

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DARLAN DOS SANTOS DAMÁSIO SILVA

**Os sentidos produzidos por usuários de CAPS II acerca das suas vivências em
transtorno mental/comportamento**

Maceió
2016

DARLAN DOS SANTOS DAMÁSIO SILVA

**Os sentidos produzidos por usuários de CAPS II acerca das suas vivências em
transtorno mental/comportamento**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para aquisição do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes.

Maceió

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

S586s Silva, Darlan dos Santos Damásio.
Os sentidos produzidos por usuários de CAPS II acerca das suas vivências em transtorno mental /comportamento / Darlan dos Santos Damásio Silva. – 2016.
73 f.: il.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 63-68.

1. Classificação internacional de doenças. 2. Saúde mental. 3. Psicologia.
4. Enfermagem psiquiátrica. I. Título.

CDU: 159.91: 616.89



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

DARLAN DOS SANTOS DAMÁSIO SILVA

Título do Trabalho: *"Os sentidos produzidos por usuários de CAPS II acerca do diagnóstico de transtorno mental/comportamento"*.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Jefersson de Souza Bernardes (IP/UFAL)

Examinadores:

Profª. Drª. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque (Escola de Enfermagem e Farmácia/UFAL)

Profª. Drª. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (IP/UFAL)

Maceió-AL, 3 de junho de 2016.

Dedicado aos que sempre acreditaram, apoiaram e me incentivaram nessa jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Aos usuários e funcionários do Centro de Apoio Psicossocial, que foram tão receptivos e, por mais uma vez, colaboraram em minha vida acadêmica;

Ao meu orientador Jefferson Bernardes, que acreditou em mim desde o primeiro contato, na seleção, e, desde então, promoveu encontros que me fizeram vislumbrar novas descobertas;

À minha querida e eterna orientadora da vida, Cícera Albuquerque, que me acompanha em todos os passos acadêmicos, e participa de mais um fechamento de ciclo com o maior carinho possível;

À Maria Auxiliadora (tão conhecida Xili), que tanto contribuiu nessa caminhada e aceitou tão carinhosamente colaborar desse momento;

À minha família, por ter sempre incentivado a realizar meus sonhos;

À Lia Lima, minha companheira de vida, confidente e que sempre esteve presente nessa trajetória;

À Eyre Malena, com seu carinho, cumplicidade e amizade, me auxiliando nos momentos tensos e alegres do percurso, mas que por alguma decisão superior da natureza, nos deixa com a lição de sempre sorrir diante das adversidades;

Ao Nilton Santos, pelos encontros promovidos e o apoio recíproco;

À Stephane Juliana, pelos sorrisos e por não ter deixado desistir nos momentos difíceis;

Ao Welison Sousa, companheiro de orientação, pelos momentos felizes e incentivadores;

E aos colegas de trabalho do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, pela compreensão e contribuição em meu esforço diário de ser um enfermeiro aperfeiçoado.

RESUMO

O uso da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) produz os mais diversos sentidos em cada pessoa que recebe um código ou diagnóstico médico de transtorno mental/comportamento derivado da mesma, essa pesquisa se propôs a investigar, por meio da fala do sujeito que vivencia a experiência, quais são esses sentidos, afetações e efeitos. O cenário ocorreu no Centro de Apoio Psicossocial tipo II, com usuários desse serviço. Para tal, foi estudado no cotidiano deles, sob a perspectiva construcionista e tendo como referencial metodológico adotado para o estudo o das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos. Para auxiliar na produção das informações, foram escolhidos duas técnicas: Observações do Cotidiano (Diário de Campo) e Grupo Focal. Já as análises das informações produzidas foram realizadas por meio dos Mapas Dialógicos e Repertórios Linguísticos, a partir do material transcrito integralmente dos grupos. Totalizaram 3 grupos realizados, com 9 usuários participantes no total. Pretendeu-se, com esse estudo, contribuir no enriquecimento do conhecimento sobre os sentidos que são construídos/compreendidos por esse público, através dessa proposta dialógica e poder compartilhar com outros, a fim de promover reflexões que gerem resultados positivos para os usuários de Centro de Apoio Psicossocial II.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Doenças. Saúde Mental. Psicologia. Enfermagem.

ABSTRACT

The use of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) produces the most diverse senses in each person receiving a code or medical diagnosis of mental disorder / behavior derived from it, this research intends to investigate, through the speech of the subject that live the experience, what are these senses, affectations and effects.. The scenario occurred in CAPS type II, with users of this service. For this, the research was carried out in their daily lives, under the constructivist perspective and having as methodological reference adopted for the study the Discursive Practices and Production of Senses. To assist in the production of information, two techniques were chosen: Daily Observations (field daily) and Focal Group. The analyzes of the information produced were carried out through the Dialogical Maps and Linguistic Repertoires, from the material transcribed integrally from the groups. Totaled 3 completed groups, with 9 participating users, in total. It was intended, with this study, contributing in the enrichment of the knowledge about the senses that are constructed / understood by this public, through this dialogic proposal and be able to share with others, in order to promote reflections that generate positive results for users of CAPS II.

Keywords: International Classifications of Diseases. Mental Health. Psychology. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	2
2	REFERENCIAL.....	7
2.1	A Produção do Diagnóstico.....	7
2.2	A Produção de Diagnóstico na Saúde Mental	17
2.3	O Contexto Nacional e Local	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
3.1	Como Faz Compreendida as Práticas Discursivas e Produções de Sentidos	25
3.2	Trajectoria Deste Estudo	28
3.3	Como Foi Analisado	34
3.4	Aspectos Éticos.....	36
4	RESULTADOS	37
4.1	Mapa Dialógico 1 – Transcrição Sequencial	37
4.2	Mapa Dialógico 2 – Transcrição Integral.....	39
5	ANÁLISE	42
5.1	O Diagnóstico	42
5.2	Sentimentos Pós-Diagnóstico	44
5.3	Sentidos Produzidos Pela Medicação.....	45
5.4	Formas de Conviver Com o Adoecimento.....	47
5.5	Percepções de Quando Vai Adoecer	48
5.6	Mercado De Trabalho	48
5.7	O Tratamento.....	49
5.8	Repertórios Sobre a Trajetória dos Usuários	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERENCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o Estado democrático e de cidadania plena, com obrigação de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal (CF) de 1988.

Para o êxito do SUS, são importantes os princípios: acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo integralmente; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade aos usuários que dele necessitam; controle social, exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação paritária, abrangendo os usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Um fator importante ocorreu no ano de 1989, com o Projeto de Lei (PL 3657/1989), que priorizava uma reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo manicomial asilar. A mesma foi aprovada apenas em 06 de abril de 2001, ficando conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei 10.2164. Ambos os processos contribuíram para que houvesse uma ampliação e acessibilidade aos serviços em saúde, além de uma ruptura, embora gradual, na maneira de apreender o sujeito em seu sofrimento (ALVES, 2013).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi resultado de reivindicações dos trabalhadores da área de saúde mental por melhores condições de trabalho. Este movimento culminou em vários debates e discussões sobre o tema, provocando novas propostas e consequentes transformações na atenção à saúde, em especial à mental (PERRONE, 2014).

É nesse contexto de mudanças que surge a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), resultado de um processo articulado nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, que vem propor a desinstitucionalização através de uma redução gradual dos leitos psiquiátricos, da efetivação destes em hospitais gerais e da criação de hospitais-dia com o intuito de deslocar o foco para uma rede de cuidado integrada (ALVES, 2013).

Como principal dispositivo de saúde mental que integra a nova proposta de cuidado, com objetivo de reduzir internações e produzir mudança do modelo assistencial, a PNSM assinala a necessidade de expandir e qualificar os Centros de Atenção Psicossociais (ALVES, 2013), serviço que será detalhado a seguir.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Atualmente os CAPS e outros tipos de serviços de saúde mental substitutivos, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Esses sistemas se diferenciam em tipo e, conseqüentemente, na especificidade. São eles, de acordo com Brasil (2004, 76):

- CAPS I: Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira.
- CAPS II: Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
- CAPS III: Atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
- CAPSi: Atendimento para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPSad: Atendimento para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. Municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

No campo da saúde mental, é perceptível que a assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, desde os tempos remotos, vem sofrendo modificações. Contudo, qualquer que seja a forma de tratamento que adotemos, fica visível que na relação com o cliente, deve haver a concordância entre profissionais que se aceitem como pessoas, cuidando

de outras pessoas, com o único propósito: promover assistência humanizada com produções de sentidos que beneficiem a terapêutica (SOUZA, 2003).

Nesse contexto, as ações de saúde devem ser também orientadas pelos princípios da humanização do cuidado. Esta, entendida como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados na área da saúde, tem a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento entre os diversos setores da saúde e da comunidade (COELHO, 2009). Como recursos tecnológicos, constitui estabelecimento de uma relação entre trabalhadores, famílias e usuários, para que as ações de saúde ocorram de forma mais acolhedoras, resolutivas e efetivas.

Visto tudo isso, a perspectiva deste estudo baseia-se:

No estudo do saber cotidiano, focalizando as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, no *locus* onde se produzem e se significam determinadas práticas e com a preocupação de desnaturalizar as construções do cotidiano. Ao não considerá-las como objetos naturais e permanentes – e sim como objetos construídos e transitivos – posiciona-se de forma precisa e específica para desenvolver métodos próprios de investigação da ação do pesquisador na sua relação com chamado campo de pesquisa (SPINK, 2010, p. V).

Dessa forma, a perspectiva construcionista ocupa uma posição importante nos debates em Psicologia Social. É possível compreender Produção de Sentidos por meio de três aspectos apresentados por Spink (2010): constitui-se como uma reação ao representacionismo, ou seja, à compreensão da possibilidade da ciência espelhar a realidade; procura uma desconstrução da retórica da verdade e o *empowerment* de grupos socialmente marginalizados.

Assim sendo, essa pesquisa visou responder alguns questionamentos que foram gerados no pesquisador durante sua passagem no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Pensando que o uso da Classificação Internacional de Doenças (CID) produz os mais diversos sentidos em cada pessoa que recebe um código ou diagnóstico médico de transtorno mental/comportamento proveniente de si, essa pesquisa se propôs a investigar quais são esses sentidos, afetações e efeitos através da observação da fala do sujeito que vivencia a experiência.

O objeto da pesquisa foi: a produção de sentidos gerados pelos sujeitos que recebem o diagnóstico médico de transtorno mental e começam a utilizar, assim, os serviços de um CAPS tipo II. Esses diagnósticos são baseados na CID e seu capítulo V, que trata especificamente dos processos de adoecimentos mentais e do comportamento humano.

A pergunta que se tentou responder foi: que sentidos os usuários de CAPS II produzem para o diagnóstico médico/psiquiátrico?

Para tal, foi definido como objetivo geral dessa pesquisa: investigar os sentidos produzidos sobre o diagnóstico pelo usuário de CAPS II. E como objetivos específicos: identificar os repertórios utilizados pelo usuário para se referir aos diagnósticos e seus processos de saúde/doença; compreender como o usuário lida com seus processos de saúde/doença; e, identificar o contexto de produção do diagnóstico nos discursos dos usuários.

Buscando o entendimento global da temática, ficou emergente a necessidade de mergulho sobre a CID, o que será descrito adiante, e, posteriormente, sobre seu Capítulo V.

Vale salientar que essa classificação é, atualmente, o sistema diagnóstico com maior utilização na codificação de agravos à saúde, inclusive entre os profissionais da psiquiatria e saúde mental, e tem por objetivo, buscar a padronização internacional dos diagnósticos (BENEDICTO, 2013).

A aproximação do pesquisador com a temática escolhida se deu enquanto graduando em Enfermagem, nas experiências de Iniciação Científica, Extensão Universitária e Estágios Curriculares na área da Saúde Mental e pelo contato, no mestrado, com a perspectivas das Práticas Discursivas e Produções de Sentidos.

O interesse por esse aprofundamento se deu após observação de uma lacuna da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e que mereceu melhor aprofundamento no tema, constando os resultados publicados e indexados na Biblioteca Central da UFAL, Campus A.C. Simões, sob número de chamada: CE-TCC 616-083 S586a.

Seguem dois trechos de parte das entrevistas realizadas com usuários de CAPS, no TCC, a fim de levar o leitor ao entendimento das inquietações que despertaram o interesse em pesquisar mais:

“Outra coisa que, pra mim é importante, é que muitos pacientes têm a necessidade de ser explicado o código de doença CID. Pois é interessante saber que tipo de doença possui, sintomas e como tá sendo tratado pelo CAPS. Eu achava importante o médico me dizer o que é que eu tinha, mesmo estando tão alucinada no momento de crise. Sabendo disso, vou lutar pra que esses pensamentos não me façam realizar a suicídio. Nome de doença não é colocar um número, tem que dizer o que o paciente está sofrendo, mesmo que ele não entenda no momento”.

“E isso contribui, pelo fato de saber a doença e ter informações do que ela pode me levar, tipo a depressão grave com sintomas psicóticos, onde ela leva ao pensamento de suicídio”.

Visto isso, a aplicabilidade deste estudo se baseou na perspectiva referencial de integralidade do SUS, sobre a atenção à saúde da pessoa em sofrimento mental, que em decorrência de seu estado, pode se encontrar em extrema vulnerabilidade emocional, relacional, laboral e física. Também oportunizará à equipe, após publicado os resultados

construídos nessa pesquisa, um olhar mais conexo e qualitativos sobre o serviço ofertado, contribuindo para o aperfeiçoamento e planejamento das intervenções que possam ser das ações.

A relevância desse trabalho se aplica, conforme proposto pelo SUS e como é compreendido neste estudo, no sentido de ter uma relação humanizada e acolhedora com os usuários do SUS, conhecendo alguns dos sentidos que são produzidos nesse cenário. Também é uma estratégia a ser utilizada na promoção, prevenção, tratamento e/ou reinserção social, que pode ser utilizado pela equipe de saúde em sua prática diária.

2 REFERENCIAL

2.1 A Produção do Diagnóstico

Nesse momento, procurei dialogar um pouco sobre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com sua história, modificações, rupturas e permanências.

“Nosologia” é o nome dado a técnica de classificação de pessoas com doença segundo grupos, independentemente de qual seja critério de escolha para tal; assim como também se define aos acordos ou definições quanto aos critérios ou limites dos grupos. A atribuição de um nome a cada entidade mórbida é chamado “nosografia”, sendo a agrupamento desses nomes uma nomenclatura de doenças.

A nosografia tenta traduzir e possibilitar a compreensão sobre as causas, sobre a patogênese e sobre a natureza da doença. A nomenclatura de doenças é, assim, a maneira pela qual um determinado agravo à saúde com sintomas e sinais, bem como alterações patológicas específicas, recebe o mesmo rótulo, que pode também ser chamado diagnóstico em qualquer lugar do mundo (BENEDICTO, 2013).

Constata-se que a prática de nosografia existe desde civilizações primitivas, remontadas até 1.900 A.C, levando a desmistificar a CID como um conjunto de conhecimentos inéditos e inovadores.

Após leituras dos textos sobre a CID, é entendido que havia durante todo o século XIX o desejo por parte da classe médica em uma classificação de causas de morte que fosse de uso internacional, sendo que após sucessivas tentativas no sentido de concretizar, as realizações foram bastante limitadas.

Em 1893 foi adotada, pela primeira vez, uma classificação de causas de morte de uso internacional. Pesquisadores como William Farr, da Inglaterra, Marc D’Espine, da Suíça e Jacques Bertillon, da França, muito trabalharam para conseguir uma classificação de causas de morte que fosse adotada universalmente.

Nas américas, essa classificação foi usada pela primeira vez no México, na elaboração das Estatísticas de Mortalidade de San Luiz de Potosi. Em 1898, em uma reunião da American Public Health Association, o uso da Classificação de Bertillon foi recomendado para os Estados Unidos da América, Canadá e México, assim como sua revisão decenal (LAURENTI, 1995).

No ano de 1900, o governo da França tomou a responsabilidade de convocar a primeira Conferência Internacional para a Revisão da Classificação de Bertillon ou Classificação de Causas de Morte, em Paris. Após esse momento, a França assumiu o encargo

de convocar reuniões decenais para as revisões, que ocorreram: Segunda, em 1909, Terceira, em 1920, Quarta, em 1929 e Quinta, em 1938. No ano de 1940, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu a responsabilidade pelas revisões sucessivas, a saber: Sexta, em 1948, Sétima, em 1955, Oitava, em 1965, Nona, em 1975, e Décima em 1989.

As revisões se deram mediante o aparecimento de outras doenças e a incorporação de mais profissionais no uso da CID, com isso, mais patologias dos variados países foram inseridas nas classificações, na busca pela globalização das doenças.

A 10ª e atual Revisão da Classificação Internacional de Doenças, passou a ter a seguinte denominação: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Na prática, é conhecida como CID-10.

Este estudo se deteve apenas ao referencial teórico da CID-10, reconhecendo a importância, porém, não se aprofundando em estudar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Esse último é voltado para profissionais da área da saúde mental, listando categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*).

A Décima Revisão da CID é a última de uma série que se iniciou em 1893. A finalidade é agrupar as doenças e classificar de forma a torná-las mais adequadas aos objetivos de estudos epidemiológicos gerais para a avaliação de assistência à saúde.

Assim, ela se diferenciou das revisões anteriores, que se apresentavam em dois volumes, por apresentar na última versão com três volumes. São eles, reproduzidas do volume original (OMS, 1993):

É necessário conhecer a evolução histórica da CID, desde o seu surgimento até como se apresenta atualmente, de modo a permitir melhor compreensão dos diagnósticos criados, realizados e replicados ao longo do tempo. Além de aprofundamento em teorias que ajudam e ajudarão ao pesquisador na construção dos dados e posterior análise.

Mesmo após muitas pesquisas históricas e epidemiológicas sobre a CID, até agora, não foram encontrados resultados coesos de pesquisas que visassem estudar sobre as afetações que esse sistema classificatório provoca em usuários de serviços de saúde, em especial, mental.

O processo para a criação da CID, tal como se apresenta atualmente, é antigo e complexo. Após minha busca nos textos históricos, constatei que a preocupação dos estudiosos estatísticos era em relação às doenças como causas de morte e não às doenças como causadoras de incapacidades e sofrimento (BENEDICTO, 2013).

Abaixo vou discorrer um pouco sobre os volumes que a CID-10 apresenta.

✓ Volume I:

O Volume I contém a classificação propriamente dita, assim chamada “Lista Tabular”. Esta é formada por categorias, isto é, códigos de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (nesse caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, tem-se, portanto, as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e de outro número).

Um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo. Abaixo, apresenta-se um esquema ilustrativo.

Esquema:

Capítulos →	Agrupamentos →	Categorias →	Subcategorias
	são conjuntos de categorias	são subordinadas ou subcategorias, que correspondem ao código de uma letra e dois dígitos	código da categoria se junta um ponto e mais um algarismo - .0 a .9 que é o código da CID-10, sendo assim, forma o código completo da doença.

Ou:

Capítulos - contendo vários

Agrupamentos - que são conjuntos de

Categorias - que correspondem ao código com uma letra e dois dígitos e que são subdivididos em

Subcategorias - onde a cada código de categoria junta-se um ponto e um algarismo do .0 ao .9 e que formam o código completo da doença.

A CID-10 tem 22 capítulos, portanto cinco a mais do que a CID-9. O que pode significar o aumento das pesquisas na área das doenças. O que não significa que há diagnóstico para todas as doenças existentes.

No Volume I existe o que se chama de "núcleo da classificação", que é uma lista de códigos de três caracteres (ver Volume I, páginas 31 a 108) e que é considerado o essencial para apresentação das estatísticas de mortalidade por causas. Este "núcleo" está dividido em capítulos e, dentro destes, estão os agrupamentos.

Segue-se a esta classificação de três caracteres a chamada Lista Tabular propriamente dita e que usualmente nomeia o Volume I. Essa Lista Tabular contém os códigos das subcategorias, isto é, com quatro caracteres (Ver Volume I, páginas 111 a 1126).

O Volume I também contém:

- Morfologia das Neoplasias (CID-O)
- Listas Especiais para Tabulações
- Definições
- Regulamento da Nomenclatura

✓ Volume II:

É o volume que apresenta as orientações, guias, regras para profissionais ou aqueles que terão o diagnóstico pela CID-10.

Apresenta as seguintes partes:

1. Introdução
2. Descrição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
3. Como usar a CID-10
4. Regras e Disposições para Codificar Mortalidade e Morbidade
5. Apresentação Estatística
6. Histórico do Desenvolvimento da CID

O Volume II é um instrumento importante para o codificador, pois é nele que estão contidas todas as regras para codificar mortalidade e morbidade, bem como as definições sobre causa de morte, descrição do atestado de óbito e outros itens de interesse em mortalidade e morbidade.

Contém, também, as definições relativas a mortalidade fetal, perinatal, neonatal, infantil e materna.

✓ Volume III:

É o índice alfabético (como na CID-9) e está composta das seguintes partes:

- Seção I - Índice Alfabético de Doenças e Natureza da Lesão
- Seção II - Índice Alfabético de Causas Externas da Lesão
- Seção III - Tabela de Drogas e Compostos Químicos

Como introdução a essas partes, o Volume III contém informações e notas sobre o uso do índice, convenções usadas, abreviaturas etc.

Segundo a Biblioteca Virtual de Saúde - BVS (2014), a Classificação Internacional de Doenças - CID é um Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) e é definido como um sistema de categorias às quais as morbidades são atribuídas de acordo com critérios estabelecidos. Está incluída a vasta extensão de afecções disposta em um número manuseável de categorias, agrupadas para facilitar registros de mortalidade.

Trata-se também de um gênero de nomenclatura médica criada pela OMS com o objetivo de promover a comparabilidade internacional na coleção, processamento, classificação e apresentação de estatísticas de mortalidade. Inclui a indexação de dados hospitalares em relação a doenças e procedimentos cirúrgicos, para que os mesmos sejam armazenados e futuramente analisados (EPM, 2000).

Até a nona revisão, qualquer mudança a ser efetuada na Classificação, seja por erro, por identificação de nova doença ou agentes, só poderia ser feita no momento de uma nova revisão.

As revisões aconteciam, em geral, a cada 10 anos.

A partir desta última revisão, ficou definido que poderiam haver atualizações periódicas, entre as revisões e foi definida uma regularidade para essas atualizações e criado um comitê responsável pela atualização da CID-10. Esse grupo recebe as propostas de mudanças originárias de usuários do mundo todo, elabora listas com propostas recebidas e faz esta circular entre os componentes do comitê. Após discussões, as propostas de alteração aprovadas pelos membros do comitê é encaminhada para a aprovação pelos diretores dos Centros Colaboradores de OMS para a Família de Classificações Internacionais.

Observa-se os anos em que ocorreram as revisões, os anos que ficaram em uso no mundo e a evolução do número de categorias.

Tabela 1 - Revisões da Classificação Internacional de Doenças segundo o ano em que foi adotada, anos de uso e número de categorias

Revisões	Ano da Conferência que a adotou	Anos de uso	Categorias			Total
			Doenças	C. Externas	Motivos Assist. Saúde	
Primeira	1900	1900-1909	157	22		179
Segunda	1909	1910-1920	157	32		189
Terceira	1920	1921-1929	166	39		205
Quarta	1929	1930-1938	164	36		200
Quinta	1938	1939-1948	164	36		200
Sexta	1948	1949-1957	769	153	88	1.010
Sétima	1955	1958-1967	800	153	88	1.041
Oitava	1965	1968-1978	858	182	48	1.088
Nona	1975	1979-1992	909	192	77	1.178
Décima	1989	1993	1.575	373	82	2.032

Fonte: (PICCININI, 2006)

Após a OMS assumir a responsabilidade pelas revisões em 1948, percebeu-se um acréscimo no número de doenças classificadas, visando classificar além de mortalidade, a morbidade, visto que a quinta edição deixou de ser a "Classificação de Causas de Morte de Bertillon" para ser uma "Classificação de Doenças, Lesões e de Causas de Morte da OMS".

A conferência da sexta revisão constituiu o princípio de uma nova era no campo internacional das estatísticas vitais e sanitárias, principalmente em relação aos transtornos mentais - área de interesse para essa pesquisa - pois, uma vez padronizadas as nomenclaturas referentes a esses transtornos, as estatísticas passaram a ser realizadas com maior propriedade (GRASSI, 1998; LAURENTI 2007).

Da evolução da sexta à décima revisão da CID, chama atenção a expansão do número de categorias para classificar tanto morbidade como mortalidade.

Porém, nem toda essa evolução foi vista de forma positiva. Laurenti (1995) lança críticas à CID-10, que devido à sua grande expansão em categorias e diagnósticos, tornou-se difícil usá-la em casos de mortalidade, pois, nesta área, não se requer muita especificação ou detalhe. Além disso, por ser a mortalidade o uso mais antigo, mais tradicional e mais internacional da classificação, deveria ter tido uma maior prioridade. E, por último, o autor mostra que elementos de demanda são expressos como sintomas e sinais ou suas combinações, o que não facilita sua categorização na Atenção Básica de Saúde.

Assim, CID-10 passa periodicamente, em intervalos propostos de 10 anos por revisão, de maneira a adequar os seus propósitos às novas necessidades dos serviços de saúde e da investigação médica, incorporando, segundo seus pesquisadores, problemas e situações emergentes. Além da inclusão de novas patologias e situações, as revisões reorganizam

grupos de doenças que muitas vezes mudam de eixo temático ou se especificam. Porém, não foram encontradas justificativas da última versão ter ultrapassado uma década sem revisão.

As CIDs foram criadas com propósitos claros de classificar determinados conjunturas de saúde, conformes as normas sociais em curso, tanto é, que a cada mudança/criação de normas, são geradas novos volumes impressos e digitais. Dessa forma, a medicina, entre outras profissões, assumem papéis centrais na construção desses diagnósticos e normas.

Para se obter sucesso na construção dos sentidos produzidos pelos sujeitos dessa pesquisa, um ensinamento de Vilhena (2012) é que do “ponto de vista da ética médica, escutar deveria ser primordial, visto que assim é possibilitado historicizar o que lhe acontece e laborar um romance sobre sua doença”. Essa definição de romance com a doença, não aparece, em nenhum local do discurso médico e produções de CIDs como plausíveis. Há um distanciamento entre o sujeito que detém o conhecimento e o leigo.

A vida não é um ajustamento às normas, como bem indica Ganguilhem (1995), e muito menos uma adaptação às normas exteriores, mas uma invenção de normas, num processo de criação contínuo.

Após exposição de como a CID-10 foi construída, alguns questionamentos surgem, e vale a pena descrevê-los sem a necessidade obrigatória de respondê-los:

- *Porque a CID é feita dessa forma? Isso não mostra uma relação de poder?*
- *Só o fato de ter sido construída a CID, já não implica em poder por parte dos especialistas da área sobre os não-especialistas?*
- *O diagnóstico provisório beneficia a quem (médico ou paciente)? Isso pode ser uma forma de defesa do médico para ser acusado de ‘erro médico’?*
- *Onde entra a multiprofissionalidade na construção/revisão/aplicação da CID?*
- *Quando não é possível encaixar na CID os sintomas do doente, porque se encaixa o doente na CID?*

Visto tudo isso, se faz necessário tecer um breve texto sobre o Capítulo V da CID, de maneira que a aproximação prática do mestrando durante toda a graduação foram com os transtornos listados nesse capítulo, e que o seu objeto de estudo do projeto da pesquisa segue essa proposta.

Portanto, o Capítulo V, que trata dos transtornos mentais e de comportamento, foi produzido e disponibilizado em três versões, que se complementam, porém, o público que se destina atender é diferenciada nas diversas versões.

A versão *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*, é destinada para uso clínico, educacional e assistencial em geral. A versão *Critérios diagnósticos*, é destinada para clínica,

área educacional e assistencial em geral, enquanto que a versão mais indicada para propósitos de pesquisa é *Critérios diagnósticos para pesquisa*.

A apresentação da estrutura geral da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 faz correspondência para cada patologia, um código numérico exclusivo.

Este código segue o seguinte modelo: Fxx.xx. Onde x corresponde a um especificador numérico. O primeiro especificador x logo após a letra F corresponde ao grupo principal de patologias psiquiátricas onde a doença se enquadra. O segundo especificador torna possível um diagnóstico mais específico entre as patologias encontradas no grupo. Os próximos especificadores, que não serão usados necessariamente, definirão subtipos diagnósticos e características particulares do quadro (TANGO, 2010).

Para exemplificar, o autor supracitado exemplifica da seguinte forma, tenho exemplo o código 'F60.31'. Neste caso, a letra (F) corresponde aos diagnósticos contidos no capítulo V. O primeiro dígito especificador (6) corresponde ao grupo principal dos transtornos de personalidade e de comportamento em adultos. O segundo dígito (0), associado ao primeiro (F60) representa os transtornos específicos de personalidade, que estão contidos nos transtornos de personalidade e comportamento em adultos. O terceiro dígito (3) associa-se aos dois primeiros (F60.3) representando o transtorno de personalidade emocionalmente instável; e, finalmente, o quarto dígito (1) associa-se com os três primeiros (F60.31) para codificar o Transtorno de personalidade emocionalmente instável, Tipo Borderline.

As pesquisas e aplicações clínicas com o Capítulo V da CID-10 (Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10) tiveram início no Brasil por volta de 1986, quando foram designados *Field Trial Coordinating Centre* para testagem de campo da CID-10 (capítulo V) para países de língua portuguesa. Nessa ocasião, houve uma tradução provisória, a qual contou com a ajuda de colegas de diferentes regiões do país. Uma das últimas versões foi revista pelo Prof. J. Leme Lopes que uniformizou a terminologia psicopatológica. A tradução atual foi realizada diretamente da versão publicada em inglês em 1992 (OMS, 1993).

Nos primeiros anos da década de 1960, o programa de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou-se responsável por melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais. Naquela época, a OMS convocou uma série de encontros para a avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisa.

Numerosas propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultam do extenso processo de consulta dos pesquisadores envolvidos com a CID-7 e essas foram usadas no rascunho da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças CID-8. Um

glossário definindo cada categoria de transtorno mental na categoria de transtorno mental na CID-8 foi também desenvolvido para auxílio dos pesquisadores e profissionais. As atividades do programa também resultaram no estabelecimento de uma rede de indivíduos e centros que continuaram a trabalhar em temas relacionados ao melhoramento da classificação psiquiátrica (OMS, 1993).

A década de 1970 vivenciou um interesse crescente na melhoria da classificação psiquiátrica mundial, tendo a Associação Psiquiátrica Americana divulgado a terceira revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística, com contribuições sobre o sistema de classificação. Já na década de 1980, a Conferência em Copenhague, Dinamarca, foi fundamental para rever as recomendações provenientes destes seminários, para esboçar uma agenda de pesquisa e diretrizes para trabalho futuro. Contribuiu também para incentivo de publicações que mostraram as origens da psiquiatria contemporânea.

Com todas as evoluções ocorridas no decorrer da história, a CID-10 traz diferenças significativas em relação a sua antecessora, tais como: mais amplitude da codificação, sistema alfanumérico, aumento das categorias disponíveis e com estruturação para ser uma classificação central (“nuclear”) para uma família de classificações relacionadas à doença e à saúde.

Sobre o termo “transtorno”, a última versão da CID é usada para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados em sua maioria, às interferências e sofrimentos da pessoa. Nos casos sem disfunção social e pessoal, o termo não deve ser incluído em transtorno mental.

Esse capítulo apresenta descrições dos aspectos clínicos primordiais e outros aspectos importantes para cada tipo de transtorno registrado. Para se chegar em um diagnóstico de transtorno “confiável”, são fornecidas diretrizes diagnósticas para a maioria dos casos, em que são indicados o número e o balanço de sintomas que se fazem necessários para tal. Essas diretrizes são fornecidas para causar flexibilidade nas decisões diagnósticas na clínica, principalmente quando é realizado um diagnóstico provisório antes do quadro clínico estar completamente claro.

Ficam algumas outras reflexões sobre essa prática adotada pela OMS em “diagnosticar provisoriamente”:

- *Quais motivações para tal diagnóstico ser provisório?*
- *Seria uma forma de proteção do profissional prescritor, a fim de atenuar sua responsabilidade por desconhecimento clínico e falhas no diagnosticar ou a OMS preocupar-se com o impacto e sentidos que os diagnósticos psiquiátricos produzem nos usuários?*

- *Seria pelo motivo de alguns transtornos não se manifestarem na sua plenitude, requerendo um tempo maior de observação e cuidado com esse usuário?*

Tais questionamentos são convites para a imaginação, não encontrando respostas nas literaturas consultadas. Porém, leva a pensar que a responsabilidade do diagnóstico deve ser multidisciplinar.

No Brasil, a CID-10 Capítulo V, contou com participação de 21 pesquisadores nas propostas de testes de campo, comentários, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Fato a ser levado em destaque é que a maioria absoluta dos mesmos serem médicos e da região Sul do Brasil, não apresentando nenhum pesquisador da região nordeste. Não encontrados registros nas consultas realizadas para esse texto, da participação na revisão da CID-10 por equipes multiprofissionais e a participação popular. Essa perspectiva de mudança tem sido apontada na revisão da CID-11, conforme Reed (2011, p. 12):

Em primeiro lugar, entende-se que, para ter impacto sobre a saúde pública global, o desenvolvimento da CID-11 também deve ser global, oferecendo aos usuários de todas as partes do mundo a oportunidade significativa de moldar o produto final.

Um segundo requisito, relacionado ao primeiro, é o de que a revisão seja multilíngue. Particularidades culturais e regionais estão firmemente imbuídas na linguagem e, caso não se dê a atenção necessária ao processo de tradução e equivalência linguística ao longo de todo o processo, o resultado deverá ser a pouca utilidade clínica das versões não inglesas.

Em terceiro lugar, o esforço de revisão da CID-11 deve ser multidisciplinar.

Em quarto lugar, a OMS reconhece os usuários de serviços de saúde mental e seus familiares como partes interessadas no processo de revisão da CID.

No que concerne às alterações ocorridas nesse capítulo, verificou que a trajetória das doenças e transtornos psiquiátricos foram carregados de expressões que remetiam ao preconceito e à exclusão, sendo tais nomenclaturas excluídas ou modificadas de modo a reduzir os estigmas.

Ocorreram ao longo das revisões, mudanças nos nomes que o Capítulo V recebeu, assim como, alteração no número de agrupamentos, categorias e suas subcategorias, todos seguindo crescimento em números. Para observação das mudanças de títulos, desde que a OMS assumiu a responsabilidade pelas revisões, a Tabela 2 visa simplificar.

Tabela 2 – Evolução da 6ª para 10ª Revisão da CID – Capítulo V

Versão	Título do Capítulo V	Agrupamentos	Categorias	Subcategorias
CID -6ª Revisão	Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações	3	26	60

(1948)	da personalidade			
CID -7^a	Doenças mentais,	3	26	60
Revisão	psiconeuroses e perturbações			
(1955)	da personalidade			
CID -8^a	Transtornos Mentais	3	26	131
Revisão				
(1965)				
CID -9^a	Transtornos Mentais	3	30	180
Revisão				
(1975)				
CID -10^a	Transtornos Mentais e	11	78	274
Revisão	Comportamentais			
(1989)				

Percebe-se, também, que só são viáveis estudos retrospectivos a partir da CID-9, pois, só a partir dessa houve maior estabilização do sistema de códigos e menor descontinuidade das revisões (BENEDICTO, 2013).

Como pontos positivos, pode apontar a expansão do número de categorias, além do conteúdo do capítulo V ter se tornado mais lógico, ou seja, menos passível de mudanças, com categorias e subcategorias mais correlacionadas e fechadas.

As várias mudanças ocorridas dificultam a obtenção dos dados estatísticos brasileiros sobre indicadores de saúde mental em uma série histórica. Percebe-se a falta de indicadores de saúde mental pelo DATASUS, por exemplo, coeficiente de morbidade por depressão e uso e abuso de álcool e outras drogas (BENEDICTO, 2013).

As necessidades de mudanças por uma nova revisão é uma constante popular que já vem ocorrendo através dos centros espalhados ao redor do mundo. Pretende-se, assim, que a Atenção Básica seja melhor contemplada nessas mudanças, assim como maior empoderamento às vozes dos usuários que têm apontado para necessárias modificações na estrutura da Classificação.

2.2 A Produção de Diagnóstico na Saúde Mental

O Movimento da Luta Antimanicomial tem sido um potencial instrumento para que as mudanças no campo da saúde mental possam avançar e se consolidar (PASSOS, 2015).

O pensamento antimanicomial, no Brasil, fez seus primeiros ecos já no início do regime militar (golpe de 1964), junto ao movimento sanitário, às críticas quanto aos direitos humanos e melhorias na saúde, iniciou-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, movimento este social e político que envolve todas as instâncias de governo (OLIVEIRA, 2013; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Nesse período, especificamente no Rio de Janeiro, iniciou-se uma série de reuniões e organizações para pensar novos rumos para a política de saúde mental, tendo como resultado, em 1978, o surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento buscava aquecer os questionamentos para proporcionar as transformações na assistência psiquiátrica (OLIVEIRA, 2013; SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Em meados dos anos 1980 e 1990, tiveram início as mudanças no campo legislativo, no qual diversos projetos de leis estaduais e municipais buscavam a legitimação dos direitos dos usuários da saúde mental (OLIVEIRA, 2013; PUCHIVAILO, 2013; LEMES, 2015; PASSOS, 2015). Em 1982, é aprovado o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, onde o modelo hospitalocêntrico e privatista foi questionado, pensando-se o estabelecimento de uma rede pública voltada aos cuidados e especialmente no reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais (SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Para a saúde pública brasileira, o auge do contexto reformista, tanto sanitário quanto psiquiátrico, deu-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que teve um imenso marco com a participação popular, reunindo em torno de quatro mil pessoas. (SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015). E em 1987, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Ao mesmo tempo em que ocorria nesses espaços legitimados pelo Estado a grande participação política da população e dos trabalhadores, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), também crescia. Nesse mesmo ano, na cidade de Bauru, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, deixando de ser uma organização meramente de trabalhadores da saúde mental para assumir-se enquanto um movimento social com participação dos usuários, familiares e simpatizantes (OLIVEIRA, 2013; SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Nesse evento, demarcou-se o seguinte lema do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial: Por uma sociedade sem manicômios (OLIVEIRA, 2013; SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015). Até que em 1988, com a nova Constituição, tem-se instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade (PAULON, 2013; PASSOS, 2015).

Em 1989, o Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT/MG), deu entrada no Congresso Nacional com o projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. (OLIVEIRA, 2013; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Contudo, foi apenas em 06 de abril de 2001, que a Lei 10.216, foi aprovada e regulamentada, dispondo da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental e do redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental (OLIVEIRA, 2013; PUCHIVAILO, 2013; LEMES, 2015; PASSOS, 2015). Em dezembro de 2001, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental que trouxe enquanto lema: Cuidar Sim. Excluir não! Tendo a participação de 1500 pessoas (SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015). Foram durante essa conferência que se potencializaram politicamente os personagens da reforma psiquiátrica.

Nos últimos anos, observa-se a busca do desmonte de grandes hospitais psiquiátricos, isso demonstra a importância do Movimento Antimanicomial na construção e na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e na desconstrução da ética e dos valores manicomiais (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015).

Afinal, a luta pela efetivação e concretização da utopia “por uma sociedade sem manicômios” ainda está distante de se realizar, mas não tão remoto quanto possa parecer (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015). A existência de sujeitos que hoje questionam a centralidade do manicômio enquanto modelo de vida, já possibilita a construção de novos rumos e sonhos.

Sendo assim, a reforma psiquiátrica possui ações e diretrizes que vão de encontro perspectiva da reabilitação psicossocial e da luta antimanicomial, visando proporcionar autonomia e liberdade na comunidade e às pessoas em sofrimento mental (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015).

No caso da experiência brasileira, o modelo central de atendimento no território, junto com a comunidade, tem-se instituído através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015). No entanto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui diversos serviços substitutivos para atender as múltiplas demandas em saúde mental que não se restringem meramente demanda do tratamento: ambulatórios, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, cooperativas, hospitais-dia, entre outros (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015).

Todos esses dispositivos possuem uma lógica de operacionalizar o cuidado em saúde mental de forma diferenciada ao modelo anterior que estava restrito a uma lógica hospitalocêntrica (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015). Por esse motivo, a experiência da reforma psiquiátrica brasileira não se restringe apenas a mudança de modelo legislativo ou operacional, mas implica, também, uma transformação técnica/ científica e sociocultural (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015).

Entre as experiências de construção da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 80, destacam-se: a criação do Centro de Atenção Psicossocial de São Paulo (1987) e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial na cidade de Santos – SP (1989) (OLIVEIRA, 2013; LEMES, 2015).

Assim, como em outros países, no Brasil foram instaladas as casas e hospitais psiquiátricos, não sendo diferente do que se via, ocorria discriminação da sociedade e quanto ao tratamento, este era precário, os pacientes eram privados do convívio social, presos em correntes e expostos a maus tratos (OLIVEIRA, 2013; PAULON, 2013).

Os questionamentos em relação às condições de tratamento, aos saberes e as práticas psiquiátricas instituídas, iniciaram o processo de reforma psiquiátrica brasileira (PASSOS, 2015).

A atenção à saúde mental preconizada é de base extra-hospitalar, com a redução de leitos psiquiátricos e o aumento de serviços de base territorial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (GONÇALVES, 2012; PAULON, 2013; SCHOLZ, 2015). No ano de 2001 foi promulgada no Brasil a lei federal 10.216, que define a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e garantiu às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária (GONÇALVES, 2012).

2.3 O Contexto Nacional e Local

Diversos serviços e equipamentos foram implantados visando atendimento substitutivo ao Hospital Psiquiátrico: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os Ambulatórios de Saúde Mental e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais (OLIVEIRA, 2013; PASSOS, 2015).

Entende-se por SRT, como moradias inseridas na comunidade para pessoas em sofrimento mental que foram ou estão internadas, há dois anos ou mais ininterruptos, em hospitais psiquiátricos e que não possuem vínculo familiar e/ou sem apoio deste (KANTORSKI, 2013). O SRT deve proporcionar um ambiente único de vivência para cada morador, possibilitando experiências individuais enriquecedoras que promovam maior capacidade para enfrentar os desafios da vida (KANTORSKI, 2013).

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade que através da construção

de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais (PUCHIVAILO, 2013; SCHOLZ, 2015).

Os ambulatórios de Saúde Mental, segundo a Portaria n. 224/1992, devem oferecer atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades ressocializadoras; funcionando com uma equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).

A construção dessa rede, que se acredita deva facilitar o acolhimento e acessibilidade da demanda existente aos serviços extra-hospitalares é imprescindível para se avançar no desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica (SANTOS, 2009). Avanços foram alcançados, porém a cultura manicomial ainda é forte. Além de ainda não termos superado o manicômio enquanto espaço físico, as forças que o sustentam e alimentam ainda são muito presentes (SANTOS, 2009).

Dessa forma, o CAPS é um serviço que deve favorecer os processos de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, atuando no território, constituindo uma rede de pessoas e serviços que, juntos, possam se fortalecer e enfrentar o desafio de transformar o cotidiano das pessoas (sejam os usuários, os profissionais ou pessoas da rede social dos usuários) e o cotidiano das instituições, serviços de saúde e de outros setores sociais (OLIVEIRA, 2013; SALLES, 2013; LEMES, 2015).

Exercendo papel estratégico na sistematização dos atendimentos na rede de atenção à saúde mental, sendo considerados, assim, reguladores da porta de entrada da rede em um determinado território (OLIVEIRA, 2013; SALLES, 2013; LEMES, 2015; SCHOLZ ET AL, 2015).

Atuando como serviços substitutivos às internações de longos períodos, visando um tratamento que não isola os usuários de suas famílias e da comunidade, promovendo a recuperação e reintegração social dos indivíduos com sofrimento mental (OLIVEIRA, 2013; SALLES, 2013; SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015). Diferentemente dos serviços fechados, que produzem isolamento, os serviços abertos caminham junto com a vida cotidiana.

O trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de diferentes formações e saberes: médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentre outros (SILVA, 2015). Cada um a seu modo, contribui de forma crucial para o desenvolvimento do trabalho e para a resolução das questões que surgem no cotidiano da unidade.

De acordo com a Portaria 336 de 2002, os CAPS apresentam características como, a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, papel de regulador da porta

de entrada da rede assistencial, supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, entre outros (PUCHIVAILO, 2013; SCHOLZ, 2015). Apresenta ainda diversas modalidades que abrangem o porte, a capacidade de atendimento e público a ser atendido, entre eles: CAPS I, CAPS II (turno noturno), CAPS III (24 hs), CAPS infanto-juvenil e CAPS álcool e outras drogas (PAULON, 2013; SCHOLZ, 2015; LEMES, 2015; PASSOS, 2015).

Se por um lado a rede expandiu, por outro as desigualdades regionais são um grave problema. Observa-se que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as maiores dificuldades de implantação dos CAPS, o que demonstra que sua abrangência é desigual entre as regiões do país (SCHOLZ, 2015).

Cabe ressaltar, que não se deve colocar à criação de CAPS como se fosse o único processo de reforma no lugar dos hospitais psiquiátricos, é importante lembrar que a reforma psiquiátrica envolve outros aspectos e diversos outros serviços substitutivos (OLIVEIRA, 2013; SCHOLZ, 2015; PASSOS, 2015).

De acordo com a série histórica de implantação dos CAPS no Brasil, o Nordeste é a segunda região com maior índice de cobertura no País, perdendo apenas para a região Sul (PITTA, 2015). Esse estudo verificou que no Estado de Alagoas, em cinco CAPS da região metropolitana que foram observados, os usuários referiram que a equipe tratou com respeito às suas crenças, valores e hábitos e afirmaram que os CAPS promovem atividades para diminuir o preconceito.

O período bastante representativo, em Alagoas, na construção do modelo de serviço do tipo CAPS, que principal referência em reabilitação psicossocial e única modalidade de serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, foram entre o ano de 2004 e o ano de 2010 (BRÊDA, 2011; RIBEIRO, 2012).

Em 1996, foi criado o CAPS da Casa Verde, que pretendia ser o primeiro CAPS de Alagoas. A ideia da sua criação adveio do momento em que se realizava a reforma física do hospital psiquiátrico e partiu da iniciativa da direção do hospital (RIBEIRO, 2012). Porém, nunca conseguiu ser habilitado como CAPS pelo Ministério da Saúde por não funcionar em área específica e independente de estrutura física e hospitalar.

No ano seguinte, tem-se a implantação do primeiro CAPS no Estado, o CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa. E posteriormente, no ano de 1998, a criação do CAPS Sadi de Carvalho e do CAPS infantil Luiz da Rocha Cerqueira, todos na cidade de Maceió. Ainda em 1998, foram inaugurados mais dois CAPS, um no município de Palmeira dos Índios, CAPS

Dr. Oswaldo Silva, e outro em Arapiraca, o CAPS Nise da Silveira. Em agosto de 1999 foi implantado o CAPS Esperança, no município de Anadia (RIBEIRO, 2012).

Os primeiros CAPS de Alagoas padeceram com improvisos e falta de apoio, que só pode ser reordenado a partir de 2002. Entre os anos de 1997 e 2002 detecta-se muita luta para estruturar a Coordenação Estadual de Saúde Mental e os serviços ligados (RIBEIRO, 2012).

Em 2005, a saúde mental alagoana ainda engatinhava com relação à Reforma Psiquiátrica e aos serviços substitutivos (RIBEIRO, 2012). Os poucos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que existiam em Maceió (4 na capital e 9 no interior) possuíam características bastante manicomiais e o atendimento era feito através do modelo médico-ambulatorial (BRÊDA, 2011; RIBEIRO, 2012).

Com o passar dos anos, através de incentivos financeiros, criados pelo Ministério da Saúde, como também, pelo compromisso de alguns gestores, envolvidos com as propostas da Reforma Psiquiátrica, houve uma ampliação efetiva do número de CAPS no Estado (RIBEIRO, 2012).

Em 2011, segundo dados da Gerência de Núcleo de Saúde Mental (GESAM), a rede CAPS em Alagoas por modalidade conta com 37 CAPS I, 06 CAPS II, 01 CAPS e 02 CAPSad, totalizando 46 CAPS no Estado (RIBEIRO, 2012), sendo considerado pelo Ministério da Saúde como ente da federação que apresenta muito boa cobertura CAPS por cem mil habitantes (BRASIL, 2010). E, no ano de 2013, Maceió ganha primeiro CAPS ad III 24 horas para atender dependentes químicos.

A assistência em saúde prestada em serviços CAPS no Estado de Alagoas, segundo a perspectiva de seus usuários, tem seus pontos fortes (BRÊDA, 2011). E vem garantindo o seu retorno ao lar, possibilitando o acesso à resiliência e ensaios de autonomia, se configurando em espaço social propiciador de relações, criação e integração interna e externa (BRÊDA, 2011).

É importante apontar que somado ao incremento quantitativo, é preciso investir na qualificação dos serviços CAPS existentes, para que passem a representar o modelo de tratamento a ser seguido, substituindo concretamente a referência, que em Alagoas atualmente é representada pelos hospitais psiquiátricos (BRÊDA, 2011; RIBEIRO, 2012).

O fato de Alagoas estar com um número adequado de CAPS, não diminui a necessidade de se construírem outros mecanismos de assistência em saúde mental, é preciso insistir na criação de leitos em hospitais gerais, na implantação de residências terapêuticas, na habilitação de CAPS III na capital e em alguns municípios estratégicos para que o modelo asilar possa ser efetivamente substituído (BRÊDA, 2011; RIBEIRO, 2012).

O corpo de trabalhadores dos CAPS em Alagoas não é antimanicomial, percebem-se diferentes concepções sobre o cuidado e objetivo ali aplicado (RIBEIRO, 2012). Para a formação de uma estrutura de recursos humanos realmente substitutivos é preciso investir em capacitação contínua desses trabalhadores para que possa haver a identificação de suas práticas no modelo psicossocial (RIBEIRO, 2012).

Direcionando para o CAPS que participou deste estudo, as informações coletadas em diário de campo e em conversas no cotidiano com os profissionais de saúde, demonstram que esse CAPS possui funcionamento de segunda a sexta-feira, dois períodos, exceto na segunda, contando com funcionamento com usuários apenas pela manhã.

Como fluxo de novos atendimentos, foi-me passado que o novo usuário é atendido por algum profissional de nível superior que esteja escalado no dia e encaminhado para consulta médica, a fim de ser construído diagnóstico médico e inserido/continuado/modificado o medicamento, quando necessário.

Pelo período da manhã, existem dois momentos, sendo o primeiro denominado 'bom dia', onde algum profissional dialoga em forma de grupo aberto, sobre temáticas diversas, responde perguntas, faz a chamada de presença dos usuários e gera mensagens de entusiasmo para se iniciar o dia com a energia vital renovada; e o segundo momento, é o grupal, com temáticas pré-definidas pelo profissional escalado do serviço.

Foi-me mostrado que o setor possui, atualmente, em seu corpo médico, um total de 4 profissionais, sendo três psiquiatras e um clínico geral, nas demais profissões, são 4 psicólogos, 3 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 3 educadores físicos, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 auxiliar de farmácia, além dos profissionais higienizadores, portaria e segurança.

Entre os problemas relatados, estão a redução do financiamento governamental, problemas estruturais e melhor visibilidade profissional dos serviços prestados.

Observei um grande esforço da equipe em atuar dentro das limitações apresentadas no cotidiano, assim como uma satisfação por boa parte dos usuários por aquilo que vem sendo oferecido.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Como Faz Compreendida as Práticas Discursivas e Produções de Sentidos

Conforme Arendt (2003, p. 7) os métodos devem ser viáveis e fundados nas práticas ordinárias do dia a dia, tornando possível a participação de pessoas comuns sem que elas precisem:

Aprender disciplinas especiais ou particulares ou atingir padrões ou passar provas estabelecidas por aqueles já admitidos como especialistas. Explicações teóricas serão, então, não apenas desnecessárias como também prejudiciais", pois ao se buscar princípios teóricos gerais escondidos atrás das aparências, algo que irá explicar uma circunstância de forma intelectual e passiva", deixa-se desaparecido as práticas envolvidas na fala.

A visão de linguagem para o construcionismo se contrapõe à visão representacional da linguagem, sendo esta última, concebida como uma forma de representar o mundo externo. Para o construcionismo, a linguagem tem um efeito constitutivo das práticas sociais. A linguagem não é inocente, ou seja, descrever o mundo de determinada maneira resulta das implicações para a forma como se configuram mundos sociais (CINTRA, 2013).

A perspectiva construcionista e das práticas discursivas, nem sempre fizeram parte do projeto de Psicologia, especificamente da Psicologia Social (não se quer dizer aqui que essas perspectivas são exclusivas da Psicologia, pois não são).

Nos anos setenta, ainda se vivia o projeto de uma Psicologia "Científica", tendo como modelo, a ciência baseada na demonstração e generalização de resultados. Até aqui, a Psicologia reiterava o discurso de outras ciências as quais buscavam predizer e controlar o comportamento das pessoas e animais (SPINK; FREZZA, 2004).

A ruptura começa quando surge um esboço de reação a este paradigma dominante de se fazer ciência, de uma Psicologia Social de laboratório. Este rompimento acontece principalmente por um impulso metodológico ao se valorizar outras formas de se pesquisar, dando ênfase a observação dos comportamentos em situações naturais. Este contexto é, de forma bem resumida, aquele que apoia a proposta do estudo da produção de sentidos através das práticas discursivas e o conhecimento como construção social - construcionismo (SPINK; FREZZA, 2004).

A preocupação desta perspectiva está na busca pela compreensão dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo e de suas relações. Esta perspectiva rompe com o foco na compreensão dos processos de conhecimento realizado de forma interna pela mente e traz a exterioridade dos processos e estruturas de interação humana. Esta postura implica em romper com a visão representacionista do conhecimento que

tem como pressuposto a concepção da mente como espelho da natureza e afirma que o conhecimento não é algo que se tem nas mentes, mas algo que se constrói juntos (SPINK; FREZZA; RORTY, 1979/1994).

O primeiro passo pode ser a desconstrução ou desfamiliarização de conceitos que foram construídos ao longo do tempo e da história que se transformam em crenças, além das “verdades” que se apresentam como impedimentos para que novos conceitos sejam construídos (SPINK; FREZZA, 2004).

Para este trabalho, tomou-se como referencial, o Construcionismo Social, por acreditar que as convenções, crenças, discursos produzidos e, principalmente no âmbito da saúde, produzem uma lógica de dominação e uma forte evidência nas relações de poder na sociedade que precisam ser entendidas a partir de todo o seu contexto. Quem fala, para quem se fala, como se fala e o que se quer produzir com esse ou aquele discurso são levados em consideração. A linguagem assume papel importante nas relações e nas formas de construção de conhecimento.

Essas são algumas das reflexões que foram feitas e foram realizados alguns apontamentos a partir dos sentidos que foram construídos pela pesquisa.

Por ser um posicionamento irrestrito às Escolas Psicológicas, o Construcionismo não se apresenta como uma teoria, uma vez que não pretende postular verdades a partir de princípios pré-estabelecidos e inquestionáveis. Este se caracteriza muito mais como um movimento, uma postura crítica diante do mundo e de suas “verdades” absolutas (SPINK; FREZZA, 2004).

Esta perspectiva, para Spink (2004) propõe o constante estranhamento e questionamento dessas “verdades” e aproxima-se das concepções pós-modernas, pois, defende o afastamento de grandes verdades fundadas nos pressupostos da Modernidade como a representação do conhecimento, a retórica da verdade, a neutralidade e endeusamento do conhecimento científico. Verdades como: pra ser ciência deve haver comprovação; a fala não deve ser levada como instrumento de dados científicos, entre outros.

Já Ibáñez (1994) ainda destaca outras quatro temáticas que merecem destaque nessa discussão de consolidação do posicionamento construcionista.

- a) A primeira delas é a dualidade sujeito-objeto, que tenta se superar a partir de uma perspectiva que o sujeito e objeto se constituem em relação e não existem por si só, pois dependem entre si para existirem e dependem de como se relacionam a partir de categorias, práticas e a forma como se fala deles.

- b) A segunda temática é a crítica, a concepção representacionista do conhecimento, que foi falado anteriormente neste trabalho, e que afirma sobre a inexistência de uma representação do conhecimento numa realidade externa.
- c) A terceira, é a proposta de desfamiliarização na retórica da verdade, vindo assim criticar a concepção de verdade como conhecimento absoluto e universal, pois se acredita que a verdade é fruto das convenções de verdade humanas.
- d) E, por último, a redução dos processos de conhecimento ao cérebro. Nesse momento, não intenciona-se dizer que o cérebro não é importante neste processo, mas sim, que ele é uma das partes integrantes assim como as estruturas linguísticas disponíveis (SPINK; FREZZA, 2004). Em outras palavras, o processo de construção do conhecimento não passa exclusivamente por processos cognitivos processados na cabeça dos sujeitos. Trata-se, portanto, de uma crítica aos modelos cartesianos de produção do conhecimento (dualísticos e unilaterais), por reduzirem o mesmo a processos vinculados ao pensamento.

Além de falar sobre o movimento construcionista, que permite a análise das práticas discursivas enquanto uma produção social, se faz importante apontar as aproximações com esse movimento por parte do pesquisador/mestrando. Para tal, foram utilizadas resumidamente algumas referências teóricas da trajetória de grupos de estudos e leituras propostas em orientação.

As práticas discursivas estão relacionadas à linguagem em uso e a análise destas permitem o estudo dos aspectos performáticos da linguagem e das suas condições de produção (SPINK, 2004; SPINK 2010; IÑIGUEZ, 2004).

Além do sistema linguístico das práticas discursivas, esta proposta analisa as condições de produção dos discursos, que são definidas pelos lugares ocupados nos pares na relação em uso da linguagem (SPINK; FREZZA, 2004).

O estudo das práticas discursivas não fica restrito às palavras e frases ou aos significados que elas possuem, mas focaliza também a compreensão das relações de poder que perpassam os discursos e suas condições de produção (MÉLLO; SILVA; LIMA; DI PAOLO, 2007).

Dessa forma, observa-se que o cotidiano pode produzir convenções que, por vezes, ou quase sempre, tendem a se tornar naturalizantes e passíveis de se tornarem regras. A pesquisa construcionista, segundo as autoras abaixo, se mostra como um convite a compreender essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas/endereçadas (SPINK; FREZZA, 2004).

Visto isso, fazer uso das práticas discursivas para estudar os sentidos produzidos pelos usuários, foram de grande importância, visto que os discursos contribuíram para a compreensão de como está acontecendo as relações existentes nos serviços de saúde e o que se produz pelos usuários acerca do diagnóstico de transtorno mental.

3.2 Trajetória Deste Estudo

Esse estudo pesquisou sob a perspectiva construcionista, os sentidos produzidos por usuários de CAPS II acerca do diagnóstico de transtorno mental/comportamento.

Essa perspectiva assumiu a postura de suspeita sobre a natureza pré-discursiva do objeto social: tais como gênero, classe social, raça, loucura etc.

Dessa forma, se deteve a estranhar o modo como se encontrava a atualidade e suas formas de reconhecê-la. Foi possível reconhecer que método não é o meio de acessar algo, mas sim de se (re)construir no que se estudou e pesquisou (SPINK, 2014a).

O construcionismo reside,

No foco da discussão, justamente no momento da interação, nos processos de produção de sentido na vida cotidiana. Ou seja, como as pessoas descrevem e dão conta da realidade. Dessa forma, deslocam o locus da explicação do interno para o externo dando ênfase aos processos e estruturas da interação humana. No entanto, chamam a atenção para a necessidade de uma “desfamiliarização” das idéias preconcebidas na nossa percepção como condição prévia à adoção plena da perspectiva construcionista. Tais idéias – que estão no cerne da ciência modernista – passam pela crença na dualidade sujeito-objeto, na concepção representacionista do conhecimento, na retórica da verdade e na concepção do cérebro como instância produtora do conhecimento. Ao abdicar destas quatro temáticas e entender o pensamento e o conhecimento como fenômenos sociais, podem-se eliminar as principais barreiras expressas pelo internalismo, essencialismo e universalismo que impedem a adesão plena da perspectiva construcionista e da compreensão do significado a partir das práticas discursivas (ROSA; TURETA; BRITO, 2006).

E mais ainda, Segundo Spink (2014a, p. 43), a postura construcionista tende a suscitar objeções de duas formas, são elas:

O reducionismo linguístico e o relativismo. Quanto ao reducionismo linguístico, existe sem dúvida uma ênfase na linguagem. Muito embora ninguém que esteja afinado com a postura construcionista afirme que a linguagem é o único produto da atividade humana que gera objetivações, há, de fato, uma tendência a trabalhar com produções linguísticas. Também o relativismo é um aspecto central do Construcionismo e não poderia deixar de ser porque, afirmar que X não precisaria ter existido (ou ter existido dessa forma) é uma precondição da pesquisa construcionista. Isso implica acatar um certo grau de culturalismo e de ceticismo perante aquilo que está socialmente instituído. Mas essas construções não são tomadas como atos da vontade de indivíduos; são produtos de interações sociais sustentados por matrizes complexas de instituições, pessoas e tecnologias de visibilidade. É preciso entender essas construções em seu contexto de produção: que sociedade é essa, que usos são feitos disso e que consequências têm. É difícil muitas vezes sairmos dessas construções e olhá-las de fora porque estamos habituados a elas e fomos socializados nessas matrizes. Mas a postura construcionista tem que ser

relativista por princípio: não aceitando isso, não se está fazendo uma pesquisa construcionista.

O referencial metodológico adotado para o estudo foi das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2004), constituindo um convite ao diálogo entre observação no cotidiano dos usuários que contribuíram, e muito, na pesquisa e leitura de referências da literatura identificadas, a fim de compreender as repercussões históricas e sentidos construídos na formulação dos diagnósticos por outros pesquisadores de outrora.

Escolhi duas técnicas que auxiliaram na produção das informações: Observações do Cotidiano (Diário de Campo) e Grupos focais.

Primeiramente, para me situar na temática do transtorno mental e diagnósticos pela CID-10, foi necessário fazer revisão do que a literatura científica apresentava sobre isso.

Para tal, busquei em indexadores científicos na internet. Os critérios de inclusão foram: estudos em forma de artigos, dissertações e teses que permitissem conhecer o panorama histórico da construção histórica da CID. Com isso, foram selecionadas as referências que pudessem responder aos alvos investigatórios da primeira tentativa supracitada.

Como resultados das buscas na Biblioteca Virtual de Saúde, durante todo o mês de novembro de 2014, foram identificados artigos científicos de revisão de literatura e uma dissertação de mestrado.

Foi escolhido um único Descritor em Ciências da Saúde (DeCS): “Classificação Internacional de Doenças”. Aplicou-se os filtros “idioma em português” e “texto completo disponível”, obtendo 288 artigos e uma dissertação, com uso de conexão com a internet doméstica. O critério de inclusão foi que as referências tratassem exclusivamente da história da CID e da última em uso (CID-10), pelo fato de ser essa a versão em curso e a utilizada nesse estudo de mestrado.

Destes resultados obtidos, após leitura dos títulos, restaram 38 artigos que responderam ao critério de inclusão. Alguns dos estudos foram escolhidos a compor as fundamentações dessa dissertação e outros foram excluídos após leitura do resumo, por não atender aos critérios.

Foi criado um banco de dados contendo os artigos e os fichamentos para cada um deles. Essa prática auxiliou nos resgates que foram feitos durante o processo de escrita e fechamento do texto final da dissertação.

Apresentado como ocorreu o percurso inicial dessa pesquisa, as próximas fases foram construir as informações no campo, junto aos protagonistas dessa pesquisa: usuários de CAPS II.

Um pouco da trajetória inicial até chegar ao CAPS, fruto dos resgates que fiz no diário de campo, será mostrada adiante.

A entrada em campo se deu da seguinte forma: primeiramente, foi solicitada autorização na Secretária Municipal de Saúde de Maceió, para então, firmar parceria com a equipe técnica do CAPS.

Meu primeiro dia começou bem cedo e no trajeto até o local, fui tomado por ondas de medo de não conseguir realizar a pesquisa; de não ser bem recebido pelos profissionais/usuários; em não conseguir quebrar o gelo nas conversas que teria e, por fim, ter de modificar a metodologia, por insucesso da minha parte.

Havia agendado estar no setor às 8h, visto que é o período que se inicia o funcionamento do CAPS. Fui recebido com alguns 'olás' alegres de funcionários que lembraram de mim de anos atrás, quando desenvolvi a pesquisa do TCC no mesmo CAPS. Cheguei um pouco depois do início da primeira atividade com usuários e fui logo a procura da coordenadora do serviço, que havia contatado previamente por telefone.

A mesma me recebeu de forma muito acolhedora e me levou até sua sala, onde me senti mais confortável para apresentar o projeto e autorizações adquiridas. No decorrer da conversa, espontaneamente, fui atualizado de como o CAPS estava organizado na atualidade, os desafios enfrentados e quais ainda estão a tentar vencer. Entre eles, se inserem: dificuldade com pouco espaço físico para realizar atividades e oferecer conforto aos usuários; inexistência de rede/matriciamento; baixa parceria com governo; poucos insumos para executar atividades; e demonstrada algumas características das atividades cotidianas desenvolvidas. Registrei tudo que foi possível no meu diário de campo.

Nesse meio tempo, duas funcionárias do setor (psicóloga e terapeuta ocupacional) apareceram na sala e foram inseridas na conversa, onde tive o cuidado de me apresentar rapidamente e mostrar pontos da pesquisa.

Passado esse período, questionei se o CAPS poderia colaborar com a pesquisa (obtive prontamente resposta positiva) e esboçamos como seria minha trajetória no setor. Apresentei as formas previstas de construções de dados e recebi as contribuições dadas por elas. Ficou firmado meu compromisso em comparecer pelas manhãs, para fins de observação no cotidiano dos usuários até garantir relações interpessoais para distribuir convites para formação de um grupo.

Saí dessa conversa como duas grandes sensações: a primeira, que tinha um grande desafio pela frente, visto que o mês de execução (dezembro) é conturbado, com pouca presença de usuários, onde muitos 'se dão recesso' (palavras emergidas da conversa), além dos grandes feriados de natal/réveillon; e, como segunda sensação, o entusiasmo, por estar pesquisando, novamente, no local que já havia me acolhido outrora e muito contribuiu na formação acadêmica.

Afastando-se desse momento, inseri-me totalmente no CAPS a fim de construir os dados. Para tal, usei as Observações do Cotidiano no CAPS, através do registro em Diário de Campo.

Nas palavras de Medrado *et al* (2014, p. 278) o Diário de Campo:

Consegue fundir as palavras e as coisas, à medida que as acolhe em suas páginas. E cada vez que tais páginas são abertas, abrem-se fluxos de possibilidades de comentários; abrem-se para o inédito. O diário permite a impressão de notas (como na música) já ouvidas ou conhecidas, mas que serão montadas de outra forma produzindo certa “composição” (como as conclusões de uma pesquisa).

E mais ainda:

Ao mesmo tempo, no diálogo com o/a leitor/a, os diários, em função de seu caráter provisório, precário e parcial, têm sempre uma potência criativa: sendo revisitados, relidos, reposicionados, reescritos. Um “arquivo vivo” que nasce cada vez que se abre para nova escrita ou nova leitura. Existe e se faz no tempo, na promessa cotidiana de vivência cúmplice e solidária (tornando as pesquisas menos solitárias), resultando em algo que não se limita às condições de sua produção, nem à sua suposta autoria original. Aparentemente imóvel, cresce e nos mobiliza na pesquisa (ibid.)

Essa ferramenta foi utilizada para registrar minhas observações durante todo o período que estive no campo e até fora dele, procurando dialogar e registrar em caderneta, os sentidos, sensações e interações no lócus atual da pesquisa e, também, posteriormente.

A observação é compreendida por Cardona *et al* (2014, p. 123) como um empreendimento dialógico não controlado, envolvendo, em alguma medida, tanto os conflitos e tensionamentos, quanto a colaboração entre o pesquisador e pessoas, grupos ou comunidades que fazem parte da pesquisa. Elas foram frutos das negociações complexas com o grupo escolhido e constituiu respeito ao contexto e as diversidades individuais.

Já numa perspectiva construcionista, a observação não está à procura de uma verdade a ser descoberta ou desvendada, tampouco tem a pretensão de esgotar todos os aspectos da temática estudada. A intenção foi estabelecer diferentes formas de convívio entre eu e os interlocutores dessa pesquisa, buscando compreender e interpretar os sentidos produzidos neste contexto.

A observação atuou com produção de conhecimento científico e útil para ser compartilhado (CARDONA *et al*, 2014, p. 123).

As observações ocorreram por duas semanas, durante meio expediente, através da construção de vínculos com equipe e usuários, para que assim, o idealizado grupo ocorresse. Porém, fui surpreendido nesse trajeto, do tipo que ocorreram grupos de duas formas: programada e espontânea. Falarei mais adiante.

Já inserido na rotina do CAPS, eu tinha cuidado de tomar nota em meu diário de forma tímida e discreta, tentando ao máximo não chamar atenção com as os registros. Mesmo assim, ainda observei possíveis olhares de desconfiança com minha presença e sobre o que eu tanto escrevia.

Visto que me propus compreender os sentidos produzidos, anotei na caderneta um conjunto de fragmentos, composto por tópicos, trechos de fala e fluxos, que posteriormente foram submetidos a uma organização narrativa separadas por dia.

Concomitante ao uso da observação e registro em Diário de Campo, aconteceram os dois momentos grupais espontâneos, e um terceiro, programado, como havia dito anteriormente. A intenção inicial da pesquisa era fazer observações e, após criado vínculos, convidar alguns usuários que, voluntariamente, aceitassem participar de um único grupo, com possibilidade de um eventual segundo momento grupal, conforme apresentado por Brigagão (2014, p. 75-78).

O primeiro grupo espontâneo ocorreu ainda na primeira semana, no quarto dia em campo, com três usuários, sendo algo muito curioso, visto que não havia visto nada semelhante na literatura consultada. Merece, aqui, nota literal do dia em questão, retirado do meu diário, já transcrito e organizado as ideias linearmente:

Diário de Campo de Darlan - Dia 4: Hoje algo interessante ocorreu: como de costume, enquanto não haviam mais atividades programadas no CAPS por hora, eu ficava no pátio central, conversando com os usuários, ora eles me procuravam e puxavam algum assunto, despertados pela curiosidade em saber o que eu fazia todos os dias no Serviço, ora eu buscava interação com alguém. Justamente em um momento de conversa individual, mais outros dois usuários se aproximaram, criando a conformação circular e dialogando sobre tudo que respondiam aos interesses da pesquisa. Imediatamente, entrei em uma frenética necessidade de escrever tudo o que se passava, a fim de costurar ideias, assimilar as vozes, organizar os pensamentos e ainda tentar manter a fluidez da conversa, para que não se dissipasse o interesse do grupo (e meu). Determinado momento percebi o meu leve fracasso em tentar executar tantas atividades, e a conseqüente dissipação de informações preciosas. Foi então que solicitei a palavra e explanei rapidamente sobre a pesquisa, com posterior pedido em gravar o momento em áudio. Para minha surpresa, o grupo aceitou e demos continuidade, de forma que não identifiquei perdas na fluidez e espontaneidade dos sentidos que iam se colocando de forma livre, tranquila e franca.

Baseando-se em Lervolino (2001), os grupos focais, são, essencialmente, a interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva construir dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado Grupo Focal). Os tópicos escolhidos foram: como foi receber o diagnóstico; entendimentos sobre diagnóstico/código/doença; lidando com o processo saúde/doença e seus efeitos, além de outros tópicos que surgiram e foram inseridos nos demais momentos grupais.

Já o segundo grupo focal ocorreu na segunda semana, de forma inesperada também, com três usuários, porém, não pude perder a oportunidade de solicitar a gravação dos diálogos e preenchimento dos TCLE's.

Já o terceiro grupo focal, eu fiz contato com três dias de antecedência e distribuí dez convites, seguindo os critérios iniciais da pesquisa, contando com a margem de desistência de menos da metade. Porém, compareceram três usuários no dia, ocorrendo em local reservado, com mais privacidade. Os sentidos fluíram de forma esperada e percebi que se o grupo contasse com mais usuários, eu poderia perder em qualidade de dados.

A duração de todos os grupos não excederam os 35 minutos. O esgotamento se deu após comum acordo entre os participantes, baseando-se nos posicionamentos dos presentes que a temática foi bem explorada, somado ao entendimento do pesquisador, que todos os aspectos da pesquisa foram abordados.

Foram elencados abaixo a adaptação do que diz Brigagão, et al (2014, p. 75-78), para a pesquisa atual, dos aspectos que foram observados para uma análise centrada na dialogia de grupos. Porém, essa sequência só se aplicou, inteiramente, no terceiro grupo, não se inserindo o primeiro tópico aos dois primeiros grupos formados.

1. O grupo foi formado a partir do convite do pesquisador para colaborar na pesquisa, mediante os critérios de inclusão de ser maior de idade e ter mínima capacidade de se articular;
2. O número máximo de participantes foi de quatro, visto que números elevados a oito torna-se difícil de coordenar o momento, garantir espaços de participação para todos/as e de fazer uma análise dos posicionamentos emergidos;
3. De acordo com os objetivos da pesquisa, (1) um encontro com os mesmos sujeitos foi suficiente para ter bons posicionamentos;
4. Em relação à facilitação do grupo, essa foi realizada pelo pesquisador principal do estudo;

5. Foram realizadas intervenções das falas e ações pelo pesquisador a fim de facilitar as discussões grupais e possibilitar que todos/as tivessem oportunidade de falar;
6. Em analogia aos aspectos éticos, foi realizada, antes da gravação dos encontros, a apresentação aos/às participantes dos princípios éticos que regem a pesquisa e leitura do mesmo; com solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após encerrados os grupos, dando-lhes a liberdade de retirada, a qualquer momento posteriori, de suas participações;
7. Os registros se deram por gravação de áudio, por dois diferentes ângulos, para possibilitar melhor análise das discussões, respeitando a vontade soberana do grupo em solicitar desligamento a qualquer momento dos equipamentos. As gravações foram armazenadas em sistema online (nuvem), criptografadas, com exclusão dos dispositivos físicos e destruição total das gravações no término da escrita dessa dissertação;
8. E, por fim, registrei as observações das posturas corporais, das relações grupais e das impressões que tive ao participar do grupo, através dos nomes dos participantes, a possibilitar melhor identificação dos envolvidos posteriormente.

3.3 Como Foi Analisado

As conversas nos grupos foram transcritas na íntegra. A análise das informações produzidas se deu a partir dos Mapas Dialógicos, objetivando a identificação dos Repertórios Linguísticos a partir do material transcrito.

Mapas dialógicos são compreendidos como:

Instrumento a ser usado na análise; constitui um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar pesquisadores/as em uma aproximação com o material, na organização dos discursos e no norteamto da discussão. É aqui entendido como parte de um “ferramental” que, no sentido dicionarizado, é um “[...] conjunto de meios pelos quais se pode realizar, perfazer ou alcançar algo; instrumento”. Ele nos possibilita dar visibilidade à interanimação dialógica aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento (NASCIMENTO, 2014, p. 78).

Assim, os Mapas Dialógicos foram recursos que permitiram visibilizar os passos dados na pesquisa e a dialogia presente em casa discurso analisado nessa fase.

Primeiramente, foi realizada a Transcrição Integral do áudio construído nos grupos, incluindo no texto todas as falas e expressões comunicadas de forma literal. Visando assim, preservar o diálogos original do contexto de pesquisa.

Após isso, foi construído, para os diálogos de cada grupo, o Mapa Dialógico 1 (transcrição sequencial, com levantamento das temáticas e identificação das categorias), seguido do Mapa Dialógico 2 (transcrição integral, organizados por colunas, contendo as categorias produzidas no primeiro mapa).

Foi utilizado o material da observação considerando quem fala, sobre o que fala e como cada um/a fala.

Visualmente, os mapas dialógicos foram compostos de um quadro com linhas e colunas que, em geral, ficaram organizados de acordo com:

- Os sentidos produzidos nos grupos e observações (diário de campo);
- Os sentidos produzidos na transcrição integral;
- O que precisou ser dado maior visibilidade na análise; que responderam a questão norteadora; os objetivos propostos na pesquisa e desenvolveram o objeto de estudo.

Após a criação dos Mapas Dialógicos, se fez necessário compreender a dinâmica e a polissemia das práticas discursivas. Para tal, foi utilizado o instrumento de análise de dados chamado Repertórios Linguísticos. Os repertórios possuem por funções:

Enfatizar que se trata de circulação de unidades de construção das práticas discursivas: os termos, as descrições, os lugares comuns e as figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da produção de sentidos. Sendo elementos centrais nesse processo, um passo fundamental da análise (e que pode ser o seu foco) é identificar os repertórios em uso e seus efeitos na maneira como nos posicionamos e posicionamos nossos/as interlocutores/as. Além disso, analisá-los nos permite perceber como versões de realidade foram produzidas (SPINK, 2004, p. 23).

Os repertórios, portanto, compõem as práticas discursivas (assim como os enunciados e os gêneros de linguagem), colaborando na produção de sentidos a respeito de determinado assunto (ARAGAKI *et al*, 2014).

Seus principais objetivos de uso na pesquisa, conforme Aragaki *et al* (2014), são:

- a) identificar e entender as múltiplas maneiras de falar sobre um tema e as tradições discursivas que lhes deram origem;
- b) possibilitar acesso a palavras-chave para recuperação de artigos e outros documentos, criando um glossário para o estudo de uma temática em bancos e bases de dados (periódicos científicos, jornais, revistas, sites etc.);
- c) criar uma linha argumentativa a respeito da trajetória de um conceito ou tema em uma área específica, assim como de sua migração para outras áreas do saber;
- d) compreender como repertórios contribuem na construção de fatos e de distintas versões de realidade; e
- e) entender os posicionamentos e as relações de poder presentes em um tema e/ou campo específico (científico ou não) e as controvérsias daí decorrentes.

Na prática, foram criadas tabelas, de coluna única, separadas por categorias e suas subcategorias, condensando os discursos referentes.

A análise dos repertórios buscou compreender a produção das realidades construídas socialmente pelo grupo de usuários do CAPS sobre as temáticas propostas nos grupos e observações. Dessa forma, esperou-se dar visibilidade aos sentidos produzidos a respeito dos temas, por meio da análise das unidades de construção utilizadas na linguagem em uso daquele público.

3.4 Aspectos Éticos

Os sujeitos foram devidamente esclarecidos e somente incluídos aqueles que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o direito às informações sobre os objetivos e natureza do estudo, conforme a Resolução n. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP.

Todas as informações obtidas com a devida autorização do participante foram tratadas de maneira sigilosa, preservando a identidade dos mesmos.

Apesar da pesquisa poder oferecer desconforto mínimo durante sua execução, não foram realizados procedimentos que causaram dor ou sofrimento físico ao participante. Os possíveis riscos à saúde foram mínimos e restritos a possíveis sensações de ansiedade ou tristeza pela lembrança das vivências emocionais passadas.

Quanto aos benefícios, foi possível conhecer sobre os sentidos construídos/compreendidos dentro dessa proposta dialógica e eles poderem compartilhar entre si, além de possibilitar à equipe reflexões que gerem resultados positivos para usuários e equipe técnica.

A propriedade dos resultados gerados pela pesquisa é do autor e sendo publicados em forma de trabalhos científicos.

4 RESULTADOS

Foram construídos dois tipos de mapas dialógicos, fruto das transcrições dos grupos ocorridos, conforme apresentado anteriormente. Foram eles:

4.1 Mapa Dialógico 1 – Transcrição Sequencial

Somando os três grupos ocorridos, totalizaram 53 páginas. A partir disso, foram identificadas doze temáticas, agrupadas, por articularem-se entre si, em cinco categorias. Na análise, a última categoria não será incluída, visto que essa são os diálogos que tratavam de temáticas que não se inserem nos objetivos da pesquisa, somados à presença de conversas paralelas e as intenções do pesquisador no início, transcorrer e finalização dos grupos.

Seguem as categorias com suas subcategorias de análise que surgiram das narrativas construídas:

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGIDAS
Diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico • Sentimentos pós-diagnóstico • Sentidos produzidos pela medicação • Formas de conviver com o adoecimento • Percepções de quando vai adoecer
Trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Mercado de trabalho
Tratamento <ul style="list-style-type: none"> • O tratamento
Trajetória <ul style="list-style-type: none"> • Antes do CAPS • Internação psiquiátrica • Relação com o CAPS atualmente
Outros <ul style="list-style-type: none"> • Intenções do pesquisador • Diálogos avulsos

A seguir uma imagem de um mapa dialógico (transcrição sequencial) do primeiro grupo ocorrido, para fins de exemplificação:

MAPA DIALÓGICO 1 – TRANSCRIÇÃO SEQUENCIAL – GRUPO 1



Sujeito	Falas	Temáticas	Categorias
Coordenador	Então, estamos iniciando esse grupo, onde minha intenção é conhecer o CAPS, conhecer vocês e compreender algumas questões.	Intenções do pesquisador	Diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Como recebeu o diagnóstico • Sentimentos pós-diagnóstico; • Relação com o adoecimento.
P1	Prazer. Eu vim tomar injeção, hoje. Eu estou de alta, venho apenas às sextas feiras.	Tratamento	Tratamento <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de tratamento.
Coordenador	Mas esse mês não estará funcionando às sextas, né?!	CAPS	Institucional <ul style="list-style-type: none"> • Antes do CAPS • Relação com o CAPS atualmente
P1	É	Outros	Trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Mercado de trabalho
Coordenador	E qual motivo fez você chegar ao CAPS?	Tempo de tratamento	Outros <ul style="list-style-type: none"> • Intenções do pesquisador
P1	Eu entrei em depressão. Em vez em quando eu tenho uma 'crisesinha'.	Diagnóstico	
Coordenador	E faz quanto tempo?	Tempo de tratamento	
P1	Faz tempo já. Estou aqui há 17 anos.	Tempo de tratamento	
Coord.	E tem todo esse tempo o CAPS?! Me conta: viesse por conta da depressão?	Tempo de tratamento	

4.2 Mapa Dialógico 2 – Transcrição Integral

Nesse momento, foram totalizadas 80 páginas, onde é possível verificar a dinâmica dos sentidos apresentados nos diálogos em grupo a partir da produção das categorias.

Segue imagem dos mesmos trechos apresentados do tópico anterior, sendo que dessa vez, em forma de mapa com transcrição integral, para fins de exemplificação:

MAPA DIALÓGICO 2 – TRANSCRIÇÃO INTEGRAL GRUPO 1

Autoria	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	TRABALHO	INSTITUCIONAL	OUTROS
Coord.					Então, estamos iniciando esse grupo, onde minha intenção é conhecer o CAPS, conhecer vocês e compreender algumas questões.
P1		Prazer. Eu vim tomar injeção, hoje. Eu estou de alta, venho apenas às sextas feiras.			
Coord.				Mas esse mês não estará funcionando às sextas, né?!	
P1					E
Coord.		E qual motivo fez você chegar ao CAPS?			
P1	Eu entrei em depressão. Em vez em quando eu tenho uma 'crisesinha'.				
Coord.		E faz quanto tempo?			
P1		Faz tempo já. Estou aqui há 17 anos.			
Coord.		E tem todo esse tempo o CAPS?! Me conta: viesse por conta da depressão?			
P1		Sim, fazendo tratamento. Tomo <u>Carbonídeo</u> e <u>Neperidema</u> . (Fala algo que não compreendo.)			

De posse dos mapas construídos, evidenciou-se a necessidade de enfatizar os termos, as descrições, os lugares comuns e as figuras de linguagem que demarcaram o rol de possibilidades da produção de sentidos, sendo assim, foi preciso utilizar a ferramenta primordial de análise desta pesquisa: os Repertórios Linguísticos.

Os repertórios foram agrupados de acordo com cada categoria escolhida, excluindo a última categoria (outros), visto que foram partes das falas que não respondiam aos objetivos da pesquisa. Foram inibidos os códigos para cada participante (ex: P1, P2, P3...) e colocado em *itálico* os trechos que se faz necessário saber qual pergunta o pesquisador realizou para ser compreendida a resposta do usuário.

Acredito ser pertinente anexar todos os repertórios linguísticos construídos, dada a profundidade que as falas transmitem, além de proporcionar ao leitor possíveis reflexões dos sentidos que muitas vezes são calados no cotidiano desses usuários. Os mesmos se encontram anexados no **Apêndice** dessa dissertação.

5 ANÁLISE

Esse tópico é parte essencial de todo trabalho acadêmico, porém, não me proponho aqui a julgar as falas, me colocando como juiz de méritos, mas, tentarei trazer um diálogo com o que a literatura tem apresentado sobre os temas e separando-as conforme os repertórios linguísticos proporcionados nas falas de todos os grupos somados.

Dessa forma, parti dos pressupostos básicos da construção de sentidos por parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa, de forma que foram construídas informações na interação social, a partir das práticas discursivas situadas no tempo e espaço do CAPS escolhido.

5.1 O Diagnóstico

Essa subcategoria surgiu após serem apresentados, ainda nos primeiros momentos do grupo, como os usuários, ao chegarem no CAPS, receberam seus diagnósticos.

Importante frisar que o direito à informação sobre o diagnóstico é um meio que o usuário dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca do que está vivendo (VENTURA; BRITO, 2012; CHAVES, et al, 2005).

Foi notado que alguns necessitavam de pausas, como se estivessem fazendo uma retrospectiva mental da sua trajetória:

“Eu vim com minha família. Passei pela consulta com a psicóloga e depois com o psiquiatra. Ele deu o diagnóstico a minha família. Não contou pra mim, apenas pra eles”.

“...ai, no mesmo dia trouxeram eu pra ali pro posto e dali do posto mandaram eu vim pra aqui”.

Chama atenção o diagnóstico que foi dito a família inicialmente e não ao usuário. O que, para Tabeleão (2014), se o familiar que cuida se torna um grande aliado no tratamento do doente, este também deve ser inserido no programa de tratamento como paciente e, também, deve receber atendimento médico de mesma intensidade que o paciente psiquiátrico. Assim, a ajuda mútua no contexto familiar é a principal e mais importante adaptação na convivência com a pessoa com sofrimento mental (VICENTE, et al, 2013).

Voltando às falas, alguns usuários não estavam com informações bem definidas sobre o diagnóstico que receberam:

Pesquisador: *Dona Fulana? A senhora não sabe uma palavra assim certinha, né? Que defina?*

Usuária: *Não.*

Geralmente as pessoas apresentam sintomas no seu dia a dia, gerados por motivos externos e, ao chegar em situações mais graves, o CAPS é acionado:

“Se sentia triste... Isolada... Participei do CAPS... Participou das atividades.... Tudo isso foi bom, ocupou minha mente. Afastava aqueles pensamento ruins”.

“Ai como eu vivia toda me tremendo, com fastio, muito magra. Só tava couro e osso. Não conseguia comer, nem beber, nem nada. E com frio, só vivia com frio, só vivia no sol com frio. Ai vim pra aqui”.

“Mais de ano, mas foi à depressão. Por que um filho meu veio de São Paulo e fez muita raiva. E faz ainda”.

“Muita dor de cabeça...”

Há, ainda, relatos de minimização da sua situação, tratando os sintomas por termos redutivos e vagos. São repertórios do senso comum, mesclando com falar que apresentam códigos cientificistas:

“Eu entrei em depressão. Em vez em quando eu tenho uma crisezinha.”

“E um problema na cabeça. Um transtornozinho bem levezinho, né?!”

“Síndrome do pânico”

“Recebi diagnóstico médico de Depressão e Distúrbio do humor”.

“Disseram que era depressão. Depois disseram que era surto. Depois disseram que eu “tava” no F29, né?! Era F29, depois chegou aqui mudou. É com eles lá. Um negócio de GG ponto no sei o que. É três códigos lá. Tem F.8, F7.8 que eu me lembro. O outro 33. Não sei o que tem outro, G de epilepsia. Sei lá. Por que eu desmaiava muito”.

“Transtorno mental, depressão e síndrome do pânico”.

Observa-se nos relatos a associação da depressão como diagnóstico principal ou inicial:

“Mais de ano, mas foi à depressão. Por que um filho meu veio de São Paulo e fez muita raiva. E faz ainda”.

“Depressão, pânico e um transtornozinho”.

“Depressão...”

“Também, depressão e... (fala alguma coisa que não compreendo)”

“Depressão... “

“Depressão!”

Nas seguintes falas, é possível observar repertórios sobre a violência sofrida:

“Mais de ano, mas foi à depressão. Por que um filho meu veio de São Paulo e fez muita raiva. E faz ainda”.

“Meu marido deu pra beber, ai arrumou uma amante pertinho de mim e eu vendo a cara dela todo dia, todo dia, todo dia”.

“O caso dela é quase que nem o meu. O meu, eu já tomava remédio há dez anos. Eu tomava remédio através da bebedeira do meu marido. Ele bebia muito, me espancava. Gostava de me espancar, bater né? Batendo, batendo, batendo mesmo”.

“Ai foi, foi, foi aconteceu o assassinato do meu filho, ai foi pior. Ai fiquei tendo crise mesmo, violenta”.

E para encerrar essa subcategoria, Kantorski (2011) conclui seu estudo sobre psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira com as seguintes afirmações, que se assemelham com os diálogos dessa pesquisa, de região geográfica extrema:

Além dos aspectos socioeconômicos e demográficos, também se observou dificuldades relacionadas ao conhecimento dos usuários sobre seu diagnóstico. Existem estudos que apontam que parte deles pode não o saber ou não o mencionar em função de preconceitos e estigmas. É relevante que os usuários conheçam seu diagnóstico e tratamento ao acessarem os distintos serviços de saúde, pois neste estudo considerável parte referiu desconhecimento.

5.2 Sentimentos Pós-Diagnóstico

Seguindo o fluxo apresentando a mim pela equipe do CAPS, que cada usuário é diagnosticado, mesmo temporariamente e, assim, inserido nos cuidados do CAPS, percebe-se, aqui, os efeitos que foram produzidos em cada usuário após receberem o diagnóstico e começarem a participar do CAPS.

Essa realidade está longe de ser exclusiva do serviço em questão, como é possível verificar abaixo, sobre o fluxo de um CAPS tipo II, da cidade de Ribeirão Preto/SP:

O tratamento disponível para os usuários enfatiza consultas médicas e/ou psiquiátricas, diagnóstico, tratamento e medicação esquema psicopatológico. Assim, o trabalho do médico serve como um organizador central em relação aos outros profissionais não-médicos para que o tratamento médico é considerado absolutamente necessário e indispensável (FIORATI, 2013).

Há contrastes no que diz respeito a aceitar ou não aceitar o diagnóstico médico. Mostrando que os efeitos são íntimos e pessoais:

“Eu aceitei, né? Aceitei! Me senti muito feia”.

“Eu me sinto muito ruim com essa doença. Eu fico triste. Começo a chorar me dá uma agonia”.

“Eu achei bom. Eu mesmo achei foi bom”.

Os sentimentos são os mais variados, entre eles, encontramos esse conjunto: angústia, impaciência, tristeza e disfunções de auto imagem.

“Eu não saí porque tenho medo”.

“Eu me sinto muito ruim com essa doença. Eu fico triste. Começo a chorar me dá uma agonia”.

“Ninguém tem paciência com a gente”.

Há, também, sentimentos de indiferença, em que não relatam não ter ocorrido nenhuma alteração na rotina e vida. O que é algo desejável, visto que o CAPS se propõe aproximação entre usuários x família x sociedade.

“Eu faço tudo, faço tudo em casa. Não deixo de fazer nada”.

Como fatores limitantes, encontramos o medo da crise:

“Não viajo pra canto nenhum porque não posso”.

“Limita eu me divertir... Antes a gente se divertia, ia pra uma praia, de viajar que eu viajava muito. Agora não posso ir, porque eu sei que ataca dentro do ônibus, se eu for pra um canto longe, ataca. Ai eu prefiro ficar na casa, dentro de casa. Eu só saio da minha casa pra casa da minha mãe. Ai pronto, só da casa da minha mãe, um pouquinho mais até a porta e pra casa da minha mãe”.

“Eu não saí porque tenho medo”.

Em pesquisa realizada por Correia e Ventura (2014) em que se pretendeu conhecer a experiência das pessoas com o diagnóstico de transtorno do espectro esquizofrênico em tratamento nos CAPS, algumas perguntas ficaram para reflexão e que compartilho aqui:

Que sentido pode ter esta palavra, este diagnóstico, para um usuário de serviços de saúde mental? Em que isto o ajuda a compreender as inusitadas vivências subjetivas que o acompanham, em alguns casos há muito tempo? Qual a relação deste nome com suas experiências de vida e com o percurso de tratamento que muitas vezes ele inaugura?

Percebe-se que, seja por meio da comunicação direta do diagnóstico, ou pela sua presença escrita em algum laudo ou documento, a etiqueta diagnóstica dá ares de pouco servir para responder às inquietações que estas perguntas carregam.

5.3 Sentidos Produzidos Pela Medicação

Os participantes relataram que o acesso à medicação é algo fácil e, algumas vezes, sem controle. Em algum momento um familiar compra facilmente sem receita (fato confirmado através de conversas no cotidiano e registrado em diário de campo), o que consterna com a presença de automedicação com substância psicoativas e de controle.

“A medicação, tem vezes, tem dias que eu pego com a minha irmã, que a minha irmã tem. Minha irmã compra. Ai eu tomo”.

Alguns usuários relataram que a medicação é compartilhada com vizinhos, amigos e familiares, mesmo sem indicação médica para tal. As justificativas dessa prática são as mais diversas, entre elas, se destacam a necessidade de dormir e a dificuldade de encontrar tranquilidade.

Fica nítida a importância que os usuários empregam ao uso do medicamento a fim de evitar crises e, assim, proporcionar conforto.

“Eu “tô” me sentindo muito mais melhor pra se tratar”.

“Fica ruim, né?! Fica ruim, bate a crise de novo...” (se não fizer uso).

“Se deixar de tomar, ela volta” (doença).

É possível supor, após ter analisado o diário de campo, que o desaparecimento das crises está diretamente ligado à “cura milagrosa atribuída a Deus” do adoecimento que os fizeram ir ao CAPS. Muitos contabilizavam, de forma jubilosa, os dias que estavam sem demonstração de crise.

“Agora eu “tô” pensando...eu fiz uma promessa pra Deus me curar. E Deus tá me curando. Já “tá” com cinco meses que eu não tenho nada.”

Porém, nem todo sentimento relativo ao uso dos medicamentos é positivo. Alguns relatam o que se produz no corpo após o uso do medicamento:

“Eu também me dá uma agonia na cabeça”.

“Eu fico muito mal. Parece que por dentro queima. Ai eu fico nervosa, minha voz fica rouca, fico tão agitada”.

Como alternativa a ser implementada pelo CAPS, os autores Onocko-Campos (2013) apresentam o relato de uma tecnologia (Guia GAM) utilizado no Canadá, que propõe que usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e, assim, possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas. Dessa forma, há uma produção e uma possível articulação entre suas redes sociais e qualidade de vida.

Há, também, no Brasil o Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva da equipe interdisciplinar, tendo o apoio matricial, se assim houver necessidade (BRASIL, 2007).

O PTS possui seu *modus operandi* da seguinte forma:

Nas necessidades dos pacientes, que cruzaram com certos modos de cuidados de entendimento, gera ações sob a forma de trabalho. Isto é, um projeto terapêutico é um conjunto de ações configuradas como o resultado de uma interface entre as

ofertas dos profissionais tecnológicos (cuidado, conhecimento e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, o que reflete uma determinada filosofia de trabalho (FIORATI, 2013, p. 23).

5.4 Formas de Conviver Com o Adoecimento

Segundo Canguilhem (2011), para falar de normalidade, se faz necessário acrescentar os conceitos de norma, erro, anomalia, monstruosidade, permitindo desconstruir o conceito de saúde estabelecido, possibilitando o sujeito se reinventar, e não na mera presença de uma enfermidade.

Aqui encontramos novas formas e normas de ser.

Em alguns momentos, as ações que o sujeito introduz na sua rotina, ou as excuta, terão vantagens em superar os sintomas da doença. Observei em todas as falas, que os sujeitos expressavam essas ações com uma certeza encantadora, como mostrando ter descoberto o segredo para superar as limitações.

A apresentação de novas normas, novas formas de ser e de viver, se tornam vivas, produzindo e promovendo saúde:

“Eu gosto de brincar, ouvir música, participar das atividades do CAPS. Quando eu estou nervosa, eu quero que me deixem chorar, chorar, chorar e cantar também. Se não deixarem eu cantar, eu choro”.

“Eu tento não pensar em besteira. Eu tento pensar em coisas boas. Viagens... aí eu fico viajando, vou pra casa da minha mãe no interior. Vou visitar minhas irmãs, me divertir, vou sair, vou pra praia. Vou pra casa da minha irmã tomar banho de praia, vou a igreja”.

Em pesquisa com familiares de usuários de CAPS, Borba (2015), também encontrou resultados semelhantes nas falas dos seus entrevistados:

Atividades relacionadas ao lazer, cultura, artesanato, atividade física, articulação com a rede de suporte social como igrejas, escolas, centros de convivência e clubes devem fazer parte do tratamento em saúde mental. Essa rede de cuidados aliada à mudança no estilo de vida, à terapia farmacológica e ao acompanhamento em serviços substitutivos são imprescindíveis para o processo de ressocialização e resgate e construção de novos vínculos.

Observei que alguns desses fatores intimistas são também atitudes de prevenção do agravamento, ao se perceber o início da crise:

“Eu vou me deitar (risos). Mas eu não consigo dormir, fico vendo coisas na minha frente. Aí tomo o remédio e fico impaciente. Não gosto de assistir televisão, nem conversar com ninguém”.

E há, também, outras normas de ser, incluindo as circunstâncias (locais, situações, pessoas) que proporcionam, aos usuários, formas de produzir prazer e bem estar.

“Eu assisto televisão. Vou a missa da igreja católica...”

“Eu só tento dormir, mas não consigo sempre. Só tento ficar boa. Vou a missa católica também. Não gosto de passear”.

“Eu gosto de brincar, ouvir música, participar das atividades do CAPS. Quando eu estou nervosa, eu quero que me deixem chorar, chorar, chorar e cantar também. Se não deixarem eu cantar, eu choro”.

Ainda sobre esses fatores, nos grupos e em conversas individuais, a religião apareceu como forte fator positivo e procurado pelos usuários.

“Eu também vou à igreja, na evangélica”.

5.5 Percepções de Quando Vai Adoecer

A experiência adquirida pelo sujeito com o tempo, desde a primeira manifestação do adoecimento, traz, em alguns casos, certa autonomia para avaliar quando seu corpo está prestes a manifestar algum sintoma.

Em meu diário, pude registrar conversas com pessoas de várias idades, com histórias de vida diferentes, idade, classe social (menor número), entre outros. Tais registros corroboram com o que afirma Prado (2015) após ouvir histórias de vida de loucos em hospitais gerais:

...as histórias de vida são muito diferentes. Famílias bem-estruturadas, mal estruturadas, pobres, ricos, negros, brancos, famílias grandes e pequenas, do interior ou das grandes cidades. Em nada pareciam obedecer um padrão, como muitas vezes se imagina. Além de todas as diferenças possíveis que encontramos, observamos que cada sujeito significa de modo próprio sua experiência com a loucura, convivendo com ela de formas diversas. A doença mental surgiu em épocas totalmente diferentes na vida de cada um: quando criança, adolescente ou adulto.

Todos são marcados por respostas físicas, sintomas e por antecipações. O corpo indica que algo vai ocorrer, como um aviso, um presságio.

Essa forma de presságio, eu compreendi que é adquirida apenas por alguns usuários, e após um bom tempo vivenciando crises, internações, momentos depressivos e períodos alegres. A seguinte fala resume de forma objetiva todas as demais:

“Ai quando eu vou adoecer, ai já me dá tontura, dor de cabeça... Eu já sei, quando vou adoecer”.

5.6 Mercado De Trabalho

Essa subcategoria expressa, que me entristece, o preconceito que muitos usuários enfrentam no seu dia a dia. O mercado de trabalho ainda é rígido, excludente e preconceituoso com pessoas que enfrentaram momentos psicóticos ou são usuários do CAPS e fazem uso de medicação.

O despreparo dos empregadores é narrado em todas as instâncias do mercado (desde serviços domésticos às grandes empresas).

“Quando descobrem que tomamos remédios para a ‘cabeça’, as patroas nos expulsam. Não nos querem”.

“Eu me estressava muito lá (empresa de grande porte, do setor de prestação de serviço público, em Maceió). Me aposentei lá. Quando eu queria estudar, não me foi dada chance, nem aprendi a ler. Eu queria arrumar um trabalho que me desse muito dinheiro”.

Nas conversas e nos registros que fiz, ficou evidente que há uma segregação social dos sujeitos em sofrimento mental, de forma a fomentar e perpetuar o dualismo segregacionista entre “normais” e “anormais”, de forma a anular toda e qualquer subjetividade e o individualidade dos cidadãos (CORREIA, 2014). Cria-se uma sociedade de produtivos e não produtivos.

Como forma de superar esse movimento de exclusão, os CAPS de Maceió tem apresentado, de forma ainda que tímida, e com pouco apoio das grandes mídias, que a inserção desses usuários na sociedade é possível. São realizados eventos onde os usuários são convidados a irem às ruas, na busca de demonstrar os potenciais que os mesmo possuem, em dias como 18 de Maio e períodos carnavalescos. São realizadas, também, mostras de fotografias realizadas pelos usuários e exposição de produtos artesanais produzidos pelo CAPS em estudo.

O trabalho para pessoas com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas possui uma relevância anterior à entrada destes no processo de reabilitação psicossocial. O trabalho ocupa um lugar de destaque na estruturação e/ou desestruturação de suas vidas (RODRIGUES, 2010).

5.7 O Tratamento

Aqui estão contemplados os diálogos produzidos em relação ao tratamento recebido no CAPS: mostra o tempo que muitos deles participam do CAPS; situações que os levaram a ser inserido em alguma forma de tratamento psicossocial; e falas breves dos efeitos vivenciados na atualidade.

Na saúde mental, o número de queixas relacionadas ao sofrimento mental tem sido notada, com os mais diversos níveis de gravidade, sendo os casos de transtornos mentais, tratados, tantas vezes ainda, sob o viés biológico e farmacológico (SILVA, 2015).

E falando sobre um dos pilares do tratamento, a necessidade de medicação de cada usuário do CAPS deve ser avaliada constantemente pelo serviço. O mesmo pode organizar a

rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração (KANTORSKI, 2011).

Foi possível observar a disparidade de tempo que os usuários fazem uso do serviço:

“Faz tempo já. Estou aqui há 17 anos”.

“Dois anos. É, sem medicação. Por que... Por minha conta, não era pra eu ter parado. Era pela minha conta, eu achava que tava melhor... Ai foi quando deu à crise, ai eu vim parar aqui”.

Assim, esses serviços devem ser comprometidos com tratamento dos usuários e inserção na sociedade, além de uma evitar produção de cronicidade de tratamento.

Ficou nítido, após análise das falas, a dependência entre o sujeito e o CAPS. Tudo isso fragiliza o empoderamento e a reinserção social do institucionalizado (BORBA, 2015). Ainda considera que constatadas as falhas dos serviços extra hospitalares, o hospital psiquiátrico passa a ser utilizado como dispositivo de saúde para intervir na saúde desses usuários.

Costa (2007) discute como o paradigma biomédico potencializa negativamente o transtorno mental, bem como, após acometer determinado indivíduo, fortalece o papel do médico e da medicação como meio prioritário de tratamento. Propomos uma inversão de prioridades, onde o sujeito seja valorizado e o tratamento seja uma construção coletiva entre usuários, profissionais e familiares.

Muitas vezes os serviços estão mais voltados para tratar das crises já deflagradas do que dar seguimento contínuo no tratamento que propiciaria a prevenção delas (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Assim sendo, percebe-se a loucura como:

... uma construção histórica e social, e o direito como uma engrenagem que pode auxiliar e concretizar as políticas segregadoras e desiguais relacionadas aos transtornos mentais, quando edifica leis que respaldam o cerceamento à liberdade, limitam as singularidades, patrocinam a estigmatização e a segregação de sujeitos (CORREIA, 2014, p44).

Precisamos garantir que os usuários se tornem independentes (RODRIGUES, 2010), não tornando-os, assim, dependentes dos serviços de saúde mental e, para tal, são necessárias estratégias executáveis de inserção desse sujeito na sua comunidade, em seus ciclos sociais, garantindo-os autonomia.

Devem amparar os portadores de sofrimento mental com vistas a efetivar a desinstitucionalização, desospitalização, ressocialização e sua reinserção social (JÚNIOR, 2014).

5.8 Repertórios Sobre a Trajetória dos Usuários

Nessa última categoria, é apresentado como era a qualidade de vida de alguns usuários antes do CAPS, percorrendo com os sentimentos gerados pelas internações psiquiátricas e finalizando com os sentidos construídos pela relação que os mesmos possuem com o CAPS atualmente.

Dentre os repertórios apresentados pelos usuários antes do CAPS, pode se resumir na palavra “crise”, sendo essa palavra usada para exemplificar um conjunto de comportamentos que convergiram na busca pelo atendimento psicossocial, são alguns deles: revolta, choro, ideação suicida e agressividade.

É pertinente compartilhar um pensamento sensível e adequado, encontrado na pesquisa de Pereira (2014), onde a pesquisadora buscou apreender sobre as realidades coletivas que lançassem luzes sobre as distintas lógicas assistenciais e práticas profissionais de cuidado a adolescentes em situação de crise psicossocial:

O cuidado à crise, momento ímpar da assistência em saúde mental, envolve o encontro com um forte sofrimento psíquico, não apenas por parte do adolescente, mas também de sua família e dos profissionais de saúde mental, colocando em evidência as possibilidades e limites de cada serviço para servir como enquadre que suporta as vivências caóticas e é capaz de construir e reconstruir estratégias, inventar e reinventar práticas. A crise e o seu tratamento devem envolver movimentos de construção-destruição, de abertura e fechamento, de morte e criação.

Nesta subcategoria, observa-se a recorrência em que esses usuários são submetidos às internações psiquiátricas, onde muitos deles não possuem mais controle do número total de vezes que foram.

Concorda-se com o que diz Willrich, (2013):

Tendo como ponto de partida o Centro de Atenção Psicossocial, que é o articulador da demanda em Saúde Mental no território, acredita-se ser possível evidenciar a mudança que se estabeleceu no País na forma de cuidar da crise, ou seja, em liberdade, longe dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Os sentimentos após o internamento são de vergonha e arrependimento pelas situações ocorridas no período intenso de adoecimento, associado ao de tristeza por ter sido internado mais uma vez.

“Meu pai me internou. Não vou mentir, já perdi as contas de quando me internava”.

“Quase ia sendo internada. Só me internei porque meu marido não deixou não. Ai eu quebrei tudo, derrubei tudo. Foi. Ai me amarraram com umas cordas. Ai me amarraram e aplicaram injeção”.

E findando, os resultados demonstram que a relação com o CAPS é movida, em quase sua totalidade, por amores e alguns poucos dissabores. Algumas falas, expressavam mal-estar gerados no convívio do CAPS, sendo assim, resolvi suprimi-las a pedido dos usuários, por entender expor situações sigilosas.

“Eu mesmo...eu me sinto bem quando chego aqui”.

“Quando a gente chega aqui se sente bem”.

No mais, a participação em grupos, passeios, oficinas, jogos, consultas individuais e demais atividades, são apreciadas pelos usuários, além de ser, segundo as falas, colaboradores no tratamento.

Uma pesquisa em alguns CAPS da região sudeste do Brasil, buscando compreender o empoderamento de usuários em relação ao uso de seus medicamentos, encontrou falas que corroboram com as falas apresentadas pelo CAPS em estuda, em uma região periférica de Maceió:

Nas narrativas dos usuários, os CAPS foram descritos ora como lugar de tratamento e cuidado positivamente avaliado, como fomentador de espaço de escuta, de troca e produção de trabalho; ora como promotor de sentimentos de baixo poder de troca e de participação. Os serviços pareceram estar igualmente marcados por dupla característica: de apoio ao usuário, mas também de tutela (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Tais práticas devem ser incentivadas pelos gestores, além de proporcionar meios para que isso ocorra, a fim de evitar desânimo nos relatos de profissionais que tentam, a cada dia, promover saúde mental.

Além disso, é necessário ressaltar a necessidade de maior comprometimento na construção de práticas de cuidado responsáveis perante a vida dos cidadãos, visto que a produção do ato cuidador é que pode estar implicada com ganhos efetivos na autonomia do usuário (WILLRICH, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar os múltiplos sentidos que são produzidos nos usuários após receberem diagnósticos baseados no capítulo 5 da CID-10. Entre eles, quando o diagnóstico é dito a família inicialmente e não ao usuário; perpassando pelo pouco conhecimento sobre seu adoecimento, alto índice de internação psiquiátrica e permanência por longos prazos em tratamento no CAPS.

Ficaram visíveis os sentimentos que foram gerados após cada diagnóstico médico dado, algumas narrativas demonstravam aceitação, enquanto outros, não conseguem conviver com essa realidade. Os sentimentos mais apresentados foram de tristeza e angústia.

Quase todos os usuários ouvidos relataram uso de medicamentos. Ficou evidente que o acesso à medicação é livre entre os familiares, o que acende alerta para a automedicação. A maioria relata fazer uso regular dos medicamentos, a fim de evitar crises, o que por sua vez, gera o sentido de ‘cura’ após desaparecimento dos episódios.

Fica destacada a importância do PTS como acessório no cuidado, conhecimento e contribuição no tratamento.

Em relação ao tratamento, observou-se que o alto índice de internações psiquiátricas mostra uma fragilidade de resolução de problemas na rede extra hospitalar, como constatado fala de uma usuária que relatou fazer uso do CAPS por 17 anos.

Os sentimentos que surgiram após o internamento em sua maioria são de vergonha e arrependimento, pelas atitudes tomadas na crise.

No tocante a institucionalização, os usuários apontam sentimentos positivos em participar dos grupos, passeios, oficinas, jogos, consultas individuais e demais atividades, colaborando até para o desenvolvimento do tratamento.

Assim sendo, o escutar permite que seja considerada a subjetividade dos sujeitos implicados no modo de produzir a atenção à saúde. As múltiplas subjetividades que circularam e continuam assim no serviço de atenção psicossocial, requerem cuidados singularizados, competentes e humanizados.

Os dispositivos do acolhimento, da escuta, da comunicação e do relacionamento interpessoal constituem modos de como fazer a consolidação das redes de atenção, por meio da afirmação dos vínculos e, conseqüentemente, da responsabilização, numa lógica de valorização do sujeito singular.

Pretendeu-se, ainda, com esse estudo, contribuir no enriquecimento do conhecimento sobre os sentidos que são construídos/compreendidos dentro dessa proposta dialógica e poder

compartilhar com outros, a fim de promover reflexões que gerem resultados positivos para usuários e equipe técnica.

Ações que aproximem os usuários da sociedade devem ser incentivadas cada vez mais, para que o processo de tratamento seja acelerado e o empoderamento do usuário seja efetivado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Haiana Maria de Carvalho; DOURADO, Lidiane Bento Ribeiro; CORTES, Verônica da Nova Quadros. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2965-2975, Outubro 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001800021&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000021>.

ARAGAKI, Sérgio Seiji; PIANI, Pedro Paulo; SPINK, Mary Jane. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1 ed. Rio de Janeiro: 2014. p. 247-272.

ARENDRT, Ronald João Jacques. Construtivismo OU construcionismo? Contribuições Deste debate parágrafo a Psicologia Social. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p.05-13, abril de 2003. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho de 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100002>.

BENEDICTO, Rubia Paixão et al. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), [S.l.], v. 9, n. 1, p. 25-32, abr. 2013. ISSN 1806-6976. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/77411>>. Acesso em: 22 Nov. 2014.
doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i1p25-32>.

BOLETIM nº 23 – 1º trimestre 1996. **A décima revisão da classificação internacional de doenças - CID-10 e as estatísticas de mortalidade**.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 88-94, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde em dados**. 7. ed. ano V, nº7. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992.

BRÊDA M. Z., RIBEIRO M. C., SILVA P. P. A. C., SILVA R. C. O., COSTA T. F.. A avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas: a opinião dos usuários. **Rev Rene** 2011. v. 12, n. 4, 2012.

BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado et al. **Como fazemos para trabalhar com a dialogia**: a pesquisa com grupos. In: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli. **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. 1 ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 73-93.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2011. Passim.

CARDONA, Milagros García; CORDEIRO, Rosineide Meira; BRASILINO, Jullyane. **Observação no cotidiano**: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In.: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli. **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. 1 ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. P. 123-148.

CHAVES, Patrícia Lemos; COSTA, Veridiana Tavares; LUNARDI, Valéria Lerch. A enfermagem frente AOS DIREITOS de patients hospitalizados. **Texto contexto -. Enferm .**, Florianópolis, v 14, n. 1, p. 38-43, março de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Maio 2016.

CINTRA, T. S. **Sentidos construídos com profissionais de saúde da família sobre trabalho em equipe**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl., Outubro. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

COSTA, Paulo José da. A loucura não Procusto leito de. **Psicol. estud.** , Maringá, v. 12, n. 3, p. 651-653, dezembro de 2007. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de maio de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000300023>.

EPM. A Classificação Internacional das Doenças. **Escola Paulista de Medicina**. Disponível em: <<http://www.epm.br>>. Acesso em 11 Nov 2014.

FIORATI, Regina Celia; SAEKI, Toyoko. The prevalence of medical/clinical technology over psychosocial care actions in outpatient mental health services. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2957-2963, Outubro. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000020&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 Maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000020>.

GANGUILHEM, G. Doença, cura e saúde. In: CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

GRASSI, Paulo R.; LAURENTI, Ruy. Implicações da introdução da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 43-47, set. 1998. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000300005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000300005>.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, Junho 2001. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>.

CORREIA, Rubens Junior; VENTURA, Carla Arena. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil—da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 40-60, 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Cidadania e o direito à saúde nos serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 326-334, 2013.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1481-1487, 2011.

LAURENTI, Ruy. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 3, n. 2, p. 00-00, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 13 Nov. 2014.

LAURENTI, Ruy. Décima revisão da classificação internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde (CID-10): a revisão do final do século. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 118, n. 3, p. 273-280, 1995. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v118n3p273.pdf>>. Acesso em 15 Out. 2014.

LEMES, Alisséia Guimarães et al. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 13, 2015.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo Pimentel. **Diários como atuantes em nossas pesquisas**: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, Mary Jane Paris; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1 ed. Rio de Janeiro: 2014. p. 247-272.

OLIVEIRA, Leonor da Rocha Machado et al. O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 152-159, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **CID-10, tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português**. 9 ed. Rev - São Paulo: EDUSP, 1993.

ONOCKO, Campos et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro. Vol. 18, n. 10, p. 2889-2898. 2013.

PASSOS, Rachel Gouveia; PORTUGAL, Sílvia. BREVE BALANÇO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise comparativa Brasil e Portugal a partir das experiências dos residenciais terapêuticos. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 91-102, 2015.

PAULON, Simone et al. A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 25, p. 24-42, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 23 maio 2016.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, 2014.

PERRONE, Pablo Andres Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.

PICCININI, Walmor J. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil. **Psychiatry Online Brasil**, vol. 11, 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal1106.php>>. Acessado em 22 Nov. 2014.

PRADO, Marina Fernandes do. **O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015.

PUCHIVAILO, Mariana Cardoso; SILVA, Guilherme Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado. A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 19, n. 2, p. 230-239, 2013.

REED, Geoffrey M. Incorporação das perspectivas brasileiras e latino-americanas na classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID-11. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, supl. 1, p. s1-s2, Maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000500002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 Maio 2015.

RIBEIRO, Mara Cristina. **A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-17042012-112917/>.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patricia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 1, p. 1615-1625, 2010.

ROSA, A. R.; TURETA, C.; BRITO, M. J. Práticas discursivas e produção de sentidos nos estudos organizacionais: a contribuição do construcionismo social. **Revista Contemporânea de Economia e Gestão**. Fortaleza: v 4 n. 1 p. 41-52. 2006.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 324-335, 2013.

SANTOS, Yalle Fernandes dos. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. **Psicol. Argum., Curitiba**, v. 27, n. 59, p. 313-322, out./dez. 2009.

SCHOLZ, Danielle Celi Santos et al. A construção do projeto terapêutico de um CAPS no sul do Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 27, p. 65-69, 2015.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio. **O acolhimento realizado quando se faz um mergulho na história oral de vida da pessoa em sofrimento mental**. Universidade Federal de Alagoas. **Biblioteca Central**. Divisão de Tratamento Técnico. Alagoas: 2013.

SILVA, Maria Aparecida Santiago da; TULESKI, Silvana Calvo. Patopsicologia Experimental: Abordagem histórico-cultural para o entendimento do sofrimento mental. **Estud. psicol.(Natal)**, v. 20, n. 4, p. 207-216, 2015.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; PEREIRA, Maria Auxiliadora; KANTORSKI, Luciane Prado. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, n. 1, p. 92-97, 2003.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentido no cotidiano**. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2004.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas. In: Spink, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, Mary Jane P. Linguagem e produção sentidos no cotidiano. **Biblioteca Virtual de Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1 ed. Rio de Janeiro: : Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014a.

SPINK, Peter; RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira; CONEJO, Simone Peixoto; SOUZA, Eliete de. In.: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1 ed. Rio de Janeiro: : Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014b.

TABELEÃO, Viviane Porto; TOMASI, Elaine; QUEVEDO, Luciana de Ávila. **Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados**, 2014.

TANGO, RC. **Análise da Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Monografia de Mestrado Integrado em Medicina na Universidade da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde. Ubithesis, Covilhã: 2010. Disponível em: <[https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/870/1/monografia%20mestrado%20Rafael%20Casa grande%20Tango.pdf](https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/870/1/monografia%20mestrado%20Rafael%20Casa%20grande%20Tango.pdf)>. Acessado em 22 Nov. 2014.

VENTURA, Carla Aparecida Arena; BRITO, Emanuele Seicenti de. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 4, 2012.

VICENTE, Jéssica Batistela et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013.

VILHENA, Junia de; ROSA, Carlos Mendes. **Na Trama da Cultura: A psicanálise para além das quatro paredes**. Psicanálise e outros saberes. Rio de Janeiro: Editor José Nazar, Cia. de Freud. FAPERJ, p. 109-132, 2012.

WILLRICH, Janaina Quinzen, et al. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.3,p. 657-663, 2013.