacionados à medicalização do sofrimento psíquico, bem como as alternativas a esse processo no tocante a atuação do CAPS no campo da saúde mental e seus desafios atuais por meio do relato de experiência.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender como se configura subjetivamente o processo de diagnóstico e o tratamento no CAPS.
- Explicar eventuais práticas alternativas à medicalização.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Natureza do Estudo

Trata-se de uma pesquisa narrativa de natureza qualitativa que se utilizará do relato de experiência para produzir as reflexões acerca das narrativas do cotidiano das pessoas usuárias do CAPS sobre a medicalização do sofrimento psíquico e a patologização do sujeito na contemporaneidade, a partir do atendimento com um paciente vinculado a instituição.

No entanto, atualmente existe uma ação de favorecer a vontade de alternativas no modelo de se “fazer” investigação, que estejam também adaptadas às práticas de diferentes grupos (Dias & Gama, 2014) inseridos em diferentes contextos da sociedade e de ambientes de saúde.

Daí a necessidade de uma investigação que se aproxime da realidade vivenciada por aqueles sujeitos investigados no estudo, aproximando pesquisador e participantes no tocante a experiência vivenciada.

4.1.1 Pesquisa Narrativa

Bruner (2001) define a narrativa como sendo o modo usual de esquematização da experiência e da memória que temos dela. Dessa forma, “a narrativa desempenha um papel fundamental na construção de significados dos seres humanos. Emerge como um processo mediador entre significado e existência humana.” (Fonte, 2006, p. 129). Nesse sentido, a pesquisa narrativa emerge como um método de pesquisa potencial na ciência psicológica, em especial, no processo de construção de significados dos sujeitos envolvidos.

Segundo Clandinin e Connely (2011) a pesquisa narrativa é definida como uma forma de compreensão da experiência humana que se vale da relação colaborativa entre pesquisador e pesquisado para estabelecer sentidos no texto. Desse modo, a pesquisa narrativa utiliza as histórias narradas como método de pesquisa e objeto de estudo simultaneamente (Pinnegar & Daynes, 2007).

Dentre os métodos utilizados para obtenção das histórias cita-se entrevistas, diários, autobiografias, gravação de narrativas orais, narrativas escritas e notas de campo.

4.1.2 Relato de Experiência

A análise do registro da vivência e das narrativas orais obtidas da vivência do profissional com o participante da pesquisa foi realizada por relato de experiência. O relato de experiência

é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. É a descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria. (Universidade Federal de Juiz de Fora [UFJF], 2017, p. 1).

Desse modo, os relatos de experiência contam uma história informativa sem muitos detalhes irrelevantes e o modo como essa reflete em situações mais gerais (Santoro, 2010). Portanto, os relatos contendo narrativas são relevantes por duas razões: (i) pertinência e da importância dos problemas neles expostos e (ii) nível de generalização na aplicação de resultados e procedimentos oriundos da intervenção em situações de mesma natureza. No presente trabalho o uso do relato de experiência torna-se pertinente baseado no fato de que a experiência é fator primordial na Pesquisa Narrativa visto que abrange os aspectos social e pessoal (Clandinin & Connelly, 2011).

4.2 Local de Estudo

O CAPS II do Distrito Federal (DF), inaugurado em 2006, é um serviço público de especializado na atenção em saúde mental. Atende pessoas a partir de 18 anos de idade em sofrimento mental grave e persistente. Possui uma equipe multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos administrativos.

Tem sido considerado como referência regional na atenção à saúde mental devido a qualidade dos serviços prestados e por atender diversas regiões do DF. O presente trabalho faz parte do projeto de extensão “Saúde Mental, Desenvolvimento Subjetivo e Ética do Sujeito: Alternativas à Patologização da Vida”, coordenado pelo Professor Daniel Magalhães Goulart, Universidade de Brasília (UNB).

4.3 Participante e Instrumento de Intervenção

4.3.1 Participante

Mar tem 26 anos de idade, estava cursando em 2019 o 3º ano do ensino médio, possui dois irmãos paternos, seus pais são divorciados e a guarda é dividida quinzenalmente. Chegou ao serviço no CAPS em 2010 e atualmente frequenta as oficinas e psicoterapia duas vezes por semana. Com diagnóstico de Síndrome de Asperger desde os 14 anos de idade, toma oito comprimidos ao dia, sendo três no período matutino e cinco no noturno. Mar tem conflitos com o pai e a madrasta e pela falta de cuidado por parte da mãe. Tal fato fortalece sua dependência em relação ao serviço de saúde do CAPS.

Após transitar pelos espaços do CAPS, conhecer a equipe de saúde e seu trabalho conversei com diversos usuários. Inicialmente, ter o consentimento de Mar como participante de pesquisa despertou interesse, pois entre os usuários era o que tinha maior tempo de tratamento no CAPS e o mais medicalizado. Chamou atenção a riqueza das falas em que relatava conflitos familiares e sua experiência no serviço de saúde mental. Nesse momento, o método de pesquisa escolhido permitiu que enxergasse meu participante fora da ótica da patologia, reconhecendo-o como sujeito ativo e singular.

4.3.2 Instrumentação para Intervenção

O processo de intervenção deu-se a partir da conceituação dos processos de pesquisa qualitativa usa como material empírico parte da noção de construção social das realidades em estudo e se interessa pelas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano em relação aquilo se pretende estudar a fim de permitir a compreensão do objeto de modo integrado com seu contexto (Flick, 2009). Como recurso de intervenção e investigação utilizou-se o método construtivo interpretativo baseado em três pressupostos a partir da dinâmica conversacional.

1º pressuposto – caráter construtivo interpretativo do conhecimento: que se tenta superar a validade e legitimidade de um conhecimento por sua correspondência linear

com a realidade, pois o conhecimento não é algo que está pronto, acabado. Rompe com a ideia de neutralidade entre pesquisador e participante (González Rey, 2005). Para o pesquisador a teoria funciona como referência para embasamento da pesquisa, mas a interpretação é um processo de construção, que, através do momento empírico e dos sentidos subjetivos constrói novas hipóteses acerca do fenômeno estudado.

2º pressuposto – A legitimação do singular como fonte legítima para construção do conhecimento: não se limitar ao reducionismo a fatos e conclusões preexistentes. Tem como principal elemento a atividade pensante e construtiva do pesquisador. A legitimação da informação, proveniente do caso singular, se dá através do modelo teórico que o pesquisador vai desenvolvendo ao longo da pesquisa (González Rey, 2005).

Os sentidos subjetivos produzidos pela pessoa são únicos; estão relacionados ao social, individual e ao momento de sua experiência. Ainda que tenhamos uma mesma situação, a maneira com que uma vivência se configura singularmente, o que nos permite estudar a complexidade do indivíduo. O valor do singular é de extrema importância para a produção teórica.

3º pressuposto – Dialogicidade: tem caráter interativo, onde a comunicação permite a construção de conhecimento, através do processo dialógico a pessoa se expressa abertamente e produz diferentes sentidos subjetivos. Tais sentidos subjetivos surgem indiretamente. O diálogo nos permite conhecer não só os diferentes processos simbólicos, mas também outros níveis de produção social. Tem como principal objetivo o enriquecimento da expressão do participante (González Rey, 2005).

Nesse processo, ele não deverá se sentir pressionado a expressar-se. No espaço de pesquisa, é necessária a construção de relações interpessoais e de confiança para possibilitar que a pessoa se expresse por vontade própria. A produção de informação está associada à qualidade da interação entre pesquisador e sujeito e não ao número de participantes ou elaboração da resposta.

A dinâmica conversacional: que tem como objetivo levar a pessoa a uma reflexão sobre sua experiência pessoal, “envolvendo-a no sentido subjetivo de diferentes espaços delimitadores de sua subjetividade individual” (González Rey,

2005, p. 126). Na conversação captam-se indicadores e elementos que permitam dar continuidade à expressão do participante. O pesquisador será um facilitador do diálogo e o valor da informação é dado pelo envolvimento do participante a respeito de temas que considerarem relevantes. É necessária boa comunicação e interesse em ouvir o outro. Não existe um roteiro a ser seguido.

A entrevista e a conversação apresentam diferenças entre si. A primeira tem caráter instrumental e a segunda limita-se a instrumentalização. Na entrevista, o pesquisador parte de questões levantadas a priori, utiliza roteiros ou questionários que delimitam o que deve ser dito sobre o tema abordado. Na conversação, o sujeito se expressa livremente, facilitando o aparecimento de sentidos subjetivos. Nesse caso, as respostas dadas pelos participantes são mais relevantes do que a qualidade da conversação (Souza, 2014).

4.4 Análises dos Dados

As análises qualitativas utilizaram-se da análise temática, conforme segundo Minayo (2014), é o processo realizado a partir das transcrições do material coletado.

Foi preciso reunir o material e proceder a uma pré-análise, orientada pela construção de pressupostos iniciais que serviram de suporte para interpretação dos resultados. Logo, faz necessário realizar a leitura flutuante dos dados, respeitando alguns critérios de validade qualitativa, como a exaustividade-representatividade-homogeneidade (Minayo, 2013).

Na construção da codificação, foi necessário captar palavras, falas e expressões mais significativas e que apareciam com maior regularidade nos materiais pré-analisados.

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A presente pesquisa atendeu aos princípios éticos segundo as Resoluções do CNS Nº. 466/2012 e Nº. 510/2016 para pesquisa com seres humanos. O presente relato faz parte da produção resultante do Projeto de Pesquisa RELATOS DE CASOS & RELATOS DE EXPERIÊNCIA: a prática desenvolvida no CEPPACE do DPG-PSI/FPM submetido à apreciação ética do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas, CAEE: 92972318.0.0000.8078, tendo como

instituição proponente a ASSOCIACAO EDUCACIONAL DE PATOS DE MINAS (AEPM) mantenedora da FACULDADE PATOS DE MINAS, sob parecer de aprovação número: 2.758.999, de 06 de julho de 2018 (ANEXO A).

5 RESULTADOS

Os resultados relativos à apresentação das contribuições científicas acerca da saúde mental ante ao sofrimento psíquico e a patologização do sujeito na contemporaneidade, será apresentado em forma de artigo de um relato de experiência.

- Relato da Experiência

Artigo 1 – Sofrimento psíquico: conversando sobre a pessoa em atendimento a partir de um relato de experiência.

5.1 Artigo 1: Sofrimento psíquico: conversando sobre a pessoa em atendimento a partir de um relato de experiência

Introdução

O sofrimento é visto a partir de um conceito normativo em que a prática psiquiátrica através da observação e descrição se baseia no DSM (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais), propondo um tratamento a partir de intervenções no organismo, ou seja, com a prescrição de psicofármacos para eliminação dos sintomas. Sendo assim, padroniza-se o sofrimento, partindo do pressuposto de que todos sofrem na mesma intensidade e vivenciam esse processo de forma homogênea (Martinho & Caponi, 2019).

O psiquismo está relacionado com a energia psíquica, visando a questão econômica, ele se esforça no conceito de energia, considerando o modo em que ela é investida e se divide em representações: inconsciente; pré-consciente e consciente (Moura, 2010). Que de acordo com Amarante (2009), nesse contexto a clínica deixaria de ser um local de isolamento terapêutico ou tratamento moral para tornar-se criadora de possibilidades, produzindo assim sociabilidade e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura que antes era visto como uma pessoa incapaz e excluído da sociedade, passa a ter voz ativa, torna-se sujeito e deixa de ser objeto do saber (Amarante, 2009). A rede básica de saúde seria o lugar ideal para construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com pessoas com transtornos mentais (Goulart, 2013).

Desse modo, as condições de vida e sociabilização das pessoas com perturbações mentais acabam sendo cerceadas pelo estigma que, segundo o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (DHHS, 1999, p. 8)

destrói a convicção de que as perturbações mentais são condições patológicas válidas e tratáveis. Ele leva as pessoas a evitar socialização com portadores de perturbações mentais, ao não querer trabalhar ao seu lado nem lhes alugar moradias para eles ou morar perto deles. (...) reduz, conseqüentemente, o acesso dos utentes aos recursos e às oportunidades de tratamento e serviços sociais. A conseqüente incapacidade de obter tratamento fortalece padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento e desespero. O estigma, tragicamente, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade.

Portanto, durante anos foi relegado a essas pessoas um duplo processo de exclusão de emprego e de fragilização social (Cardozo & Borges, 2016). No Brasil, os debates acerca das noções clínicas e de cidadania que envolviam os portadores de perturbações mentais, baseados na concepção universal de sujeito, apenas ganharam força em meados da década de 80 com o movimento da reforma psiquiátrica. Nesse contexto, diversos papéis sociais e condutas/procedimentos técnicos e terapêuticos foram revistos, em especial, os modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos (Birman, 1992).

Segundo Miller (1997) no campo da psiquiatria o adoecimento psíquico representa a perda da faculdade mental e normativa que a cultura estabelece. Os sintomas são percebidos como algo que deve ser contido e a solução para tal seria o consumo de psicofármacos. E o CAPS tem como objetivo de atender pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, oferecer cuidados clínicos, reabilitação psicossocial, desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, encaminhar e acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas (Brasil, 2004); surgindo como uma alternativa a substituição do modelo hospitalocêntrico com a finalidade de reduzir o número de internações, promover o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e suas famílias, busca de autonomia (Brasil, 2004).

Neste contexto, desenvolvemos este artigo com a finalidade de compreender o sofrimento psíquico e a eficácia em seu atendimento, analisando os relatos de pacientes em relação as suas experiências e resultados. O objetivo deste estudo é relatar a vivência da interatividade com um paciente atendido no CAPS portador de sofrimento psíquico.

Questões Metodológicas

Trata-se de um relato de experiência a partir do recorte de um dos atendimentos realizado no CAPS II do Distrito Federal (DF). Onde, o relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para área de atuação abordada no tocante a escrita (Universidade Federal de Juiz de Fora [UFJF], 2017).

No que diz respeito a CAPS II foi inaugurado em 2006, sendo um serviço público de especializado na atenção em saúde mental. Onde atende pessoas a partir de 18 anos de idade em sofrimento mental grave e persistente. Possui uma equipe

multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos administrativos. O mesmo tem sido considerado como referência regional na atenção à saúde mental devido a qualidade dos serviços prestados e por atender diversas regiões de sua abrangência.

O presente relato atentou-se aos princípios éticos segundo as Resoluções do CNS Nº. 466/2012 e Nº. 510/2016 para estudos com seres humanos. Entretanto, este relato faz parte de uma produção resultante do *Projeto de Pesquisa RELATOS DE CASOS & RELATOS DE EXPERIÊNCIA: a prática desenvolvida no CEPPACE do DPGPSI/FPM*. Submetido à apreciação ética do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas, CAEE: 92972318.0.0000.8078, tendo como instituição proponente a ASSOCIACAO EDUCACIONAL DE PATOS DE MINAS – AEPM mantenedora da FACULDADE PATOS DE MINAS, sob parecer de aprovação número: 2.758.999, de 06 de julho de 2018 (ANEXO A). Como recurso de intervenção e investigação utilizou-se o método construtivo interpretativo a partir da dinâmica conversacional.

É importante destacar aqui o método empregado na interatividade dos atendimentos quanto a dinâmica conversacional. Neste modo de abordagem de aproximação do paciente o objetivo é levar a pessoa a uma reflexão sobre sua experiência pessoal, “envolvendo-a no sentido subjetivo de diferentes espaços delimitadores de sua subjetividade individual” (González Rey, 2005, p. 126).

Na conversação captam-se indicadores e elementos que permitam dar continuidade à expressão do participante. O profissional será um facilitador do diálogo e o valor da informação é dado pelo envolvimento do participante a respeito de temas que considerarem relevantes. É necessária boa comunicação e interesse em ouvir o outro. Não existe um roteiro a ser seguido. Na conversação, o sujeito se expressa livremente, facilitando o aparecimento de sentidos subjetivos. Nesse caso, as respostas dadas pelos participantes são mais relevantes do que a qualidade da conversação (Souza, 2014).

Narrativa da experiência: um recorte do caso

Trata-se do recorte de um dos atendidos no CAPS II aqui denominado de Mar (nome fictício), possui 26 anos, estava cursando em 2019 o 3º ano do ensino médio,

possui dois irmãos paternos, seus pais são divorciados e a guarda é dividida quinzenalmente.

Mar chegou ao serviço no CAPS em 2010 e atualmente frequenta as oficinas e psicoterapia duas vezes por semana. Com diagnóstico de Síndrome de Asperger desde os 14 anos de idade, toma oito comprimidos ao dia, sendo três no período matutino e cinco no noturno. E apresenta conflitos com o pai e a madrasta e pela falta de cuidado por parte da mãe. Tal fato fortalece sua dependência em relação ao serviço de saúde do CAPS.

Ao transitar por diversos espaços da instituição com finalidade de conhecer melhor o trabalho realizado pelo sistema de saúde mental (o CAPS), buscava inicialmente criar vínculo com os usuários participando de oficinas do serviço e reuniões de equipe; a relação afetiva foi relevante para favorecer um espaço dialógico entre servidores, usuários e familiares, promovendo a troca de ideias, reflexões e posicionamento crítico.

Durante a realização das oficinas era impossível dialogar com os usuários, pois poderia interferir na realização da atividade proposta pelo servidor; foi quando de modo antecipado a atividade transitava pelo ambiente em busca de ouvir o que aqueles pacientes tinham a dizer; foi quando observei Mar sentado sozinho no pátio e me aproximei.

Começamos a conversar de modo livre sem uma pergunta específica, como se fosse um encontro casual entre duas pessoas que estivesse na fila de um banco; Mar falou sobre si e compartilhou seus conflitos familiares de imediato; o nosso diálogo era aberto, Mar sempre iniciava a fala de acordo com o assunto que achava relevante no momento.

Uma das primeiras falas me chamou atenção:

Você está aqui pra conversar como uma amiga ou pra me tirar do CAPS? (...) O que seria de mim sem o CAPS? [pausa e suspiro]. Provavelmente estaria perambulando pelas ruas, nervoso, agressivo. Sem remédio eu não durmo, fico agressivo. Gostaria que diminuíssem um pouco a dosagem, pois dá muito sono, é como se eu tivesse dopado.

Este trecho pode ser visto como um indicador do desejo de permanecer no serviço de saúde mental em função de um processo de dependência. Toda medicação é comprada pelo pai e enviada ao CAPS. Os comprimidos são separados em saquinhos com a quantidade adequada por período, os servidores desenham um sol

para que Mar identifique os que devem ser tomados de manhã e uma lua para diferenciar os do período noturno. Essa dependência também é favorecida pelas relações estabelecida no contexto do serviço de saúde mental. Observa-se que Mar expressa infantilização e descrédito na capacidade de cuidar de si.

De manhã eu tomo três comprimidos e fico manhã e tarde tranquilo. Mas quando é a noite “vixi” eu tomo cinco e fico dopado. E a noite se eu ficar sem tomar o remédio eu fico como se tivesse lua cheia. Eu tenho problema de lua! Minha vó me disse que tenho esse problema. Existe a lua de mel que é de casamento e a lua cheia que faz virar lobisomen. Eu fico nervoso de vez em quando, mas na verdade nunca virei bicho. Eu não quero virar bicho!

Verificou-se com os estudos citados ao logo dessa pesquisa que a doença mental foi interpretada de diversas formas ao longo da História tanto por explicações científicas, místicas e religiosas. Atualmente mitos sobre as concepções de saúde-doença e as práticas de cura ainda se encontram presentes nas expressões culturais como uma maneira alternativa de se buscar explicação para processos de adoecimento.

A avó explica a relação da crise, doença e agressividade com a mudança de lua. Tal fato causa medo em Mar que relata “*Eu não quero virar bicho*”. E como alternativa para não “virar bicho” e controlar o nervosismo Mar recorre ao uso constante da medicação e deposita nela toda sua confiança o que o impede de enxergar outras possibilidades de tratamento e controle do comportamento agressivo.

Sabe o que me falaram outro dia? Que eu não posso casar! Meu pai falou pra mim (..) vai que eu acordo a noite e mato a minha esposa. Nunca tive nenhum relacionamento na vida e não quero ter. Meu pai fala que antes só do que mal acompanhado e que casamento não presta. Ele já passou por isso...ele sabe! Então eu não quero isso pra mim. Quero ficar sozinho mesmo.

Durante a realização da oficina de mosaico Mar perguntou se depois que acabássemos a atividade gostaria de conversar novamente com ele. O diálogo foi o seguinte:

Não tenho amigos, nem mulher, nem filhos e ninguém gosta de mim. Saio do CAPS às 17 horas e não posso entrar dentro de casa até meu pai chegar, porque minha madrasta não permite. Fico sentando na calçada. Nos dias que não venho pras oficinas

passo o dia todo na rua, sentado na praça. (...) Esses arranhões no meu rosto foi minha madrasta quem fez.

Essa expressão pode ser vista como indicadores da fragilidade e a falta de afeto que Mar tem vivenciado, resultado de violência física, moral e psicológica dos conflitos familiares. São relações que, longe de promoverem seu desenvolvimento, favorecem a intensificação do conflito vivenciado. Essa fala se articula com a questão da infantilização e do descrédito de cuidar de si previamente mencionados. Quais motivos levam Mar a não agir por conta própria? Por que não denuncia?

Meu pai quando está bêbado fica falando pros amigos dele que minha mãe tomou buchinha pra me expulsar da barriga dela, não queria que eu nascesse. Eu só não bato nele porque ele se “acha”, diz que sabe como provocar uma pessoa. E paraibano gosta de confusão (...) A mulher do meu pai, minha madrasta, me chama de doido. É crime chamar uma pessoa de doido?

A interação e a relação entre as pessoas são importantes na produção de sentidos subjetivos. A tríade afetiva das figuras do pai, mãe e madrasta se manifestam mais uma vez nesse diálogo. Sua relação com a mãe é uma ambivalência de amor e ódio. Ele a ama e ao mesmo tempo a odeia, pois não recebe dessa figura o afeto que necessita e tanto anseia.

Você pode me ajudar? Com esses problemas que temos dentro da cabeça?

Esse trecho é um indicador da produção de sentidos subjetivos que Mar tem em relação a patologia e o sofrimento, como algo intrínseco da sua mente, individual e independente de fatores sociais e culturais envolvidos. É uma visão reducionista e objetiva do processo de adoecimento, como se a doença estivesse ligada a uma parte exclusiva do corpo, cabeça-mente e fosse uma entidade natural. Tal noção desvaloriza as traduções subjetivas da doença, como por exemplo, suas ramificações pessoais, familiares e sociais.

Eu fico com meu pai nos bares até as quatro horas da madrugada. Ele bebe muito e fala coisas horríveis, mas tenho que ficar com ele. Não posso ficar em casa com minha madrasta. (...) Quando fico nos bares com meu pai chegamos sempre tarde em casa e ele se esquece de me dar os remédios pra tomar. Fico nervoso! (...) Quero tomar o remédio e ficar bom, curado e depois parar de tomar. Não quero machucar ninguém, sem o remédio fico agressivo, perigoso. Outro dia li que o remédio é um tipo de droga.

(...) Tem um amigo meu que era agressivo, aí começou a tomar remédio. Tomou... tomou... até ficar bom e calmo. Eu queria isso pra mim.

Chama a atenção o posicionamento de Mar e os sentidos subjetivos em relação a doença, medicação, cura e agressividade. Tais sentidos podem estar relacionados a esperança e crença que Mar deposita no uso da medicação e ao próprio tratamento no CAPS. Para ele tomar os remédios é um mal necessário, ou seja, é uma maneira de evitar que machuque alguém fisicamente e de obter a cura. Mar não apresenta ser uma pessoa agressiva e seu comportamento e expressão não condiz com a descrição de seu diagnóstico.

“Quero tomar o remédio e ficar bom, curado...”

Trata-se de uma fala presente desde o início de nossos encontros, percebo que essa relação é um indicador de uma produção subjetiva social, ou seja, uma ideia mistificada e repassada no âmbito familiar. Tal como foi dito anteriormente a explicação da avó sobre a relação da doença com a lua cheia e a causa da agressividade provoca em Mar produções subjetivas de que o processo de adoecimento independe de fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais.

A frase *“Eu queria isso pra mim”* é um indicador de que Mar tem a percepção de que o processo de cura é um tratamento homogêneo e se manifesta igualmente entre os indivíduos. Relata que o amigo também era agressivo e que tomou remédio até ficar calmo, como se tivesse alcançado a cura. Sendo assim, Mar não considera a experiência e a percepção individual relacionada a patologia e ignora os significados pessoais criados pelo doente como formas de enfrentamento e controle sobre a patologia.

Meu pai teve três mulheres e essa atual é amante do casamento anterior. Ela não é mulher legítima dele. Outro dia falei pra ele que se tivesse outra opção não estaria morando com ele mais. A esposa anterior judiava de mim, batia em mim. Até hoje ele não separou dela no papel, porque tem dois filhos com ela e se separar tem que pagar pensão e não pagando vai preso. Ele é esperto!

No trecho *“[...] é amante do casamento anterior. Ela não é mulher legítima dele”* percebo a visão de Mar sobre a posição ocupada pela madrasta no contexto familiar. A expressão *“não é mulher legítima dele”* é um indicador de que a madrasta ocupa um lugar que não lhe pertence, ou seja, usurpou o lugar de outra pessoa e tal posição

poderia ser ocupada por sua mãe. De acordo com Mar isso não foi possível porque o pai a abandonou durante sua gestação.

Tais indicadores “[...] se tivesse outra opção não estaria morando com ele mais” conduziram a seguinte reflexão: primeiramente, não enxergar Mar como vítima de sua patologia e condições atuais, mas a refletir que produções subjetivas o levam a vitimizar-se nesse contexto e não desenvolver recursos para solucionar e lidar com tais conflitos, como por exemplo, morar fora do convívio dos pais e da madrasta, conseguir um emprego para poder manter-se financeiramente e buscar autonomia.

Um dia desse meu pai foi dormir, a mulher dele foi no meu quarto às seis horas da manhã, mexer comigo. Aí eu chamei meu pai e falei que ela tava mexendo comigo. Meu pai não acreditou! Aí eu passei por ele...fui lá e puxei os cabelos dela. Nesse dia tive que sair de casa, passei dois dias na rua. Quando voltei pra casa não tinha ninguém em casa, eu estava com a chave. Só que minha madrasta é tão esperta que tem uma amiga que o marido é sargento, chegou nele e falou mal de mim. Disse que tenho 26 anos de idade e que sou especial. Ele falou que respondo pelos meus atos, mas meu pai também será chamado.

Por que não denunciar? Quais motivos o levam a não culpabilizar o pai pelo seu atual estado?

Mas na verdade sabe o que ela faz? Ela chega bêbada em casa e fica fazendo maior zueira, aumenta o som, fica gritando, rindo. Quando dá meia noite ela fica batendo nas portas, as pancadarias das portas é horrível. Não aguento isso! Fala pra amiga dela que vai ferver uma água bem quente e vai me queimar.

Mar referindo-se a madrasta:

Outro dia ela pegou um pau e queria me matar. Bateu na minha cabeça. Você viu isso no meu rosto? Sabe o que é? [pausa] Não vou dizer o que foi não! Caí do skate [suspiro, pausa]. Ela tá com implicância comigo direto. É só isso que tenho pra falar [suspiro]. Vc não vai contar pra ninguém não, né? (...) Doa minhas roupas pros parentes dela. Outro dia meu pai olhou meu guarda roupa e não tinha quase nada. Brigou comigo! Achou que joguei as roupas fora.

Ela não é bonita, é gorda, tem uma cicatriz na testa. Outro dia ela tava no carro com meu pai, tinha um ônibus na frente. Ela brigou com ele e meteu a mão do volante. Meu pai perdeu o controle, bateu de frente. Com ele não aconteceu nada, mas os cacos de vidro foram todos na cara dela. Ela deu sorte de não ter morrido. E a culpa seria dela! Ninguém pode colocar a mão no volante quando tem alguém dirigindo.

Um dia cheguei em casa... Sabe aquele armário debaixo da pia? Tinha duas facas lá, ela pegou as facas e colocou num saco, escondeu e disse pro meu pai que fui eu. Falou que quero matar ela. E meu pai sempre apóia e defende ela. (...) Ela pegou a

foto do meu pai e cortou a cabeça dele. Acho que ela tá fazendo macumba pra ele. Outro dia gravei ela mexendo comigo, tenho que gravar, né?! Preciso me defender!

Estar sob efeito de macumba é um indicador do poder de persuasão que a madrasta tem sobre o pai. Segundo relatos de Mar, sempre a defende e acredita sem questionamentos na versão que ela apresenta.

Quando articulamos tais indicadores com outros trechos anteriormente citados “Ela pegou a foto do meu pai e cortou a cabeça dele”, “Ela brigou com ele e meteu a mão no volante”, “Meu pai fala que antes só do que mal acompanhado e que casamento não presta” estes trechos expressam que são relações que, longe de promoverem seu desenvolvimento, favorecem a intensificação do conflito vivenciado por Mar.

Outro dia ela xingou minha mãe, pegou o número dela e falou coisas horríveis. Agora disse pro meu pai que não quer ver minha cara. Fica dentro do quarto vendo televisão, só come, bebe e dorme. Só isso! Não trabalha não! Aí eu venho pro CAPS porque aqui me alivia, aqui é bom, faço tratamento.

Quando eu morava com meu irmão (filho do casamento anterior), eu não tomava remédio, eu não era agressivo, era uma criança, não era nervoso. Foi só minha mãe aparecer que estragou tudo! Minha mãe começou a me dar remédio...remédio... Meu pai tinha deixado minha mãe grávida. Quando eu tinha dois anos de idade, ela me deu pro meu pai. Ele estava noivo de outra mulher. Aí quando fiz 10 anos, estava num quiosque e ela me viu. Disse que me conhecia. Chamou meu nome... Lembro da cena... eu estava com um homem que é meu tio. Fiquei com vergonha [pausa]. Desde esse dia ela voltou pra minha vida. Foi bom, mas ela estragou tudo! Me estragou com remédio! Isso foi em 2006, eu tinha 14 anos. Ela me levou no Comp eu tinha 14 anos. Aí eu fazia consulta lá.

O que estaria relacionado com a culpabilidade da mãe? Ela iniciou o tratamento do filho quando ele era adolescente em outro serviço de saúde mental, pois já apresentava sintomas relacionados a doença.

Teve um dia que cheguei do CAPS e fiquei sentado na calçada de casa esperando meu pai chegar, porque eu não posso entrar. Aí ele chegou de carro. Minha madrasta pegou minhas roupas e jogou todas no chão. Aí eu dei um murro na cara dela e ela queria vir pra cima de mim e se ela viesse eu iria dar outro. Aí meu pai foi lá pegou o cinto e me acertou e a fivela cortou meu pescoço. Pegou meu colchão e jogou lá fora [na área da casa] e me deixou dormindo no frio, sem coberta. Aí quando foi no outro dia os amigos dele perguntou: O que foi isso no pescoço do seu filho? Meu pai respondeu: Foi nada não!

Eu me lembro [pausa] minha mãe tinha uma patroa que era morena, negra. Minha mãe queria dar eu pra ela, mas ela [patroa] não quis. Ela era rica! Aí meu pai descobriu! Se ela tivesse me dado eu teria outra vida, não estaria aqui não! Mas a vida a Deus pertence e eu não sou Deus. Na Santa Ceia Deus dividiu o pão para todos. Isso quer dizer que cada um tem sua missão nessa vida.

“Se ela tivesse me dado eu teria outra vida, não estaria aqui não”, mais uma vez culpabiliza a mãe por sua condição e sofrimento. Ser criado por uma família rica não é garantia de felicidade e nem de ausência de conflitos familiares.

Mar é católico e tem conhecimento de vários trechos bíblicos. O trecho “Mas a vida a Deus pertence e eu não sou Deus” articulado a “cada um tem sua missão nessa vida” são indicadores de passividade, dependência, conformidade e vitimização em relação a sua atual condição diante dos conflitos familiares.

Expressa também sentidos subjetivos de que para o futuro é algo premeditado, mas não por nós, e sim, por um Poder superior. E esse futuro foi cogitado e se encontra em sua forma pronta e acabada, não é passível de transformação pela ação humana. O presente existe, mas como algo que também foi planejado com antecedência e independe da sua vontade. Então o que lhe resta é a aceitação de tudo que lhe é imposto.

Eu tô estudando terminando o 3º ano. Será que quando terminar vou perder minha vaga no CAPS? Queria ir pra escola técnica aprender a consertar as coisas, consertar som que tiver com defeito, mas tenho dificuldades em estabelecer planos. Eu não gosto de matemática, isso pra mim é um bicho de sete cabeças. Fico na sala de recursos, não me dou bem com os outros alunos não. Eles ficam tudo me olhando. Ano passado eu estudava a tarde aí tinha um menino lá que fumava cigarro e ficava acendendo o isqueiro e falando que iria me queimar.

Demonstra desejo de ser matriculado em uma escola técnica depois da conclusão do 3º ano. O trecho “[...] mas tenho dificuldade em estabelecer planos” é um indicador da relação de dependência em relação ao serviço do CAPS, pois os servidores já tentaram inseri-lo em outros serviços e ele sempre tem uma explicação para não dar continuidade.

Tais indicadores relacionados a dificuldade de estabelecer planos remete a hipótese de que para terminar o 3º ano e ir pra uma escola técnica e estabelecer planos futuros sinalizariam novas configurações subjetivas de alcançar autonomia, responsabilidade e correr o risco de perder sua vaga no serviço de saúde mental.

Sendo assim, Mar deixaria de ser vítima de sua doença e passaria a ser um sujeito com responsabilidade e possibilidades de ação sobre o mundo e sua própria vida, mas tais transformações não são almejadas por ele. O trecho do diálogo deixa claro a maneira passiva e vulnerável com que se posiciona diante do seu cotidiano de vida e tomadas de decisão em relação ao futuro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da Teoria da Subjetividade trabalhada na pesquisa em questão, o foco não está na patologia em si, mas na configuração subjetiva daquele que sofre. Sendo assim, o presente relato nos leva a algumas reflexões em relação ao posicionamento do sujeito perante o sofrimento atual. Mar apresenta pensamento cristalizado de posicionar-se sob seus próprios processos de vida e conflitos e descrédito em cuidar de si. Tais reflexões abrem caminhos para que possamos pensar em alternativas ao modelo biomédico que muitas vezes com sua concepção patologizante ignora os recursos e produções do próprio sujeito.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. C. M. C. H., Felipes, L., & Dal Pozzo, V. C. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 40-47.
- Amaral, L. A. (1994). *Pensar a diferença/deficiência*. Brasília: Corde.
- Amarante, P. (2009) Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(1), 1-7.
- Anache, A. A., & Luz, H. (2014) O lugar da subjetividade no processo de avaliação diagnóstica do indivíduo com deficiência intelectual. In Martínez, A. M., Neubern, M. & Mori, V. D. (Orgs). *Subjetividade Contemporânea discussões epistemológicas*. São Paulo: Alínea.
- Bernardo, A. *Saúde mental: a evolução dos tratamentos psiquiátricos no Brasil*. (2019). Recuperado em 05 de novembro, 2020, de <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/saude-mental-a-evolucao-dos-tratamentos-psiquiatricos-no-brasil/>.
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada. In Bezerra, B. & Amarante, P. (orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Brasil. *Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. (2002). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. (2004). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. *Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental*. (2008). Recuperado em 05 de novembro, 2020, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1.
- Brasil. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. (2010). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. *Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica nº 34*. (2013). Brasília: Ministério da Saúde.
- Bruner, J. (2001). *Atos de significação*. Porto Alegre: ArtMed.
- Cardozo, R. M., & Borges, A. C. (2016). *As dificuldades de inclusão da pessoa com transtorno mental no mundo do trabalho*. Recuperado em 30 junho, 2020, de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Ruti-Mara-Cardozo.pdf>

- Ceccarelli, P. R. (2010). A patologização da normalidade. *Estudos de Psicanálise*, (33), p. 125-136.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2011). *Pesquisa narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa*. Uberlândia: EDUFU.
- Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General Executive summary*. Rockville: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos.
- Dias, S., & Gama, A. (2014) Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), p. 150- 154.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial em Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados em salud mental. *CS (Cali)*, 11, p. 43- 71.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonte, C. A. (2006). A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto do processo de construção de significados. *Psicologia: teoria e prática*, 8(2), p. 123-131.
- Fortes, I. (2009). A psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. *Revista: Mal-estar e Subjetividade*, 4(IX), p. 1123-1144.
- González Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa en psicología*. São Paulo: EDUC.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson Learnig.
- González Rey, F. (2011). *El sujeto y la subjetividad en la psicología social: un enfoque históricocultural*. Buenos Aires: Noveduc.
- González Rey, F., & Bizerril, J. (2015). *Saúde, Cultura e Subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB.
- González Rey, F., & Martínez, A.M. (2017). *Subjetividade: teoria, epistemologia e método*. Campinas: Editora Alínea.
- Goulart, D. M. (2013). Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. *Revista Guillermo de Ockham*, 11(1), p. 21-33.
- Goulart, D. M. (2015). Clínica, subjetividade e educação: uma integração teórica alternativa para forjar uma ética do sujeito no campo da saúde mental. In González Rey, F. & Bizerril, J. (Orgs). *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB.
- Goulart, D. M., & González Rey, F. (2017). Subjetividade, sujeito e saúde mental: um estudo de caso para além da lógica da patologia. In Mori, V. D. & Campolina, L.

O. (Org.). *Diálogos com a teoria da subjetividade: reflexões e pesquisas*. 1 ed. Curitiba: CRV.

Instituto Âmago. (2018). *Comunicação Terapêutica, Intervenção em Crise e Comportamento Suicida*. Recuperado em 29 junho, 2020, de <https://instituto-amago.com.br/comunicacao-terapeutica-intervencao-em-crise-comportamento-suicida/>

Le Breton, D. (2003). A produção farmacológica de si. In Le Breton, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus.

Martínez, A. M., & Tacca, M. C. V. R. (2011). *Possibilidades de aprendizagem: ações pedagógicas para alunos com dificuldades e deficiência*. São Paulo: Alínea.

Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). *Controvérsia sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais*. Rio de Janeiro: Physis.

Miller, J. A. (1997). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Minayo, M. C. S. (2013). O desafio da pesquisa social. In Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F.; Gomes, R. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 33 ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Minayo, M.C.S. (2014). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

Mori, V. D., & González Rey, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicol. teor. prat.* [online]. 14(3), p. 140-152.

Moura, J. (2010). Psiquismo: Ponto de Vista Econômico. [online] Psicologado. Available at: <https://psicologado.com.br/abordagens/psicanalise/psiquismo-ponto-de-vista-economico>.

Moura, J. A. (2011). *História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial*. Recuperado em 30 junho, 2020, de <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>.

Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), p. 680-688.

Ogata, M. N.; Rodrigues, A. R. F. & Sacki, T. (2001). Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. *Nursing: Revista Técnica de Enfermagem*. 39(2), p.74.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde- Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1. ed. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), p. 2067-2076.
- Pinnegar, S., & Daynes, J. G. (2007). *Locating narrative inquiry historically*. In Clandinin, D. J. *Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology*. NovaDelhi: Sage.
- Roldão, M.C. (2003). *Diferenciação Curricular e Inclusão*. São Paulo: Porto.
- Santoro, F. (2010). *Notas de Aula – Apresentação do Metodologia da Pesquisa Científica 2010.2*. Recuperado em 26 junho, 2020, de https://www.softex.br/wp-content/uploads/2014/05/como_escrever_relato_experiencia.pdf
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), p. 127-134.
- Souza, E. M. (org.). (2014) *Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional [recurso eletrônico]: uma abordagem teórico-conceitual*. Vitória: EDUFES.
- Universidade Federal de Juiz de Fora. (2017). *Instrutivo para elaboração de relato de experiência*. Recuperado em 29 junho, 2020, <https://www.ufjf.br/nutricaoogv/files/2016/03/Orienta%C3%A7%C3%B5es-Elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Relato-de-Experi%C3%Aancia.pdf>

ANEXO

ANEXO A - Declaração referente autorização de desenvolvimento de relato pelo CEP



Gabinete do Coordenador de Graduação
Documento de Ordem, s/n, DPGPSI.FPM

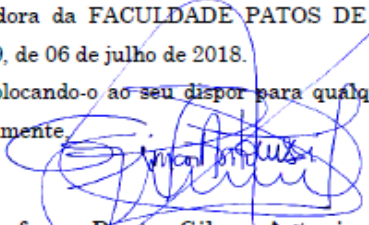
Patos de Minas, 28 de dezembro de 2020.

Aos Cuidados
Pesquisador Responsável – Gilmar Antoniassi Junior
Pesquisador Participante – Liliane Cristina de Sousa
C/C.: Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas

Assunto: DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE E OUTROS ASSUNTOS SE FAZEM.

O Coordenador do Departamento de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, DECLARA para os devidos fins, que os pesquisadores acima supracitados, autores do estudo, "DIALOGANDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E A PATOLOGIZAÇÃO DO SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE A PARTIR DO RELATO DE EXPERIÊNCIA", faz parte da produção resultante do Projeto de Pesquisa RELATOS DE CASOS & RELATOS DE EXPERIÊNCIA: a prática desenvolvida no CEPPACE do DPGPSI/FPM. Submetido a apreciação ética do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas, CAEE: 92972318.0.0000.8078, tendo como instituição proponente a ASSOCIACAO EDUCACIONAL DE PATOS DE MINAS – AEPM mantenedora da FACULDADE PATOS DE MINAS, sob parecer de aprovação número: 2.758.999, de 06 de julho de 2018.

Colocando-o ao seu dispor para qualquer informação suplementar, firmando muito atenciosamente,


Professor Doutor Gilmar Antoniassi Júnior
Coordenador de Graduação
Departamento de Graduação em Psicologia
Faculdade Patos de Minas

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC Nº. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME Nº. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, nº. 65, sessão 1, pág. 70-81.

COPIA NO CONTROLADA
DPGPSIseM2aN2020.

D10152189213182020

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Liliane Cristina de Sousa

Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1220, Cristo Redentor - Patos de Minas/MG

Telefone de contato: (61) 98475-9693

E-mail: liliane.vazante@hotmail.com

Autor Orientador:

Gilmar Antoniassi Júnior

Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1220, Cristo Redentor - Patos de Minas/MG

Telefone de contato: (34) 3818-2327

E-mail: gilmar.junior@faculdadepatosdeminas.edu.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

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

Patos de Minas, 25 de março de 2021

Liliane Cristina de Sousa

Prof. Dr. Gilmar Antoniassi Junior



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU Nº. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Departamento de Graduação em Psicologia

Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC Nº. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME Nº. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, nº. 65, sessão 1, pág. 70-81

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)