

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Vanessa de Oliveira Beghetto Penteado

**A expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia: contribuições da
Psicologia Histórico-Cultural**

Maringá
2024

VANESSA DE OLIVEIRA BEGHETTO PENTEADO

**A expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia: contribuições da
Psicologia Histórico-Cultural**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Processos educativos e práticas sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Calvo Tuleski
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Melissa Rodrigues de Almeida


Maringá
2024

VANESSA DE OLIVEIRA BEGHETTO PENTEADO


**“A EXPRESSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL.”**


Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.


COMISSÃO JULGADORA


Profa. Dra. Silvana Calvo Tuleski
(Orientador-Presidente)


Profa. Dra. Melissa Rodrigues de Almeida
(Co-orientadora)


Profa. Dra. Renata Heller de Moura
Primeira Examinadora


Prof. Dr. Fernando Wolf Mendonça
Segunda Examinadora


Profa. Dra. Renata Bellenzani
Terceira Examinadora


Profa. Dra. Flávia Gonçalves da Silva
Quarta Examinadora

Aprovado em: 08 de março de 2024.
Defesa realizada na Sala de Vídeo do Bloco 118.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

P419e

Penteado, Vanessa de Oliveira Beghetto

A expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia : contribuições da Psicologia Histórico-Cultural / Vanessa de Oliveira Beghetto Penteado. -- Maringá, PR, 2024.
359 f. : tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Calvo Tuleski.

Coorientadora: Profa. Dra. Melissa Rodrigues de Almeida.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.

1. Esquizofrenia. 2. Sofrimento psíquico. 3. Psicologia Histórico-Cultural. 4. Centro de Atenção Psicossocial. 5. Cuidado em saúde. I. Tuleski, Silvana Calvo, orient. II. Almeida, Melissa Rodrigues de , coorient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

CDD 23.ed. 154.24

AGRADECIMENTOS

À Silvana por todos esses anos de orientação, pelo suporte teórico, correções, discussões, à presença fundamental em toda minha trajetória na pós-graduação, que mudou minha relação com os estudos, e direta ou indiretamente abriu caminhos em minha vida. Também pelas trocas, acolhimentos, pelos momentos de risada e descontração.

À Melissa, pela coorientação, discussões e tempo disponibilizado em meio a muitas tarefas. Pela referência de dedicação desde a graduação, que nos inspira a estudar, a encontrar soluções. Foi um prazer para mim, construir este trabalho com seu suporte.

Aos professores da banca, Renata Bellenzani, Renata Heller, Flávia, Fernando e também aos suplentes, Vitor e Ednéia, por aceitarem o convite. Pelas imensas contribuições desde a banca de qualificação, quando ainda existiam muitas dúvidas sobre a pesquisa. O rigor científico, as indicações e discussões compuseram a estrutura e o conteúdo deste trabalho e foram fundamentais para o desenvolvimento.

Aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), seus familiares e aos profissionais, que contribuíram imensamente tornando esta pesquisa possível. Também às profissionais da Psicologia Histórico-Cultural, pelas reflexões que tanto agregaram ao trabalho.

Às professoras e professores, estudantes e técnicas/os da Universidade Estadual de Maringá, que somaram ao processo e/ou o tornaram possível.

À minha família pelo apoio, pelo incentivo, pelas ligações, transmitindo forças em momentos mais delicados. À minha mãe, por ter me ajudado presencialmente tantas vezes. Ao meu pai, pelo incentivo à pesquisa. Ao Quinho, meu irmão, que agora também é um pesquisador, por confiar tanto no meu trabalho, e à Ana Rosa, que nos encanta todos os dias com sua doçura e nos faz desejar construir um mundo mais leve.

Ao Dirceu, pela imensa paciência, pelo suporte, pela forma querida com que demonstra cuidado. Em especial por ter assumido todas as demandas domésticas nos últimos meses, por tudo que existe ter virado uma “tarefa masculina”. Também pela atenção e auxílio nas leituras deste trabalho e na formatação.

À Rebecca, por ser uma amiga tão presente mesmo tão distante, por ser referência para mim e por ter me ajudado em momentos difíceis que apenas duas doutorandas ao mesmo tempo entenderiam.

À Lais pela amizade, por sempre estar presente quando eu tinha as mais inusitadas dúvidas, pela alegria que traz para a vida, um dos maiores presentes da pós-graduação. Também à Cris, pela amizade de tantos anos, paciência, cuidado e carinho sempre presentes. Agradeço, de forma geral, a todas as demais amigadas da pós-graduação, pelas trocas e aprendizagens compartilhados no processo.

Às minhas primas, Bruna e Luiza pela amizade, preocupação, por conversas sérias e outras nem tanto, pelo carinho que se mantém mesmo à distância.

Às amigas da graduação, Mariana, Giovana, Vitória e Carolina, por ouvirem boa parte das reclamações cotidianas, pelas reflexões conjuntas, pela amizade que se mantém.

Aos amigos de Paranaíba, pela presença, risada, problemas compartilhados, a vida aqui com vocês é muito mais fácil, Luciana, Gisele, Joceli, Julia, Cintia, Lucélia, Ana Paula, Chiara, Jainara, Raphael, Leandro.

Aos trabalhadores do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Paranaíba, também por terem ouvido reclamações e principalmente questionamentos por muitos anos, em especial à Juliana pela amizade, por ter sido paciente quando precisei. Também aos trabalhadores da Delegacia da Mulher de Paranaíba, em especial à Eva Maira, pela compreensão e flexibilidade, essenciais para a finalização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo investigar a expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia, por meio da fundamentação teórica da Psicologia Histórico-Cultural. Discutimos as estratégias de cuidado em saúde mental direcionadas às pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia que se oponham a lógica biomédica, com contribuições da reforma psiquiátrica, da Saúde Coletiva de orientação marxista, além de propostas de instrumentos e ferramentas que constroem alternativas de cuidado que não se amparam fundamentalmente nos princípios do modelo biomédico. A Organização Mundial de Saúde apresenta que, em todo o globo, 24 milhões de pessoas sofrem de esquizofrenia, sendo a sétima principal causa de incapacidade no mundo. A maior parte dos indivíduos torna-se incapaz de reestabelecer relações laborais e interpessoais. Abordamos a centralidade que o diagnóstico da esquizofrenia assume para os estudos da psiquiatria baseados no modelo biomédico. As hipóteses da esquizofrenia são amparadas majoritariamente em aspectos orgânicos e que cindem as características humanas em polos biológicos e sociais. Como resposta a essas demandas, as formas clássicas da psiquiatria e do modelo biomédico, do manicômio ao enclausuramento medicamentoso, têm construído uma iatrogênese social, com impactos e consequências indesejadas resultantes da intervenção da medicina. Em contraposição às hipóteses etiológicas da esquizofrenia, o campo da Saúde Coletiva discute, sem negar a dimensão biológica, como os aspectos histórico-sociais do processo saúde-doença estão alicerçados na estrutura da sociedade. Realizamos uma pesquisa de campo, que contou com duas etapas, conforme as possibilidades concretas do contexto pandêmico do período da pesquisa. A primeira etapa foi presencial, em um CAPS I de um cidade do interior da região Centro-Oeste do Brasil, com usuários com diagnóstico de esquizofrenia e seus familiares, bem como com os profissionais que os acompanham. A segunda parte foi realizada remotamente, com psicólogas de diversos municípios, que atuam ou atuaram em CAPS no atendimento a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, e que norteiam sua prática por meio da PHC. Com base nos princípios da Psicologia Histórico-Cultural acerca do desenvolvimento do psiquismo, discutimos a predominância das unidades biológico-social e afetivo-cognitiva nos sistemas psicológicos, na formação da linguagem e também nas desorganizações/desestruturações que ocorrem em situações de sofrimento psíquico de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Sintetizamos a análise da pesquisa de campo com os usuários do CAPS em seis eixos: as mutações do sofrimento psíquico nas histórias de vida; o papel da linguagem nos sistemas psicológicos e os impactos sobre a consciência e personalidade; a construção dos sistemas de significação e impactos gerados no processo de adoecimento; as repercussões da ruptura da unidade afetivo-cognitiva na esquizofrenia; o impacto das situações críticas na estrutura da personalidade: construção da autopercepção e da heteropercepção; e a expressão dual da esquizofrenia, os sintomas e contra-sintomas como expressão do sofrimento psíquico. Consideramos que esta análise se aproxima de nossas investigações acerca do sofrimento psíquico na esquizofrenia, caracterizando-a como um produto de gênese social. Destacamos a necessidade histórica da oposição às práticas biomédicas e de medicalização social: o tratamento psicofarmacológico tem sido o único recurso que pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia têm acessado, em especial as da classe trabalhadora; por isso salientamos a necessária construção de alternativas terapêuticas que acolham e suportem situações de crise, substituindo a internação psiquiátrica, visando sua completa superação. Concluímos que essas são disputas necessárias à uma visão humanizada das expressões do sofrimento psíquico, aliada a promoção de práticas que potencializem a autonomia e o desenvolvimento humano dos usuários. Se nos humanizamos por meio dos outros, são as

atividades enriquecidas culturalmente, que estimulem novas necessidades, motivos geradores de sentidos pessoais que permitem criar vias colaterais de superação dos processos críticos destrutivos e práticas sociais debilitadoras. O objetivo deve ser a socialização de espaços que ofereçam vínculos, na contramão do isolamento, ampliando as capacidades para lidar com as expressões do adoecimento, com múltiplas relações de dependência, em direção a processos protetores que permitam a reorganização de funções especificamente humanas.

Palavras-chave: esquizofrenia; Psicologia Histórico-Cultural; cuidado em saúde; sofrimento psíquico; Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This work aimed to investigate the expression of psychological suffering in schizophrenia, through the theoretical foundation of Historical-Cultural Psychology. We discuss mental health care strategies aimed at people diagnosed with schizophrenia, which oppose biomedical logic, with contributions from psychiatric reform, Collective Health with a Marxist orientation, as well as proposals for instruments and tools that build care alternatives that are not fundamentally supported by the principles of the biomedical model. The World Health Organization reports that, across the globe, 24 million people suffer from schizophrenia, with schizophrenia being the seventh leading cause of disability in the world. Most individuals become unable to re-establish work and interpersonal relationships. We address the centrality that the diagnosis of schizophrenia assumes for psychiatry studies based on the biomedical model. The hypotheses of schizophrenia are mostly supported by organic aspects and which divide human characteristics into biological and social poles. In response to these demands, the classic forms of psychiatry and the biomedical model, from the asylum to drug confinement, have constructed a social iatrogenesis, with impacts and unwanted consequences resulting from the intervention of medicine. In contrast to the etiological hypotheses of schizophrenia, the field of Public Health discusses, without denying the biological dimension, how the historical-social aspects of the health-disease process are based on the structure of society. We carried out field research, which consisted of two stages, according to the concrete possibilities of the pandemic context during the research period. The first stage was in person, in a CAPS I in a city in the interior of the Central-West region of Brazil, with users diagnosed with schizophrenia and their families, as well as the professionals who accompany them. The second part was carried out remotely, with psychologists from different municipalities, who work or have worked in CAPS in caring for people diagnosed with schizophrenia, and who guide their practice through PHC. Based on the principles of Historical-Cultural Psychology regarding the development of the psyche, we discuss the predominance of biological-social, affective-cognitive units in psychological systems, in the formation of language and also in the disorganization/destructuring that occurs in situations of people's psychological suffering diagnosed with schizophrenia. We synthesized the analysis of field research with CAPS users into six axes: the mutations of psychological suffering in life stories; the role of language in psychological systems and the impacts on consciousness and personality; the construction of systems of meaning and impacts generated in the illness process; the repercussions of the rupture of the affective-cognitive unit in schizophrenia; the impact of critical experiences on personality structure: construction of self-perception and hetero-perception; and the dual expression of schizophrenia: symptoms and counter-symptoms as an expression of psychological suffering. We consider that this analysis is close to our investigations into psychological suffering in schizophrenia, characterizing it as a product of social genesis. We highlight the historical need to oppose biomedical practices and social medicalization: psychotropic treatment has been the only resource that people diagnosed with schizophrenia have accessed, especially those from the working class; That is why we emphasize the necessary construction of therapeutic alternatives that welcome and support crisis situations, replacing psychiatric hospitalization, aiming to completely overcome them. We conclude that these are necessary disputes for a humanized view of the expressions of psychological suffering, combined with the promotion of practices that enhance the autonomy and human development of users. If we humanize ourselves through others, it is culturally enriched activities that stimulate new needs, motives that generate personal meanings that allow

us to create collateral pathways for overcoming destructive critical processes and debilitating social practices. The objective must be the socialization of spaces that offer bonds, contrary to isolation, expanding the capabilities to deal with the expressions of illness, with multiple relationships of dependence, towards protective processes that allow the reorganization of specifically human functions.

Keywords: schizophrenia; Historical-Cultural Psychology; health care; psychological suffering; Psycho-social Attention.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PHC - Psicologia Histórico-Cultural

OMS - Organização Mundial da Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

MLA - Movimento da Luta Antimanicomial

SUS - Sistema Único de Saúde

PT – Partido dos trabalhadores

MG – Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

PTS - Projeto Terapêutico Singular

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

MDS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

CT - Comunidade Terapêutica

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

CFP - Conselho Federal de Psicologia

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

AT - Acompanhante Terapêutico

eMULTI - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde

GAM - Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação

GO - Grupos de Ouvidores de Vozes

APA – Associação Americana de Psicologia

UEM - Universidade Estadual de Maringá

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UNESP - Universidade Estadual Paulista

MS - Ministério da Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

COHAB - Companhia de Habitação Popular

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

CPF - Cadastro de Pessoa Física

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LGBTQIAP+ - lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, interssexuais, assexuais e pansexuais

BO – Boletim de Ocorrência

TR - Técnico de Referência

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dos usuários entrevistados do CAPS	77
Tabela 2 - Principais informações das histórias de vida dos usuários do CAPS em sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia.....	132
Tabela 3 - Entrevistas com as profissionais da PHC	139
Tabela 4 - A periodização do desenvolvimento humano e a centralidade das funções psicológicas	181

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - A EXPRESSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA: DA GÊNESE ÀS FORMAS DE CUIDADO EM SAÚDE	27
1.1 A GÊNESE DA ESQUIZOFRENIA – RETOMANDO ESTUDOS E ATUAIS QUESTIONAMENTOS	29
1.2 O PERCURSO HISTÓRICO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	40
CAPÍTULO II - APROXIMAÇÕES À REALIDADE CONCRETA: DA VIDA DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	68
2.1 LOCAL DE PESQUISA.....	70
2.1.1 Primeira etapa – CAPS I.....	70
2.1.2 Segunda etapa – Entrevista remota com profissionais de Psicologia indicados por docentes.....	71
2.2 PARTICIPANTES.....	71
2.2.1. Participantes da primeira etapa da pesquisa – etapa presencial no CAPS I	71
2.2.2. Participantes da segunda etapa da pesquisa – etapa virtual com profissionais de Psicologia que atuam amparados na abordagem da Psicologia Histórico-Cultural.....	73
2.3 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	74
2.4 A HISTÓRIA DE VIDA DOS USUÁRIOS DO CAPS PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO.....	76
2.4.1. Augusto	78
2.4.2. Caetano	88
2.4.3. Cecília.....	102
2.4.4. Francisco.....	110
2.4.5. Oto.....	119
2.5 TABELA COM AS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES DAS HISTÓRIAS DE VIDA DOS USUÁRIOS DO CAPS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DIAGNOSTICADOS COM ESQUIZOFRENIA.....	131
2.6 A PESQUISA DE CAMPO COM AS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL	139
2.6.1. A esquizofrenia e o trabalho realizado com os usuários do CAPS.....	140

2.6.2. Condições de trabalho das profissionais e o contexto social em que o serviço está inserido	146
2.6.3. Sínteses e limitações da perspectiva teórica da Psicologia Histórico-Cultural na intervenção.....	148
CAPÍTULO III – O PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E A INDISSOCIABILIDADE DA UNIDADE BIOLÓGICO-SOCIAL: INVESTIGAÇÕES A RESPEITO DA ESSÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA	151
3.1 A UNIDADE AFETIVO-COGNITIVA E BIOLÓGICO-SOCIAL NO DESENVOLVIMENTO HUMANO	152
3.2 AS RELAÇÕES INTERFUNCIONAIS DOS SISTEMAS PSICOLÓGICOS...	169
3.3 A PALAVRA COMO CÉLULA DA CONSCIÊNCIA	183
3.4 A ESQUIZOFRENIA NA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL	194
CAPÍTULO IV - INVESTIGAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA	211
4.1 ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO: AS MUTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS HISTÓRIAS DE VIDA.....	211
4.1.1 Análise dos estudos de caso: o sofrimento psíquico e consolidação do diagnóstico de esquizofrenia	229
4.2 O PAPEL DA LINGUAGEM NOS SISTEMAS PSICOLÓGICOS: IMPACTOS SOBRE A CONSCIÊNCIA E PERSONALIDADE	239
4.3 A CONSTRUÇÃO E O IMPACTO DOS SISTEMAS DE SIGNIFICAÇÃO EM PESSOAS COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA	248
4.4 REPERCUSSÕES DA RUPTURA DA UNIDADE AFETIVO-COGNITIVA NO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA	259
4.5 O IMPACTO DAS SITUAÇÕES CRÍTICAS NA ESTRUTURA DA PERSONALIDADE: CONSTRUÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO E DA HETEROPERCEPÇÃO.	267
4.6 A EXPRESSÃO DUAL DA ESQUIZOFRENIA: SINTOMAS E CONTRA-SINTOMAS COMO EXPRESSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO	278
CAPÍTULO V - A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	288

5.1 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA ESQUIZOFRENIA: UMA EXPRESSÃO PARTICULAR DO ADOECIMENTO, DA CRONIFICAÇÃO E A IATROGENIA SOCIAL.....	289
5.2 O CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: PRINCÍPIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS CLÍNICAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	303
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	336
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	342
APÊNDICE A.....	352
APÊNDICE B.....	355
APÊNDICE C	358
APÊNDICE D	359

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo geral a compreensão da expressão de sofrimento psíquico e das estratégias de cuidado em saúde de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia com base na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural (PHC). Para tanto, elaboramos uma pesquisa de fundamentação teórica, com base em autores clássicos e atuais que versam sobre a temática. Posteriormente, realizamos uma pesquisa de campo para obter um material amparado na realidade concreta e que possibilitasse à investigação. Entendemos que o desafio que se desdobra da pesquisa de campo é a formulação de categoria(s) de análise que proporcione(m) a construção de novos substratos teórico-práticos para a compreensão do sofrimento psíquico na esquizofrenia e das práticas de cuidado em saúde. Propomos abordar a temática por meio das contribuições da Psicologia Histórico-Cultural, da Saúde Coletiva e dos acúmulos da reforma psiquiátrica. Considerando aspectos histórico-sociais, pretendemos analisar a determinação social do processo de saúde-doença na esquizofrenia e alternativas que contribuam para as estratégias de cuidado em saúde mental. Tecemos algumas hipóteses, centrais no desenvolvimento do trabalho, acerca da expressão agudizada do sofrimento psíquico na esquizofrenia como resultado de rupturas na unidade afetivo-cognitiva, e/ou de violações na execução da atividade principal da vida dos sujeitos, intensificando quadros já desorganizados no psiquismo. Além disso, discutimos a hipótese de que os sintomas da esquizofrenia poderiam ser amenizados caso houvesse condições concretas inseridas na sociedade para compreender os sinais de adoecimento, oferecendo amparo para lidar com os conteúdos sem estigma e isolamento e possibilitando reais formas de reorganização dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) apresenta que, em todo o globo, 24 milhões de pessoas sofrem de esquizofrenia, totalizando cerca de 1% da população mundial. O relatório destaca ainda que a esquizofrenia é a sétima principal causa de incapacidade no mundo, e dentre as causas, esse diagnóstico é responsável por 2,8% da população mundial na faixa de 15-44 anos. A maior parte dos indivíduos torna-se incapaz de restabelecer relações laborais e interpessoais. Brasil (2013a) salienta que a esquizofrenia e as psicoses afetivas (transtorno bipolar) são diagnósticos recorrentes nos cuidados em saúde realizados pela atenção básica, e que dois em cada cem adultos são impactados por essas formas de sofrimento psíquico.

Papa (2021) retoma o histórico da caracterização psiquiátrica da esquizofrenia no século XX, por meio dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), nas versões publicadas até o presente momento (DSM I, II, III, III-R, IV, IV-TR, V e V-R). Consideramos importante esse resgate histórico pois nos permite avaliar a compreensão da esquizofrenia por meio da perspectiva biomédica, hegemônica neste campo de conhecimento. Dessa forma, a autora apresenta que o DSM-I, publicado em 1952, amparava-se em uma compreensão da doença mental como reação aos problemas da vida, com influência psicanalítica. A esquizofrenia era caracterizada por reações do comportamento que se dividiam em subtipos: simples, hebefrênica, catatônica, paranoide, agudo indiferenciado, crônico indiferenciado, esquizoafetiva, infantil, residual. O diagnóstico se dava de acordo com a análise de enquadramento dos sintomas mais característicos. Observava-se se o comportamento era afetado por uma redução de afetos e empobrecimento de relações; pela expressão de sentimentos de maneira inapropriada, imprevisível, permeado por delírios e alucinações; por uma postura depressiva, de isolamento, irritação, passando de um estado vegetativo a uma excitação motora repetitiva; por pensamentos irrealistas, delírios de grandeza, atitudes agressivas ou religiosidade exacerbada. Havia ainda o subtipo indiferenciado, quando existia a presença de diversos sintomas.

No período em que foi lançado o DSM-II (1968), o cenário internacional era de uma grande desospitalização e de substituições de tratamentos manicomiais por farmacológicos. Além disso, a OMS adquiria grande relevância com a oitava edição da Classificação Internacional de Doenças - CID. A caracterização da esquizofrenia passa a ser de uma categoria ampla com distúrbios de pensamento, humor e comportamento. Essa versão do manual mantém as subdivisões do DSM-I. Já no período de lançamento do DSM-III (1980), observa-se de um lado o avanço dos antipsicóticos e da indústria farmacêutica e de outro o embate realizado pelo movimento da antipsiquiatria, que criticava a psiquiatria norte-americana, que ao enfatizar a eficiência e racionalidade deixava de lado os problemas sociais e científicos dos anos 1970. O DSM-III apresenta uma tentativa de solucionar essa crise por meio de uma mudança radical na concepção da psiquiatria, que até então centrava-se na psicanálise e observação das histórias de vida, e passa a apresentar o modelo biomédico que busca padronizar as práticas diagnósticas por meio da uniformidade de sintomas. Para tanto, os critérios se tornam mais específicos, em tamanho do manual, que passa de cerca de 100 páginas para 500 e dobra a quantidade de categorias diagnósticas. A esquizofrenia é então subdividida em paranoide,

desorganizada, catatônica, indiferenciada e residual. No DSM-IV (1994), dobrou-se o número de páginas atingindo cerca de mil folhas, e o número de categorias diagnósticas, que chegou a quase 400. Esse manual atingiu grande popularidade e passou a ser utilizado em amplos setores da sociedade, como o jurídico, hospitalar, escolar, etc. Em relação às alterações qualitativas, ocorreu a inclusão de critérios de significância clínica, isto é, a categoria deve apresentar sintomas que constituam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social (Papa, 2021).

Na classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-5 (APA, 2014), observamos a extinção dos subtipos e uma ampliação da categoria diagnóstica. A esquizofrenia é descrita dentro do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, que representa grave sofrimento psíquico. Para que o indivíduo seja diagnosticado, deve apresentar no período de ao menos um mês, dois ou mais sintomas, sendo: delírio, alucinação, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado, sintomas negativos (falta de motivação, de interesse, apatia, isolamento, prostração); sendo que um dos aspectos deve corresponder a um dos três primeiros sintomas apresentados (positivos) (APA, 2014).

Nesta quinta edição do DSM, o manual mais utilizado atualmente para classificar e rotular os transtornos psiquiátricos, os limites da esquizofrenia se tornam muitos mais fluidos e turvos. Os subtipos antes bem definidos, alguns dos quais refletiam claramente o isolamento e apagamento desses indivíduos tais como a esquizofrenia residual ou a refratária, perdem o sentido e sua função fora do asilo à medida que a ideia de espectro ganha força. Esta por sua vez busca incluir o máximo possível de indivíduos que se apresentam em uma órbita de sintomas, mas que não completariam os critérios diagnósticos presentes nas versões anteriores desse manual. É uma tentativa de abarcar sintomas semelhantes ou próximos, mais ou menos brandos, que persistem diante dessa reorganização do cuidado na qual convive o modelo biomédico e o psicossocial, mas que antes eram características muito mais marcadas dos indivíduos internados em hospitais psiquiátricos por tempo prolongado (Papa, 2021, p. 26 e 27).

Bellenzani e Souza (2021) ressaltam a crítica de que o DSM é um instrumento que trabalha a favor do modelo biomédico, enfoque hegemônico no campo da saúde que abordaremos adiante, e que este manual define concepções etiológicas, orienta

diagnósticos e ações terapêuticas a respeito das formas de expressão do adoecimento psíquico. É por meio do DSM que se define a gravidade e também os encaminhamentos para internações psiquiátricas de situações de adoecimento que podem ter origens distintas e que são categorizadas e simplificadas para o intuito de oferecer uma resposta conforme a orientação do manual.

Quanto à CID-10 (OMS, 2012), no tópico: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) a esquizofrenia é descrita como um transtorno, que se caracteriza por distorções fundamentais do pensamento e percepção. Já na versão mais atualizada da CID-11 (OMS, 2019), a esquizofrenia está contida no grupo classificado como: Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento, e dentro deste, no tópico: Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários. Por ser esse o material mais atual que versa sobre a classificação da esquizofrenia, abordaremos alguns detalhes. A CID 11 (OMS, 2019) exemplifica que a esquizofrenia apresenta distúrbios em diversas modalidades mentais como o pensamento, percepção, experiência pessoal, cognição, volição, afeto e comportamento. Caracteriza-se por distorções significativas da compreensão da realidade, alterações de pensamento e comportamento. A classificação só é possível quando não é gerada por outra condição de saúde (como tumores ou abstinências), e os sintomas precisam ter a duração mínima de trinta dias para que seja atribuído o diagnóstico. A CID-11 (OMS, 2019) subdivide a esquizofrenia em três possíveis formas: primeiro episódio, episódios múltiplos ou esquizofrenia contínua. Para todos os diagnósticos há a necessidade de ao menos 30 dias com sintomas, sendo que no primeiro caso, trata-se do primeiro episódio, no segundo, quando os sintomas cessam por um período e retornam, e no terceiro, quando os sintomas persistem, quase inalterados, por mais de um ano. Há ainda a menção às formas: outra esquizofrenia especificada ou esquizofrenia sem especificação.

Destacamos que a atual pesquisa é continuidade da pesquisa de mestrado, intitulada *Origem e formação das hipóteses etiológicas da esquizofrenia: uma reflexão à luz da Psicologia Histórico-Cultural* (Penteado, 2018), em que verificamos que a origem da esquizofrenia não se comprova apenas por fatores orgânicos. Logo, compreender a expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia deve abarcar essa complexidade. Salienta-se que o interesse da autora pela temática do sofrimento psíquico iniciou na graduação, por meio das aulas, discussões acadêmicas e da militância em movimento estudantil e da saúde. O trabalho de conclusão de curso da graduação em psicologia foi sobre a atuação da psicologia em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Na

especialização, o trabalho de conclusão abordou o tema dos critérios para o diagnóstico clínico da esquizofrenia.

Para analisar o sofrimento psíquico de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, consideramos que os fundamentos do método materialista histórico-dialético e da Psicologia Histórico-Cultural oferecem as bases necessárias para compreender o processo de adoecimento, o tratamento hegemônico realizado pela psiquiatria em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e, também, a evolução e retrocessos das políticas públicas desse campo. Afirmamos tais potencialidades, partindo dos pressupostos do método materialista histórico-dialético, que se situa no campo da ontologia. Isto é, na unidade sujeito-objeto, é necessário partir da realidade objetiva, que imprimirá no sujeito suas características constitutivas. Ao definir um papel primordial a um dos polos, Marx não deixou de lado o princípio que confere unidade entre a objetividade e a subjetividade: a atividade humana sensível, práxis, que possibilita a objetivação da subjetividade. Por meio dessa compreensão, o filósofo nos oferece a ontologia do ser social, cujo modo de produção da vida concreta gera o desenvolvimento da vida social, subjetiva, intelectual. (Tonet, 2013). Assim: “Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a consciência” (Marx, 1973, citado por Tonet, 2013, p. 79).

Lessa e Tonet (2004) explicam que as filosofias idealistas e materialistas tratam da relação entre espírito e matéria. Conforme os autores, o idealismo compreende que a história se constitui do movimento das ideias, conferindo centralidade para a luta ideológica e secundarizando atos práticos de transformação. O materialismo mecanicista busca integrar as dimensões material e ideal, porém a crítica é que ao fazer isso sem as mediações corretas, os resultados se mostram mecânicos e descolados da realidade. Já o materialismo histórico-dialético alcança uma superação histórica por meio da compreensão da base material das ideias na reprodução social. Para Tonet (2013), a teoria marxiana inaugura uma nova concepção para a investigação da história, que parte da existência concreta dos seres humanos, dos indivíduos ativos, situados em determinadas condições de existência, resultado da atividade anterior de outros indivíduos. Esse processo iniciou da necessidade de sobrevivência uma vez que por meio da construção de instrumentos físicos atuamos sobre a natureza, modificando-a, e ao mesmo tempo, modificando a nós mesmos, dominando então as forças naturais. Nesse contexto, a relação dos seres humanos com a natureza não é de mera sobrevivência, mas essencial

para a origem do ser social, que, por meio do trabalho, deixa a condição de ser natural para ser natural humano.

Mediante condições históricas e sociais, interagimos intencionalmente com a natureza e com outros seres humanos, visando à transformação concreta da realidade. Marx analisa que o trabalho é a categoria fundante do ser social, em que, por meio do desenvolvimento de instrumentos físicos, os seres humanos transformam a natureza, e, ao transformá-la, modificam-se a si mesmos, desenvolvendo signos psicológicos, impulsionados pelas novas necessidades provocadas pelo processo de trabalho. Ao transformar a natureza aperfeiçoamos nossas necessidades, assim como as ferramentas e signos psicológicos, e transmitimos estas novas aquisições de geração em geração, criando as condições necessárias para a reprodução da história da humanidade. Observamos ainda o papel primordial de algumas características humanas, como o desenvolvimento da consciência com o reflexo consciente da realidade, que distingue a materialidade da formação da imagem psíquica e o papel da linguagem, que possibilita a comunicação e trocas de significações. O trabalho é uma categoria fundamental, que possibilita o psiquismo humano, como uma nova formação sujeita a novas leis de desenvolvimento, não mais biológicas, mas sim, sócio-históricas (Leontiev, 2004). Leontiev (2021) destaca que a atividade humana é situada na ação no mundo exterior e no curso dessas relações se desenvolve o reflexo psíquico da realidade. O pensamento e a consciência são uma forma qualitativamente especial do psiquismo, produtos de relações objetivas, determinados pela realidade, pela existência material.

Leontiev (2004) ressalta a importância dos trabalhos de Vigotski na superação do idealismo e do determinismo histórico, em que estaríamos destinados biologicamente a alcançar o desenvolvimento humano. Para o autor, a historicidade da natureza do psiquismo humano ocorre nas esferas filogenética e ontogenética. A primeira ocorre ao longo do desenvolvimento evolutivo da espécie humana, em que passamos por inúmeras transformações da estrutura biológica e, por meio do trabalho, superamos as barreiras naturais que observamos nos animais, que transmitem suas características para as próximas gerações somente por meio da hereditariedade. Esse é o ponto de viragem da filogênese, quando o desenvolvimento humano passa a ser guiado por leis sócio-históricas. Isso não significa que o psiquismo humano se emancipou das propriedades orgânicas, mas que, ao nascermos dotados de uma estrutura biológica/fisiológica que permita o desenvolvimento enquanto um humano, somos candidatos ao processo de humanização, na medida em que somos submetidos a condições sociais de existência. Ao

longo do processo de desenvolvimento ontogenético, acessamos as aquisições da humanidade, porém isso não acontece de forma similar para todos os indivíduos, pois a sociedade capitalista é organizada sob condições desiguais de acesso aos conhecimentos e bens produzidos historicamente pela sociedade. Destacamos que a humanidade, enquanto coletividade social, está submetida tanto às leis biológicas quanto às sociais. Inclusive quando observamos o processo de sofrimento psíquico na esquizofrenia, nossas qualidades psíquicas especificamente humanas não são determinadas por nossa constituição anatômica, fisiológica e neurológica, mas esse aparato biológico é condição necessária para a formação humana.

Tonet (2013) explica que, para Marx, enquanto seres humanos, nos diferenciamos radicalmente dos animais, que se identificam diretamente com sua atividade de sobrevivência. A atividade intencional de modificar a natureza é exclusivamente humana, pois: “(...) o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade” (Marx, 1975, citado por Tonet, 2013, p. 83). Luria (1979a) também demarca as diferenças entre os seres humanos e os animais ao tratar das raízes da atividade consciente. Para o autor, nossa atividade não está necessariamente vinculada a motivos biológicos, mas superiores, sendo que por vezes entramos em conflitos com nossas necessidades básicas, rejeitando alimentação, repouso, fontes de satisfação. Outro fator é que nossa consciência não é determinada pelo imediatismo individual, reconhecemos as necessidades e optamos por quais decisões tomar diante de possibilidades de escolha. Por fim, os animais regem seu comportamento de acordo com sua herança genética e experiências individuais, enquanto o comportamento humano é fruto da assimilação da experiência social da humanidade, acumulada e transmitida historicamente a cada ser singular por meio do desenvolvimento ontogenético. Na relação com o objeto de estudo, enfatizamos que, se somos regidos por leis sociais e históricas, os processos de sofrimento psíquico e seus sintomas característicos como alucinações e delírios não podem ser compreendidos somente como biológicos, orgânicos, e tratados com medicação. O cuidado em saúde nos exige respostas mais completas a estas demandas.

As leis gerais do processo de desenvolvimento ontogenético dos seres singulares, que proporcionam a compreensão da constituição do psiquismo humano, são objeto de estudo da Psicologia Histórico-Cultural. Essa vertente, fundamentada no método materialista histórico-dialético, parte das contribuições de seus autores fundacionais, Vigotski, Luria e Leontiev. Conforme Tuleski (2002), a teoria vigotskiana é produto das

condições do momento histórico durante a Revolução Russa, que proporcionou as bases materiais para questionar as contradições da sociedade capitalista vigente. É nesse contexto que Vigotski (2004, p. 402) se detém sobre o significado histórico da crise da psicologia, campo científico que classifica como “(...) uma considerável divergência de opiniões”. O autor apresenta um novo enfoque metodológico e consolida sua posição em defesa da psicologia geral, frisando a unidade entre mente e corpo e destacando tendências objetivas que devem conduzir os postulados científicos.

Vigotski (2004) demarca que a tarefa da psicologia científica não é a descrição dos fenômenos psíquicos, mas sim a explicação destes, ou seja, a forma de manifestação dos aspectos psicológicos é a aparência do conhecimento que investigamos. Nosso objetivo é alcançar a essência do psiquismo e de suas leis de desenvolvimento. Negando teorias idealistas, que se amparam em uma essência inalcançável dos fenômenos, o psicólogo demarca que o psiquismo é passível de ser estudado e analisado, pois é resultado de dois processos objetivos, o natural e o social. A consciência não pertence a uma esfera divina sobre-humana, ela é concreta: “Ou os fenômenos psíquicos existem e então são materiais e objetivos, ou não existem e não podem ser estudados. É impossível qualquer ciência só sobre o subjetivo, sobre o que parece, sobre fantasmas, sobre o que não existe” (Vigotski, 2004, 386).

Até aqui optamos por apresentar, ainda que de forma resumida, alguns dos principais pressupostos que norteiam a Psicologia Histórico-Cultural pois entendemos que essas categorias são essenciais para a compreensão deste trabalho em sua integralidade. É essencial demarcar a concepção de ser humano que adotamos: seres singulares que na dinâmica social são afetados por condições diversas e que manifestam sofrimento psíquico com sintomas que se expressam no quadro caracterizado pelo diagnóstico da esquizofrenia. Nosso objetivo é compreender o percurso de sofrimento e de cuidado em saúde, em específico dos indivíduos entrevistados para esta pesquisa, visando obter sínteses e construir categorias que auxiliem nossa interpretação da realidade. Ao tratar do processo de adoecimento da esquizofrenia, destacamos a necessidade de análises que abarquem a unidade psicofísica dos sujeitos em sofrimento. Para Vigotski (2012b), por mais que possa haver determinado comprometimento biológico nas alterações da esquizofrenia, a psicologia deve contribuir nos desdobramentos das formas de cuidado.

Para apresentar os resultados desta tese, propusemos a divisão do trabalho em cinco capítulos, sendo o primeiro intitulado “A expressão do sofrimento psíquico na

esquizofrenia: da gênese às formas de cuidado em saúde”. Nesse momento, tivemos por objetivo retomar as contribuições da dissertação, atualizando e acrescentando referências ao trabalho. Cabe mencionar que o tema abordado no mestrado, a respeito da gênese da esquizofrenia, se relaciona com o cuidado em saúde, conteúdo que abordamos neste capítulo e que não tratamos na dissertação. Compreendemos que os temas estão intrinsecamente ligados, na medida em que a principal estratégia de tratamento da psiquiatria tradicional para pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia é a medicação com psicotrópicos, recurso que é resultado de uma das hipóteses da origem da esquizofrenia, da alteração bioquímica, mais especificamente da desregulação dopaminérgica, ainda que não haja estudos atuais que confirmem tal alteração. Nosso objetivo nesse capítulo foi o de agregar informações sobre o tema da esquizofrenia, apresentando o percurso histórico trilhado por movimentos que defendem novas formas de cuidado em saúde, que se contraponham à lógica manicomial e que em nossa compreensão avançam no cuidado e atenção psicossocial.

No segundo capítulo: “Aproximações à realidade concreta: da vida das pessoas em sofrimento psíquico na esquizofrenia ao cuidado em saúde mental”, apresentamos a sistematização da pesquisa de campo. Enfatizamos que a pesquisa de campo contou com duas etapas, conforme as possibilidades concretas do contexto pandêmico e pós-pandêmico. A primeira etapa foi presencial, realizada em um CAPS I, com usuários com diagnóstico de esquizofrenia e seus familiares, bem como com os profissionais que os acompanham. A segunda parte foi realizada remotamente, com psicólogas de diversos municípios, que atuam ou atuaram em CAPS no atendimento a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, e que norteiam sua prática por meio da Psicologia Histórico-Cultural. Em ambas as etapas, foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas, gravadas em áudio.

Já no terceiro capítulo, intitulado: “O percurso do desenvolvimento humano e a indissociabilidade da unidade biológico-social: investigações a respeito da essência do sofrimento psíquico na esquizofrenia”, temos por objetivo sistematizar as contribuições da Psicologia Histórico-Cultural e que versem sobre o curso do desenvolvimento humano, papel dos sistemas psicológicos e as alterações no psiquismo em casos em que a pessoa recebe o diagnóstico de esquizofrenia.

No quarto capítulo, realizamos um debate amparado nas fundamentações teóricas do capítulo três, visando analisar as histórias de vida dos usuários diagnosticados com

esquizofrenia, apresentadas no segundo capítulo. O título dessa seção é: “Investigações acerca do processo de sofrimento psíquico na esquizofrenia”.

Por fim, o quinto capítulo: “A determinação social do sofrimento psíquico na esquizofrenia e implicações para o cuidado em saúde mental”, tem por objetivo a apresentação de uma síntese final a respeito do processo de determinação social da esquizofrenia. Esse capítulo utiliza alguns autores do campo da Saúde Coletiva de orientação marxista, com o objetivo de sustentar nossas análises, e também analisa as contribuições das profissionais da Psicologia Histórico-Cultural investigadas no capítulo dois.

CAPÍTULO I - A EXPRESSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA: DA GÊNESE ÀS FORMAS DE CUIDADO EM SAÚDE

Existem sempre falsos profetas. Mas, no caso da psiquiatria, é a própria profecia a mostrar-se falsa, ao impedir, por seu esquema de definições e classificações dos comportamentos e pela violência com que os reprime, a compreensão do sofrimento, de suas origens, de sua relação com a realidade da vida e com a possibilidade de expressão que o homem encontra ou não encontra nessa vida. Continuar aceitando a psiquiatria e a definição de “doença mental” significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuemos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a ministrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores de que o problema está em outro lugar. Porque “sem esperança não é a realidade, mas o saber que – no símbolo fantástico ou matemático – se apropria da realidade como esquema e assim a perpetua
Basaglia e Basaglia (2005, p.298).

Neste trabalho, apresentamos como objeto de pesquisa a discussão a respeito da expressão do sofrimento psíquico em sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia, com base na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. Para tanto, neste capítulo, realizaremos uma breve exposição a respeito de como a esquizofrenia se caracteriza, as hipóteses que tratam da gênese dessa forma de sofrimento psíquico e quais as formas de tratamento que foram construídas ao longo da história, até as estratégias atuais para o cuidado em saúde mental, em especial para pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

Consideramos primordial a demarcação de dois termos: sofrimento psíquico e cuidado em saúde, em detrimento de transtorno e tratamento, respectivamente. Almeida (2018) ressalta que os sintomas que geram sofrimento e que serão qualificados como doenças se desenvolvem em sujeitos concretos. A nomenclatura auxilia a compreensão de uma concepção em disputa: não se trata somente de uma alteração biológica, mas de processos amplos, alterados por relações estruturais da sociedade. O sofrimento é maior que uma dor ou uma perda, na medida em que envolve amplas consequências, reestrutura as relações pessoais, modifica a ordenação da vida cotidiana (Brasil, 2013a). Almeida (2018) defende a opção pelo termo “sofrimento psíquico” em detrimento de termos como

“transtorno mental”, “doença mental”, “patologia” por serem termos relacionados às concepções biomédicas e psiquiátricas.

Na mesma direção, enfatizamos o termo “cuidado” como forma de intervenção do profissional de saúde. Segundo Brasil (2013a), no cuidado com a pessoa que passa por uma situação de sofrimento, a atenção deve ser integral, deve compreender os laços rompidos, as relações afetadas, os desgastes, instabilidades. Assim, as estratégias de intervenção visam à totalidade, que não se expressa apenas por quantificações fisiológicas. O cuidado em saúde deve promover a retomada da vida: “O profissional de saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral” (Brasil, 2013a, p. 33).

Ayres (2009) descreve o cuidado em saúde como uma categoria filosófica e prática que conceitua as ações de saúde em situações terapêuticas. Por meio de conhecimentos científicos e mediados, busca-se o alívio do sofrimento ou a conquista de um estado de bem-estar. A respeito dessas mudanças terminológicas, Ratner (1995) faz algumas ponderações, no sentido de que por vezes será necessário utilizar termos biomédicos para a compreensão dos fenômenos que estamos analisando, porém não deixamos de nos contrapor de forma geral ao que esses termos representam:

Às vezes é difícil evitar a terminologia médica, porque a maior parte dos fenômenos psiquiátricos têm sido tradicionalmente designados sob rótulos médicos e a linguagem não-médica tem sido deixada de lado. Quando não se dispuser de nenhuma alternativa adequada, o leitor deve entender que os termos médicos são empregados aqui como sinônimos neutros de distúrbio, e não como designativos de fenômenos biomédicos (Ratner, 1995, p. 208).

Com base nessa discussão, consideramos que a atenção aos sujeitos que se encontram em situação de sofrimento psíquico na esquizofrenia deve ser objeto de estudo, contribuindo para a intervenção de profissionais da saúde. A seguir sistematizaremos problematizações a respeito da gênese da esquizofrenia, do diagnóstico clínico e das formas atuais de tratamento, que são baseadas hegemonicamente na medicação psiquiátrica.

1.1 A GÊNESE DA ESQUIZOFRENIA – RETOMANDO ESTUDOS E ATUAIS QUESTIONAMENTOS

A expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia, sua origem, diagnóstico e formas de tratamento são polêmicos. Freitas e Amarante (2015) ressaltam que das psicopatologias, a esquizofrenia é o diagnóstico mais estudado no campo da psiquiatria devido à complexidade de seus sintomas e desconhecimento a respeito de sua origem. Kinoshita (2016) afirma que, dentre as formas de adoecimento psíquico, a esquizofrenia é tida como o protótipo das doenças crônicas, ou seja, há um pessimismo e fatalismo em torno do diagnóstico uma vez que costuma ter um curso longitudinal e persistente.

Lewontin, Rose e Kamin (2013), em obra publicada em 1984, salientam que a psiquiatria dividia desordens psíquicas em neuroses - como a ansiedade, e psicoses - como a esquizofrenia, que era a forma mais comum de diagnóstico desse período. Na psicose, haveria uma distorção na significação do mundo, formada pelo sujeito de acordo com fragmentos da realidade, sendo observada externamente como fenômenos de alucinação e delírios. Os autores questionam os critérios diagnósticos e a baixa precisão de uma avaliação clínica que se ocupa em diferenciar uma conduta apropriada de uma desajustada, e ainda, do que deve ser considerado como “cura”.

Para Lewontin, Rose e Kamin (2013), o padrão de normalidade se relaciona com o tempo histórico e com a cultura, pois é estabelecido de acordo com comparações de comportamento de outras pessoas, ou da própria pessoa em outro momento de sua vida. Na mesma direção, Canguilhem (1995, citado por Almeida 2018), afirma que o normal e o patológico são expressões de normas de vida, e destoam conforme a média das convenções sociais estabelecidas. Para Almeida (2018), tal questionamento põe em destaque o caráter social da doença, do sofrimento psíquico. Em uma situação de luto, por exemplo, o comportamento de um indivíduo enlutado é considerado natural se perdurar por certo tempo. Porém, a manutenção para além desse período pode ser enquadrada como uma estagnação da vida, em que o sujeito se sente incapaz de realizar tarefas como outrora fazia, acarretando modificações da personalidade ou formas de sofrimento psíquico.

Lewontin, Rose e Kamin (2013) apresentam que a definição literal de esquizofrenia é “mente dividida”, e se referem a uma pessoa que se sente distanciada das normas de vida do conjunto da sociedade, com dificuldades em interagir, se comunicar, demonstrar emoções e afetos. Queixas comuns incluem: sentir-se incoerente; desconexo,

como se estivesse sendo controlado por algo externo; possuir alucinações auditivas; ter interesses restritos e geralmente relacionados com necessidades vitais e instinto de sobrevivência. Frente a inúmeros questionamentos sobre o fenômeno da esquizofrenia, os autores enfatizam a pergunta que consideram a mais frequente: “O que há na biologia do indivíduo esquizofrênico que o predispõe ao transtorno?” (Lewontin, Rose e Kamin, 2013, p. 277). Para os pesquisadores, embora existam estudos que reconheçam a possibilidade de uma origem ambiental na esquizofrenia, os estudos tradicionais em que a psiquiatria se ampara seguem apontando que o mais provável é que a resposta esteja no campo genético, em alguma anormalidade biológica.

Sobre essa temática, a dissertação intitulada *Origem e formação das hipóteses etiológicas da esquizofrenia: uma reflexão à luz da Psicologia Histórico-Cultural* (Penteado, 2018), de autoria da pesquisadora desta tese, estudou a origem das hipóteses etiológicas da esquizofrenia, buscando compreender, em meio à heterogeneidade, a relação que se estabelece entre elas. Na referida pesquisa, sistematizamos em quatro grupos as hipóteses causais da esquizofrenia, sendo: (i) hipóteses genéticas e fatores ambientais relacionados; (ii) hipóteses proteômicas; (iii) hipóteses bioquímicas; e (iv) hipóteses das alterações funcionais e estruturais do cérebro humano. Observamos que apesar da variedade, as pesquisas não pretendem indicar uma única causa. Mesmo a hipótese dopaminérgica (localizada no grupo das causas bioquímicas), que é a mais consensual no campo psiquiátrico, não encontra grande número de defensores em estudos atuais (Penteado, 2018).

Verificamos que as hipóteses etiológicas se amparam majoritariamente em aspectos orgânicos e, para a análise de dados, nos amparamos em referenciais teóricos da Psicologia Histórico-Cultural e da Saúde Coletiva de orientação marxista. Fundamentados no método materialista histórico-dialético, questionamos as tentativas de segmentação da unidade biológico-social, afirmando que é necessário partir do indivíduo que adoce para compreender a gênese da esquizofrenia. Com isso, destacamos a fundamental importância da organização biológica e fisiológica humana, porém, ao compreender o ser humano de forma fragmentada, conferindo ênfase a processos isolados, é comum encontrar pesquisas que abandonam a essência sistêmica que nos constitui. Reforçamos que os sintomas da esquizofrenia como a fragmentação do pensamento e da consciência não resultam de quantificações biológicas, são processos desenvolvidos culturalmente e devem ser assim estudados (Penteado, 2018).

Em relação à hipótese genética da esquizofrenia, Brasil (2011) enfatiza estudos com hipóteses genéticas e fatores ambientais relacionados, conforme a classificação que realizamos em Penteado (2018). O guia de saúde mental retoma um estudo¹ que afirma porcentagens categóricas, como o índice de 27% de probabilidade de desenvolver esquizofrenia em casos de filhos de pais portadores de transtornos psiquiátricos, e de 7% em casos em que apenas um dos genitores apresentava o diagnóstico de esquizofrenia, e afirma ainda: “Lembramos que a herdabilidade (associação genética) para a esquizofrenia é uma das mais altas dentre todos os transtornos psiquiátricos” (Brasil, 2011, p. 104). Em outra pesquisa² citada por Brasil (2011), artigo que também foi analisado na pesquisa de Penteado (2018), apresentam-se hipóteses também genéticas e de fatores ambientais, afirmando que estudos de neuroimagem detectam alterações fisiológicas no neurodesenvolvimento, oferecendo fatores de risco, como complicações gestacionais, retardo no crescimento ou infecção viral materna. Por fim, outro aspecto destacado é a relação entre a esquizofrenia e o consumo de maconha³, afirmando que a utilização na adolescência e início da vida adulta aumentam o risco de desenvolver sintomas psicóticos, e ainda, que em casos de consumo periódico de três vezes semanais esse risco aumenta 70% (Brasil, 2011). Em nossa análise, as contribuições acerca da gênese da esquizofrenia presentes em Brasil (2011) são permeadas pela compreensão biomédica das hipóteses etiológicas. Todos os estudos citados no guia pertencem ao grupo das hipóteses genéticas e fatores ambientais.

Em Penteado (2018), também observamos que 68% dos artigos que versavam sobre o tema da etiologia da esquizofrenia utilizavam modelos animais como fonte primária de suas investigações. Destacamos o reducionismo presente na análise que utiliza a comparação entre comportamentos instintivos de animais, de caráter orgânico, com funções tipicamente humanas, constituídas no processo histórico de desenvolvimento do gênero humano (Penteado, 2018). Acrescentamos aqui a crítica de Lewontin, Rose e Kamin (2013), que também descrevem a utilização de experimentos animais para justificar a origem da esquizofrenia. Os autores explicam que, por meio de

¹ GOTTESMAN, I. et al. (2010) Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, p. 252-257.

² Araripe Neto, A. G. A., Bressan, R. A. & Busatto Filho, G. (2007). Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 34(Suppl. 2), 198-203. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800010>.

³ Um texto recente sobre o assunto, afirma que não há uma ligação direta entre a esquizofrenia e consumo de Cannabis, mas que os preconceitos se relacionam com desinformações e políticas proibicionistas. Fonte: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-falsa-relacao-entre-maconha-e-esquizofrenia/>

analogias, a medicina tentou reproduzir os sintomas da esquizofrenia no comportamento animal, com o exemplo da utilização de drogas como o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), uma droga sintética que provoca desorientação, supostamente semelhante à disfunção biológica da esquizofrenia.

Esta nova pesquisa parte da importância destes dados. A seguir, realizamos uma síntese explicativa a respeito da hipótese bioquímica, que norteia a principal forma de tratamento de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, realizada por meio de intervenções farmacológicas. Para tanto, partiremos da história das drogas psiquiátricas, em especial as antipsicóticas, que fundamentam a hipótese do desequilíbrio químico, para então abordar as principais dificuldades e enfrentamentos realizados pelo campo crítico em saúde mental.

Whitaker (2017) apresenta que as pílulas mágicas da psiquiatria foram descobertas no contexto da Segunda Guerra Mundial. A *primeira geração das drogas psicofarmacológicas ou típicas* começou com a clorpromazina, inicialmente desenvolvida como um relaxante muscular. Em sequência, se percebeu a função colateral da clorpromazina, um potente tranquilizante, dando origem aos ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos. A hipótese dopaminérgica, um dos modelos bioquímicos para explicar a esquizofrenia, surge da consideração de que a anfetamina, droga estimulante do sistema nervoso central, que estimula a liberação da dopamina, desencadeia alucinações e delírios que aumentam a atividade dopaminérgica. Logo, as psicoses poderiam ser resultado do excesso dos níveis dopaminérgicos. Porém, Whitaker (2017) e Freitas e Amarante (2015) realizam levantamentos que concluem não haver comprovação de que haja uma alteração dopaminérgica em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Em direção semelhante, Whitaker (2017) e Moncrieff (2022a, 2022b) apresentam que, na revisão de literatura científica sobre a depressão, em que a hipótese bioquímica afirma que haveria um desequilíbrio serotoninérgico, não foi possível observar qualquer relação entre a serotonina e a depressão, ou seja, não há comprovação de que os antidepressivos estejam corrigindo o suposto defeito bioquímico.

Lewontin, Rose e Kamin (2013), Moncrieff (2022b) e Freitas e Amarante (2015) criticam a dedução de que, se uma determinada droga gera um comportamento similar ao da esquizofrenia, as alterações que essa droga desempenha se relacionam com os mecanismos de origem da esquizofrenia. O questionamento dos autores relaciona essa forçosa constatação com os interesses da medicina psiquiátrica e os altos índices lucrativos da indústria farmacêutica. Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017)

abordam as implicações da intervenção psiquiátrica na sociedade, indicando que as últimas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (conforme abordamos na introdução desse trabalho), conferem centralidade aos processos fisiológicos em detrimento do desenvolvimento social do psiquismo humano – ou seja – os indivíduos são reduzidos a um desequilíbrio químico. A acusação de Whitaker (2017, p. 63) esmiúça dados e fatos ocultos sobre o percurso histórico em que a psiquiatria se definiu como proprietária de um avanço científico e, também, em relação ao diagnóstico e tratamento psiquiátrico preciso e confiável: “A revolução psicofarmacológica nasceu de uma parte de ciência e duas partes de racionalização do desejo, confundido com realidade”.

Nos estudos de Lewontin, Rose e Kamin (2013), os autores relacionam o determinismo genético e a busca por certa predisposição genética com a procura por alguma alteração bioquímica, pois, se há alteração bioquímica no cérebro, para que essa aconteça, deveria haver algo genético relacionado. Os autores destacam que mesmo que fosse encontrada uma base genética, não há comprovação de que tal descoberta ajudaria no tratamento, e que o esforço em procurar predisposições genéticas se relaciona com o eugenismo e racismo das décadas de 1920 e 1930. Essa hipótese corroboraria a crença de que encontrando os genes do alcoolismo, promiscuidade, criminalidade, se eliminaria estes males da sociedade por meio de esterilizações e outras medidas de controle radicais. Os pesquisadores apresentavam estudos que afirmavam que a determinação genética em irmãos gêmeos seria de 86%, e asseguravam que a causa da esquizofrenia era um único gene recessivo. Além desses, também foram analisadas famílias e casos de adoção de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Nessa época foi defendida a esterilização, tanto de pessoas diagnosticadas quanto de seus familiares, como medida de controle.

Whitaker (2022) denuncia a relação entre o holocausto e a perspectiva da psiquiatria biológica, tendo em vista o controle social centralizado em interesses de quem detém o poder, a existência de tratamentos duvidosos, violentos e/ou prejudiciais, apontando para a necessidade de uma mudança no cuidado em saúde. O autor resgata as esterilizações de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos, amparadas em supostos genes defeituosos, e a sequente exterminação dos “doentes mentais” como os primeiros alvos do holocausto. Nos Estados Unidos, as ideias eugênicas passaram pioneiramente a compor políticas sociais, com autorizações de esterilização compulsória no começo do século XX.

Em 1939, um grupo de importantes psiquiatras das escolas médicas mais prestigiadas da Alemanha ajudou a desenvolver um plano para matar os doentes mentais. Seis hospitais psiquiátricos foram equipados com câmaras de morte, com monóxido de carbono sendo o gás de escolha. No final da guerra, cerca de 250.000 pacientes mentais na Alemanha haviam sido assassinados, e um número desconhecido de pacientes em hospitais psiquiátricos franceses, poloneses e austríacos também morreram de fome durante esse período (Whitaker, 2022, s.p.).

Whitaker ainda destaca que os estudos realizados por Franz Kallmann, um psiquiatra ainda utilizado como referências de forma direta ou indireta⁴, que é um dos responsáveis pelo progresso no tema da hereditariedade e eugenia, afirmando os componentes genéticos da esquizofrenia por meio de pesquisas realizadas com gêmeos e a necessidade de esterilização dos pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia e de seus familiares⁵. De forma a reduzir o impacto eugênico de suas colaborações, Whitaker (2022) enfatiza que a partir dos anos 1950, Kallmann passou a utilizar o termo “aconselhamento genético” visando a “remoção” de genes defeituosos, prática que segue sendo amplamente utilizada.

Lewontin, Rose e Kamin (2013) discutem que por mais que não seja mais aceitável tal medida e nem haja evidências científicas que justifiquem uma hipótese genética, a crença nessa teoria ainda reverbera, popular e cientificamente. Sobre o tema, os autores ainda denunciam:

(...) qualquer concepção materialista da relação do cérebro com o comportamento deve reconhecer que, ainda que a esquizofrenia fosse de origem fundamentalmente genética, de modo algum os fármacos – ou qualquer tratamento biológico, em oposição ao tratamento social – teriam porque ser necessariamente a terapia mais efetiva. Do mesmo modo que os fármacos modificam o comportamento, as condutas modificadas impostas pelas terapias convencionais também mudam o cérebro (Lewontin, Rose e Kamin, 2013, p. 313).

⁴ Exemplos de referências que citam os estudos de Kallmann: Ribeiro, R. S., & Abucham, J.. (2008). Síndrome de Kallmann: uma revisão histórica, clínica e molecular. *Arquivos Brasileiros De Endocrinologia & Metabologia*, 52(1), 8–17. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302008000100004>; Silva, P. (2010) *Farmacologia* - 8ª edição – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

⁵ No contexto brasileiro a Liga Brasileira de Higiene Mental representou essa perspectiva eugênica e racista, conforme discutiremos adiante.

O que Moncrieff (2022b), Whitaker (2017) e Lewontin, Rose e Kamin (2013) salientam é que questionar o determinismo biológico não é afirmar que a biologia não possui nenhum papel na esquizofrenia, e nem afirmar que a esquizofrenia não exista, ou que as drogas psiquiátricas não cumpram nenhum papel no atendimento em saúde mental. Os autores ressaltam a importância de compreender o processo de adoecimento sem generalizações simplistas e que afastam as possibilidades de cuidado em saúde adequadas ao sujeito, e administrar os medicamentos conforme seus reais efeitos. Outro aspecto relevante sobre o papel da psiquiatria é salientado no trecho:

O diagnóstico e o tratamento da esquizofrenia são paradigmas da forma de pensar determinista, pois este é o transtorno mental que mais foram realizadas investigações bioquímicas e genéticas, e o que mais amplamente se tem reivindicado haver descoberto a causa em uma molécula ou gene particular. Atualmente *está tão difundida a crença que a psiquiatria tem demonstrado que o transtorno é biológico, que se a teoria falha aqui, onde é mais forte, então deve ser ainda mais fraca em outro lugar* (Lewontin, Rose e Kamin, 2013, p. 275, *grifos nossos*).

Porém, manuais como da OMS (2002) e OPAS (2018) afirmam a efetividade dos avanços no tratamento medicamentoso da esquizofrenia, em que aproximadamente metade dos indivíduos alcança a recuperação e pode ser reintegrada à sociedade. Apesar de proclamar os progressos, a OMS (2002) aponta que não há comprovação da eficácia dos antipsicóticos de segunda geração (ou atípicos, que se diferenciam dos medicamentos típicos, ou de primeira geração), mas que há variações nos seus efeitos colaterais clássicos. Brasil (2013a, s.p.) destaca [em relação ao tratamento medicamentoso]: “(...) a análise das evidências dos diferentes tratamentos para esquizofrenia demonstra não haver diferença de eficácia entre eles”.

Moncrieff (2022b) discrimina dois modelos de ação de drogas para compreender seus efeitos, o modelo *centrado na doença* e o *centrado na droga*. O modelo centrado na doença seria o que compreende que as drogas funcionam corrigindo a anormalidade cerebral bioquímica, proposto a partir dos anos 1960, com base nas teorias que relacionavam a depressão com a serotonina, e a esquizofrenia com a dopamina, por exemplo. Anterior a esse modelo, as drogas eram entendidas como um funcionamento

diferente, o modelo centrado na droga, ou seja, na ação da própria droga. No começo do século XX, percebeu-se que as drogas produziam alterações nos processos de pensamento e em sentimentos, efeito comparado ao uso de drogas recreativas, sem o efeito agradável, porém com alterações importantes. A autora destaca a diferença de como são ministrados medicamentos em outras áreas da medicina, que funcionam visando o processo fisiológico, ou seja, um modelo centrado na doença. Os medicamentos que alteram as propriedades da mente se diferenciam, como os psiquiátricos e os analgésicos opiáceos, pois o efeito não é sobre o mecanismo de ação da dor, mas sim sobre a alteração da consciência, de forma a camuflar a dor, ou deixá-la em segundo plano. Tanto as drogas recreativas como as psiquiátricas produzem alterações mentais em todas as pessoas, independentemente de apresentarem problemas de saúde. No caso dos antidepressivos, as alterações podem variar conforme a classe dos medicamentos, mas de forma geral “(...) produzem um estado generalizado de sensibilidade e sentimentos reduzidos” (Moncrieff, 2022b, p. 7) o que pode explicar a pequena diferença dos estudos randomizados (aqueles que comparam pacientes medicados com placebos de pacientes que utilizam a medicação prescrita). A autora afirma que o modelo centrado na doença tomou espaço de forma que pouco se lembra dos estudos anteriores, e ainda, denuncia que essa alteração não ocorreu por descobertas científicas e sim por interesses da indústria farmacêutica, da medicina psiquiátrica e a articulação de marketing que essas áreas manipularam. Ou seja, ao nomear um fármaco como antipsicótico, e não como um tranquilizante, por exemplo, difunde-se uma ilusão de que a medicação é capaz de combater a doença, isto é, a psicose ou a esquizofrenia.

A crítica realizada por Freitas e Amarante (2015) aponta para a desresponsabilização da sociedade, na medida em que se medicaliza o sofrimento psíquico ao invés de transformar os aspectos estruturais do adoecimento. Alguns questionamentos possíveis desta pesquisa são: Qual o papel dos psicotrópicos? Quais as consequências de admitir tais resultados? Para Moncrieff (2022b, p. 4): “Embora a biologia esteja envolvida em toda a atividade e experiência humana, não é evidente que manipular o cérebro com drogas seja o nível mais útil para lidar com as emoções”.

Em Penteadó (2018) não desconsideramos descobertas da psiquiatria sobre o uso da medicação, mas em concordância com o alerta de Gotzsche (2016) consideramos que a utilização dos antipsicóticos deve ser discriminada, quando realmente for a melhor opção, observando o tempo de administração do fármaco, a dosagem, em conjunto com ações de cuidado psicossocial. Destacamos que, ao observar somente o resultado dos

remédios em curto prazo, desconsideramos os aspectos duradouros da vida do indivíduo e estamos analisando a aparência do fenômeno, ignorando a totalidade do cuidado terapêutico. Ao mesmo tempo em que se afirma a hegemonia da hipótese dopaminérgica (para compreender a etiologia da esquizofrenia) em materiais do ramo da psiquiatria, poucos são os que defendem a teoria ou não apresentam questionamentos. Ainda assim, a medicação é diretamente relacionada com tal hipótese, atuando sobre as vias dopaminérgicas. Mesmo sem comprovação, os antipsicóticos são receitados como principal e, muitas vezes, ininterrupta forma de tratamento (Penteado, 2018).

Moncrieff (2020) discute a respeito do tratamento a longo prazo da esquizofrenia, e se ele reduz percentualmente a chance de recaídas. Destaca-se primordialmente que, apesar de não haver uma definição consistente sobre o termo “recaída”, utiliza-se o dado de que ao retirar a medicação, as pessoas teriam maior índice de recaídas. Os médicos em geral indicam que a recaída seria o retorno a episódios clinicamente significativos com sintomas psicóticos e comportamentos de risco. Porém, a prática mostra que o termo é amplamente utilizado, inclusive para pequenas alterações, sem que haja necessariamente um sintoma psicótico. Para a autora, é importante a definição sobre em que consiste a recaída, pois isso pode mudar a avaliação do tratamento, que quando ocorre a longo prazo, é visando evitar recaídas com episódios psicóticos que podem afetar consideravelmente a vida do sujeito, levando a internações e outras consequências. Todavia, pequenas alterações e sintomas leves podem ser benéficos, comparados com os efeitos da medicação a longo prazo. Destaca-se também a possibilidade de que “recaída” seja o efeito da própria retirada dos antipsicóticos, como sintomas de ansiedade e irritabilidade e até mesmo sintomas psicóticos.

Illich (1975) denuncia que a empresa médica é uma ameaça à saúde, aos meios de tratamento e à divulgação do conhecimento científico. O desejo por terapias medicamentosas é o álibi da medicina, que ensinou a medicalização da vida, que o autor conceitua como a intervenção técnica que afasta os sujeitos do conceito de saúde. Ele faz a ressalva de que não é possível contestar a eficácia médica no que se refere às doenças infecciosas, apenas indagar se a medicina ainda é necessária frente a essas enfermidades, e que existem fatos incontestáveis no campo médico, como a vacinação, a quimioterapia, a antibioticoterapia. Ainda assim, o autor destaca que o tratamento das infecções seria mais eficaz se fosse popularizado. Ao contrário, a eficácia da intervenção médica nas doenças não-infecciosas é duvidosa. Illich (1975) afirma que quanto maior a intervenção de um especialista e de uma grande infraestrutura, maiores são as probabilidades de que

a esperança de vida do paciente não se altere pela intervenção médica; que o paciente se torne inválido necessitando de tratamentos adicionais.

O termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina, *iatrogênese*, é composto das palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem). Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Por essa definição, tem-se o direito de processar o médico prudente que não submeteu seu paciente a um tratamento admitido pelas práticas profissionais por temer que os efeitos desse ato lhe fossem nocivos (Illich, 1975, p. 23).

Em concordância com Illich (1975), Whitaker (2017), Gotzsche (2016), Freitas e Amarante (2015), Moncrieff (2022a, 2022b) e Lewontin, Rose e Kamin, (2013) apresentam que o tratamento medicamentoso possui efeito iatrogênico, ou seja, consequências biológicas, bioquímicas e alterações psíquicas decorrentes da própria ação medicamentosa. Moncrieff (2022b, p. 8) constata que: “(...) se eles não estão corrigindo uma deficiência subjacente, temos que concluir que eles estão realmente mudando a nossa química cerebral normal. As drogas que modificam a química cerebral afetam os nossos estados mentais e nossas emoções”.

Brasil (2013a) apresenta os efeitos causados pelo uso contínuo de neurolépticos, os antipsicóticos. Enfatizamos que ainda que o manual nos ofereça esses dados, é feita a ressalva da importância desses medicamentos no processo de desinstitucionalização dos manicômios, e que “(...) configuram-se como escolhas bastante seguras, apesar de bastante desconfortáveis para algumas pessoas mais sensíveis aos seus efeitos indesejados” (Brasil, 2013a, p. 157). A cartilha apresenta que os neurolépticos típicos, da primeira geração de medicamentos são eficazes e contam com efeitos indesejados, como a impregnação motora, sedação, ganho de peso. Já os atípicos, de segunda geração, possuem eficácia semelhante aos típicos em relação aos sintomas de delírio e alucinação, porém quanto aos sintomas de isolamento e embotamento afetivo os efeitos são controversos.

Em sequência, Brasil (2013a) descreve os sintomas com que se costumam receitar os neurolépticos, sendo: a ação sobre sintomas psicóticos (delírios e alucinações); insônia; tiques; controle de impulsos, agressividade e agitação; tranquilizador rápido em crises graves. A depender do medicamento e da dosagem, ele costuma agir como uma contenção

química e, se utilizado por longos períodos, tende a acomodar os familiares e equipe de saúde, silenciando a necessidade de trabalho com o paciente e produzindo um estado de contenção química, uma internação domiciliar. Entre os principais efeitos indesejados, apresenta-se que o mais comum é a impregnação motora, pois o ajuste fino da motricidade fica inibido, conhecido como efeitos extrapiramidais. Ainda que essa seja uma queixa recorrente, a orientação do manual é reducionista: “O manejo destas situações é bastante simples, sendo fundamental tranquilizar familiares e o próprio usuário de que a distonia não envolve risco de morte (apesar da grave manifestação motora)” (Brasil, 2013a, p. 159). Outros sintomas decorrentes da medicação são: perda da mímica facial; tremor de repouso; inquietação motora, por exemplo, a pessoa ficar marchando; movimentos repetitivos e circulares; efeitos anticolinérgicos, causados por uma alteração em um neurotransmissor, como mucosas secas, visão borrada e retenção urinária; ganho de peso; efeitos cardíacos; hipotensão com risco de desmaio e quedas; desregulação endócrina; redução da libido, ausência ou retardo do orgasmo. Por fim, afirma-se que em casos de efeitos mais intensos deve-se reduzir a dose de neurolépticos (Brasil, 2013a).

Lewontin, Rose e Kamin, (2013) apresentam que o uso contínuo das drogas se associa com novos sintomas e novas formas de adoecimento, os autores citam o exemplo da clorpromazina, que ocasiona discinesia tardia, uma alteração no sistema nervoso que resulta em movimentos involuntários no rosto e que não necessariamente cessa após a interrupção do uso da medicação. Os autores destacam ainda que metade das pessoas que sofrem de discinesia tardia também desenvolvem lesões cerebrais irreversíveis. Illich (1975) complementa ainda com o conceito de *iatrogênese social* que, em maior amplitude, trata do indesejado e danoso impacto social da medicina, que vai além de sua ação técnica direta, abrangendo o mercado farmacêutico por exemplo, em que o vício medicalizado cresceu mais do que o vício recreativo.

Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017) apontam que o papel iatrogênico da medicação gerou a construção social de uma nova cronicidade, ou seja, afirmam que o tratamento oferecido pela medicação psiquiátrica tem mantido indivíduos em situação de sofrimento psíquico. Assim, compreendemos a urgente necessidade de estudos que forneçam uma base sólida como alternativa complementar, ou até mesmo substitutiva, que proporcionem estratégias de cuidado aos indivíduos adoecidos, rompendo com o tratamento hegemônico, que biologiza e individualiza o adoecimento.

Por fim, apresentamos uma síntese, que ainda é atual, embora tenha sido publicada em 1984. Concordamos que ao abordar a origem da esquizofrenia e seus desdobramentos,

posturas deterministas não avançam na compreensão do fenômeno, devemos fazê-lo por meio de reflexões comprometidas com a dialética presente na unidade biológico-social.

Uma teoria adequada sobre a esquizofrenia deve compreender que existe no entorno social e cultural o que leva certas categorias de pessoas a manifestar sintomas esquizofrênicos; deve compreender que tais entornos sociais e culturais, por si mesmos, afetam profundamente a biologia dos indivíduos envolvidos, e que algumas dessas alterações biológicas, se pudéssemos medi-las, poderiam ser os reflexos ou as correspondências da esquizofrenia com o cérebro. Pode muito bem ser que, em nossa atual sociedade, gente com certos genótipos seja mais propensa que outras a sofrer com a esquizofrenia – ainda que a evidência é, até o momento, totalmente inadequada para permitir que cheguemos a esta conclusão. Isso não diz nada acerca do futuro da “esquizofrenia” em uma sociedade distinta, nem nos ajuda a construir uma teoria da esquizofrenia no presente. Nem o determinismo biológico, nem o cultural, nem certo agnosticismo dualista, permitem desenvolver essa teoria. Por este motivo devemos buscar uma compreensão mais dialética da relação entre o biológico e o social (Lewontin, Rose e Kamin, 2013, p. 318).

Consideramos importante que, ao tratar da esquizofrenia, tenhamos em vista que se trata de uma forma de sofrimento psíquico, que acomete os indivíduos em sua singularidade e que costuma acarretar em consequências estigmatizantes e incapacitantes laboral e socialmente. Porém, a esquizofrenia enquanto uma categoria diagnóstica do campo da psiquiatria é vista tradicionalmente como um transtorno, e como tal, os primeiros questionamentos realizados são: o que gerou o abrupto e comprometedor desajuste para que a pessoa acometida passasse por tais consequências? Considerando a crítica apresentada neste tópico, de que a descoberta reivindicada pela medicina psiquiátrica é uma hipótese com frágil fundamentação, quais as consequências para a pesquisa científica no campo da psicologia e demais ciências comprometidas com o cuidado em saúde mental? Sob estas indagações, finalizamos este tópico, para em sequência recorrer ao papel da desinstitucionalização, historicamente ocupado pela reforma psiquiátrica, e refletir sobre a nova cronicidade estabelecida em nossa sociedade, bem como as alternativas substitutivas de cuidado em saúde mental.

1.2 O PERCURSO HISTÓRICO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Neste tópico, realizaremos uma breve retomada acerca da história do cuidado em saúde em casos de sofrimento psíquico, primeiramente resgatando aspectos gerais da história da loucura, para tratar da realidade brasileira e de práticas e estratégias do cuidado em saúde, e em especial em casos de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Para abordar os principais marcos da história da loucura, resgatamos as análises de Hobsbawm (2004), que explica a transição gradual do sistema de produção feudalista, que vigorou durante a Idade Média (período entre os séculos X e XV), para o modo de produção capitalista, próprio da Idade Moderna (séculos XV a XIX). O historiador afirma que essa transformação possibilitou a acumulação primitiva do capital por meio da conquista ou exploração europeia de outros países. Porém, a prosperidade financeira não se ramificou para grande parcela da população, aumentando o número de mendigos, doentes, além das consequências de guerras que perpassaram o cenário europeu, causando intensa miséria e sofrimento à população.

Desviat (2002) descreve que os casos de lepra nos séculos XV e XVI e o desconhecimento em torno da doença fomentaram a prática da exclusão como medida profilática, gerando a cultura do isolamento. Desviat (2002) e Foucault (1978) descrevem que ao longo do século XVII houve a criação de diversas casas de internação, sendo que a principal foi o Hospital Geral em Paris, com a função de agregar pessoas em situação de miséria, mendigos, alcoólatras, doentes, loucos e criminosos. Para os autores, mais do que uma instituição médica, o hospital possuía um cunho jurídico e assistencial, com o objetivo de manter a ordem e, para isso, acolher, julgar e executar casos de pessoas errantes da sociedade. Foucault (1978) enfatiza que após alguns anos, o Hospital Geral de Paris abrigava cerca de 1% da população local e desta forma ocultava a miséria e as consequentes agitações, para o filósofo, o ainda crescente número de desempregos da região e as demais consequências foram problemas sociais da recente industrialização⁶.

É nesses lugares da ociosidade maldita e condenada, nesse espaço inventado por uma sociedade que decifrava na lei do trabalho uma transcendência ética, que a

⁶ Carvalho e Piza (2016) ressaltam que enquanto Marx observa a história por meio do desenvolvimento das relações de classe geradas no contexto de desenvolvimento dos meios de produção, Foucault analisa a história por meio da mudança de racionalidades, pela imposição de novas ideias religiosas, morais, filosóficas e culturais. Os autores enfatizam que Castel avançou em relação a Foucault, pois Castel observa a constituição da loucura em relação com o aumento da pobreza dos trabalhadores, ainda que não relacione o surgimento do pauperismo com o desenvolvimento do capitalismo.

loucura vai aparecer e rapidamente desenvolver-se ao ponto de anexá-los. (...) O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados (Foucault, 1978, p. 83).

Carvalho e Piza (2016) salientam que o fim das relações de servidão do feudalismo com o desenvolvimento das forças produtivas resultou em uma riqueza inacessível à maioria da população. O desenvolvimento do capitalismo gerou as classes sociais em um novo formato, com a concentração dos meios de produção e a escassez vivenciada pela classe operária. Os autores retomam os estudos de Marx acerca da questão social, o aumento do pauperismo da classe operária europeia que se deslocou para as cidades à procura de emprego, período conhecido como acumulação primitiva. Sem trabalho, diversos homens e mulheres foram deixados sem recursos de sobrevivência, sem o direito de reivindicações, greves, sendo a mendicância a única alternativa, tornando-se uma ameaça à ordem social. Marx nomeou como superpopulação relativa essa camada da sociedade que não foi incorporada no novo funcionamento produtivo, população que Foucault descreve no cenário da grande internação (Carvalho e Piza, 2016).

Kinoshita (2016) descreve que a falta de estrutura adequada dos hospitais franceses era compreendida como o principal empecilho para o aumento considerável de pessoas internadas com os sintomas de doenças mentais e para a dificuldade de cura dos internos. Essa dificuldade foi julgada como uma falha político-administrativa nas condições de tratamento moral, e uma das medidas apontadas é que o tratamento deveria ocorrer em instituições menores e de estrutura familiar.

Foi com o alienismo de Philippe Pinel nos séculos XVIII e XIX que iniciaram os estudos sobre a loucura. O médico, futuramente conhecido como pai da psiquiatria, é lembrado pelo episódio em que desacorrentou os internos do Hospital de Paris, conferindo um novo caráter à instituição, agora de um local de tratamento de enfermidades, doenças físicas e transtornos mentais. Embora o ato de Pinel seja conhecido como uma postura humanitária, sua proposta de tratamento moral não rompia com a lógica da internação (Amarante, 2007). Kinoshita (2016) descreve que neste período a cronicidade em doenças mentais era vista como sinônimo de falta de cuidados, negligência e ausência de coerção moral, que resultava em indivíduos sem controle de seus ímpetos instintivos, sendo o hospital capaz de oferecer tratamento e sanar a doença. Outro aspecto relevante é o que salientam Lewontin, Rose e Kamin (2013): o termo

esquizofrenia pode ser uma reminiscência da definição de loucura do século XIX, em que havia dificuldades de definições da loucura e de sua origem. Para os autores, ainda é atual a dificuldade com a esquizofrenia, embora haja um conjunto de definições o diagnóstico e a conduta médica são muito variáveis.

Marx (1858/s.d.) apresentou a relação entre o crescimento da riqueza, com a prosperidade comercial, e o sequente aumento da pobreza, que reverberou no aumento da loucura. O autor denunciou os interesses em arrecadações de grandes lucros com os internos, gastando o mínimo possível em sua subsistência, e descreve que dentre as acomodações existentes na Grã-Bretanha haviam os asilos públicos, hospitais, serviços residenciais privados, e os *workhouses*, instituições voltadas ao abrigo de indigentes, mal regulamentadas, em que se salientou:

As enfermarias são sombrias e desprovidas de qualquer meio de ocupação, exercício ou diversão. Os profissionais são, em sua maioria, internos indigentes, totalmente inaptos para as tarefas que lhes são impostas. A dieta, acima de tudo essencial para os objetos infelizes da doença mental, raramente supera o permitido, em qualquer caso, para que os internos sejam sãos e saudáveis. Portanto, é um resultado natural que a detenção em *workhouses* não apenas piore os casos não tão agudos de loucura para os quais foi originalmente planejada, mas tem a tendência de cronificar e tornar permanentes os casos que deveriam ter sido tratados por cuidados precoces (Marx, 1858/s.d., p. 3 e 4).

Silva (2014) trata da temática da saúde mental na União Soviética. A autora destaca que foi a partir do século XVII que questões de saúde mental passaram a ser abordadas sem um viés prisional e coercitivo. As experiências de Pinel com a psiquiatria ocidental impactaram o contexto russo, sendo que a primeira revolução psiquiátrica ocorreu na metade do século XIX, com a fundação do Hospital São Petersburgo. É no contexto da Rússia pré-revolucionária, com o crescimento da população e exploração dos camponeses, que surgiram problemas e questionamentos relacionados à psiquiatria. A assistência psiquiátrica em um primeiro momento se relacionava com o movimento higienista, que com métodos coercitivos reprimia e isolava pobres, mendigos e alcoólatras. Em seguida, questionava-se os pressupostos científicos-naturais que conferiam ênfase aos processos cerebrais, conforme discute a psicóloga Zeigarnik, que se

debruçou sobre a temática em pesquisas sobre a patopsicologia experimental, que apresentaremos no próximo capítulo.

No contexto brasileiro, Schuhli (2020) retoma que durante a segunda metade do século XIX os loucos permaneciam nas ruas ou em ala especial nas Santas Casas de Misericórdia. Já no século XX, o autor descreve a influência europeia do alienismo, medicalização da loucura e do isolamento como medida terapêutica. Durante os anos da Primeira República (1899 a 1930), destacou-se a criação de programas de saúde pública, e sob o comando de Osvaldo Cruz, adotou-se o modelo de campanhas sanitárias, que com caráter autoritário buscavam combater as epidemias urbanas. Para Boarini (2003), neste período histórico, a moralidade, costumes, doenças físicas e psíquicas passaram a ser um problema de higiene, e as diferenças de ordem étnica, de anormalidade física ou psíquica, um problema a ser resolvido pela eugenia. Assim, atribui-se apenas ao indivíduo a completa responsabilidade por sua saúde e o crescente número de doenças era justificado pela pobreza e ignorância da população, negando-se a relação entre indivíduo e condições sociais, políticas e econômicas.

Assim, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), o objetivo foi modernizar a psiquiatria brasileira, com base da concepção higienista da época, de que a melhoria da raça humana era a melhor forma de prevenir as gerações futuras das doenças de seus ascendentes. Schuhli (2020) ressalta que a origem do eugenismo na saúde não foi na psiquiatria, mas que essa área utilizou estes ideais para propor meios terapêuticos privilegiando a esterilização e segregação. Para o autor, a medicina e a psiquiatria utilizavam o higienismo como instrumento de controle social. Kinoshita (2016) descreve que, com a psiquiatria moderna, e o crescimento do papel da medicina no começo do século XX, as doenças mentais foram assumidas como doenças crônicas, resultantes de uma desordem orgânica e que não responde a tratamentos.

Ainda no contexto brasileiro, Schuhli (2020) enfatiza que a transição da medicina, que ocorreu entre os anos 1930 e 1960, teve como marca o funcionalismo e individualismo das teorias sociais. O autor aborda que a industrialização e desenvolvimento das forças produtivas possibilitaram uma transição epidemiológica no Brasil, no fim do século XX, com a redução da mortalidade por doenças contagiosas e aumento por doenças crônico-degenerativas. Tenório (2002) salienta que as estruturas tradicionais das instituições psiquiátricas estavam em crise devido às práticas de segregação e maus tratos. O autor destaca o papel da psiquiatria comunitária com a crítica à iatrogenia do asilo psiquiátrico, pois para ele este foi um primeiro modelo de

preventivismo, capaz de refletir sobre cidadania, na medida em que escutava as críticas realizadas pelos pacientes. Tenório (2002) e Schuhli (2020) enfatizam o crescimento exponencial dos hospícios na ditadura militar brasileira (1964 – 1985) e o crescimento da medicalização social, ou seja, processo de apropriação da vida social pela medicina. Esse contexto de aumento da hospitalização psiquiátrica e más condições de saúde fomentou movimentações populares em torno do direito à saúde, conforme abordaremos a seguir.

Amarante (2007) divide três momentos das movimentações da reforma psiquiátrica que iniciaram no continente europeu. Retomaremos brevemente esses desdobramentos históricos para localizar os fundamentos da reforma psiquiátrica brasileira. Consideramos importante compreender as tentativas e alternativas para lidar com questões de saúde mental, e porque essas experiências impactam a forma como hoje organizamos os serviços de saúde que oferecem cuidados para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Para Amarante (2007), o primeiro momento da reforma psiquiátrica foi o das comunidades terapêuticas e da Psicoterapia Institucional. A crítica se centra na estrutura das instituições psiquiátricas, em que a violência institucionalizada retira do indivíduo a possibilidade de troca e as relações são verticais e geram cronificação. No segundo período, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva tratam da necessidade de conciliar os serviços dos hospitais com a comunidade externa. Buscou-se identificar a população de risco para atuar na prevenção, com continuidade de acompanhamento após o término do tratamento. Por fim, formas explícitas de enfrentamento ao saber psiquiátrico surgem com o movimento da Antipsiquiatria, com a Psiquiatria Anti-institucional ou a Psiquiatria Democrática. Esses movimentos geraram desvios na forma de enfrentamento, decorrente da ação de múltiplos setores descontentes da sociedade, evidenciando que o problema estava no modelo científico psiquiátrico, que foi colocado integralmente em xeque.

Amarante (2007) e Kinoshita (2010) destacam o papel do psiquiatra italiano Franco Basaglia e sua definição de manicômio como local de troca zero, em que as relações sociais e a autonomia de cada indivíduo são negadas. Amarante (2007) define a Anti-psiquiatria como a principal experiência do movimento da reforma europeia. Busca-se a reinserção social, amparada nos pilares do serviço, da comunidade e do próprio indivíduo. Na Itália, na década de 1970 o hospital psiquiátrico foi institucionalmente combatido, inclusive com uma lei que previa o fim de novos internamentos e a progressiva ressocialização dos casos ativos. Para isso, foi prevista a criação de serviços territoriais e substitutivos para a manutenção do acompanhamento.

Amarante (2013), Amarante e Nunes (2018) e Vasconcelos (2009) destacam o papel da reforma psiquiátrica brasileira, que se iniciou durante a década de 1980, no contexto de redemocratização do país. Os autores ressaltam que antes dessa mobilização, a saúde mental era tratada com violência e descaso, e que as internações e técnicas de tortura atingiram o ápice no período da ditadura militar. A partir disso, houve uma efervescência em torno do tema, em contraposição à lógica manicomial⁷. Na mesma direção, Tenório (2002) descreve o contexto de combate ao Estado autoritário, ineficiência das políticas públicas de saúde e denúncias de violências e maus tratos dos pacientes internados em hospícios no Brasil. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que posteriormente se ampliou como o movimento na luta antimanicomial, com participação dos trabalhadores, familiares, usuários. Esse contexto fomentou a reforma sanitária, movimento em prol da reorganização do sistema nacional de saúde.

A trajetória brasileira da saúde mental é marcada por experiências preventivistas de ampliação e descentralização da saúde e parceria com hospitais (Amarante, 2013). O autor divide a reforma psiquiátrica brasileira em três períodos, sendo o primeiro deles a trajetória alternativa, que ocorre ainda no período da ditadura militar, tendo pouca liberdade e participação social, com a marca do começo da articulação do MTSM. O segundo, nomeado de trajetória sanitarista, teve por prioridade a organização do serviço, marcado por experiências preventivistas, que Amarante (2013) classifica como tentativas de reformas que não desconstruíram o paradigma psiquiátrico. Por fim, a trajetória da desinstitucionalização, de crítica à estrutura manicomial, ampliação e descentralização da saúde. Nesse período, destacam-se as contribuições realizadas pelo MTSM, em que se estabelecem pontes com a reforma italiana⁸ (Amarante, 2013).

Tenório (2002) salienta que a psiquiatria surge do gesto pineliano de desacorrentar os loucos, e ela se consolida por meio de iniciativas reformadoras. A reforma psiquiátrica brasileira se distingue em objetivos e estratégias: na denúncia da normatização da vida e rompimento com a lógica de controle e tutela, em direção à cidadania plena no campo da saúde mental. Schuhli (2020) enfatiza alguns pontos acerca da importância da reforma psiquiátrica, relação com a reforma sanitária, de caráter mais amplo, e os impactos para

⁷ Tenório (2002) explica que o termo manicômio era utilizado para designar os manicômios judiciários, a escolha pelo termo para nomear de forma geral os locais de internação psiquiátrica é uma crítica pois iguala estes serviços.

⁸ A seguir abordaremos uma discussão a respeito da nova institucionalização, abordada por Schuhli (2008).

o efervescente contexto brasileiro, na medida em que fomentou propostas contrárias aos interesses privatizantes no campo da saúde.

Além da constituição do MTSM, Amarante e Nunes (2018) e Schuhli (2020) destacam o papel de outras instituições que fizeram parte da organização popular na estruturação da saúde mental e da reforma psiquiátrica, sendo eles, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde); a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva); e o importante papel da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual surge a proposta da I Conferência Nacional de Saúde e o sequente II Congresso Nacional do MTSM. A partir desse último, com a organização de profissionais, usuários, familiares e de ativistas dos direitos humanos se constitui o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

Amarante (2013) destaca que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, cumpriu um importante papel, contou com grande participação popular, entre usuários, familiares, profissionais, em um momento em que a desinstitucionalização retornou ao cenário. Essa Conferência construiu as bases para o que foi aprovado na Constituição de 1988, a definição ampliada da saúde, criação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e inclusão de princípios como universalização, equidade, descentralização, territorialização e controle social. Outro aspecto destacado por Amarante (2013, p. 95):

A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas.

Amarante e Nunes (2018) ressaltam a importância da reforma psiquiátrica como um processo social que possibilitou a desinstitucionalização por meio das alterações no cuidado em saúde, e não apenas uma mudança protocolar de serviços oferecidos. Como exemplo, os autores citam a utilização da arte e da cultura como recurso para produção de subjetividade, de reconstrução da vida, não apenas como um recurso auxiliar.

Para abordar as diferentes concepções em disputa no movimento da reforma psiquiátrica, a seguir abordaremos os modelos biomédico e psicossocial. Schuhli (2020) apresenta a definição do modelo biomédico, sistematizado pelo autor como um termo que compreende práticas que seguem os mesmos fundamentos, com traços individualistas,

hospitalares, medicamentosos, biologicistas e positivistas. Costa-Rosa et al. (2003, p. 2) salientam que no contexto de críticas ao modelo biomédico, “(...) a Psiquiatria já havia configurado a Doença Mental como seu objeto e o Hospital Psiquiátrico como um dos principais dispositivos da sua ação”. Bellenzani e Souza (2021, p. 299) apresentam uma crítica a respeito das consequências dessa prática:

O modelo biomédico amplia os limites do que pode ser considerado patológico, sustentando a medicalização da vida ao pressupor uma determinação direta da biologia sobre o psiquismo e o comportamento humano, sem dar visibilidade à mediação do processo histórico e social na produção desse sofrimento psíquico.

Em contraposição a esse termo, Costa-Rosa et al. (2003) e Tenório (2002) afirmam que a atenção psicossocial é um conceito que se constitui como um aglutinador do conjunto de práticas substitutivas ao modelo biomédico, que foi possível devido ao amadurecimento da reforma psiquiátrica brasileira. Para Costa-Rosa et al. (2003) o termo psicossocial designa inicialmente as experiências da reforma psiquiátrica, e na medida em que experiências mais críticas se desenvolvem, como a Antipsiquiatria, o termo passa a ser utilizado como um conceito, diferenciando um novo dispositivo de cuidado, radicalmente oposto às práticas asilares. Para Vasconcelos (2009), há uma mudança de foco, da cura da doença para a produção de vida e de formas de sociabilidade, com base em interesses democrático-populares e um caráter antimanicomial. Papa (2021, p. 42) salienta que as experiências da atenção psicossocial podem gerar implicações sobre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia: “(...) concebê-las enquanto sujeitos ativos e que podem ter autonomia sobre as próprias vidas, não precisam e não devem ser institucionalizadas, alijadas do convívio social, excluídas e tuteladas, pois essas medidas sim produzem sofrimento e sintomas ditos esquizofrênicos.

Costa-Rosa (2000, p. 144) enfatiza o antagonismo entre estes dois modelos (biomédico e psicossocial): “(...) só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares”. O modelo da atenção psicossocial se fundamenta ao se contrapor ao modelo biomédico e asilar, tanto em dimensão teórico e ideológica quanto pela atuação prática. Porém, para o autor, a reforma psiquiátrica brasileira não atingiu a

superação completa do modelo biomédico, em lugar disso, atuamos de forma simultânea ou alternando com dois modelos antagônicos que disputam a hegemonia.

Para Costa-Rosa et al. (2003), o termo que mais designa o conjunto de práticas substitutivas ao modelo asilar é “atenção psicossocial”, eles discutem que por mais que alguns autores realizem reflexões críticas a respeito de outros dois termos, a “Reabilitação Psicossocial” e o “Apoio Psicossocial”, compreende-se que atenção psicossocial agrega e incorpora o acúmulo teórico e técnico em questão e se apresenta como substitutivo. Sobre essa temática, Guerra (2004) e Schuhli (2020) discorrem a respeito das possibilidades que o termo Reabilitação Psicossocial engendra, pois pode designar a busca pela reconstrução do exercício pleno da cidadania, visando uma produtividade social, mas também é utilizado por perspectivas críticas, que, visando suporte ao fenômeno da cronificação nas instituições manicomiais, busca oferecer uma fonte de autonomia, possibilitando ao usuário um poder contratual para o exercício da plena cidadania. O trecho a seguir nos lembra de uma importante reflexão, no que diz respeito às disputas em curso entre os modelos contraditórios que estamos tratando:

A aposta do modelo psicossocial está em recriar e exercitar novas formas de relação social, compreendendo que a produção de saúde e de subjetividade são indissociáveis. Na medida em que propicia, ainda que limitados, espaços de acolhimento, convivência, escuta/diálogo, exercício de escolha e participação, suas ações não se restringem a mudanças na dimensão técnica, mas concorrem para alterar dimensões institucionais e ideológicas. É preciso compreender que as mudanças apenas técnicas por mais que sejam empreendidas em alguns momentos, se não forem acompanhadas de mudanças em outras dimensões acabam, não raras vezes, recaindo nas práticas do modelo que buscavam superar, pois o modelo biomédico continua hegemônico e tem a prerrogativa de estar afinado às formas econômicas e sociais da organização social capitalista (Schuhli, 2020, P. 256).

A seguir, buscamos explicar a respeito dos instrumentos e procedimentos institucionais que possibilitaram o desenvolvimento dos serviços substitutivos ao manicômio. Para tanto, Amarante (2007) aborda quatro eixos de transformações no campo da saúde mental, resultado do impacto das ações do modelo psicossocial. Tais dimensões são necessárias para refletirmos a respeito das práticas de cuidado em saúde

mental que visamos abordar neste trabalho, sendo elas: a teórico-assistencial, decorrente dos questionamentos de conceitos e práticas da psiquiatria hegemônica em que o foco passa a ser o usuário ao invés da doença; a técnico-assistencial, com a construção de uma nova rede de serviços com foco em produção de saúde, visando uma nova concepção, organização e gestão dos equipamentos de saúde; a dimensão jurídico-política e a urgente extinção e substituição dos serviços manicomial, aliada à garantia de direitos dos usuários, assegurados em legislações; e, por fim, a sociocultural, com práticas que transformem o imaginário social que popularmente trata a saúde mental pelo viés da loucura e de doenças mentais.

Para que tais serviços fossem possíveis, houve uma série de medidas em forma de projetos de lei, decretos e portarias no âmbito da saúde mental. Tenório (2002), Amarante (2013) e Amarante e Nunes (2018) tratam desse tema e destacam o que ficou conhecido como Projeto de Lei Paulo Delgado (PT/MG) 3.657/89, que tramitou por doze anos. Esse projeto tinha por objetivo regulamentar os direitos e formas de tratamento no campo da saúde mental, indicando a progressiva extinção dos manicômios públicos e privados e a viabilidade e eficácia da construção da rede substitutiva para atender a demanda. Tenório (2002) enfatiza que com esse projeto de lei, a reforma psiquiátrica brasileira assumiu uma dimensão nacional, e, embora sua aprovação tenha ocorrido somente com a Lei 10.216/2001, o conteúdo proposto com o Projeto de Lei em 1993 foi amplamente discutido pela sociedade, o que alavancou o movimento da reforma psiquiátrica.

Desviat (2002) e Amarante (2013) salientam que, embora se perceba um avanço na atenção psicossocial no Brasil, a lei aprovada em 2001 não previa a extinção progressiva dos manicômios. Para os autores, uma das principais dificuldades estava na falta de recursos para financiamento, pois não houve uma integral transferência de verba dos manicômios para o atendimento comunitário⁹, ou seja, os recursos existiam, mas sua utilização não cobria os interesses da reforma. Destaca-se também a falta de preparo prático e teórico das instituições de serviço e da comunidade para receber os usuários, recaindo individualmente sobre os profissionais a responsabilidade de lidar com

⁹ Ainda que, conforme Amarante e Nunes (2018) tenha ocorrido um significativo fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, de 80 mil leitos na década de 1970 para pouco menos de 26 mil leitos em 2014. Os autores também descrevem a significativa queda com os gastos com hospitais psiquiátricos, de 75% da verba em 2002 para 20% em 2013, enquanto a atenção psicossocial passou de aproximadamente 25% para 80% neste mesmo período.

obstáculos e encontrar soluções. Salientamos a importância da formação continuada das equipes de saúde. Tal recurso deve estar previsto na implementação das políticas públicas.

Além da Lei 10.216/2001, Amarante e Nunes (2018) apresentam outros marcos institucionais para a implementação e consolidação do SUS e das políticas de saúde mental, como a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), que redefiniu os CAPS em relação ao porte e especificidade da população atendida e a Portaria 154/2008 (Brasil, 2008a), sobre a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com equipes inseridas na atenção básica que visam construir o apoio matricial¹⁰. Além dessas, a Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2013b) que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possibilitando uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS em diferentes níveis de complexidade. Destacam-se os objetivos de criação, ampliação e articulação da atenção à saúde no SUS para pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas.

Ainda a respeito da Portaria da RAPS, ela sintetiza as diretrizes para o seu funcionamento, como o respeito aos direitos humanos, autonomia e liberdade dos usuários, equidade, garantia de acesso e cuidado integral em saúde, atenção humanizada, diversificação das estratégias de cuidado, ênfase em serviços territoriais e organização da rede de atenção à saúde de forma regionalizada, desenvolvimento do cuidado em saúde com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como eixo central, entre outros. Já os objetivos da RAPS, consistem em ampliar o acesso da população em geral e do público alvo à atenção psicossocial e garantir a articulação dos serviços da rede. As instituições que compõem a rede de atenção psicossocial são: a atenção básica em saúde – Unidades Básicas de Saúde, equipes da atenção básica para populações específicas e centros de convivência, a atenção psicossocial especializada, os CAPS, os serviços de atenção de urgência e emergência, atenção social de caráter transitório, a atenção hospitalar e as estratégias de desinstitucionalização. A Portaria descreve a função de cada órgão que compõem a RAPS, com detalhamento para as funções dos serviços na atenção psicossocial de acordo com os princípios e objetivos mencionados, além de detalhar as fases da operacionalização da implementação destes serviços (Brasil, 2013b). A principal deficiência apontada por Amarante e Nunes (2018) é a respeito da ausência de fundos

¹⁰ Cabe salientar que a Nota Técnica 03/2020 do Ministério da Saúde limita e desarticula os serviços oferecidos por profissionais do NASF, na medida em que retira a fonte de financiamento e deixa a cargo de cada gestão municipal.

orçamentários para que algumas ações pudessem ser realizadas, como cultura, trabalho e geração de renda.

Amarante (2013) e Amarante e Nunes (2018) destacam a formação dos primeiros CAPS, serviço constituído por uma equipe multiprofissional que realiza atendimento para a população com transtornos mentais graves e persistentes e/ou que realizam o consumo abusivo de crack, álcool e outras drogas. Os CAPS compõem a proposta da criação de uma rede substitutiva, que, contando com serviços de distintas complexidades, centralizados e descentralizados, pudessem contemplar aspectos mais amplos da vida dos usuários, como moradia, trabalho, lazer, cultura. Embora os CAPS não sejam o único serviço da rede substitutiva à lógica manicomial, ele é um serviço estratégico e fundamental para a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Brasil (2002) distingue que a estrutura de funcionamento do CAPS difere de acordo com o tamanho do município, podendo ser CAPS I (com população entre vinte mil e setenta mil habitantes), CAPS II (com população entre setenta mil e duzentos mil habitantes), CAPS III (com população acima de duzentos mil habitantes), CAPSi (infantil, para municípios com população acima de cento e cinquenta mil habitantes) e CAPSad (álcool e outras drogas, para municípios com população acima de setenta mil habitantes). A Portaria nº 3.588 (Brasil, 2017) institui ainda o CAPS IV para municípios com população acima de quinhentos mil habitantes e capitais de Estado. Os horários de funcionamento e dias de semana variam de acordo com a modalidade de CAPS.

Após a institucionalização da rede substitutiva ao manicômio e no cenário da atuação da atenção psicossocial, Schuhli (2008), em referência aos três períodos da reforma psiquiátrica brasileira¹¹, aponta para um quarto período, o da nova institucionalização. Schuhli (2008) critica a função que os CAPS têm cumprido, que acabam reforçando a necessidade da existência de hospitais, bem como a noção de que há um serviço para cada problema. O autor questiona a efetividade da substituição ao modelo manicomial e aponta a importância do CAPS se responsabilizar pela demanda que recebe e não produzir uma nova cronicidade e nova institucionalização: “Constitui-se num sistema que decompõe, seleciona, não se responsabiliza, abandona, produz uma nova cronicidade e tenta fazer parecer real o projeto impossível de relegitimar a psiquiatria como exclusivamente terapêutica, depurada de sua carga de controle social”. (Schuhli, 2008, p. 28). Papa (2021) sintetiza a compreensão de que a nova cronicidade é

¹¹ Conforme abordamos anteriormente, descritos por Amarante (2013).

resultante de práticas e relações manicomiais que não foram superadas, pois os serviços territoriais oferecem tratamentos restritos. No caso de usuários diagnosticados com esquizofrenia, a tônica do tratamento é permeada pelo modelo biomédico, de forma que há uma desospitalização, mas não desinstitucionalização.

Cabe ressaltar que ao longo dos anos houve diferenças nas mobilizações sociais e conferências institucionais em torno do debate da saúde mental. Amarante e Nunes (2018) analisam que após a vitória presidencial de Luís Inácio Lula da Silva em 2002 houve uma desmobilização das Conferências do MTSM, sendo que estas voltaram a ocorrer após pressão popular com a Marcha dos Usuários, realizada no ano de 2010. Schuhli (2020) afirma que a partir de 2015 acirrou-se o desmonte dos avanços da reforma psiquiátrica brasileira, pois o governo nacional, pressionado por interesses privados, na mesma medida em que financiava a rede de saúde mental cedia espaço à hegemonia do modelo biomédico. Além disso, durante o governo da presidenta Dilma Rousseff (2014-2016), houve a nomeação de Valêncius Wurch Duarte Filho para o cargo de coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, substituindo Roberto Tykanori Kinoshita, referência na construção da reforma psiquiátrica brasileira. Valêncius era conhecido por ser um psiquiatra contra o fim dos manicômios, e por ocupar o cargo de diretor técnico de um hospital psiquiátrico, fechado em 2012 após a apuração judicial de violações de direitos humanos, além de práticas de eletroconvulsoterapia¹².

Delgado (2019) apresenta que, desde o golpe que definiu Michel Temer como presidente do Brasil em 2016, aprofundaram-se as mudanças no cenário da atenção psicossocial. O autor salienta que uma série de medidas impactaram o cerne da reforma psiquiátrica. Houve um acelerado desmonte que coloca em xeque o lema “por uma sociedade sem manicômios”, construído por movimentos sociais na década de 1980. Delgado (2019, p. 3) denuncia que se trata de uma: “(...) medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia”. Nunes et al. (2019) destacam que por mais intensos que sejam os movimentos que culminaram em reformas psiquiátricas, não há nenhuma conquista histórica que seja definitiva. Os autores chamam de contrarreforma psiquiátrica o

¹² Ex-diretor de manicômio é nomeado para coordenação nacional de saúde mental (2016). Plataforma Brasileira de Política de Drogas. Disponível em: <https://pbpd.org.br/ex-diretor-de-manicomio-e-nomeado-para-coordenacao-nacional-de-saude-mental/>

processo que resulta de tensionamentos que colocam em xeque os avanços obtidos na reforma psiquiátrica. Denunciam que a Portaria 3.588/2017 (Brasil, 2017) do Ministério da Saúde evidencia a contrarreforma e destacam três aspectos: as alterações impostas sobre as propostas da política nacional de saúde mental, sem controle e participação social, a incorporação do hospital psiquiátrico como integrante da RAPS, e por fim, a abertura para financiamento de serviços privados, as comunidades terapêuticas (CT), que também passam a integrar a RAPS.

Nunes et al. (2019), Amarantes e Nunes (2018) e Delgado (2019) observam uma reinversão na curva do financiamento dos serviços, ou seja, passa-se novamente a aumentar o financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, e destacam que o subfinanciamento crônico passa a impactar a rede de atenção psicossocial, comprometendo a eficiência dos serviços e reforçando as críticas de setores contrários à reforma psiquiátrica. Os autores apontam que a Portaria 3.588/2017 (Brasil, 2017), sem alterar a nomenclatura dos serviços da área de saúde mental, insere as comunidades terapêuticas e leitos psiquiátricos como serviços da rede de atenção psicossocial¹³. E salientam que: “(...) a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira” (Amarante e Nunes, 2018, p. 2073).

Cabe mencionar que o decreto 11.392/2023, a respeito da estrutura do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), acrescenta a criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas. Conforme o decreto, o departamento tem o objetivo de apoiar políticas de suporte e financiamento das CT's, inclusive com ações de articulação do cuidado de usuários das políticas do SUS e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Destacamos que essa política, implementada nos primeiros dias do novo governo Lula, ocorreu sem consultas a movimentos sociais, sem controle social, e também caminha na contramão da reforma psiquiátrica. Afinal, o serviço das CT's ocorre sob a lógica da religião e do isolamento e abstinência de substâncias psicoativas, medidas que não possuem efetividade, evidências científicas favoráveis e que retomam práticas manicomiais.

¹³ Salientamos que essa brecha já foi aberta na portaria 3088/2011 da RAPS, que prevê alguns pontos da rede que contemplam esses dispositivos, e até mesmo na Lei 10.216/2001 por não prever a extinção progressiva dos manicômios.

Sobre o tema, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018) produziu um relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas, denunciando inúmeras situações de violência, maus tratos e abusos ocorridos nessas instituições. A ação ocorreu em outubro de 2017 e contou com mais de 100 profissionais, que simultaneamente realizaram vistorias em 28 instituições. Dentre as violações identificadas nesse relatório, os autores destacam: as restrições no acesso de ir e vir e na comunicação, com limitações do convívio social como um eixo central destas comunidades; a prática de internações involuntárias sem consentimento do usuário e sem determinação judicial, além de internações compulsórias, fora do que é previsto em lei; aplicações de castigos, punições e indícios de tortura; violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual, sendo imposto aos usuários o culto a determinada religião ou a repressão da expressão da sexualidade; utilização de mão de obra forçada, sem remuneração e como ferramenta de punição; violações aos direitos trabalhistas com mão de obra não remunerada dentre os profissionais das instituições; internações de adolescentes, violando diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e o recebimento de verbas públicas, mesmo quando a comunidade terapêutica não estava de acordo com as políticas públicas vigentes.

Nosso objetivo nesta pesquisa é compreender o sofrimento psíquico e as estratégias de cuidado em saúde de usuários com o diagnóstico de esquizofrenia. Dessa forma, é fundamental discutir a reforma psiquiátrica e estratégias da atenção psicossocial. A respeito das práticas de cuidado em saúde mental, Roteli (2001) analisa que o que está em foco na reforma psiquiátrica é o questionamento em torno da loucura, e não o manicômio em si, sendo a doença o objeto de estudo da psiquiatria. Nesse aspecto, a desinstitucionalização é a diferença de objeto, é conferir centralidade à existência-sofrimento dos usuários, instrumentalização de serviços, práticas, condutas profissionais de acordo com o sofrimento do usuário, visando o fortalecimento da autonomia das pessoas. Roteli (2001) e Kinoshita (2010) descrevem a importância do profissional de saúde, que deve agir intencionalmente para resgatar trocas sociais que foram interrompidas das vidas dos usuários dos serviços, resgatando o poder contratual de cada indivíduo, para que possam estabelecer trocas em seu campo social. Kinoshita (2010) afirma que a equipe deve fazer mediações, emprestando poder contratual para possibilitar aos usuários novas relações e experiências com seu entorno social. Roteli (2001) enfatiza que ao valorizar a existência dos indivíduos, os profissionais estão atuando na direção da desinstitucionalização, pois não há uma redução do sujeito à doença e este pode se reinscrever em sua comunidade, seu espaço social.

Kinoshita (2010) apresenta que, no caso da pessoa em sofrimento psíquico, há uma negatividade anunciada que torna o sujeito inválido em seu valor pressuposto/poder contratual, em seus bens, suas mensagens e seus afetos. A doença assume o centro de sua positividade e com isso anula-se o valor da pessoa como sujeito social. A reabilitação tem o foco de reverter esse processo, reaver o poder contratual do sujeito, criando condições, mediações, dispositivos, além de destruir o que retira o poder contratual, o manicômio, local que tem a capacidade de transformar qualquer manifestação do usuário em sintoma de negatividade. O autor afirma que o desafio é como ocupar esse espaço anteriormente preenchido pelo manicômio, substituindo um equipamento fundamentado na ausência de valor de seus pacientes, por instrumentos que fomentem a participação, proporcionem a criação de autonomia, ampliem os horizontes para reconquistar o poder contratual.

Brasil (2008b) aborda a importância de os profissionais de saúde ampliarem sua capacidade clínica, de forma que a atuação aconteça de modo integral, em conjunto com demais profissionais e gestores, com o objetivo da participação e autonomia de cada sujeito em seu processo terapêutico. Destaca-se a importância desta atuação articulada e humanitária em diagnósticos como a esquizofrenia, que já traz ao indivíduo uma situação de sofrimento e de discriminação social, visto que mesmo tratamentos de saúde com frequência paralisam a vida do sujeito e impedem a produção de vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é mais importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença. É muito comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como “POLIQUEIXOSOS” (com muitas queixas), pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas (Brasil, 2008b, p. 16, destaque dos autores).

A cartilha (Brasil, 2008b) descreve algumas estratégias/sugestões para a prática profissional. Dentre elas destacamos a escuta, acolher a queixa, reconstruir os motivos do adoecimento e as relações que o usuário estabelece; a formação de vínculos e afetos entre pacientes e profissionais, que pode favorecer a autonomia e dar novas possibilidades de vida do sujeito; evitar a culpabilização dos sujeitos, nem sempre a orientação realizada será possível, sendo necessário lidar com as limitações do processo; realizar propostas ao

invés de apenas restringir; questionar a compreensão do usuário sobre as propostas de tratamento; priorizar o apoio profissional do que o medicamentoso, em especial em situações extremas da vida dos usuários; respeitar o direito à diferença e considerar a existência de outros recursos pessoais; trabalhar em equipe, tendo em vista que decisões coletivas potencializam a humanização da atenção em saúde.

Sugerem-se dois dispositivos estratégicos da intervenção clínica: a formação de equipes interdisciplinares (ou de referência) e os projetos terapêuticos singulares (PTS). Para que não haja a desresponsabilização dos profissionais, propõe-se a formação de uma equipe de referência, composta por profissionais que se responsabilizarão pelas mesmas pessoas. O segundo, é a formação do PTS, ferramenta que possibilita a formação ampla de um plano coeso, potencializador de autonomia e que, com o apoio matricial, pode interligar os serviços da rede assistencial. Sugere-se que os serviços não devem encaminhar usuários, mas compartilhá-los com outras equipes, pois a responsabilidade não deve ser encaminhada. O PTS deve funcionar como um conjunto de propostas e de condutas articuladas para entender a demanda do usuário em sua integralidade, sendo em geral dedicado a situações mais complexas. O projeto é singular e não individual porque abarca a história de vida da pessoa, os familiares e demais cuidados que ela possa articular, além da própria relação que o usuário estabelece com o próprio PTS, buscando a mudança da relação com seu sofrimento psíquico. Destaca-se a importância de estimular o usuário a qualificar os próprios sintomas, sentimentos, e comportamentos que percebe: “Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento” (Brasil, 2008b, p. 48).

Acioli Neto e Amarante (2013) discutem a respeito do acompanhante terapêutico (AT) como instrumento dos projetos assistenciais que se amparam na atenção psicossocial, reforma sanitária e psiquiátrica, com práticas opostas aos modelos asilares. Para os autores, o CAPS é o centro de referência, mas não precisa ser o único local de cuidado. Outros exemplos são os ATs, o matriciamento, os antigos NASF, que por meio da portaria 635/2023 e de algumas alterações de abrangência, passaram a ser chamados de Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Enfim, políticas que auxiliam a garantia de ações integralizadas no cuidado em saúde. A proposta dos ATs visa o resgate da cidadania por meio de trocas cotidianas, conforme as necessidades e singularidades dos sujeitos.

(...) considerando as premissas da atenção psicossocial em relação à promoção da saúde e sua construção no território do sujeito, considera-se que o AT tenha um papel determinante nesse processo. Com suas ações, os sujeitos podem circular em seus espaços cotidianos, ressignificando suas ações rotineiras, assim como nos benefícios ou danos que podem estar aí atribuídos. O AT se apresenta como um ator que leva o cuidado ao sujeito fora dos muros institucionais, atuando no percurso de suas vidas, em sua relação com o mundo. O seu trabalho constitui uma ação necessária que pode articular a atividade dos CAPS, a atenção psicossocial para o contexto cotidiano de seus usuários, amenizando, inclusive, possíveis efeitos de novas cronicizações. Sua práxis ocorre no encontro com o sujeito em seu dia a dia, em suas atividades rotineiras, em suas atividades de lazer, em suas vivências, e tem como finalidade a promoção de um cuidado fora do espaço institucional, desvinculando a prática da saúde desses espaços (Acioli Neto e Amarante, 2013, p. 971).

A seguir apresentaremos a problematização de Kinoshita (2016) a respeito do termo cronicidade. O autor explica que para alcançar uma delimitação mais precisa do termo, parte-se de casos típicos da medicina, como a hipertensão arterial e a diabetes. Nessas duas enfermidades, é possível observar processos biológicos considerados patológicos, que permanecem por longos períodos de tempo e que evoluem de maneira destrutiva, sem alternativas de tratamento para a cura. No caso de dores crônicas, quando não há mais alternativas médicas, são encaminhados para acompanhamento psiquiátrico, ou seja, há um processo biológico, não há como interromper o incômodo gerado e o caso é tido como um transtorno mental. No que tange as doenças mentais o autor afirma que:

Embora ainda seja corrente a noção de que a esquizofrenia é um protótipo de uma doença mental crônica, esse conjunto de estudos apresentados acima sugere que o mais adequado seria considerá-la como uma doença de longa e lenta evolução e sobretudo que seu desenrolar é no mínimo incerto (Kinoshita, 2016, p. 97).

Kinoshita (2016) salienta que após uma longa jornada de hospitalização, é perceptível um “efeito de homogeneização” que se observa na postura similar dos pacientes, com postura curvada para frente e empobrecida, movimentos lentificados, que aparecem em sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia, mas também em outros

diagnósticos. Para ele, o resultado da hospitalização contínua é o agravamento do quadro crônico. Dentre os fatores ressaltados pelo autor, destacamos a falta de apoio familiar, a situação social, as condições da instituição a que a pessoa está submetida, a falta de nutrição, os atrativos pessoais e os exercícios corporais corretos. Além disso, o autor afirma ainda que existem mitos sobre pacientes crônicos, que eles tenderiam a buscar o isolamento, que se acomodam no papel de doentes crônicos. Porém, ele observa que os usuários relutam inclusive em acessar os serviços existentes e aceitar o uso da medicação, e que é a própria sociedade que provoca esse isolamento, ao constranger e negar espaços de sociabilidade. Sobre o tema da cronificação, Freitas e Amarante (2015, p. 128) destacam que:

No passado, o grande desafio dos processos de reforma da assistência psiquiátrica era como reintegrar à comunidade aqueles milhares de pacientes que haviam passado uma significativa parte de suas vidas internados em instituições asilares. Os chamados pacientes crônicos eram, em sua maioria, pessoas que sofriam das consequências do próprio tratamento a elas oferecido. Hoje em dia, o número de pacientes crônicos, que, por fazer uso da medicação psiquiátrica, dependerá de tratamento medicamentoso para o resto de suas vidas, é muito maior que o número de pacientes internados em manicômios.

A denúncia realizada por Freitas e Amarante (2015) e endossada por outros pesquisadores, como Whitaker (2017) e Moncrieff (2022) é de que a medicação psiquiátrica está ocupando o papel e lugar cronificador do manicômio. E que, por mais que a atual noção do manicômio seja algo rejeitado socialmente, o uso indiscriminado de antipsicóticos é tido como uma solução, disseminado de forma banalizada e até mesmo romantizada. Para os autores, o uso indiscriminado de antipsicóticos pode ter consequências ainda piores que a internação psiquiátrica.

Para finalizar este capítulo, apontamos a importância das pesquisas e práticas no campo da saúde mental que discutem os fenômenos estruturais e que contribuem no cuidado em saúde de pessoas com diagnósticos como o de esquizofrenia. Existem propostas (em maioria por perspectivas teóricas diferentes da Psicologia Histórico-Cultural) que circunscrevem alternativas para a desmedicalização das manifestações do sofrimento psíquico, as quais apresentaremos brevemente algumas experiências.

Freitas e Amarante (2015) descrevem a experiência de Soteria para enfatizar que a desmedicalização é possível. Nessa experiência, iniciada no século XX nos Estados Unidos, foram realizadas tentativas radicais de tratar a esquizofrenia conforme o projeto basagliano. Caracterizava-se pela negação da utilização de antipsicóticos, pois considerava-se que a alteração química da consciência impedia ou dificultava o acesso à experiência psicótica, impedindo a compreensão do adoecimento. Por meio do atendimento fora do espaço asilar, com instalações em uma casa na comunidade, defendia-se a utilização de recursos da rede social do paciente, equipe de não profissionais, familiares, que enfrentassem e construíssem em conjunto o processo de recuperação da experiência de crise aguda. Compreendia-se que a crise apresentava um curso natural, essa experiência se ramificou e contou com diversos estudos que citam o percentual de pessoas que melhoraram sem a intervenção farmacológica.

Outra alternativa aos tratamentos tradicionais, que foge da centralidade medicamentosa, é o Método do Diálogo Aberto, que começou a ser desenvolvido na Finlândia na década de 1980, com o objetivo de atender pessoas em crise psicótica. O termo Diálogo Aberto foi cunhado em 1995, para descrever uma abordagem centrada no diálogo e nas redes e conexões sociais da pessoa usuária da rede de saúde mental e hoje é reconhecido internacionalmente. Na Finlândia, a experiência do Diálogo Aberto se ramificou no sistema de saúde mental, por meio de um projeto nacional, chamado Projeto Esquizofrenia (Florence e Yasui, 2019).

Em entrevista concedida a Florence e Yasui (2019), Jaakko Seikkula relatou fatos importantes sobre o desenvolvimento da abordagem do diálogo aberto. Conforme o psicólogo finlandês que acompanhou o desenvolvimento da proposta, ela surgiu na década de 1980 com uma equipe de profissionais que trabalhavam em um hospital que tratava de pessoas em casos graves e crônicos de saúde mental. Em um contexto de desenvolvimento de um novo sistema de saúde mental, a equipe tinha em foco a perspectiva psicoterapêutica e a inclusão das famílias no foco do tratamento. Construíram uma perspectiva de atendimentos em sistema aberto, e cada fato significativo sobre a vida do paciente deveria ser abordado em um fórum aberto, com a participação do paciente, equipe ampla e familiares. Com isso, todos os atendimentos passaram a ser grupais e os individuais foram extintos.

Seikkula e Olson (2003) destacaram dificuldades das primeiras tentativas, tais como problemas em engajar, se conectar com as famílias. Na entrevista de Florence e Yasui (2019), destaca-se ainda o papel do acolhimento às incertezas do processo, da

ausência de respostas ou soluções rápidas, e a importância em saber tolerar a ansiedade e emoções, sendo o diálogo um parceiro fundamental para compreender os acontecimentos do contexto pessoal, familiar e social. Além disso, também se ressalta a importância da formação continuada e a necessidade de sistematizar as propostas de tratamento, sendo que uma observação ainda inicial foi fundamental para a continuidade destas pesquisas: conforme Seikkula, nem todos os pedidos de internação resultavam em hospitalização, pois com o pedido uma equipe se deslocava para a residência dos pacientes, e com o atendimento domiciliar à crise houve uma redução de 40% no número de internações (Florence e Yasui, 2019).

Dias (2017) e Kantorski e Cardano (2017) indicam que o modelo do Diálogo Aberto buscou orientação no dialogismo construído por Mikhail Bakhtin, em que o filósofo defende que a linguagem e a comunicação são constituintes da realidade social. Assim, gerar diálogo entre os participantes gera uma polifonia, espaço em que todas as vozes devem ser consideradas, ou seja, a fala de uma pessoa em crise psicótica deve ser ouvida e respeitada, rompendo com o isolamento e preconceitos. Dessa forma, tendo o diálogo como foco, Kantorski e Cardano (2019) indicam que as reuniões terapêuticas deveriam ocorrer com o paciente, familiares, pessoas próximas e profissionais, se possível na residência do paciente e dentro das primeiras 24h da primeira crise. Os autores descrevem sete princípios fundamentais do Diálogo Aberto, sendo: ajuda imediata, perspectivas da rede social do paciente, flexibilidade e mobilidade, responsabilidade, continuidade psicológica, tolerância à incerteza e a promoção de diálogos.

Seikkula e Olson (2003) enfatizam que as decisões devem ser discutidas e tomadas na presença de todos, além de deixadas mais para o fim do acompanhamento, possibilitando que todos os participantes sejam ouvidos. Além disso, os autores identificam duas categorias na terapia, as poéticas e as micropolíticas. Das poéticas do Diálogo Aberto, os autores se referem às formas de linguagem e comunicação nos encontros, como a tolerância à incerteza, que é constituída por encontros frequentes e por um diálogo de qualidade, pois a incerteza só é tolerada se a proposta da terapia é segura; o dialogismo, diálogo que estrutura a comunicação entre os participantes da rede social formada por paciente, familiares, profissionais; e a polifonia, uma linguagem compartilhada que proporcione a significação dos sofrimentos pela rede imediata da pessoa. A categoria das micropolíticas se constitui por práticas institucionais, como a importância do treinamento em espaço institucional para realizar o diálogo aberto, para todos os funcionários, ter espaços democráticos e enfrentar coletivamente os problemas.

Treinar pessoas, espaços democráticos, enfrentar coletivamente os problemas, dificuldade em manter a equipe durante o processo terapêutico (Seikkula e Olson, 2003).

Seikkula e Olson (2003), Dias (2017) e Kantorski e Cardano (2019) enfatizam os dados de que desde que o método do diálogo aberto passou a ser utilizado na Finlândia, diminuiu a incidência dos diagnósticos de esquizofrenia, sendo que o número de novos casos de longa permanência caiu para zero, e destacam:

Na comparação dos pacientes esquizofrênicos que participaram no Diálogo Aberto contra aqueles que receberam o tratamento usual, o processo de tratamento e os resultados diferiram significativamente. Os pacientes do Diálogo Aberto foram hospitalizados com menos frequência, e 35% desses pacientes necessitaram de medicação antipsicótica, em contraste a 100% dos pacientes no grupo de comparação. Nos dois anos seguintes, 82% não tiveram ou tiveram leves e não visíveis sintomas psicóticos, comparado com 50% do outro grupo. Pacientes na localidade da Lapônia Ocidental tiveram melhores condições de emprego, com 23% vivendo de renda de inabilidade comparado com 57% do outro grupo. Reincidências ocorreram em 24% nos casos do Diálogo Aberto em comparação com 71% no outro grupo (Seikkula e Olson, 2003, p. 30).

Além disso, Dias (2017) e Kantorski e Cardano (2019) enfatizam que a experiência do Diálogo Aberto na Finlândia, além de apresentar resultados positivos, mostrou a importância da crítica à centralidade dos tratamentos com psicofármacos e o crescimento da iatrogênese decorrente desses métodos tradicionais.

Kantorski e Cardano (2019), Florence e Yasui (2019) também abordam os desafios para a implementação do diálogo aberto em outros contextos que não os finlandeses, apresentando que a centralidade do diálogo é em si um desafio, pois exige mudanças práticas na equipe e no foco de oferta de serviços, que muitas vezes têm o foco na própria distribuição de medicamentos. Os autores ressaltam que a busca pela extinção dos sintomas é preponderante nos atendimentos em saúde, e o enfrentamento da crise e dos conflitos por meio do diálogo é um desafio que exige tempo, capacitação da equipe e estrutura para que os serviços ocorram dentro das primeiras 24 horas. Para sanar essa dificuldade, Seikkula, em entrevista concedida a Florence e Yasui (2019), sugere que esse tratamento seja oferecido aos casos mais graves, enquanto os casos mais leves podem se beneficiar do tratamento convencional. O pesquisador sugere ainda que o método possa

auxiliar no contexto brasileiro, em que há muitos pacientes crônicos, com décadas de crises, e que o potencial do diálogo pode enriquecer o atendimento em um contexto familiar em que as emoções estão mais afloradas pelo curso do processo de adoecimento. Dias (2017) aponta que o Diálogo Aberto tem grande potencial para ser uma estratégia para a organização do sistema de saúde mental como um todo, e não apenas para o acolhimento de casos psicóticos.

Na experiência piloto apresentada no artigo, Dias (2017) relata um estudo de caso, de um rapaz acompanhado por cerca de dois anos, que se beneficiou do atendimento por meio do Diálogo Aberto. A experiência ocorreu de acordo com os princípios desse método e, ao fim de um ano de intervenção, foi possível observar a remissão dos sintomas, melhora do convívio familiar, importância das decisões tomadas em conjunto, e a avaliação de que o paciente foi considerado estável. O autor enfatiza dificuldades como a ausência de uma equipe capacitada, poucos profissionais participando, falta de apoio da universidade, além das incertezas observadas no manejo do princípio da tolerância, pela ausência de conclusões, definições e de administração de medicações em todos os casos. A experiência foi protagonizada por um profissional da atenção básica, e ressalta-se a dificuldade na parceria com os profissionais do CAPS, que não permaneceram durante todo o processo.

Outros exemplos que fogem da lógica da medicalização foram apresentados por Whitaker (2017). Em sua obra, o autor dedica um capítulo para refletir sobre soluções da problemática da epidemia de medicamentos psiquiátricos, destacamos o trecho a seguir:

A verdadeira pergunta a respeito dos medicamentos psiquiátricos é essa: quando e como eles devem ser usados? Os remédios podem aliviar sintomas a curto prazo e há pessoas que talvez se estabilizem bem com eles a longo prazo, de modo que, claramente, há um lugar para a medicação da caixa de ferramentas da psiquiatria. (...) A psiquiatria teria de reconhecer que as causas biológicas das doenças mentais continuam desconhecidas. Teria de admitir que os remédios, em vez de corrigirem desequilíbrios químicos no cérebro, perturbam o funcionamento normal das vias neurotransmissoras. Teria que parar de esconder os resultados de estudos a longo prazo que revelam que os medicamentos vêm piorando os resultados a longo prazo. Se a psiquiatria o fizesse, poderia descobrir como usar os medicamentos de maneira judiciosa e sensata, e todos na nossa sociedade compreenderiam a

necessidade de terapias alternativas, que não dependessem de remédios ou, pelo menos, minimizassem seu uso (Whitaker, 2017, p. 341).

O jornalista salienta possibilidades demonstradas em estudos, que citaremos brevemente, tais como a possibilidade de recuperação natural do curso de adoecimento; o acompanhamento específico e individual em casos de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, devido à diversidade e heterogeneidade de cada tratamento; a terapia do diálogo aberto e os índices de melhora de pacientes psicóticos, que julgavam que o teor afetivo, gentil, conversas humildes e com humanidade os ajudavam a se curar; e a prática de exercícios físicos ao ar livre, apresentando resultados como um antidepressivo natural. Por fim, Whitaker (2017) destaca uma experiência em um centro de reabilitação na Califórnia. Trata-se de uma comunidade com mensalidades de alto custo, um local que recebe crianças que já foram expulsas de inúmeros centros, e que no processo de acolhimento reconstrói a história de vida de cada criança (que comumente mostravam histórias terríveis de abusos sexuais, maus-tratos, negligências). Esse centro, recebia as crianças medicadas com coquetéis e realizava a retirada gradual dos medicamentos, indicando que elas “ganhavam vida” nesse processo. Notavam-se fatos marcantes como as crianças se sentindo dignas de existirem, de serem amadas, cuidadas e retomando o controle de si mesmas e de suas vidas.

Apesar da crítica direcionada à área da psiquiatria, Whitaker (2017) convoca a responsabilidade da sociedade como um todo em questionar a confiança depositada de forma inquestionável à classe médica. Para o autor, para barrar a epidemia que a psiquiatria desenvolveu será necessário se contrapor a ela, e também aos interesses econômicos da indústria farmacêutica. Na mesma direção do que denuncia Illich (1975) quando descreve a iatrogênese cultural, caracterizada por uma crescente dependência dos sujeitos em relação aos serviços de saúde, o que expropria os indivíduos da capacidade de lidarem com seu sofrimento, buscando necessariamente o suporte médico/da saúde.

Ressaltamos algumas experiências pontuais utilizadas como estratégias no campo do cuidado em saúde mental que visam o fomento à autonomia e humanização das experiências vivenciadas pelos usuários: o Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e as experiências dos Grupos de Ouvidores de Vozes (GOV). O Guia da Gestão Autônoma da Medicação, surge da iniciativa de usuários no Canadá que buscavam entender os diferentes significados da medicação e seus efeitos singulares em cada indivíduo, a prática é descrita como: “(...) uma ferramenta potente para a produção

de autonomia dos usuários de saúde mental a partir do tema da medicação” (GAM, s.d., p. 3). A GAM se relaciona com os avanços da reforma psiquiátrica, na medida em que fornece autonomia e estratégias para lidar com as dificuldades decorrentes de formas de sofrimento psíquico. Objetiva-se que os usuários sejam menos dependentes da medicação, realizando um consumo crítico e construindo ferramentas para que lidem com os efeitos desejados e indesejados, sendo o direito à informação um dos pilares desse guia (GAM, s.d.).

O Grupos de Ouvidores de Vozes (GOV) é fomentado pela Intervoice, uma organização sem fins lucrativos registrada no Reino Unido, que distribui informações a respeito dessa experiência de alteração senso-perceptiva, que pode ser auditiva, mas também visual, tátil. Cabe salientar que, conforme a APA (2014), a experiência de ouvir vozes não é específica do diagnóstico de esquizofrenia, sendo um sintoma de outros diagnósticos no campo da saúde mental. Porém, para o GOV não é necessário ter algum diagnóstico psiquiátrico para que se vivencie a experiência de alterações sensoriais. O Intervoice busca promover e apoiar grupos que compreendem que a experiência de ouvir vozes não é necessariamente um sintoma de uma doença, mas resultado de uma forma comum de experimentar os fenômenos humanos. Os grupos se baseiam em princípios como respeito mútuo, empatia, formação de vínculos e construção de um espaço seguro para o compartilhamento de experiências, dúvidas, dificuldades. Com o objetivo de superar preconceitos sobre as alterações sensoriais, auditivas, visuais, os GOV buscam promover a autonomia de seus participantes, suporte para experiências difíceis e um espaço de acolhimento para pessoas que necessitam de amparo e aceitação frente às suas dificuldades (Intervoice Brasil, 2017).

Trevisan e Baroni (2020) afirmam que há mais de 450 GOV espalhados por 30 países, e que no Brasil, a iniciativa chegou no ano de 2015 e tem se estabelecido em diversas cidades, com destaque em serviços de saúde. O documentário *Mulheres Que Ouvem Vozes* (Freitas, 2021) retrata a história de mulheres do estado do Rio Grande do Sul que vivenciam o fenômeno de ouvir vozes. Elas relatam que as vozes assumem a forma de falas com conteúdo positivos e negativos, zumbidos, barulhos de animais, além de vultos nítidos, vultos ofuscados e de tamanhos distintos, visão de animais, sensações sensoriais de cheiros, toques, cores. As participantes relataram momentos em que as vozes ocupavam papel de fonte de sofrimento, mas também de experiências positivas, de suporte na vida. Destaca-se a sensação de liberdade advinda do grupo para abordar as experiências sem receio de rótulos, julgamentos, diagnósticos, além da possibilidade de

conversar sobre estratégias em momentos negativos, conferindo sentido e significado às experiências. O documentário ressalta a importância do GOV como ferramenta que compõem a luta antimanicomial, uma estratégia que transpassa a lógica dos serviços, e acolhe as experiências de ouvir vozes como uma forma de existência e não como um transtorno psíquico.

Papa (2021) analisa se houve mudanças nas características diagnósticas da esquizofrenia após a reforma psiquiátrica brasileira e de que forma esse processo interfere ou não no desenvolvimento da esquizofrenia. Para a autora, ao mudar o foco do modelo biomédico para o psicossocial, há uma alteração significativa no acolhimento e no não-silenciamento dos sintomas, conforme destacamos que ocorre em experiências como o Grupo de Ouvidores de vozes e o Diálogo Aberto.

Espera-se que, alteradas as relações provenientes da instituição, os sintomas, em sua forma e existência, e o curso da esquizofrenia também se modifiquem. Não ignoramos a existência dos delírios e alucinações nem suas capacidades de desorganização do psiquismo, mas questionamos o que produzem as intervenções que a eles são dirigidas. Analisando historicamente sua constituição, é possível afirmar que estas sim produzem os sintomas característicos da esquizofrenia, pelo menos os que são a principal marca do crônico (Papa, 2021, p. 56).

Salientamos a necessidade de uma compreensão humanizada das expressões de sofrimento psíquico e alterações sensoriais que auxiliem na delimitação de espaço e papel que estes venham a ocupar na vida dos indivíduos, de forma que não seja um fator de desorganização do cotidiano e da personalidade. É primordial promover práticas com um potencial além da cronificação, que beneficie a autonomia e o desenvolvimento humano dos usuários oferecendo espaço para o suporte de situações de crise e de expressão do sofrimento psíquico. Este trabalho se propõe teórico-conceitualmente a analisar as práticas da atenção psicossocial e dos acúmulos da Reforma Psiquiátrica compreendendo a urgente necessidade de romper com os paradigmas da psiquiatria tradicional, que, conforme abordamos, são perspectivas opostas e que disputam hegemonia. A produção de novas formas de cuidado está intimamente ligada à necessidade de questionar os sintomas, as classificações, o próprio diagnóstico da esquizofrenia. Também reforçamos a necessidade de se contrapor aos termos técnicos e estigmatizantes produzidos pela ciência médica e psiquiátrica, pois o modelo biomédico se alinha com um histórico de

violência, iatrogenia, cronicidade, preconceito, exclusão e morte. É essa concepção que buscamos superar em direção à consolidação das experiências da atenção psicossocial e do cuidado em saúde de pessoas que vivenciam a expressão do sofrimento psíquico categorizado como esquizofrenia.

Consideramos essas experiências, de cunho antimanicomial e críticas em relação ao uso de medicação psiquiátrica, um avanço para o cuidado em saúde mental e para o fortalecimento da reforma psiquiátrica. No cuidado de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tais contribuições são de grande importância devido à tendência de diagnósticos comprometedores da dinâmica da vida e ao papel iatrogênico do diagnóstico, construção social de estigma e isolamento das pessoas em sofrimento psíquico e a noção de cronificação que tende a acompanhar o curso do desenvolvimento da esquizofrenia.

Destacamos neste capítulo propostas e estratégias que auxiliam na compreensão do sofrimento psíquico na esquizofrenia: a história das movimentações da reforma psiquiátrica; as alternativas de enfrentamento à contrarreforma; as alternativas de cuidado em saúde mental que criticam a cronicidade, tais como o movimento dos Ouvidores de Vozes, as experiências do Diálogo Aberto e o guia da Gestão Autônoma da Medicação. Compreendemos que essas propostas caminham em direção semelhante aos princípios teóricos da Psicologia Histórico-Cultural, de fomento da autonomia, de compreensão do sujeito em sua integralidade e da humanização do desenvolvimento dos indivíduos, em contraposição a uma lógica segregacionista, de isolamento e incapacitação dos sujeitos, que preza por estratégias biologizantes mesmo sem comprovações e avaliações sérias sobre a eficácia de medicamentos psicotrópicos a curto e longo prazo. No capítulo a seguir, abordaremos fundamentos e conceitos centrais da Psicologia Histórico-Cultural que auxiliam na compreensão do sofrimento psíquico na esquizofrenia e apontam para possíveis alternativas e estratégias de cuidado em saúde.

CAPÍTULO II - APROXIMAÇÕES À REALIDADE CONCRETA: DA VIDA DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

*A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais
(Alucinação, Belchior)*

Inicialmente, destacamos que esta pesquisa se ampara em investigações teórico-práticas, com base nas referências da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, abordando o sofrimento psíquico em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Como metodologia de trabalho, frisamos o método materialista histórico e dialético que fundamentará a compreensão do objeto de estudo, partindo do fenômeno aparente e empírico, em direção à sua essência. Conforme Molon (2008, p. 57), a abordagem escolhida nos permite um conhecimento “[...] fora dos limites do subjetivismo abstrato e do objetivismo reducionista e mecanicista, já que o singular e o subjetivo não existem em si mesmo, mas na relação com o coletivo e com o objetivo”. Molon (2008) ressalta as unidades que constituem a análise da realidade e a indissociabilidade dos fenômenos objetivos-subjetivos, biológico-social, cognitivo-afetivo. A constituição dos processos psicológicos ocorre na historicidade do gênero humano, assim não são estritamente biológicos, mas resultado de um processo social e histórico. Dessa forma, utilizamos o trabalho de campo para, com base na identificação de categorias de análise, auxiliar na compreensão da determinação social do processo de adoecimento singular (Molon, 2008).

A pesquisa científica enquanto prática social objetiva a construção de um novo conhecimento, para tanto necessita de rigor, técnicas comprometidas com a transformação do objeto em estudo (Molon, 2008). Destaca-se que:

[...] nas investigações psicológicas o método articula, de modo explícito ou implícito, o objeto, o problema, o referencial teórico e os procedimentos metodológicos, a relação entre pesquisador e realidade, a relação entre pesquisador e pesquisado, as possibilidades de análise e as reflexões e considerações possíveis (Molon, 2008, p. 59).

Minayo (2010) define como campo o recorte espacial, que abrange o recorte teórico que corresponde ao objeto que está sendo investigado. Compreendemos que a

pesquisa de campo deve abarcar os objetivos da tese. Assim, em parceria com um Centro de Atenção Psicossocial e com a atuação de profissionais da psicologia que se amparam na perspectiva teórica da Psicologia Histórico-Cultural, realizamos uma investigação acerca do sofrimento psíquico na esquizofrenia e da atuação profissional com foco no cuidado em saúde.

A pesquisa de campo foi dividida em duas etapas visando à apreensão do fenômeno de estudo em sua totalidade, conforme as possibilidades concretas para a realização da pesquisa no contexto atual (pandêmico e pós-pandêmico). Uma das etapas foi realizada em modelo presencial, em um CAPS I de uma cidade do interior da região Centro-Oeste do Brasil. A outra ocorreu remotamente, com profissionais de Psicologia atuantes à época ou que tenham atuado em CAPS que realizavam atendimentos a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Esses profissionais declararam que norteiam sua intervenção pela abordagem da Psicologia Histórico-Cultural e, por meio dessas entrevistas, buscamos compilar impressões e formulações referenciadas nessa abordagem teórica, enriquecendo as análises desta tese.

A primeira parte da pesquisa, realizada presencialmente em CAPS I, contou com as etapas: i) contato com a equipe do CAPS I, visando esclarecer os pormenores da pesquisa, cronograma, discutir os objetivos elencados e as contribuições dos profissionais; ii) definição da amostra de participantes, critérios de inclusão e exclusão e seleção dos usuários; iii) entrevistas individuais com os usuários do serviço, com os familiares e/ou pessoas de referência dos usuários e com os profissionais de referência de cada usuário; iv) compilação dos dados obtidos e análise dos dados com base no referencial teórico; e v) devolutiva com os participantes da pesquisa, usuários, familiares e/ou pessoas de referência e profissionais do serviço de saúde.

A segunda parte da pesquisa de campo foi realizada virtualmente e contou com as seguintes etapas: i) contato com os docentes vinculados ao projeto interinstitucional sediado na Universidade Estadual de Maringá, intitulado “Graus de (des)humanização na sociedade capitalista e seus impactos sobre o desenvolvimento e saúde mental” visando explicar a presente pesquisa, os objetivos e cronograma; ii) definição da amostra de participantes, critérios de inclusão e exclusão e da metodologia para a seleção dos profissionais que contribuíram com a pesquisa; iii) primeiro contato com os profissionais, acordo de datas e entrevistas remotas e individuais com cada psicóloga que participou da pesquisa; iv) compilação de dados e análise com base no referencial teórico; v) reunião virtual para devolutiva dos dados obtidos com todos os profissionais participantes da

pesquisa e com o grupo de pesquisa “Graus de (des)humanização na sociedade capitalista e seus impactos sobre o desenvolvimento e saúde mental”.

2.1 LOCAL DE PESQUISA

2.1.1 Primeira etapa – CAPS I

A pesquisa foi realizada no CAPS I de uma cidade do interior da região Centro-Oeste do Brasil. Conforme abordamos no capítulo um, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos articulados à rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Após um histórico de movimentações no campo da saúde mental, a portaria 224/1992, atualizada pela portaria 336/2002 e pela portaria 3.088/2011, institui os CAPS como unidades de saúde regionalizadas, que, com o suporte de uma equipe multiprofissional, tem o objetivo de oferecer cuidados “(...) às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial” (Brasil, 2004, p.12). Integrando os serviços do SUS, os cuidados em saúde mental seguem os mesmos princípios: acesso universal, integralidade das ações, equidade no atendimento, descentralização dos recursos e controle social (Brasil, 2004).

Conforme mencionado, realizamos a primeira parte da pesquisa de forma presencial, em uma cidade localizada no interior da região Centro-Oeste do Brasil. A cidade possui aproximadamente 40 mil habitantes, logo, a estrutura de funcionamento é de um CAPS I. Brasil (2004) apresenta a estrutura mínima para o funcionamento de um CAPS I, sendo: um médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais; quatro profissionais de nível médio. Ademais, para fins de caracterização do município em que a pesquisa foi realizada, pontuamos aqui os equipamentos da rede de saúde pública presentes e vinculados ao Sistema Único de Saúde do território e que essas informações foram retiradas do site da prefeitura desta cidade. Enfatizamos que o cuidado em saúde na perspectiva da saúde coletiva e da atenção psicossocial é realizado por essa rede, pois o cuidado não deve ser localizado em um único dispositivo, uma vez que essa é uma armadilha do processo de institucionalização. A cidade conta com a secretaria municipal de saúde, um hospital geral, unidade de vigilância em saúde e de controle de vetores, um laboratório municipal, quatro centros especializados, sete unidades de Equipe de Saúde

da Família (ESF), e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), além do serviço de atendimento a emergências do corpo de bombeiros.

Justificamos a escolha do CAPS como local apropriado para o desenvolvimento da pesquisa pois esse é o serviço de referência para pessoas em situação de sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia e que necessitam de atendimento multiprofissional. Salientamos que o primeiro contato realizado com a equipe do CAPS I ocorreu no mês de maio de 2021 com o fim de apresentar os objetivos da pesquisa, as etapas previamente estipuladas e solicitar a autorização do serviço.

2.1.2 Segunda etapa – Entrevista remota com profissionais de Psicologia indicados por docentes

A segunda parte da pesquisa contou com a colaboração dos integrantes do Projeto de Pesquisa “Graus de (des)humanização na sociedade capitalista e seus impactos sobre o desenvolvimento e saúde mental”. A referida pesquisa tem por objetivo identificar determinações que operam sobre o desenvolvimento ou desagregação do psiquismo no interior das relações sociais capitalistas vigentes. Como uma pesquisa de colaboração multicêntrica, conta com diversos docentes lotados em várias instituições de Ensino Superior como UEM, UFPR e UNESP. Solicitamos a esses docentes que nos indicassem ex-alunos, profissionais de psicologia que orientam sua prática por meio dos pressupostos da abordagem teórica da Psicologia Histórico-Cultural. Esses psicólogos(as) deveriam atuar ou ter atuado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o cuidado em saúde de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, durante o período mínimo de seis meses. Salientamos que esta proposta foi apresentada ao grupo de Pesquisa “Graus de (des)humanização na sociedade capitalista e seus impactos sobre o desenvolvimento e saúde mental” em maio de 2021 e previamente aprovada pelos coordenadores e participantes.

2.2 PARTICIPANTES

2.2.1. Participantes da primeira etapa da pesquisa – etapa presencial no CAPS I

Inicialmente, cabe destacar o impacto da pandemia de Covid-19, com início em 2020, causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, que assolou o Brasil e o mundo. Tal

circunstância teve fortes impactos sobre a totalidade da população, afetando também as pesquisas acadêmicas e de campo, as universidades e os serviços de saúde. Assim, realizamos a primeira etapa desta pesquisa de forma presencial, tomando todos os cuidados necessários, conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), como manter distanciamento mínimo de um metro, usar máscaras adequadas e por tempo integral, lavar as mãos e/ou utilizar álcool gel 70%¹⁴.

Consideramos que para alcançar o público que buscávamos, o uso de plataformas digitais prejudicaria os resultados da pesquisa. Os sintomas típicos da esquizofrenia, como alucinações, delírios e comprometimento da organização do pensamento, geram determinado nível de dificuldade na comunicação. Dessa forma, compreendemos que o meio virtual agravaria essas dificuldades e possivelmente inviabilizaria o desenvolvimento da pesquisa. Por isso, optamos por seguir rigidamente as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde e utilizar dos recursos presenciais. Prezamos por ambientes abertos, arejados e demais medidas para garantir a segurança dos participantes envolvidos na pesquisa. Cabe ressaltar que a pesquisadora proponente deste trabalho já havia recebido as vacinas referentes à imunização da Covid-19, assim como os profissionais do CAPS e alguns dos usuários do serviço, o que contribuiu para a segurança dos envolvidos na pesquisa.

Levando em consideração os aspectos previamente apresentados em prol do bem estar e segurança dos participantes da pesquisa, a seguir abordaremos o planejamento em relação à seleção de participantes. A respeito desta temática, Schraiber (1995) destaca a importância da delimitação precisa de quem participará, qual o tempo necessário para realizar a pesquisa e quantos sujeitos serão entrevistados. Outro aspecto que a autora relata é que o entrevistado deve ter ciência do motivo pelo qual foi escolhido e da importância de seu relato. É possível que, após estabelecer os contatos, o pesquisador se depare com recusas ou abandonos por parte dos participantes, ou mesmo indicações equivocadas. Nesse sentido, em acordo com a equipe de profissionais do CAPS, selecionamos oito participantes. Esse número se justifica pela necessidade de termos uma amostra mínima, considerando a possibilidade das desistências no desenrolar do processo.

Schraiber (1995) ressalta a necessidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão e que esse processo não deve ocorrer ao acaso, mas mediante indicação interpessoal. Selecionamos pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, maiores de

¹⁴ Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

dezoito anos, que realizavam acompanhamento no CAPS há no mínimo seis meses. Tínhamos a preferência de que, dentro do possível, fossem entrevistados ao menos um usuário do sexo masculino e um do sexo feminino. Além disso, solicitamos à equipe a seleção de pessoas que estivessem em menor grau de comprometimento social e comunicativo, devido à necessidade de conseguirmos estabelecer diálogo com o usuário. Salientamos a preferência de indicação de usuários que tivessem sido alfabetizados, e se possível com ensino médio completo ou fundamental.

Ao longo de todo o processo da pesquisa foi garantido aos participantes a possibilidade de desistência se assim julgassem necessário. Frisamos que a pesquisadora em questão se colocava à disposição da equipe para eventuais intercorrências que pudessem vir a acontecer com os participantes relacionadas ao conteúdo do processo de pesquisa e entrevistas.

Outro fator que consideramos importante para obtermos as informações necessárias aos objetivos elencados é que, além de entrevistar os usuários do CAPS com diagnóstico de esquizofrenia, também realizássemos entrevistas com familiares e profissionais que acompanham o usuário no serviço. Essas informações contribuiriam para a integralidade da pesquisa, complementando acontecimentos, relatos e demais dados que não ficassem explícitos na entrevista com os usuários. Os familiares contribuíram no acompanhamento a longo prazo por conhecerem as histórias de vida do usuário, as principais dificuldades encontradas no percurso do diagnóstico, na vivência dos sintomas mais característicos, nas situações de crise, no papel da medicação, entre outros fatores. Na mesma direção, os profissionais contribuíram ao relatar o percurso de acompanhamento cotidiano dos usuários, a adesão ao tratamento e as estratégias utilizadas para fomentar o desenvolvimento de cada sujeito. Ampliar as entrevistas enriqueceu nossa pesquisa e complementou a resolução ou superação de possíveis dúvidas e dificuldades da entrevistadora.

2.2.2. Participantes da segunda etapa da pesquisa – etapa virtual com profissionais de Psicologia que atuam amparados na abordagem da Psicologia Histórico-Cultural

Após a seleção dos possíveis participantes e contato prévio dos docentes vinculados ao projeto “Graus de (des)humanização na sociedade capitalista e seus impactos sobre o desenvolvimento e saúde mental” com os profissionais de Psicologia, entramos em contato com cada psicóloga indicada, visando agendar uma entrevista virtual

e colher os dados a respeito da intervenção dessas profissionais no cuidado em saúde com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Foram selecionadas seis participantes, obtendo dados e informações que complementam esta investigação a respeito do sofrimento psíquico na esquizofrenia, amparando a análise no referencial teórico da Psicologia Histórico-Cultural.

2.3 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Como ferramenta metodológica, a entrevista é uma técnica que tem por objetivo construir informações, captar o real e as relações estabelecidas por meio da abordagem do entrevistador e das necessidades pertinentes à pesquisa. Dentre as modalidades possíveis, destacamos a entrevista semi-estruturada, que combina questões fechadas e abertas, visando abordar o tema em questão sem rigidez em relação à pergunta inicialmente formulada, mas garantindo questões elencadas no roteiro. As entrevistas podem ser individuais ou em grupos (Minayo, 2010; Schraiber, 1995).

Realizamos nesta pesquisa, tanto na primeira quanto na segunda etapa, as entrevistas individuais e semi-estruturadas, visando à análise dos dados da realidade que proporcionassem novos substratos teórico-práticos para a compreensão do sofrimento psíquico na esquizofrenia, da organização do cuidado e das práticas em saúde mental.

As entrevistas semi-estruturadas devem contar com um roteiro que orienta a condução do entrevistador. Algumas questões são relatadas de forma espontânea, outras necessitam de uma condução. Porém, o processo da entrevista conduz a uma atualização do roteiro, visando compreender o depoimento, e não contestar ou testá-lo: [...] *quer o roteiro, quer a intervenção do pesquisador, são ferramentas importantes no processo da entrevista, mas que apenas ganham sentido no momento concreto do relato em produção* (Schraiber, 1995, p. 68).

Schraiber (1995) afirma que a produção do pensamento do indivíduo sobre sua experiência vivida é a representação desses sujeitos. E, para a autora, a representação é uma forma que expressa o coletivo por meio da reconstrução social se reproduz fatos sociais da experiência vivida. Assim, ao longo das entrevistas é possível apreender as representações vivenciadas pelo entrevistado e com isto embasar a investigação. Para a autora, os relatos são construções que se determinam no contexto social.

Outro apontamento relevante para nossa pesquisa é que, na reconstrução do acontecimento social da pessoa, pode haver depoimentos contraditórios, confusos

temporalmente, o que não inviabiliza a riqueza do conteúdo elaborado: “[...] o relato sempre será uma lembrança individual, "um ponto de vista sobre a memória coletiva", formas ricas na ampliação, na profundidade e na diferenciação com que se trabalha o coletivo” (Schraiber, 1995, p. 66).

Cabe ressaltar que no processo das entrevistas são necessários combinados pré-estabelecidos tais como acordo com os objetivos e organização da pesquisa, o número de entrevistas (repartir as entrevistas em mais de uma sessão) e o tempo máximo de duração. A técnica de dividir a entrevista contribui para novas elaborações e lembranças, enriquecendo os relatos e o conteúdo representado pelas pessoas entrevistadas (Schraiber, 1995).

Schraiber (1995) conclui que é importante perceber quando o conteúdo analisado atingiu um grau de exaustão ou saturação e, nesse momento, cabe ao entrevistador encerrar o relato e os encontros que tenham por objetivo coletar dados sobre a narrativa do participante.

O Apêndice A contém as informações referentes ao roteiro para entrevistas presenciais semi-estruturadas dos usuários em situação de sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia no CAPS I em que a pesquisa foi realizada. O Apêndice B é o roteiro das entrevistas dos familiares dos usuários do CAPS entrevistados. O Apêndice C é o roteiro das entrevistas dos profissionais de saúde do CAPS que acompanhavam o usuário entrevistado.

Para garantir que as entrevistas sejam integralmente analisadas, Schraiber (1995) orienta a utilização de dois instrumentos visando à reprodução das informações, sendo eles um gravador, para transcrição posterior, e um caderno de campo, que deve ser preenchido a cada dia de pesquisa, com as anotações e percepções do pesquisador a respeito do desenvolvimento da pesquisa e seus objetivos. Para tanto, a autora pontua que o pesquisador deve ter domínio a respeito do objetivo almejado pela pesquisa.

Em relação à primeira etapa da investigação, estávamos cientes de que poderiam ocorrer intercorrências ao longo das entrevistas, devido ao comprometimento da interação social, decorrente dos sintomas da esquizofrenia. Para amenizar tais dificuldades, refletimos sobre algumas das medidas que poderiam auxiliar no decorrer das entrevistas, tais como: i) primeiras sessões com tempo reduzido, de 10 a 20 minutos; ii) retomada das entrevistas em um prazo curto (máximo de uma semana); iii) estabelecimento de no mínimo de três e máximo de seis entrevistas com cada usuário, e uma ou duas com os familiares/pessoas de referência e profissionais do CAPS; iv) garantir em todas as sessões

materiais lúdicos complementares das entrevistas semi-dirigidas, auxiliando no processo de criação de vínculos e de relato das informações pessoais, tais como papel, lápis e giz de cera, ilustrações, revistas e demais materiais que contribuíssem para alcançar os objetivos da pesquisa. Tais instrumentos auxiliares estariam disponíveis em todos os encontros caso a organização do pensamento não se expressasse claramente por meio da linguagem falada.

Na segunda etapa da pesquisa, realizada de modo virtual após o agendamento das entrevistas, utilizamos a plataforma Google Meet e, com a autorização dos profissionais, gravamos o áudio das reuniões para posterior retomada dos conteúdos. Visando auxiliar as entrevistas semi-estruturadas, estabelecemos o limite máximo de 60 minutos por sessão de entrevista e de uma a três sessões, de acordo com a necessidade de sanar as questões elencadas a partir dos objetivos desta pesquisa. O Apêndice D é o roteiro seguido para as entrevistas virtuais semi-estruturadas dos profissionais de psicologia, amparados pela abordagem da Psicologia Histórico-Cultural, que atuam/atuaram em CAPS no cuidado em saúde de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

2.4 A HISTÓRIA DE VIDA DOS USUÁRIOS DO CAPS PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO

Foram selecionados oito participantes pela equipe do CAPS para participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram os acima mencionados, maiores de dezoito anos, com o diagnóstico de esquizofrenia e acompanhamento no CAPS há mais de seis meses. Não foi possível eleger somente pessoas com o ensino médio completo, sendo que apenas uma das pessoas entrevistadas tinha terminado essa etapa. Dessas oito pessoas, apenas uma era mulher, os demais eram homens sendo que dos sete homens, apenas quatro aceitaram participar da entrevista. A seguir, construímos a Tabela 1 – Dos usuários entrevistados do CAPS, com informações básicas para apresentar¹⁵ os participantes da pesquisa.

¹⁵ Os nomes dos participantes foram trocados por nomes fictícios.

Tabela 1 – Dos usuários entrevistados do CAPS

Nome	Idade	Aceitou participar	Número de sessões	Familiar e nº de entrevistas	Profissional e nº de entrevistas
Augusto	29 anos	Sim	Três	Mãe – uma	Coordenadora – uma
Caetano	19 anos	Sim	Quatro	Mãe – uma	Coordenadora – uma
Cecília	39 anos	Sim	Duas	Irmã – uma	Coordenadora – uma
Eduardo	33 anos	Não	-	-	-
Francisco	32 anos	Sim	Duas	Avó – uma	Coordenadora – uma
Joaquim	34 anos	Não	-	-	-
Pedro	47 anos	Não	-	-	-
Oto	32 anos	Sim	Duas	Mãe – duas	Coordenadora – uma

Fonte: As autoras.

Conforme podemos contabilizar na tabela, foram realizadas treze sessões de um total de cinco usuários entrevistados do CAPS, além de seis sessões com familiares e cinco com a profissional de saúde do CAPS, totalizando 24 entrevistas, que ocorreram entre os dias 09/09/2021 e 04/01/2022. As principais intercorrências foram com os três usuários que não quiseram participar da entrevista. A pesquisadora chegou a se deslocar para a casa de Joaquim para uma entrevista individual domiciliar, porém ele se negou a realizar a entrevista quando soube que seria gravado e se recusou a conversar mesmo sem gravar, pois ele estaria sendo perseguido e isso o deixaria em risco. Também foi feita uma tentativa na casa de Eduardo, porém houve um desencontro. Sua mãe não recebeu a entrevistadora e, posteriormente, não reagendou a entrevista. Pedro é irmão de Cecília e negou desde o princípio a participação na entrevista. A própria Cecília, na primeira tentativa, não aceitou fazer a entrevista, pois se sentiu desconfortável quando soube que seria gravada, porém algumas semanas depois, entrou em contato solicitando participar da pesquisa. Por fim, destacamos que algumas entrevistas ocorreram em domicílio. No caso de Augusto, pois ele não estava disposto a se deslocar até o CAPS e, também, com a mãe de Augusto e com a irmã de Cecília. Todas as demais entrevistas ocorreram no CAPS sem maiores complicações. Enfatizamos apenas a situação de Oto, que após a

segunda entrevista foi conduzido a uma internação de médio prazo em uma clínica particular, o que inviabilizou o fim de suas entrevistas.

A seguir, relataremos em texto a história de vida de cada um dos cinco participantes da pesquisa, realizando primeiramente uma apresentação e sistematização do relato de vida do próprio usuário, depois do familiar entrevistado e, por fim, da profissional de saúde.

2.4.1. Augusto

Augusto é um homem branco, tem 29 anos, é solteiro e reside com a mãe, padrasto e irmão mais novo, de 18 anos. Ele tem outras quatro irmãs, porém todas são casadas, têm filhos e não moram mais na mesma casa que Augusto. Ele possui sete sobrinhos, todos ainda crianças. Sempre viveu na mesma cidade, relata que saiu duas vezes para cidades de outro estado, uma a passeio e outra a trabalho. Atualmente, Augusto não desempenha nenhuma função laboral. Apesar da família ser católica, ele é evangélico, da Igreja Universal do Reino de Deus, porém não possui o costume de frequentar a igreja. Quando participa, esporadicamente, gosta de orar e conversar com o pastor, mas não frequenta os cultos regulares. Augusto recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). A renda familiar é composta por seu benefício, o salário do padrasto que trabalha com operação de máquinas escavadeiras e a renda informal do irmão mais novo.

Realizei três entrevistas individuais com Augusto, nos dias 09/11/2021, 16/11/2021 e 01/12/2021, uma com sua mãe, no dia 04/01/2022, e uma com a profissional de saúde do CAPS, no dia 03/12/2021. As entrevistas com Augusto e com sua mãe foram realizadas em domicílio, devido ao estado de cronificação de Augusto, e sua negação em realizar atividades no CAPS, o que também se justifica pela distância e dificuldade de locomoção para o serviço. Ao longo das entrevistas realizadas com Augusto ele demonstrou boa oratória, com ótima vocalização das palavras, pontuais exceções e boa capacidade de compreensão das perguntas realizadas. Em suas respostas, foi perceptível a confusão do pensamento, com rápida alteração de conteúdo, trechos desconexos conceitualmente, e com prevalência de discursos religiosos e místicos.

Na leitura e análise do prontuário de Augusto destacam-se as diversas internações em hospital psiquiátrico, além de sintomas de insônia, dificuldades com a alimentação, persecutoriedade, religiosidade muito presente e a negação em tomar os medicamentos. A data mais antiga em seu prontuário é de 2011, quando estava com 20 anos. Já os medicamentos utilizados à época das entrevistas eram: Hadol 5mg, Fluoxetina 20mg,

Rivotril 2mg, Amplictil 100mg, Nitrazepan 5mg, Risperidona 1mg e Clopixon 200mg, uma ampola a cada 20 dias.

Augusto nasceu no município em que realizamos a pesquisa, sempre morou nessa cidade, na zona urbana, mudando de residência apenas uma vez, quando sua mãe se divorciou de seu pai e mudou de casa com os filhos. A respeito da infância, relata que “não foi nada fácil, que ele nunca teve um amigo”. De forma recorrente ele apresenta queixas às tentativas de abuso sexual por parte de colegas que considerava amigos, porém estas tentativas de abuso nunca teriam se concretizado. Augusto se queixa de abusos se referindo à sua infância e adolescência, não sendo possível compreender a forma/conteúdo como ocorriam, a duração das possíveis tentativas e nem mesmo o momento exato de sua vida em que sucederam. Augusto relata que teriam ocorrido no riacho próximo de sua casa, que esse foi um dos motivos que o levaram a deixar de ir ao riacho e também de ter a expectativa de desenvolver amizades. Outro aspecto relevante da infância de Augusto é sua dificuldade em aprender. Ele denuncia que as professoras, apesar de “boazinhas” não o ensinavam, deixando de lado sua aprendizagem. Conta que repetiu a segunda série por sete anos, até o momento em que desistiu da escola e nunca mais retomou os estudos formais. Apesar do sentimento de rejeição ao relatar que as professoras não o auxiliavam, se refere positivamente ao período escolar, afirmando que se não fosse a escola, não saberia ler, escrever e nem fazer contas. Demonstrou capacidade de leitura, escrita e bom conhecimento numeral básico. Augusto cita que aos oito anos já trabalhava auxiliando o pai, que tinha muito contato com fazendas e animais, e gostava da relação com o campo.

Um dos marcos da adolescência de Augusto foi a separação de seus pais, que conforme ele, ocorreu quando ele tinha aproximadamente 12 anos, há cerca de 18 anos atrás, à época da entrevista. Um dos fatores que motivou a separação foi o uso abusivo de álcool e sequente comportamento violento por parte do pai. A mãe de Augusto saiu de casa com os filhos, indo morar em um bairro popular, em situação precária de moradia. Augusto relata que quando se mudaram “era tudo pasto”, eles cercaram o terreno com arame e dormiam todos em um só barraco. Com o tempo, construíram cômodos e melhorou a situação de moradia, local em que residiam até a data da entrevista. Augusto trabalhou auxiliando o pai e irmão mais velho durante toda a sua adolescência, desempenhando serviços que classifica como braçais. Citou como exemplo, cuidar de animais, furar poço, e auxiliar de pedreiro. Ele se refere a esse período com gratidão, demonstrando orgulho dos trabalhos desempenhados e das oportunidades que tinha

quando trabalhava com sua família. A respeito de seus interesses, menciona que gostava de jogar bola, de pescar e tomar banho de rio. Ao lembrar disso, apresenta novamente a queixa de abuso sexual quando se refere aos passeios no riacho, porém não especifica quem seriam essas pessoas. Augusto destaca que não teve amigos na adolescência e que seu pai foi o único amigo que já teve. Ainda em relação ao pai, conta que era trabalhador, cuidava da família, conversava e orientava os filhos. Era um homem bom e honesto, porém que brigava. Descreveu brigas relacionadas ao uso excessivo de bebidas alcoólicas, mas que depois se arrependia e se desculpava. A respeito da separação dos pais, Augusto afirma que foi melhor terem se divorciado, que cada um retomou um rumo para a vida e que a família teve sossego após a separação. Também enfatiza o relacionamento com o irmão mais velho, diz que trabalhavam juntos e que ele lhe dava atenção, conversavam, saíam para pescar e que o irmão o acompanhava quando estava doente.

Outro aspecto que Augusto destaca sobre sua adolescência foi o começo do uso de drogas, que conforme um de seus relatos, ocorreu aos 14 anos. Ele menciona apenas o uso de cigarros de maconha, a *cannabis*, e nega outros usos. Além disso, afirma que começou a usar drogas devido ao fato de que outras pessoas de sua convivência usavam, mas não menciona quais. Afirma que nunca se envolveu com a venda ou troca de drogas pois se a polícia pegasse iria para a cadeia, por isso “ficava esperto”. No primeiro uso passou muito mal, mas quando experimentou de novo não sentiu a mesma coisa, e sim que o ajudou a dar “uma clareada na cabeça”, mas considera que a sensação seria uma ilusão, que o uso seria maligno, uma “maldição pura”, que “não leva a lugar nenhum”. No momento, ele acredita que tem que largar disso e não voltar a usar, pois do contrário vai morrer. Além da maconha, Augusto menciona o uso moderado de álcool, uso que nunca foi problemático, além do consumo de tabaco ou fumo de palha. Relata que no começo das entrevistas ele não estava fumando, mas que depois passou a consumir.

Em sua vida adulta, Augusto passou por duas perdas importantes, com o falecimento de seu pai e de seu irmão mais velho. Há cerca de oito anos seu irmão mais velho foi assassinado em frente a uma boate, no mesmo bairro em que a família vive. Cabe destacar que, conforme a família, a investigação do assassinato não foi concluída e a família não tem informações sobre o motivo do crime, nem há punição a quem o cometeu. Mais recentemente, por volta de três anos antes da entrevista, o pai de Augusto também faleceu. Conforme ele, a morte foi em decorrência do consumo abusivo de bebida alcoólica. Augusto se refere com pesar à morte de ambos. Tanto o pai quanto o irmão

mais velho eram referência para ele, trabalhavam, conversavam e eram atenciosos com Augusto.

A respeito da convivência familiar, Augusto não menciona problemas de relacionamento com a mãe. Durante a maior parte do tempo, afirmou que eles se davam bem e que ela brigava por ele fumar tabaco. Porém, durante um dos encontros com Augusto, na presença de sua mãe, o jovem anuncia que ela não era sua mãe, que ela o achou no lixo, o que a mãe relatou ser recorrente em seu discurso, mas que ela é sua mãe biológica. Augusto também menciona que sua mãe está doente, porém quando questionado sobre qual a doença, explica que já perdeu seu pai e irmão, que vê sua mãe triste e angustiada, o que ele considera problemático. Sobre o padrasto e irmão mais novo, também relata boa convivência, porém descreveu um desentendimento com o padrasto por problemas cotidianos. Sobre o irmão, Augusto o descreveu como “quietinho”, um “coitadinho como ele”. Relata uma briga grave em que houve confronto físico devido ao incomodo do irmão por ele (Augusto) estar ouvindo louvor da igreja, ocasião em que ameaçou dar um tiro em Augusto. Em relação as suas irmãs, Augusto não dá muito destaque, relata que elas se preocupam com ele e o orientam em relação ao consumo de maconha, que elas têm filhos e que gosta de seus sobrinhos.

A respeito de suas relações pessoais, Augusto não menciona nenhuma pessoa com papel preponderante. O maior contato que tem é com a mãe e o restante da família, mas que considera que “cada um fica no seu canto”. Sobre esse tema, reforça que nunca teve pessoas interessadas em conversar e orientá-lo e sente que tem que batalhar por si mesmo. Menciona nunca ter tido uma relação afetiva e sexual com uma mulher, que nunca uma mulher que ele considerasse de respeito deu atenção para ele. Especificamente sobre o período da pandemia de Covid-19, apenas menciona que está sadio e que em sua família ninguém chegou a ficar doente.

A respeito de sua vida profissional, Augusto menciona que já adulto continuou trabalhando com serviços braçais, com carpintaria, fazendo cercas, quebrando ninhos de cupim, na seringueira e com jardinagem. Enfatiza que tinha uma moto e/ou bicicleta para se locomover, apesar de não ter habilitação, porém não tem mais esses meios de transporte. Atualmente, Augusto desempenha poucas atividades, e quando está mais organizado, faz tapetes de crochê. Ele se apresenta como engenheiro, menciona que aprendeu engenharia sozinho, e estuda isso há sete anos. A seguir discorrerei mais sobre esse tema. Augusto afirmou que trabalhou com serviços braçais até cerca de 23/24 anos, quando parou iniciou seus estudos com a engenharia.

Outra atividade à qual Augusto se dedica é a religião. Desde o início da vida adulta, se identifica com a religião evangélica. O contato com a igreja se deu, prioritariamente, por meio de programas de televisão e leitura autoguiada da bíblia, apesar de alguns contatos com instituições religiosas. Augusto relaciona o controle do uso de maconha com a igreja, apesar das recaídas. Ele não é específico a respeito da frequência e quantidade de uso, apenas que ao longo da sua vida adulta houve períodos de retorno ao uso, como também de abstinência. Augusto menciona que passava a madrugada assistindo a programas evangélicos de televisão, que amanhecia assistindo os milagres e, após um período, passou a ir ao morro próximo de sua casa com azeite, sal, trigo e a bíblia, para orar e “operar milagres”. Destaca-se, conforme Augusto, que sua família lhe falava que ele estava “bitolado”, “fanático na igreja”, porém não concorda com essa afirmação. Reconhece que vivia orando e chorando pelos cantos, que estava magro, mas que queria operar milagres, pois o que estava passando era a própria maldição por ter usado drogas. Ele valoriza o fato de que nesse período de maior dedicação religiosa, estava afastado do uso de maconha e tabaco, porém foi nesse período que ocorreu sua primeira internação.

Augusto se refere ao seu diagnóstico com certa dificuldade fonética “escrofenia” e afirma que o diagnóstico foi dado em 2008, época em que teria entre dezesseis e dezessete anos. Esclarece que nunca explicaram para ele o que é a esquizofrenia, então relaciona seu sofrimento psíquico com o uso de drogas, maconha e fumo de corda. Nas primeiras entrevistas, ele estava mais organizado, afirmava que havia parado de usar há pouco mais de um mês, porém sentia que estava melhor, estava engordando, pois emagrecer para ele é uma marca em seu processo de adoecimento. Relata que não precisou de ajuda para conter o uso, mas que se precisar de internação já aprendeu que é para seu bem, e que sua doença é espiritual. Na última entrevista, em 05/12/2021, Augusto estava mais inquieto, havia voltado a fumar tabaco e fumo de corda, não sendo possível afirmar ou negar o uso de maconha.

Augusto relata que já foi internado oito vezes, que se lembra de todas as internações, que todas foram em um hospital psiquiátrico. Relata que tinha 19 anos quando foi internado pela primeira vez. Nas primeiras internações se sentia humilhado, pois sofreu muito lá, ficava amarrado, mas hoje entende que não é a pior coisa, que esse sofrimento é o preço que paga por se envolver com drogas, então a internação é necessária para o tratamento. Conforme lembra, a última vez em que foi internado foi há dois anos.

Ainda a respeito de seu estado de saúde, conta que toma medicamentos e injeções, que houve vezes em que sentia que o remédio estava fazendo mal e outras que realmente fazia mal, pois tomava e passava mal. Gosta de ler a bula, pois quando o remédio está certo fica bem e com disposição. Relata que frequenta o CAPS desde que foi internado pela primeira vez e vai ao serviço para a consulta com a médica. Não gosta de participar dos grupos e conversar com os outros usuários do CAPS, pois lá tem muitas pessoas que consomem drogas, prefere não se envolver e ficar afastado.

A respeito de suas crises, Augusto responde que quando passava mal é em decorrência do seu vício, pois a fumaça o sufocava e tinha dificuldade para dormir. Questionado se já havia ouvido alguma voz ou visto algo que pudesse não ser real, afirmou que não, que nunca viu maldição, assombração, que seus exames estão todos em dia, que não tem nenhum “problema de cabeça”. A queixa de Augusto sobre seus períodos de crise é de que ele fica sem comer, emagrece muito e vive brigando, entrando em conflitos com familiares. Ele não descreve quais foram os primeiros sintomas do diagnóstico de esquizofrenia, mas afirma que ocorreram enquanto estava trabalhando na construção da COHAB (Companhia de Habitação). Após cerca de um mês passando mal, foi internado. Sobre o trabalho, Augusto não trouxe reclamações, afirmou que gostava pois podia comprar roupas, andar bem vestido, e tinha bicicleta e moto. Não havia nada fora do comum ocorrendo no trabalho, mas ele usava drogas na época, não conseguia dormir, e foi nessa época que começou a ler e se interessar pela bíblia.

A religião se relaciona com o sofrimento psíquico de Augusto e cumpre um papel importante em sua vida, tanto na organização quanto na desorganização. Isso porque ele se reconhece como um pastor, gosta de orar pelas pessoas, por doentes, realizar curas. Ele descreve que a religião o incentiva a ser uma pessoa paciente, a respeitar sua família, a não gostar de brigas, se manter afastado da maconha, que julga que lhe faz mal. Houve uma vez em que descreveu uma luz que o seguia, que descrevia estar em sua cabeça, que quando a olhava, ela olhava para ele. Para Augusto, essa luz é a “majestade”, mas ele sabe que se disser que é a majestade, vão julgar que está “doente mental”. Outro aspecto que se apega em sua fala é a respeito de “um novo mundo para a vida eterna”, a “cidade de ouro”, ou “nova Jerusalém”. Para a construção dessa nova terra existiria um “robô Super Sayajin, programado para lutar pelo futuro do planeta, que será algo muito bonito, uma obra de Deus”. Relata que estuda para construir essa terra em que não haverá mais epidemia, doenças malignas e nem maldições.

O discurso religioso de Augusto se relaciona com o que ele chama de engenharia, que consiste em ele ser o doutor que desenha para “construir a nova Jerusalém”. Quando questionado sobre o que seria a engenharia, afirma que é construir o futuro por meio de desenhos de castelos, aviões. Para realizar esses desenhos, ele utiliza régua e lápis coloridos. Augusto mostrou dezenas de desenhos, sendo que alguns ele coloca nas paredes de sua casa, porém não demonstra interesse em realizar essa atividade de forma coletiva. Afirma que a engenharia, como tudo na vida, aprendeu sozinho e que não deseja compartilhar essa atividade com ninguém, pois ninguém o ajudou. Questionado sobre como conheceu esse trabalho, diz que foi sozinho, olhando casas bonitas, quadros. Um acontecimento marcante aconteceu quando Augusto foi a um banco tentar vender sua engenharia. Descreve sua frustração pois não o levaram a sério no ambiente e responderam que não autorizavam o dinheiro para isso, porém foi firme em sua queixa de que isso é mentira, pois é banco que investe em engenharia e no futuro. Se queixa que conseguir dinheiro é a sua principal dificuldade, que não consegue mais trabalhar como antes, que quer ser remunerado em sua atividade de engenharia.

Outro aspecto marcante na expressão do seu sofrimento psíquico denominaremos de trauma, que consiste na possível relação existente entre as tentativas de abuso sexual e sua compreensão de mundo advinda dos ensinamentos cristãos. Relata que as tentativas de abuso sexual teriam ocorrido em sua infância e/ou adolescência, e foram realizadas por meninos que supostamente eram seus amigos. Ele lembra que foram situações tristes, e que se não fosse um menino de caráter, seria uma pessoa abusada, sem valor e que talvez nem estivesse vivo. Salienta que pede perdão e ora por isso há dez anos. Augusto também possui forte repulsa ao que ele denomina como travesti, afirma que os travestis seriam o problema de ele não voltar a estudar, pois “quando se vive em meio ao abuso não se aprende nada”. Questionado sobre a existência de pessoas transgêneros que não cometam abuso, afirma que isso “não existe”, que “homem é homem e mulher é mulher”, que não aceita nem conversar, que “tem preconceito, pois isso é maldição”. Questionado se já conheceu algum/a travesti, afirma energeticamente que não.

Afirma que nunca namorou, que é “homem de verdade” e que teve decepções e tem remorso. Sobre suas decepções, afirma ter sido ignorado por mulheres que só queriam “bagunça” e que deseja “construir um matrimônio”, então não poderia encontrar uma mulher em festas, que acontecem “coisas feias e que não são decentes”. Ele relata que tem o casamento como uma perspectiva de vida. Quer casar, mas não menciona pressa para que isso aconteça, quer ser feliz, ter sua casa e seus filhos. Para ele, ter uma família

é a “constituição de um reinado” importante para as futuras gerações e considera que sua família hoje não é o seu reinado pois ainda terá o seu matrimônio. Augusto menciona que deseja ter somente filhas e justificou com uma história bíblica em que o filho buscava roubar o trono do pai, ou abusava da própria irmã, pois mulher é mais fácil devido às qualidades que julga importantes no sexo feminino, que ele denominou como “mulher é solteirona santa”.

Na entrevista realizada com a mãe de Augusto, ela reafirma alguns dados pessoais que o filho havia nos informado, como a naturalidade, escolaridade, local de moradia, religião, relatando que Augusto é evangélico e não gosta que falem em padres. Sobre a renda familiar, cabe acrescentar que apesar de Augusto possuir o benefício de um salário mensal, ele não sabe que possui essa renda. Conforme a mãe, se soubesse gastaria tudo com besteiras, sendo ela sua curadora, ela administra os gastos, comprando o que é de interesse dele, conforme suas necessidades e possibilidades. Ela explica que Augusto quer uma moto, mas por orientação da equipe de saúde ele não pode pilotar, pois pode gerar um risco para si mesmo e para os outros. Por isso, a moto e as bicicletas que ele tinha foram vendidas. Ela relata que buscam oferecer o que ele pede, como animais de estimação (cachorro, peixes, passarinhos), instrumentos musicais como violão. Quando ele está bem, gosta de tocar e de desenhar.

Em relação à infância de Augusto, a mãe salienta que ele era um garoto normal, com dificuldade de aprendizado - “não aprendia nada” -, mas que dos seus filhos foi o que deu menos trabalho quando criança e se dava bem com os irmãos. Atualmente, relata que Augusto convive muito bem com as irmãs e apenas com o irmão mais novo há desentendimentos. Ela enfatiza que teve sete filhos, que o que faleceu era o que mais a ajudava a lidar com o Augusto. Demonstrou grande sofrimento pela perda do filho, apesar de já terem se passado muitos anos. Sobre o pai de Augusto, diz que ele era muito apegado, que apesar da separação todos se davam muito bem e que o pai vivia na casa dela, ia almoçar, não havia desentendimentos. Porém, se queixa de que o pai nunca ajudou a cuidar de Augusto, que bebia demais, sabia das dificuldades do filho, mas que nunca perdeu uma noite de sono, como é comum para ela.

Sobre a adolescência de Augusto, a mãe enfatiza que era um bom trabalhador, que sempre fez serviços braçais. Menciona que Augusto teve uma namorada, que era vizinha deles, porém logo ele ficou doente e o namoro não foi para frente. A respeito do processo de adoecimento de Augusto, a mãe relata que começou com dezessete, dezoito anos. Os primeiros sintomas ocorreram quando Augusto trabalhava com seu filho mais velho

construindo uma casa na COHAB. Augusto estava trabalhando como servente quando, conforme o irmão, começou fazer piadas sem nexos, o irmão pedia um instrumento e ele pegava outro. A mãe lembra que depois disso ele dava muito trabalho, ficando cada dia pior. Augusto falava usando argumentações sem nexos, usava drogas e fugia de casa. Em pouco tempo, ele teve a primeira crise.

A respeito da primeira crise, a mãe conta que Augusto fugiu de casa e foi andando em direção à rodovia, que foram em direção a ele pessoas da família e o corpo de bombeiros, com receio que se machucasse no caminho. Augusto tentou correr, mas acabou atolando em um brejo e quando isso aconteceu foi internado pela primeira vez, mas já estava em crise há cerca de três meses. Afirma que Augusto passou por aproximadamente oito internações psiquiátricas, que ela já teve diversos problemas com o pedido de internação e com o deslocamento do filho até o hospital. Relata que em geral, o corpo de bombeiros não realiza a busca com facilidade, sendo que já teve que acionar a justiça algumas vezes. Conforme a mãe, apesar da dificuldade em conseguir as internações, ele volta melhor, porém nas últimas vezes tem retornado quase da mesma forma que vai para a internação.

Sobre os sintomas, a mãe explica que percebe certa constância. Que ele relata que tem alguém querendo matá-lo, sente medo e quer andar com facas. Recorrentemente ela tem de esconder as facas, conta que a casa está sem tranca na porta e isso o deixa mais incomodado, pois se alguém chega em casa ele quer pegar uma faca para atender ao portão. Ela explica que nos períodos que antecedem uma crise mais intensa, em que ela costuma solicitar a internação psiquiátrica, ele costuma falar que está vendo bicho na comida e para de comer, e assim costuma emagrecer muito quando não está bem. A mãe menciona que ele toma muitos banhos por dia e que chega a ficar horas no banheiro. Outra característica dos períodos de crise é a dificuldade para dormir, troca de cômodo, dorme na sala, amanhece na varanda, fica andando pela casa, conversando e não deixa ninguém na casa dormir. Por fim, ela relatou que quando não está bem, Augusto às vezes vai para a rua, fica andando na cidade, e quando não retorna, ela sai procurando por ele com o auxílio dos filhos. Na última vez não o encontraram e, quando ele chegou em casa, relatou que estava em uma igreja, que estava passando mal e foi buscar Deus, pois só Deus poderia tirá-lo daquela vida.

A respeito do acompanhamento de Augusto no CAPS, a mãe afirma que ele nunca chegou a frequentar e não aceita ir, apesar das inúmeras tentativas. Ele vai para a consulta médica, mas em alguns dias nem para a consulta aceita ir. O argumento dele para não

participar das atividades é que os usuários fumam, que não quer essas pessoas perto dele. Porém, ela enfatiza que ele gosta de toda a equipe do CAPS, que todos são muito atenciosos quando ele chega, ele mostra seus desenhos e todo mundo presta atenção, além de auxiliá-la com as intervenções necessárias com Augusto.

Sobre as atividades cotidianas de Augusto, a mãe afirma que quando ele está bem faz crochê, desenha, brinca com instrumentos musicais, violão e guitarra, mas que não sabe tocar corretamente. Quando não está bem, a queixa é que ele fuma um pacote de fumo por dia. Ela explica que ele não tem responsabilidade para cuidar dos animais, que eles precisam ficar de olho se estão com comida. A respeito das atividades domésticas, a mãe diz que ele tem muita preguiça, que não ajuda, apenas em alguns momentos específicos quando as irmãs estão em casa e ele está com disposição, que não adianta pedir pois fica bravo. Relata que ele não tem amizades, o que ela considera bom, pois fica quieto dentro de casa.

Salientamos que no dia em que a entrevista com a mãe de Augusto foi realizada, dia 04/01/2022, o próprio Augusto estava presente no local. Ainda que no momento da entrevista ele tenha se ausentado, nesse dia estava agitado e respondendo a mãe de forma agressiva, comportamento que não havia acontecido nas entrevistas anteriores. Foi nesse encontro que disse que ela não seria sua mãe, o que a mãe afirma que ele menciona desde que adoeceu. A mãe também informou que nos últimos dias a convivência com ele estava mais difícil, que ele não acompanha os familiares quando vão para o sítio, e prefere ficar sozinho. Ela se queixou de que vive em função de Augusto, pois não pode deixá-lo só. Mencionou que ele não demonstra sentimentos quando perde algum familiar. Por mais que tivesse boa convivência com o irmão e o pai, para ela, ele não demonstrou viver o processo de luto. Conforme ela acredita, por “não ter ideia para isso”. A mãe informou que entre a última entrevista com Augusto e o dia da entrevista com ela, houve o falecimento da avó materna de Augusto, cuja casa ele costumava frequentar, mas também não demonstrou sofrimento. Ela também mencionou que nas últimas semanas ele estava sem acesso aos medicamentos corretos (faltaram na rede pública) e os que tinha, ele estava se recusando a tomar. Devido ao estado de agitação de Augusto, os fatos foram comunicados para a equipe do CAPS, para que pudesse realizar o acompanhamento.

A entrevista com a profissional do CAPS foi realizada em 03/12/2021, após as entrevistas com Augusto. Ela informou que ele já chegou no serviço com o diagnóstico de esquizofrenia vindo da saúde da família, que faz acompanhamento no CAPS há muitos anos, porém que ele nunca aderiu ao tratamento, frequentando apenas as consultas

médicas. Ela relata que Augusto já apresentou inúmeros motivos para não frequentar as oficinas, já chegou a afirmar que participaria, mas acaba desistindo na hora. A estratégia do CAPS de fazê-lo tomar a medicação no serviço ajudou com o vínculo, mesmo assim ele não aceita participar das atividades. Tem reclamado da distância do CAPS, por isso a mãe tem buscado a medicação oral, e o injetável ele toma na Unidade Básica de Saúde perto de sua casa. A profissional explica que Augusto está tomando seis medicamentos orais e um injetável, dentre os quais quatro são antipsicóticos. Relata que o avanço observado em seu acompanhamento é em conseguir que ele realize a medicação assistida com a equipe e que faça a medicação injetável, aumentando o intervalo entre as internações psiquiátricas.

A profissional relata a dificuldade da família em lidar com o quadro de Augusto quando está em crise, que a internação acabava sendo a única medida e entende que hoje a situação está com maior estabilidade. A fala de Augusto sempre foi desorganizada e com conteúdo delirante, porém afirma que ele não tem sido agressivo. Relata que no CAPS, a equipe nunca viu Augusto agressivo, mas que a mãe conta as dificuldades, que ele fica bravo, nervoso e não aceita tomar nenhum medicamento. Sobre os familiares, a profissional informa que mantém maior contato com a mãe e tem o telefone de uma das irmãs para quando não consegue se comunicar com a mãe.

Ela informa que o último relato de alta pós internação é da data de setembro de 2020 e que no momento das entrevistas ele estava em uma ótima fase. Explicou que a expectativa em relação ao atendimento de Augusto é que ele aceite participar dos grupos ao menos um dia, tendo para o ano seguinte duas novas possibilidades em que a equipe acredita que ele possa ter interesse. Sobre o período da pandemia, não relata alterações no acompanhamento com Augusto pois não frequenta os grupos e na mesma época o CAPS ficou sem profissional de medicina, de forma que Augusto foi atendido pela equipe da saúde da família, apenas pegando medicação no CAPS.

2.4.2. Caetano

Caetano é um homem branco de 19 anos, mora com sua mãe no mesmo terreno em que ela morava desde antes de Caetano nascer, sendo que depois construíram outra casa no mesmo terreno. Ele não chegou a conhecer o pai, que mora em outro estado. Conversaram algumas vezes por telefone, porém o pai não pagava a pensão e o vínculo foi rompido. A renda familiar é composta pelo salário da mãe, servidora pública, que

recebe cerca de um salário mínimo e meio. Caetano não recebe nenhum benefício. Ele completou o ensino fundamental e afirma querer fazer o ensino médio. Caetano e sua mãe são católicos. Durante o período da catequese, na infância de Caetano, eles iam à igreja com maior frequência. Atualmente não relatam frequentar, apesar de ambos salientarem a importância da religião.

Realizei quatro entrevistas individuais com Caetano, nos dias 09/09/2021, 15/09/2021, 22/09/2021 e 30/09/2021 além de uma entrevista com a mãe, no dia 18/10/2021 e uma entrevista com uma profissional de saúde do CAPS, no dia 21/10/2021. Nas entrevistas, Caetano demonstrou comprometimento com horários e dias combinados, interesse em participar da pesquisa e nas perguntas realizadas. Ele possui bom vocabulário, algumas memórias marcantes e outras que afirma não lembrar. Caetano queixou-se de dificuldades com a atenção, que se desviava fácil do que estava fazendo, de forma que algumas vezes foram necessárias repetições das perguntas realizadas. Além disso, diversas vezes respondia a perguntas complexas somente com “sim” ou “não”, sendo necessário reformular as frases e perguntar novamente, o que gerou também a necessidade de mais de três encontros.

Conforme o prontuário de Caetano, ele passou a ser acompanhado pelo CAPS em 2017, e na época ele estava com 15 anos. As queixas principais eram de agressividade, em especial a heteroagressividade, além de alucinações auditivas, pensamento lentificado e organização pessoal prejudicada. Destacam-se ainda tentativas de suicídio e dois episódios de crise e agressão contra funcionários/usuários do CAPS. A mãe entrou duas vezes na justiça para solicitar o acompanhamento de saúde que seu filho necessitava. A primeira para a internação de Caetano e a segunda para conseguir uma pessoa que auxiliasse o filho com exclusividade no CAPS para que ele pudesse continuar frequentando o serviço. Em uma análise psicológica anexada ao prontuário, consta que Caetano possui um histórico de compulsão por jogos e carência afetiva, pois se não recebe atenção exclusiva, entra em crise. Da infância, destacam-se os aspectos: crise de pânico/ansiedade com nove anos, alucinações com onze/doze anos, ideação suicida e agressão a animais. Sobre as medicações, as últimas atualizações eram as seguintes: Clorpromazina 100mg, Fluoxetina 20mg, Biperideno 2mg e Depakene 500mg.

Caetano conta com detalhes alguns aspectos de sua infância. Ele estudou apenas em duas escolas, ambas públicas e o processo escolar foi um período muito importante para ele. Relata que era um bom aluno, obtinha ótimas notas e chegou a ser premiado por três anos por ser um dos melhores alunos da escola, ganhando três bicicletas. Ele chegou

a “pular” um ano do ensino fundamental, indo direto para o próximo. Quando começaram os sintomas de sofrimento psíquico, o seu rendimento escolar começou a decair. Caetano ressalta que gostava de ir à escola, por ser um dos melhores alunos. Suas matérias preferidas eram história, geografia e matemática, e a matéria que ele julga que tinha menor desempenho era artes. Diz que nunca gostou nem de desenhar e nem de seus desenhos.

Durante a infância, ele frequentava uma instituição no contraturno e gostava mais do dia que tinha esportes, pois na sala ele não tinha amigos e ficava sozinho, enquanto que nos dias de esporte se divertia. Caetano conta que sempre leva as coisas a sério, o que afetava as brincadeiras e esportes, pois se tudo não saísse conforme sua vontade, ele se isolava, se irava e lamentava, apesar de nessa idade, não brigar. Nessa instituição, ele chegou a tocar bateria. Ele também relata que sua mãe trabalha em escola, e que sempre foi muito sozinho, que costumava passar o período do intervalo com sua mãe, e que, talvez estudar no mesmo local que sua mãe trabalhava não o tenha ajudado, pois os colegas eram reticentes sobre quais brincadeiras fazer ou não com ele, com medo de represálias, o que ele acha injusto. Caetano trouxe como principal queixa seu incômodo a respeito de não ter amizades, lembra que ele era muito quieto e que o provocavam, o que tornava maior seu incômodo, de forma que houve períodos em que começou a levar facas para a escola com o objetivo de machucar os colegas, instrumento que ele não chegou a usar. Ele também menciona que gostava de brincar na rua quando pequeno, ir a clubes, pizzaria, jogar futebol, soltar pipa. Que o vizinho o levava junto de seus filhos ao parque aquático, mas que desde que cresceram, ele perdeu contato com essas pessoas, embora a menina o tenha chamado para seu casamento, no qual chegou a comparecer.

Outro fato marcante da sua infância foi quando Caetano estava com cerca de oito anos, na catequese, e seu pai ligou pela primeira vez. Ele manteve contato via mensagens com o pai, porém nos últimos três anos, com aproximadamente 16 anos, acabou rompendo o vínculo devido ao pai não pagar a pensão e não ter prestado auxílio quando precisou em um momento em que suas crises estavam intensificadas. O pai mudou de cidade quando Caetano tinha dois anos de idade, aproximadamente, e foi morar em outro estado. Desde então, o pai não retornou, apesar de ter familiares no município, com quem Caetano não possui vínculos. Na adolescência e começo da vida adulta, Caetano manteve o comportamento de não ter contato com o pai, e diz que sabe como ele é somente porque viu a foto no WhatsApp. Durante as entrevistas, ele afirmou não querer contato com o pai, que é foragido por não pagar pensão. Caetano explica que quando sua avó paterna

faleceu, a justiça bloqueou os bens de seu pai, e com o dinheiro que eles receberam, a mãe comprou a casa em que moram hoje. Como o novo valor das pensões atrasadas também somam uma grande quantia, Caetano chegou a afirmar que preferia que seu pai não estivesse mais vivo, pois ele teria acesso ao valor que o pai lhe deve.

Da adolescência, Caetano ainda conta que estudou até o nono ano, concluindo o ensino fundamental. Foi nesse período que se intensificou sua agressividade. Ele relata que tinha episódios agressivos na escola, quando jogava cadeiras, mesas, pedras nos colegas e professores. Caetano explica também que se irritava com “qualquer coisa que acontecesse”, em especial quando não recebia a atenção que ele julgava necessária, e que os picos de agressividade não ocorriam somente na escola, mas também em casa, quando se sentia sozinho, entediado, contrariado, além de acontecer no CAPS, onde ele começou a fazer acompanhamento já com cerca de 14, 15 anos de idade. Nesses momentos em que atirava objetos, a mãe e o próprio CAPS acionavam o serviço do corpo de bombeiros¹⁶ e ele era encaminhado para o hospital da região.

Em consequência dessas crises, Caetano passou, ainda na adolescência, por um período de internação em comunidade terapêutica, que relatarei a seguir. Quando retornou, deu sequência aos estudos, porém seguiu com comportamentos agressivos na escola de forma que foi indicado que ele ficasse em casa e realizasse as avaliações de forma domiciliar. Concluiu o ensino fundamental dessa forma e não deu sequência no ensino médio. No período das entrevistas, Caetano afirmou que fazia cerca de três anos que ele havia parado de ir para a escola, e que ele sente que isso o afetou, principalmente porque perdeu a chance de ter amigos, assim como perdeu os amigos e colegas que ele tinha na escola.

Da vida adulta, Caetano apresenta desejos do que almeja ser e fazer e se lamenta pelos fatos que ocorreram na adolescência. Ele afirma que não tem mais irritação ou os picos de agressividade de antes, que foi uma fase, e que já passou. Sobre seus interesses, afirma que gosta muito de futebol, que acompanha a todos os campeonatos e assiste a jogos todos os dias em que há jogos. Caetano também salienta que gostaria de ser jogador de futebol, mas que não é possível, pois ele se acha um mau jogador e sente vergonha de jogar. Relata ainda que reage mal quando erra algo, leva muito a sério, se desestabiliza e se entristece facilmente por não conseguir se controlar.

¹⁶ Devido ao município ser de pequeno porte o serviço disponível para esta demanda é o corpo de bombeiros.

Sobre o cotidiano, Caetano conta que prefere o período da tarde. Ele acorda cerca de dez horas da manhã, devido aos medicamentos, e à tarde ele frequenta as oficinas do CAPS ou fica em casa assistindo televisão e mexendo no celular. Ele conta que é regular sentir-se mal ao anoitecer, que fica estranho e com pensamentos alternados, o que gera um estado de alteração de humor o que, para ele, pode estar relacionado com a medicação (chegou a tomar 24 comprimidos por dia). Ele explica também que gosta da sua casa e de seu quarto, que é confortável e se sente bem lá. Caetano conta que a mãe gosta de plantas, que tem muitas em sua casa, mas que ele não a ajuda a cuidar. Em relação às tarefas domésticas, Caetano explica que são essencialmente desempenhadas por sua mãe, que cozinha, cuida da casa e das roupas. Explica que auxilia a mãe de forma esporádica, que costuma recolher roupa e varrer a calçada devido ao problema da perna de sua mãe.

Caetano se refere ao relacionamento com sua mãe de forma positiva, afirma que ela é muito carinhosa com ele, que ele a ama e não consegue se imaginar sem a companhia e cuidado dela. Ele tem contato com a família materna, possui muitos tios, e destaca três que ele julga serem mais próximos e que visitam frequentemente a sua casa. Uma de suas tias tem filhos que são mais próximos da idade dele, e Caetano se relaciona com um primo de onze anos, com quem gosta de jogar videogame. Destaco que no terceiro encontro, Caetano estava abatido, pois seu primo havia se afastado há mais de uma semana sem explicar o motivo, e que sua mãe preferiu que fosse assim, pois havia a suspeita de que esse primo havia furtado um objeto de valor da casa deles. Já no quarto atendimento, Caetano havia brigado com sua mãe, pois estava se sentindo sozinho, queria chamar esse primo para ir a sua casa, e sua mãe não quis. Além desse primo, Caetano estava se aproximando de outro primo que mora em outro estado, tinha a idade mais próxima da dele e possivelmente também tinha o diagnóstico de esquizofrenia. Eles tinham a intenção de passar as férias juntos.

Sobre os amigos ou colegas que tinha, ele conta que um se casou, outro sumiu e o que mora perto de sua casa fez outros amigos e não fala mais com ele. Faz cerca de quatro ou cinco anos desde a última vez que ele havia tentado algum contato com esses meninos. Caetano sente vergonha pelo que fez no passado, acredita que mesmo quem não viu ficou sabendo das histórias, que todo mundo o conhece, e que o ideal seria ele mudar de cidade. Ele também salienta que tem receio de tentar estabelecer algum novo contato, e que, por saberem da sua história, seria uma humilhação caso neguem a sua amizade, e ele não quer passar por essa situação. Mencionou um dia em que estava caminhando pela cidade após ir ao médico, que viu jovens se divertindo e se entristeceu por “ser sozinho”. Ele idealiza

atividades e projetos que poderia desempenhar caso tivesse amigos, e descreve que sua principal companhia, sua mãe, gosta de ficar em casa pois usa bengala devido à paralisia infantil, doença que ela tem desde pequena.

Caetano possui poucas relações interpessoais fora do âmbito familiar. Um aspecto que se destacou ao longo das entrevistas foi a aproximação com um dos usuários do CAPS, que chegou a frequentar sua casa. Em uma tarde, eles jogaram videogame, conversaram sobre fé e espiritualidade e tomaram tereré, uma bebida não alcoólica muito consumida na região, feita de erva mate como o chimarrão, mas que se toma frio. Caetano presa por amizades próximas de sua idade, esse usuário tinha cerca de quinze anos a mais que ele, mas ainda assim a visita o alegrou. Destaca-se também a amizade que ele tem com a enfermeira da clínica na qual ele foi internado na adolescência. Ela tem cerca de quinze anos a mais que ele, e eles se falam quase diariamente desde que ele voltou da internação. Caetano descreve a relação deles como uma amizade importante, em que há muito carinho de um com o outro e há planos sobre visitá-la na cidade em que ela mora, porém ainda sem planejamento para que isso ocorra. Outro fator que se destaca é que no tempo em que Caetano ficou internado, ele namorou outra interna, relata que foi um relacionamento curto, somente durante o tempo em que estavam internados, e que houve pouco contato físico. Ele afirma ter gostado dela, mas preferiu terminar quando recebeu alta pois moravam em cidades muito distantes.

Outro aspecto relevante é a insegurança de Caetano com seu próprio corpo. Ele questionou diversas vezes a pesquisadora sobre o que achava dele, se estava muito gordo, e afirmava que desejava emagrecer, que comentários de outras pessoas a respeito do seu peso o incomodavam muito. Ele não aparentava estar acima do peso, e afirmou que nunca foi em academia. Apesar de pensar sobre isso relata que o máximo de exercício físico que fez foi quando havia educação física no CAPS e na escola. Ele também salientou que sente muita preguiça e desânimo para caminhar, que os remédios não são fortes o suficiente para fazê-lo perder a preguiça e que ele pensa em tomar energético.

Caetano relembra de aspectos de sofrimento psíquico desde criança, de sintomas que eram tidos como incomuns e que foram avaliados desde a primeira infância e posteriormente medicados. Ele relata que apresentava “manias repetitivas”, como ficar pulando e balançando os braços em frente à televisão. Além disso, ele também conta que passou a ver coisas, com cerca de sete anos. Acontecia no período noturno e em decorrência disso ele tinha dificuldade para dormir, chegando a trocar de cama com sua mãe para que dormisse melhor. Ele relata que via coisas no escuro, no espelho, e também

passando de um ambiente para o outro, em geral eram vultos, mas também já viu rostos, que eram desconhecidos, e isso durou cerca de dois anos. Ele conta também que tinha pesadelos em que ninguém o ajudava e as pessoas ao redor estavam com olhos pretos e endemoniadas, inclusive sua mãe. Relembra esses sonhos com detalhes.

Já no fim do período escolar e início da adolescência, Caetano salienta o papel de um jogo on-line que ele gostava, chamado Goodgame Empire. Ele gostava muito do jogo, conta que chegou a gastar mais de mil reais com objetos do jogo, como ferramentas, soldados, etc. Para Caetano, esse jogo o isolou e afastou da realidade. Ele jogava de madrugada, queria levar o computador para jogar na escola (o que sua mãe não deixou), pensava no jogo durante o período de aulas, dava risada sozinho pensando no jogo, contava os minutos para voltar a jogar. Ele relaciona sua imersão no contexto do jogo com seu isolamento social, descreve que o sentimento de solidão e a agressividade se intensificaram nesse período. Caetano explica também que gostava do jogo justamente pelas brigas, violências e confusões, que os jogadores formavam alianças e se comunicavam por um aplicativo e ele gostava de participar das discussões e brigas pelo jogo. Ele acredita que ficou agressivo no jogo, mas também fora dele. Foi necessário parar de jogar pois não tinha mais dinheiro para gastar, apesar de a mãe o ter ajudado financeiramente com o jogo enquanto ela podia. Parar de pagar o jogo impossibilitava que ele continuasse jogando com a mesma desenvoltura. Ele acredita que tinha cerca de treze anos quando parou de jogar, e não jogou mais desde então, embora tenha vontade de jogar e não tenha criticidade quanto ao possível retorno ao jogo.

Caetano explica que iniciou seu comportamento agressivo no começo da adolescência, que chegava a jogar cadeiras, mesas e pedras nas pessoas, em outros estudantes ou funcionários, na rua, em pessoas que estavam passando, na instituição que frequentava no contraturno e até mesmo nos usuários e funcionários do CAPS depois que começou a realizar acompanhamento no serviço. Ele conta também que começou a ouvir vozes e senti-las na cabeça, mas que atualmente com a medicação é menos comum ouvi-las, embora ainda as escute eventualmente. Caetano explica que o conteúdo das vozes é negativo, que ordenam que ele se machuque e/ou se mate, ou que machuque outras pessoas. O comportamento agressivo que ele tinha com as pessoas era também decorrente dos direcionamentos das vozes, mas ele entende que eram mais fruto da sua própria vontade. Outro fator que destaca é a autopercepção de que estava com odor desagradável. Ele mesmo solicitava que ninguém chegasse perto dele, que ninguém o abraçasse, pois acreditava que estava “fedendo” e tinha vergonha. Chegou a relatar que sentia que as

peças estavam falando dele ou reclamando do mau cheiro, que quando ligavam o ventilador ele julgava que era por seu cheiro, e não pelo calor. Ele afirma que até hoje não sabe se realmente estava com mau cheiro ou não, apesar de outras pessoas afirmarem que ele não tinha nenhum cheiro desagradável. Nessa época, Caetano passou por médicos e foi medicado, ganhava perfumes e desodorantes da sua mãe, família e profissionais da escola, mas acreditava que os cosméticos não alteravam a situação. Ele mencionou também dificuldades de interação social em atividades básicas da vida cotidiana, como comer em público, ou mesmo caminhar, lembrou que levava um guardanapo e colocava em frente ao rosto para se sentir melhor. Outro aspecto do começo da adolescência foi a automutilação, à qual não confere centralidade e afirma que não voltou a ocorrer.

Esses aspectos geraram grande dificuldade de socialização para Caetano. Ele afirma que na escola os colegas e professores passaram a ter medo e se afastar dele, que ouvia os outros conversando sobre ele e não gostava de estar naquele ambiente, suas notas decaíram, ele não estava mais indo bem nas matérias curriculares. Na instituição de atividades extracurriculares que Caetano frequentava no contraturno, ele também estava tendo dificuldades, afirmou ser um menino esquisito, que ficava sozinho nos cantos e fugindo das pessoas. Houve um período em que ele não estava bem e faltou uma semana nessa instituição, ele relembra que questionou a coordenadora se não havia sentido a sua falta, e que ela respondeu “Caetano você é um pobre coitado nessa história né?”. Esse diálogo foi muito marcante para ele. Depois disso, ele não voltou a frequentar o local, e sua mãe realizou uma denúncia na instituição. Por muito tempo Caetano planejou uma vingança contra essa mulher, embora hoje ele não sinta mais essa necessidade, e relata a história com grande centralidade e se entristece ao lembrar como foi tratado.

Quando iniciou o acompanhamento no CAPS, Caetano também teve problemas de agressividade, em geral quando se sentia contrariado. Ele chegou a chutar, jogar cadeiras e pedras em usuários e funcionários do serviço. Conta que tentou molhar todos com a mangueira, mas o impediram antes. Outro acontecimento foi quando ele aguardava a consulta da profissional de medicina. Relata que estava ansioso e começou a agredir o ambiente, jogando pedras nas portas e janelas do local. A médica se negou a atendê-lo devido ao estado em que se encontrava, em seguida ele jogou a água da garrafa dele na médica, ela se irou e foi embora do serviço. Além disso, relata conflitos com outros funcionários, inclusive com um deles que ele é muito próximo atualmente, e que teve que tirar licença médica quando Caetano o machucou com um rodo em uma de suas crises de agressividade.

Caetano destaca que nessa época ele estava “muito ruim”, que ele já não tem as mesmas crises, pois faz muito tempo que não fica mal. Acredita que quando está agressivo precisa ser internado, pois briga e agride pessoas ou coisas quase todos os dias. Ele chegou a se questionar se compensava estar em sociedade, e que quando vê pessoas se divertindo, até mesmo em atividades cotidianas, sente ciúmes por elas serem felizes e ele não. Para Caetano, o sentimento não é de inveja, mas se sente pessoalmente atingido, pois acredita que outras pessoas, por serem felizes, “ficam se achando”, e ele nunca teve o sentimento de felicidade.

Caetano relata que o corpo de bombeiros foi acionado três vezes enquanto estava no CAPS e que foram mais de 50 vezes em sua própria casa. Ele não descreveu as crises que ocorriam em sua casa ou na rua, apenas destacou os sentimentos de solidão, tristeza e raiva, e o sequente comportamento agressivo de jogar e quebrar as coisas. No hospital, costumava tomar a medicação (haldol injetável) e em seguida era dispensado e voltava para casa. Ele nunca chegou a ser internado no hospital, seja por suas crises de agressividade seja por outros problemas de saúde. A respeito das vezes em que foi conduzido ao hospital, salienta as três vezes em que foi amarrado por estar muito agressivo, um dia que o bombeiro lhe derrubou no chão e ele se machucou, e o dia em que o bombeiro teve de ir três vezes em sua casa. Ele não lembra o que aconteceu nesses dias, apenas destaca que estava muito agressivo. Além disso, não se lembra de nenhuma experiência positiva no hospital.

O primeiro diagnóstico que recebeu foi de autismo não confirmado, quando já era adolescente. Em seguida, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia, com cerca de quatorze anos, mas ele não identifica mudanças em sua vida, mesmo após o diagnóstico. Ele realiza acompanhamento no CAPS desde que foi encaminhado pela primeira vez, sem interrupções. Caetano afirma gostar do serviço e dos profissionais, considera que o CAPS é importante e ajuda em suas demandas e sofrimentos. Frequenta de duas a três vezes por semana, sempre no período da tarde. Além de usar os serviços do SUS, do CAPS, corpo de bombeiros e hospital, Caetano possui plano de saúde, pois sua mãe é servidora pública. Quando Caetano foi internado em uma comunidade terapêutica particular, foi o plano de saúde que cobriu os gastos, que ele conta que seriam altíssimos caso a internação fosse particular.

Caetano possui um sentimento dúbio a respeito da internação na comunidade terapêutica. Ele tinha quatorze anos quando foi para lá. Primeiramente, salienta que percebia a internação como um castigo para ele, que seu tempo lá foi incômodo. Ele

afirma que não gostava da alimentação de lá, que teve alguns problemas em relação a isso, chegou a ficar sem almoçar, sem café da manhã, algumas vezes comia somente arroz e feijão, ou salada. Caetano explicou que quando não se comportava de acordo com o esperado, eles o deixavam de castigo, cortavam a alimentação que ele gostava, e por isso muitas vezes ele ficou com fome. Havia uma cantina, porém, as coisas eram caras. Ele ficou três meses nessa clínica e entende que apesar de não gostar de lá, a internação lhe fez bem, que ficava muito sozinho e não conseguia fazer amigos, mas acredita que se fosse hoje, ele faria um esforço maior para se enturmar. Ressalta que sentiu muita falta de sua casa e sua mãe, que ela foi lhe visitar uma vez, mas falava com ela por telefone, uma vez por semana. Sobre as atividades, conta que ficava deitado, que tinha atividades como musicoterapia, artes, artesanato, educação física, que ele fazia tudo o que pediam, mesmo que fosse um grande esforço para ele, para que pudesse sair mais cedo da internação. Lá ele fez amizade com a psicóloga, que ele achava muito boa, e com a enfermeira, pessoa com a qual mantém contato cotidiano até hoje. Caetano também namorou na clínica, foi seu único relacionamento. Ele mesmo descreve a relação como algo inocente, e afirma que namorou por insistência da menina, mas que gostava dela.

Após a internação, Caetano teve mais alguns episódios de agressividade. Afirma que não chegou a ir novamente para o hospital com o corpo de bombeiros, que foi uma ou duas vezes somente para ser medicado, pois não conseguia dormir. Sobre seu sofrimento atual, Caetano afirma que às vezes fica ansioso, que os remédios não são suficientes e ele tem vontade de tomar remédio para dormir por mais tempo. No momento ele compreendia estar bem, estável, porém no terceiro atendimento ele relatou que havia passado por uma crise, que ficou muito nervoso, triste, com raiva e com “vontade de matar” (a si mesmo e aos outros). Ele também descreveu que estava perdendo a concentração nas atividades que estava realizando, até mesmo nas cotidianas. Naquela semana, chegou a passar mal no CAPS após o que ele relata como “falta de atenção” de um dos profissionais, mas que em seguida conversaram e ficou tudo bem. Mesmo com a situação de crise tendo passado, ele seguiu com desejo de se matar e afirmou que nasceu para sofrer.

Devido à ideação suicida, na última entrevista Caetano explicou que a médica havia aumentado sua dosagem de medicação, mas que ele não estava gostando do efeito, pois estava mais sonolento, dormindo à tarde. Ele esperava que o remédio o deixasse alegre, mas não estava tendo esse resultado. Mencionou que ainda possui a mania da infância de bater palmas, mas que acredita que é algo que ele gosta de fazer quando fica

animado, não é relacionado ao seu diagnóstico, ainda que sua mãe fique incomodada com o barulho. Caetano também explicou que quando está triste prefere se isolar, até chorar sem que sua mãe veja. Ele acredita que a mãe é fundamental para que ele consiga controlar a agressividade, pois ela sempre o ajuda, conversa, faz agrados, carinhos e brincadeiras. Por fim, chegou a descrever que quando sua mãe morresse ele ficaria perdido, e que em sequência iria se matar.

Caetano destaca alguns desejos e planejamentos e o que salienta ao longo de toda a entrevista é o interesse em fazer amigos. Para isso, ele pensa em lugares que poderia frequentar, coisas que poderia ter (videogame, carro), pensa em mudar de cidade, porém tem dificuldade para implementar, e o CAPS é o principal local em que ele realiza trocas significativas, assim como sua família, no contato com os primos que possui. Ele afirma querer realizar uma prova para tentar concluir o ensino médio e arrumar um emprego, que acha que seria tranquilo se fosse em um mercado, pois seria uma atividade que saberia desempenhar, podendo interagir com pessoas, mesmo tendo receio de se sentir exposto. Outro aspecto fundamental acerca do trabalho é sobre a remuneração, pois ele teria seu próprio dinheiro. Ele também reforça a vontade de ser magro, porém não consegue pensar em mudanças de alimentação, pois acha que já come pouco, e não encontra motivação para fazer academia ou exercícios físicos. Além disso, salientou que quer ter uma namorada, acha que poderia se sentir menos sozinho, que teria alguém para conversar e assistir televisão e a filmes à noite. Também citou querer ir para um parque de diversões, viajar, aprender a dirigir e aprender a tocar piano, mas que acha muito caro, e que exige muita técnica e concentração. Da pandemia de covid-19, a principal alteração na rotina de Caetano foi não ter ido mais aos grupos do CAPS, o que o isolou mais de convivências e trocas sociais, porém ele estava aproveitando o retorno dos grupos no momento das entrevistas.

Na entrevista realizada em 18/10/2021 com a mãe de Caetano, ela explicou que estava com 55 anos, solteira, havia completado o ensino médio, e atuava como servidora pública na área da educação. Ela afirma que sempre moraram na mesma cidade, se mudaram uma vez, mas para outra casa dentro do mesmo terreno e que são católicos. Sobre a infância de Caetano, a mãe destaca que ele sempre quis conhecer o pai, que isso era marcante, ele chorava muito, mas que agora passou. Ela acredita que isso se deu devido ao fato de Caetano procurar o pai e não ser correspondido. Salienta que os dois não se conheceram, e que o pai não pode vir visitar o filho, pois existe um mandado de prisão contra ele, por atraso de pensão. Confirmou que a casa que eles têm foi comprada

com a herança das pensões atrasadas e que hoje o valor que o pai de Caetano deve é o mesmo dessa época.

Sobre Caetano, a mãe conta que desde pequeno, quando ele tinha cerca de dez meses, ela observava que ele ficava agitado e balançando muito as mãos, que ela não observava em outras crianças, e que quando estava na creche, ele se isolava, apesar de brincar com amiguinhos. Além disso, quando ele estava já em período escolar, ela destacou que quando pequeno ele era receoso com doenças, e nunca ficava perto de alguém visivelmente doente/contaminado, que ele tinha comportamentos repetitivos para ir dormir, apagar e acender a luz diversas vezes, além de arrumar objetos de uma forma muito específica – que ela chamou de TOC. A mãe ressalta que o próprio Caetano, quando criança, se incomodava com essas manias, que ele descrevia como algo ruim, incômodo. Por fim, ainda na infância, ele começou a ver vultos e rostos, e ela o deixava dormir com as luzes acesas. Ela relembra que Caetano gostava de jogar bola e videogame. Na escola, relata que ele ia muito bem nas aulas, tinha facilidade para aprender, se alfabetizou sem dificuldades e que inclusive foi transferido do primeiro para o segundo ano devido ao seu ótimo desempenho. Caetano se destacou por todo o período escolar, até o começo da adolescência. A mãe conta que ele nunca reprovou, era premiado pelo ótimo desempenho, soletrava qualquer palavra e sabia tabuadas incomuns, como a do treze e quatorze. O desempenho de Caetano começou a cair no nono ano, quando suas notas já não estavam tão boas.

Na adolescência, a mãe ressalta que Caetano era muito quieto, que não conversava com colegas e se isolava, tanto na escola, na instituição que frequentava no contraturno ou mesmo na clínica em que ficou internado. Ela explicou a situação em que, aos 12 anos, Caetano sentia que estava “fedendo”. Conta que ele perguntava para todo mundo sobre seu cheiro, procurava produtos, desodorantes em farmácias, e se sentia observado. Devido a isso, acreditava que o comportamento dos outros de passar a mão no nariz ou ligar o ventilador era por ele, chegando a agredir quem tinha esses comportamentos. Ela relata que ele se mutilava, que chegou a falar em cortar os próprios dedos e rosto, e que tem cicatrizes nos braços. A mãe destaca que foi na adolescência que ele ficou agressivo, um dos motivos de agressividade ocorria quando o time dele perdia, e ele agredia inclusive a mãe, queria pegar seu pescoço. Ela conta que Caetano dizia que era um comando das vozes, mas que ele parava quando ela começava a chorar. Ela escondia objetos cortantes, de vidro, e até mesmo blocos de construção que tinha em casa, pedras maiores, e que mesmo assim ele jogava pedras nas pessoas, nos bombeiros quando iam buscá-lo. No

hospital, ele também agredia as pessoas, usuários e profissionais. Ela explica que era necessário atendê-lo logo, que ele levava fósforo sem que ninguém visse, e chegou a colocar fogo no banheiro do hospital.

A respeito do diagnóstico de Caetano, a mãe explica que nunca havia ouvido falar em esquizofrenia antes, e não imaginava que fosse algo sério, que foi percebendo com o tempo. Ela conta que ao ir contando para as pessoas que Caetano tinha esquizofrenia, elas se afastavam, que se ela soubesse não teria contado, e que ele se isolou ainda mais após o diagnóstico. Inclusive, o médico que concluiu o diagnóstico afirmou para Caetano que ele sempre seria sozinho. A mãe conta que Caetano sofreu e sofre muito por isso, que chora por não ter amigos. Foi com treze para quatorze anos que Caetano foi diagnosticado, em consulta particular, em um município do Estado de São Paulo. A mãe lembra que foi com essa idade que ele começou a “surtar”, e que na primeira vez em que aconteceu, Caetano começou a gritar, mudando de altura do som, sílabas repetitivas, como “é um papapa, é dois papapa” e números, e em sequência iniciaram crises constantes, com agressividade, nas quais ele tinha de ser encaminhado para o hospital. A mãe salienta que Caetano lhe falava que era algo sobre o qual não tinha controle, que tinha a sensação de que era como se houvesse uma pessoa correndo atrás dele com uma arma, e que ele acabava agredindo para se defender.

A mãe relata que buscou ajuda em órgãos da justiça, como a Defensoria Pública, o Ministério Público, com a intenção de internar Caetano no hospital psiquiátrico, porém apesar de aprovado, o hospital negou a internação devido à idade dele na época. Em seguida, ela conseguiu duas vagas em clínicas particulares pelo plano de saúde, e o levou à mais próxima. A mãe conta que Caetano não sabia que seria internado quando foi para a clínica. Ele contava para a mãe que não queria ficar na clínica, porém ela entendia que ele estava acostumado com ela fazendo tudo para ele, e que isso era normal. Mesmo assim, foi um processo difícil para ela, mas julga que foi bom e que, após os três meses de internação, ele voltou melhor. Ela lembra que cerca de uma semana após a alta, Caetano voltou a ter crises, mas que foram contidas com o ajuste da medicação. Após o ajuste, não teve mais crises, em especial as de agressividade. Após a internação, a mãe conta que tentou que o filho voltasse a estudar na escola, porém mesmo com uma estagiária o acompanhando de perto, Caetano voltou a agredir colegas e professores. Em sequência, ele terminou o ano letivo do nono ano do ensino fundamental fazendo as atividades em casa. Caetano chegou a iniciar o ensino médio, mas por não ir presencialmente, por terem receio de agredir alguém, acabou deixando os estudos.

A mãe afirma que Caetano estava bem melhor, que ele frequenta o CAPS regularmente, gosta do serviço, dos profissionais, nunca parou de frequentar. Ele se desloca sozinho para as consultas, atendimentos e atividades. A única coisa que ele salienta é que o CAPS poderia ter uma diversidade maior de atividades, e que prefere não ir ao serviço pela manhã, pois além de poder acordar mais tarde, acha o serviço muito cheio nesse período. Quando vai às confraternizações do CAPS, ele costuma ficar pouco tempo. A mãe diz que ele nunca mais agiu com agressividade, e que hoje está mais consciente de que não pode fazer o que fazia. A respeito do sofrimento psíquico de Caetano, ela destaca que nos últimos dias ele começou a ter crises, porém ela conversou com ele e passou. Ela explicou que ele estava chorando muito, ouvindo vozes que a xingavam. Ele contava para ela sobre as vozes, além de ideação suicida. Por esses motivos, a médica aumentou a dosagem da medicação, mas Caetano não estava gostando, pois se sentia mal e sonolento.

Em relação à vida cotidiana, a mãe entende que Caetano tem poucas atividades. Ela conta que ele passa o dia mexendo no celular, assistindo televisão, que gosta de videogame e de futebol, embora não jogue, pois ele diz que não sabe e tem vergonha de aprender. Ela afirma que ele não manteve o hábito de leitura, mas que compra e gosta de gibis e que também gosta de ouvir música. Fora de casa, sua principal atividade é ir ao CAPS, mas ele também paga contas para ela, vai à padaria e à sorveteria. Em casa, ele ajuda a recolher roupas, raramente varre a casa ou cozinha um macarrão instantâneo, e as demais atividades domésticas ele não faz, afirma sentir nojo da maioria. Ele tem um cachorro e dois gatos dos quais gosta, mas não ajuda no cuidado. A mãe destaca que anteriormente eles tinham galinhas, e que quando ele estava em crise, e as galinhas não o deixavam dormir de manhã, ele as jogava contra a parede e elas morriam. Por isso, ela teve de doar as galinhas. Ele não chegou a fazer isso com os outros animais, mas quando fica nervoso quer chutá-los. Por fim, a mãe destacou o contato do Caetano com as mesmas pessoas que ele nos falou, os profissionais do CAPS, o usuário que frequenta sua casa, a enfermeira da clínica, os tios e primos.

Sobre os planejamentos, a mãe também enfatiza o desejo de Caetano de fazer amigos, terminar os estudos, trabalhar, comprar um carro. Ela relaciona os desejos do filho: terminar os estudos para conseguir um trabalho e então poder comprar um carro e conseguir amigos. Porém, ela acredita que seja muito difícil que ele consiga se adaptar à rotina e rigor de um emprego. A respeito da pandemia de covid-19, a mãe lembra que Caetano tinha muito medo de se contaminar, que andou a cidade toda procurando

máscaras no começo da pandemia e higienizava tudo em casa. A mãe não percebeu alterações na vida do filho, a não ser a privação das oficinas do CAPS, pois era sua principal atividade. Ela salienta que o percebeu mais ansioso e com episódios de choro, mas que não teve crises e nem necessitou recorrer ao hospital.

A profissional de saúde do CAPS relembra que Caetano chegou ao serviço encaminhado pela escola e também a pedido da mãe. Ela destacou que acreditava que Caetano não iria se adaptar pela diferença de idade dos demais usuários, que eram todos adultos. A profissional salienta que quando o usuário começou a frequentar o CAPS pela manhã, horário em que o serviço possui um fluxo maior de pessoas, foi que Caetano passou a agredir usuários e funcionários. Lembra que chegou a machucar um paciente já idoso, e então reorganizaram os horários para que ele estivesse em um momento de menor fluxo. Ela lembrou ainda de outros conflitos, incluindo a profissional de medicina na qual Caetano jogou água. Na época, o serviço não atendia crianças e adolescentes com profissional de medicina, mas Caetano já chegou com diagnóstico e em seguida foi internado na comunidade terapêutica. A profissional descreveu a dificuldade da mãe em conseguir a internação e também que Caetano mudou muito de comportamento após os dezesseis anos aproximadamente, que melhorou muito e também amadureceu. Enfatizou a preocupação e presença da mãe no acompanhamento do filho, e também a preocupação de Caetano com a saúde física da mãe, decorrente do problema nas pernas. Outro ponto de destaque foi a adaptação de Caetano ao serviço, que por ser um dos mais jovens, ela achava que não seria tranquila. Mas destaca que ele é bem engajado e hoje suas principais queixas são de ansiedade e tristeza, que ela considera um quadro mais depressivo, apesar do relato das alucinações auditivas. A profissional destacou a perspectiva de que ele se insira nas novas atividades do CAPS, que ela acredita que podem contribuir para ele desenvolver novos interesses, pois é jovem e tem potencial para tal.

2.4.3. Cecília

Cecília é uma mulher negra de 39 anos, solteira, mãe solo de uma menina de sete anos de idade. O pai da criança, com quem mantinha um relacionamento, já é falecido. Mãe e filha são naturais da cidade em que foi realizada a pesquisa, e sempre moraram nesse município. Cecília reside no mesmo endereço há mais de 20 anos, não sabendo especificar exatamente o tempo. A família também é residente da cidade, ela mora com sua mãe, já idosa, seu irmão, que também tem o diagnóstico de esquizofrenia, e sua filha.

A religião de Cecília é evangélica, a filha a acompanha na igreja junto com sua sobrinha, sendo que os demais familiares não frequentam a igreja. A renda familiar é composta pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Cecília e pela aposentadoria da mãe, sendo que a mãe realizou empréstimos que são descontados de sua renda. O irmão não possui benefício, apesar de a família já ter tentado, e a filha não recebe pensão por morte do pai, pois ele não trabalhava registrado. Ela afirma que a renda é baixa, que costumam passar apertado o mês, que antes recebia mais ajuda dos irmãos, mas hoje não recebe. Cecília é curatelada por uma de suas irmãs, que mora ao lado de sua residência e ela mesma afirma que isso é necessário, pois não sabe administrar seus recursos financeiros.

Foram realizadas duas entrevistas com Cecília, nos dias 08/11/2021 e 22/11/2021, uma entrevista com a irmã, que possui a curatela de Cecília, no dia 24/11/2021, e uma entrevista com a profissional de saúde do CAPS, no dia 03/12/2021. Cabe salientar que houve uma primeira tentativa de entrevista no mês de setembro de 2021, porém nesse encontro, Cecília não estava à vontade com a gravação da entrevista e pediu para ser encerrada. Alegou que discutiria com sua mãe e entraria em contato pelo celular da irmã para novo agendamento, pois não possui celular. Após algumas semanas, mandou um recado via uma funcionária do CAPS e, posteriormente, ao nos encontrarmos no serviço, informou que estava tranquila com a gravação, que não via mais problemas e então as entrevistas foram agendadas.

No prontuário de Cecília, destaca-se que seus sintomas iniciaram após o fim de seu primeiro casamento, que teve a duração de seis meses. Há também registros de tentativas de suicídio, além de internações psiquiátricas. Ela é paciente do CAPS desde 2006, na época estava com 24 anos, e tem uma filha com um marido já falecido. As medicações mais recentes que constam em seu prontuário são: Carbolitium 300mg, Ácido Valpróico 500mg, Cloridrato de Bupropiona 150mg e Biperideno 2mg.

Durante os encontros, Cecília compareceu pontualmente, demonstrou boa compreensão sobre a pesquisa e sobre as perguntas realizadas, respondendo sempre de forma clara e objetiva. A fala de Cecília é um pouco acelerada, com a impressão de que não finaliza o som de algumas sílabas, o que por vezes dificulta a compreensão do que está falando, sendo necessário pedir para repetir ou questionar se foi entendido corretamente. Cecília demonstrou boa capacidade de organização dos aspectos de sua vida cotidiana, queixou-se da sensação de tristeza, desânimo generalizado, falta de energia e dificuldade para ter motivação de realizar suas atividades.

A respeito da infância, Cecília trouxe poucos aspectos, afirmou que estudou até a sexta série, sabe ler, mas em geral define que esqueceu tudo e que seria necessário voltar a estudar. A respeito do período escolar, relatou que chorava na sala de aula, achava as professoras bravas, que não a ensinavam direito e não ajudavam quando tinha dúvida, apenas brigavam, por isso deixou de perguntar e seguiu com dificuldade em aprender. Afirmou ainda que não teve muitas amizades, nem na escola nem em outros ambientes. Era boa em pintura, fazia rosas e desenhava, mas hoje não consegue fazer com o mesmo desempenho. Além disso, Cecília relata que quando criança, com cerca de oito a dez anos, gostava de sonhar com o “amor verdadeiro”, queria namorar e perder a virgindade com o “amor de sua vida”, noivar, casar, mas não se sentia desejada e chorava muito.

Na adolescência, Cecília mencionou que parou de ir para a escola quando estava na sexta série, tendo concluído até a quinta série pois conheceu um rapaz, estava namorando e trabalhando em atividades domésticas. Teve muitos namorados nesse período e relata que era uma jovem bonita. Um de seus namorados era caminhoneiro e fez algumas viagens com ele para o estado de São Paulo e Rio de Janeiro. Afirmou que era uma pessoa assustada, vivia indo ao médico, tomava muitos remédios. No posto de saúde, brincavam com ela que fariam um quarto para ela lá, mas nunca teve um problema sério de saúde. Sobre trabalho, afirma que aos dez anos já vendia alface, rapadura, entre outras coisas na rua, que era boa e não tinha vergonha. Depois começou a trabalhar como doméstica, trabalhava bem e devagar, e era muito elogiada. Ela afirma que trabalhou até os 21 anos, idade em que adoeceu e não trabalhou mais e, referente a isso, ela se sente parada no tempo: “não foi nem pra frente, nem pra trás”.

É marcante no relato de história de vida de Cecília a busca pelo que ela chama de “amor verdadeiro”. Ela rememora o interesse por um relacionamento romântico desde a infância, persistindo na adolescência e vida adulta. Dentre os planejamentos, afirma que sempre quis se casar com alguém que a ame “verdadeiramente”. Afirmo ser romântica e se inspirar em novelas, mesmo que aponte a crítica de que isso é mentira e que não existe na vida real. Na procura por um “verdadeiro amor”, Cecília teve diversos relacionamentos, porém enfatiza que sempre “andou na linha”, que é quieta e caseira. Cecília perdeu a virgindade aos quinze anos, com um rapaz que ela não enfatizou a relevância. Salaria que desde então não sabe o que é sentir “prazer sexual”, pois nunca sentiu prazer em suas relações sexuais. Acredita que é uma pessoa “apagada”, que não sente as coisas, mas afirma que isso faz parte dos “planos e da obra de Deus” em sua vida. Apesar de ter diversos namoros, não os menciona de forma positiva, explica que em

muitos não houve sintonia, quando ela gostava, ele não parecia gostar muito, e vice-versa. Essa busca por um relacionamento trouxe muito sofrimento, as decepções a deixavam triste, de forma que ela vivia chorando, porém afirma que quando é a pessoa certa, as coisas dão certo. Considera que o melhor namoro que teve foi o último, com o pai de sua filha.

Cecília relatou a respeito de um outro relacionamento que foi muito marcante para ela, pois foi desencadeador de sua primeira crise. Ela tinha 21 anos e o homem 43. Ele morava perto e se interessou por ela, ficaram juntos por seis meses e nesse tempo ela chegou a se mudar com ele para a fazenda em que ele estava. Afirma que ele era um bom homem, trabalhador, e a amava de verdade, e ela o correspondia, porém teve dificuldade em diferenciar os sentimentos amar e gostar. Após esses seis meses, pensou em deixá-lo e ao dizer que não queria mais ficar com ele, conta que ele ficou muito triste, pois realmente gostava dela. Em seguida, ela viajou para Maceió visitar a irmã, mas assim que chegou ao destino, se arrependeu. Quis voltar para sua cidade e para ele, mas não tinha dinheiro e teve que ficar lá por um mês. Quando voltou, admitiu para ele que tinha errado, mas ele disse que era tarde demais, que não queria mais e já estava seguindo com a vida. Cecília relata que na sequência não sabe o que aconteceu, ela era jovem, linda, com o corpo muito bonito, mas que não conseguiu superar esse fim. Atualmente, ela entende que não era a vontade de Deus, “o que não é para ser não acontece”, pois acredita que teria tido uma boa vida com ele.

O último relacionamento de Cecília foi com o pai de sua filha, inclusive ela usa esses termos para se referir a ele, raramente o chama de marido, ou pelo nome, só quando questionada sobre o nome dele. Quando o conheceu, ela tinha 30 anos e ele cerca de 55, moravam próximos um do outro. Conta que ele gostava dela, mas não era de falar, porém ela o amava e falava, e ele só respondia “obrigada por me amar”, o que ela justifica por ele ser “durão” e não ter o costume de demonstrar afeto. Apesar de ela expressar que seu sonho era casar-se, ele dizia que não iria se casar. Eles passavam muito tempo juntos, ela “não saía da casa dele”, mas não chegaram a morar juntos, Cecília apenas dormia na casa dele algumas vezes.

Cecília engravidou e seguiram morando em casas diferentes. Ela acredita que ele não a levou para morar com ele devido ao seu estado de saúde, por ela tomar remédio e não conseguir “dar conta das coisas de casa”, cuidar bem da filha. Conta que se davam muito bem, que a filha era apaixonada pelo pai e ele por ela, que o pai fazia de tudo pela criança. Explica ainda que ele não era de dar dinheiro para ela, mas fazia todas as vontades

dela e da filha, principalmente relacionadas à alimentação, e que na gravidez ele foi muito presente nesse sentido. Cecília destacou que quando saíam juntos era difícil ele pegar na mão dela e um pouco antes de falecer, de vez em quando a acompanhava com a filha na igreja. Ele trabalhava como amansador de cavalos e, conforme Cecília, era “o melhor da região”, era magro, musculoso, tinha cabelo grisalho, mas era muito saudável. Para ela, “ninguém acreditava que teria problemas com a saúde”. Também relata que era uma pessoa caseira, gostava de trabalhar, mexer nas plantas, árvores e plantações que tinha em casa.

O pai da filha de Cecília faleceu com 61 anos. Na época, a filha tinha quatro anos, e Cecília 35. Relata que ele teve câncer, que começou a reclamar de dor e em cerca de um mês faleceu, ficando muito mal ao fim da vida. Ela descreve que não lidou de forma desesperada com a situação, mas que “pensa nele todos os dias” desde o falecimento. Para Cecília, o amor que sente “segue forte”, e pretende amá-lo para sempre. Inclusive mencionou que “daria sua vida em troca da dele”. Cecília descreve que tem muita fé e esperança de que ela será “feliz de verdade” e que ele vai voltar para a terra e os dois vão se casar. Desde que o conheceu, Cecília não teve outro relacionamento, é firme em acreditar que “ele voltará” e esperará “o tempo que for necessário” por isso.

Outro aspecto que Cecília enfatiza a respeito de sua vida cotidiana é o desânimo e tristeza que sente, presente há muitos anos, além da preocupação constante de que alguma coisa aconteça com ela ou com sua filha. Descreve que mesmo quando parece alegre, no fundo está triste, que o que a ajuda é orar. Sua rotina é acordar às 5h, ajeitar as coisas da casa, cuidar de sua filha e da alimentação. Após o almoço, leva a filha para a escola, volta para casa, dorme, acorda, assiste televisão, busca a filha na escola e prepara a janta. Em todas as tarefas conta com o auxílio da mãe, quando a mãe está bem. Nas segundas, quartas e sextas-feiras, vai à igreja à noite e volta às 21h. Às vezes, a filha vai junto, e quando não vai, fica em casa com a avó. Na igreja, ela não é de conversar com as pessoas, mas busca demonstrar ser uma pessoa feliz, mesmo que não seja o que sente no dia. Relata que gosta de visitar pessoas, em geral familiares, pois conversar “espanta o sono e a tristeza”.

Cecília fala com grande carinho sobre a filha e cobra de si mesma a responsabilidade que tem por ela, mas entende que, sendo parte dos planos de Deus, conseguirá cuidar da filha. Explica que a criança é difícil para comer, come besteiras, não tem interesse pela comida e vive com a imunidade baixa. Conta que faz muita bagunça e acabam discutindo para que ajeite as coisas. Apesar disso é uma criança saudável, brinca

o dia todo e tem mais energia do que os adultos da casa. Cecília relata que quem tem mais autoridade sobre a filha é a avó. Elas evitam bater, pois pode machucar e não resolve a situação. A criança por vezes “abusa da bondade” da família, pedindo para que façam coisas que poderia fazer sozinha, como se vestir, se alimentar, ajeitar as suas coisas e, também, passa muito tempo no celular, de forma que elas não conseguem controlar o uso.

Cecília destaca inúmeros aspectos positivos do relacionamento com a filha, que ela gosta de estudar, vai bem na escola e é muito elogiada pelas professoras. Conta que durante a pandemia, a filha sofreu sem o acesso à escola, precisou e segue precisando de ajuda nas tarefas escolares, e quem a ajuda é a tia ou sua prima de doze anos, que mora na casa ao lado. Conta ainda que a filha é carinhosa, generosa, que apresenta “bons questionamentos”, sente falta do pai, embora não fale dele com muita frequência. A criança possui três irmãos paternos, mas não mantém contato com nenhum deles, apesar de serem da cidade. Ela se refere à filha com amor, ternura e esperança, e, em relação às dificuldades da família, acredita que no futuro, as coisas serão mais fáceis.

A respeito dos outros moradores da casa, conta que a convivência é tranquila, que atualmente sua mãe tem menos disposição física e está debilitada devido aos muitos anos de trabalho. O irmão de Cecília, que mora com ela, também tem o diagnóstico de esquizofrenia, porém não quis participar da pesquisa. O irmão possui um maior comprometimento psíquico. Ela conta que ele praticamente não ajuda em casa e não faz nem suas próprias atividades. Conta que eles se dão bem, mas às vezes discutem a respeito da organização e tarefas da casa. É a Cecília quem organiza os medicamentos dela e os do irmão, buscando no CAPS e avisando o irmão sobre os dias de consulta.

Cecília tem oito irmãos, quatro mulheres e quatro homens, eram cinco homens, mas um faleceu. Explica que se dá bem com todos, porém não é uma família muito unida pois alguns irmãos já brigaram. A irmã que mora ao lado assumiu a curatela de Cecília há alguns anos, substituindo outra irmã que se aposentou. Já o irmão que também tem o diagnóstico de esquizofrenia tem outro irmão como curador. Dos nove irmãos, cinco moram na mesma rua e todas as casas são próximas entre si.

A respeito de seu diagnóstico, afirma que tem depressão, mas a médica também disse que tem esquizofrenia. Sua principal queixa é a tristeza recorrente e uma preocupação excessiva consigo e com a filha. Preocupa-se também com o que denomina de “preguiça”, “fraqueza” e “desânimo profundo”, que sente relacionado à necessidade de desempenhar as atividades domésticas. Nega ter ouvido vozes, visto vultos, pessoas ou objetos, ou sintomas persecutórios.

Cecília conta que tinha 21 anos quando adoeceu, explica que foi no contexto do fim do relacionamento com o homem com o qual foi morar junto, quando decidiu terminar e depois quis voltar, mas ele não aceitou. Descreve que ficou muito desanimada, emagreceu a ponto de ficar só “carne e osso” e esmoreceu de “uma hora para outra”. Nessa crise, Cecília fala que “chorava andando na rua”, “parando os carros”, fez coisas das quais não se lembra. Esse foi o contexto de sua primeira internação no hospital psiquiátrico, e ela salienta que nunca mais teve uma crise com o mesmo grau de seriedade. Nas internações psiquiátricas, Cecília descreve alguns aspectos positivos, como o contato com a equipe, que as pessoas gostavam dela e a elogiavam, gostava dos aspectos básicos do cotidiano, em que alguém cozinhava, limpava, organizava sua roupa, o que a ajudava em sua queixa da preguiça. Os aspectos negativos que aponta se relacionam ao fato de estar presa na instituição e não poder sair, as altas doses de medicamentos, que entende que eram para dopar, os efeitos colaterais das medicações como tremedeira e aumento de peso. Ela se queixa também dos comentários do médico, que ridicularizou sua crença, de que ela foi enviada por Deus para fazer milagres, “fazer quem não anda voltar a andar”. Ao todo, conta que foram nove internações, todas no mesmo hospital psiquiátrico, sendo a última vez no ano de 2015, quando o pai de sua filha ainda era vivo e a criança tinha aproximadamente um ano de idade. Explica que quis sair do hospital, mas não podia sair e fugiu. Nisso a levaram de novo, e teve de ficar ao todo três meses, até que a liberassem.

Cecília afirma diversas vezes a sua esperança de que o pai de sua filha volte à vida, que eles se casem e sejam felizes. Em determinado momento, ela mesma afirmou que não acredita que isso deva acontecer, mas que tem fé em Deus e que seus pedidos podem se realizar. Ela relata que conversou sobre a ressurreição do marido com sua pastora, e foi orientada a guardar a esperança. Para Cecília, o marido tem que retornar, não importa se outro homem a quiser, nem “se for a pessoa mais rica do mundo”, ela pretende esperar, e acredita que se for essa a vontade de Deus, o mundo irá estremecer com sua história. Apesar disso, ela afirma ser feliz pois tem sua filha que é fruto do seu amor com ele.

Apontamos que a religião possa ter relação com seu presente processo de adoecimento. Cecília descreve que faz cerca de três anos que passou a frequentar a igreja com maior assiduidade, que sua vida está nas mãos de Deus e ele tem um grande propósito para ela. Para tanto, tem de limpar seu coração, alma, mente e mãos, ser pura e merecer tal milagre. Ela mudou de igreja há cerca de um ano e é confiante no retorno do pai da

sua filha. O desejo por esse milagre não apareceu a partir da data em que ele faleceu, é mais recente, mas ela não sabe exatamente há quanto tempo.

A respeito do seu acompanhamento no CAPS, explica que faz por não poder pagar as coisas do próprio bolso, e que gosta de ficar no seu canto. Busca os medicamentos para ela e para o irmão no CAPS, ambos vão às consultas, considera esse acompanhamento importante, pois os remédios os ajudam. Cecília elogia o fato de a medicação não estar ocasionando ganho de peso, pois em uma época engordou e se sentia mal, inchada e sem forças. Relata que não tem disposição e tempo para participar dos grupos e realizar atividades no CAPS, embora tenha que fazê-las quando está internada no hospital psiquiátrico. Prefere comparecer ao CAPS apenas para retirar os medicamentos. Tem esperança de que Deus possa curá-la de sua doença e de que ela possa vir a ficar sem os medicamentos.

Por fim, Cecília não menciona nada de relevante sobre o período da pandemia. Afirma que nem ela e nem ninguém de sua casa pegou Covid-19, ao menos que tenham ficado sabendo. Conta que sentiu mais pela falta da escola da filha e pelo tempo em que a igreja ficou fechada, mas que não sentiu medo, pois sempre acreditou que Deus não a deixaria ficar doente. Quando questionada sobre sonhos e projetos para sua vida, afirma que seu principal sonho é ser feliz de verdade, com uma história de amor verdadeiro em que se casa com o pai da sua filha. Além disso, quer ser missionária, amar a Deus ao redor do mundo e ser cantora evangélica. Salienta que “se Deus lhe der o dom para isso e fizer milagres, ela será curada de suas doenças, parará de tomar remédio e terá sabedoria para educar sua filha”. Não demonstrou interesse em desenvolver novas atividades, apenas se dispõe a ir à igreja para que Deus decida sobre os caminhos de sua vida.

Na entrevista com familiar, quem aceitou participar foi a irmã de Cecília, que possui a sua curatela. A mãe de Cecília explicou que estava muito cansada e “ruim das ideias”, preferia não conceder a entrevista. A irmã mencionou que a família mora na região há cerca de 20 anos, conta que a família tem boa relação. Já houve conflitos, mas a situação está estável. Relata que tem a curatela de Cecília há cerca de nove anos, não sabendo confirmar com exatidão essa informação. Explicou que Cecília é a irmã mais nova e que ela é a mais velha. Afirma que Cecília precisa de ajuda para tudo, porém quando questionada sobre as funções cotidianas, responde que Cecília desempenha todas sozinha, como tarefas domésticas, administrar o dinheiro (que ela saca e entrega integralmente para a Cecília), os cuidados para com a filha e com sua própria saúde e de seu irmão, compras e abastecimento de suprimentos. A respeito da infância de Cecília,

contou que era “uma criança normal”, que estudava pouco. Sobre a adolescência, afirma que Cecília gostava de sair, dançar em bailes. Na vida adulta, não apresentou destaques, apenas que gosta de ir à igreja e que trabalhou como doméstica antes de adoecer.

Sobre a expressão do sofrimento psíquico de Cecília, a irmã não soube dar muitas informações, apenas que já era adulta quando começou, que havia muitos problemas na época de sua primeira internação, relacionados a namorados, também lembrou que ela não comia e estava muito magra. A irmã reforça que Cecília fica bem quando toma os remédios certos e que faz acompanhamento no CAPS há muitos anos. A respeito do falecimento do pai da filha de Cecília, conta que a irmã ficou normal quando ele faleceu, praticamente não ligou e chorou muito pouco. Apenas recentemente começou a falar que ele vai voltar e que “todo mundo vê que ela não está bem”. Sobre projetos de vida, a irmã conta que um dos planos que Cecília menciona é de ir morar sozinha com a filha.

Já na entrevista com a profissional de saúde, ela explicou que Cecília vai ao CAPS toda semana, conversa um pouco, mas só vai para pegar a medicação dela e do irmão e para passar por consulta médica. A profissional não tinha conhecimento sobre Cecília acreditar no retorno do pai de sua filha. Explicou que Cecília nunca morou com ele, mas que quando estavam juntos era ele quem se responsabilizava pela medicação, que era um senhor atencioso, que “parecia uma pessoa que veio para somar na vida de Cecília”. Lembra que, à época, questionou se Cecília amava o namorado e que ela respondia que “ele era bom para ela”. Enfatiza que esse relacionamento trouxe amadurecimento para ela, pois ele era cuidadoso com ela e com a filha. Descreve que Cecília sempre apresentava, com certo desespero, a demanda de ter um namorado, e quando ele faleceu, foi surpreendente o fato de Cecília não buscar um novo companheiro e não apresentar recaída. A profissional não descreve avanços nem retrocessos com a Cecília e afirma que não houve períodos de desvinculação com o CAPS. Relata que Cecília sempre foi preocupada e cuidadosa com a medicação, com exceção de quando se queixava que o remédio a estava engordando, o que, até ajustar a medicação, foi um fator que trouxe queixas. Sobre as crises de Cecília, descreveu como quadros de agitações, falas desconexas e irritabilidade. Sobre as internações, confirma a impressão de que Cecília tinha certa apatia para realizar as tarefas domésticas, identificou isso na internação de quando a filha era bebê e Cecília não queria cuidar da criança.

2.4.4. Francisco

Francisco é um homem negro de 32 anos, mora com os avós maternos que chama de mãe e pai, mas para facilitar a compreensão, neste trabalho os chamaremos de avó e avô. A mãe biológica faleceu quando Francisco estava com cinco meses em um acidente de trânsito e não se sabe quem é o pai biológico. Francisco nasceu e cresceu na mesma casa em que moram hoje. Além dele, os avós também criaram o irmão de Francisco e a filha biológica deles, tia de Francisco, que tinha cinco anos à época. Os três foram criados como irmãos. A renda familiar é composta por três salários-mínimos, sendo um da aposentadoria da avó, um da aposentadoria do avô e o BPC de Francisco. Ele é interditado e sua avó possui sua curatela. A família é católica, porém Francisco é o único que frequenta a igreja. Devido à dificuldade de locomoção dos avós, ele gosta de ir e afirma frequentar uma vez por semana.

Realizei duas entrevistas com Francisco, nos dias 13/09/2021 e 20/09/2021, uma entrevista com sua avó, no dia 27/09/2021 e uma entrevista com a profissional de saúde do CAPS, no dia 18/10/2021. Na leitura e análise do prontuário do CAPS, observei que ele possui vínculo com o serviço desde 2004, quando estava com quinze anos. Destaca-se a prevalência de dados a respeito da atualização de medicamentos, além de menção à ideação suicida, recusa de alimentos e receio em engordar. Há uma transcrição de um familiar relatando a queixa de Francisco: “os remédios estão acabando comigo”. Os medicamentos mais atualizados descritos em seu prontuário são: Biperideno 2mg, Melleril 100mg, Clorpromazina 25mg, Amitriptilina 25mg e Hadol Decanoato 50mg/ml, duas ampolas de 15 em 15 dias.

Francisco aceitou participar das entrevistas com tranquilidade, foi pontual e cordial nos encontros. Saliento que a comunicação com Francisco é difícil, ele possui a voz baixa, fala rápido e com voz anasalada. Tive dificuldade de compreensão do que falava, sendo necessário pedir para repetir e confirmar se havia falado o que eu estava entendendo. Além disso, Francisco respondia às perguntas com poucas palavras, sendo necessário reformular perguntas para compreender o contexto de sua resposta. Porém, não demonstrou dificuldade em compreender o que estava sendo questionado e respondeu a todas as perguntas, mesmo que com poucas palavras. Quando questionado sobre fatos passados, não trouxe muitos elementos. Diversas vezes afirmou que não se lembrava de fatos da infância, adolescência, e até mesmo da vida adulta.

Da infância, Francisco afirmou que lembra de ir à escola, que ele gostava de estudar, de ler, escrever, e aprender coisas novas. Ele conta que tinha alguns amigos, e que com alguns deles ainda mantém contato pois moram perto, mas não tem notícias dos

que se mudaram. Ele mencionou dificuldades do período escolar. Referente à sua alfabetização, precisou de ajuda para ler e escrever, mas conseguiu aprender, apesar de às vezes tirar notas baixas e ir mal em matemática, porém mesmo com a dificuldade no processo de alfabetização, enfatiza que gosta de português e de ler livros. Já na adolescência, Francisco conta que finalizou o ensino médio, e que por mais que gostasse de estudar, o ambiente escolar foi difícil em sua juventude pois sofreu bullying. Ele chegou a passar mal na escola devido aos sintomas do diagnóstico de esquizofrenia, mas não citou quais, e contou que colegas e professoras debochavam enquanto ele estava precisando de ajuda. Além disso, Francisco salienta que quando era criança e adolescente, o relacionamento com o irmão não era bom, pois brigavam e discutiam muito.

Francisco explica que nunca teve um emprego formal, por mais que ache importante trabalhar para ser independente, afirma que nunca conseguiu arrumar um emprego, apenas realizou alguns bicos, mas agora com o benefício ele não pode ter algo formalizado. Sobre sua rotina, conta que tenta acordar entre 8h e 9h, mas há situações em que levanta já no fim da tarde. Ele sente vergonha disso, e afirma que só acorda tarde quando não dorme bem na noite anterior. Francisco ajuda a avó a lavar louça e arrumar a casa, a avó é quem cozinha e ele explica que ela não gosta de ajuda nessa atividade. A respeito da relação com os avós, Francisco destaca que é boa, que ajuda a avó e gosta de ver novela com ela, que ouve as histórias de antigamente que o avô tem para contar. Ele salienta que gosta da casa em que moram e que gosta de morar com os avós e que eles já não trabalham pois são aposentados. Os avós praticamente não saem de casa devido à idade avançada, e ao fato de o avô ter quebrado a perna e ainda sentir dor. Francisco vai ao mercado e faz outras tarefas fora de casa, mas algumas vezes a avó também o faz, ou o acompanha.

Sobre seus interesses, Francisco relata que gosta de escutar música e rádio, de assistir jornal e novela, destaca que não gosta de jogar bola e nem de assistir a jogos de futebol, que seu avô gosta e assiste. Ele afirma que gosta de ler, citou os autores Machado de Assis e Graciliano Ramos e disse que tem alguns livros em casa, que ele lê e que também empresta livros eventualmente, mas era mais comum quando estava na escola. Francisco afirma que sente saudades da escola, que pensa até em escrever um livro, mas que não tem o costume de escrever desde que parou de fazer as redações escolares. Fora de casa, ele gosta de andar de bicicleta, fazer caminhadas, conversar e visitar amigos, colegas e familiares. Conta que tem cinco tios que moram na cidade e uma tia em outro município, que ele já foi visitá-la, mas não gostou, pois era uma cidade grande, diferente

do que está acostumado. Ele tem amigos e familiares que moram em fazenda, e nesses locais Francisco gosta de ir, conta que se desloca de bicicleta para ir às fazendas, que são próximas da cidade. Além disso, gosta de frequentar praças e fazer exercícios eventualmente.

A respeito do irmão, Francisco salienta que há muito tempo não moram juntos, pois ele se casou há mais de dez anos. O irmão é dois anos mais velho e possui duas filhas, sobrinhas de Francisco, uma com oito e outra com três anos. Conta que gosta delas e que eles os visitam algumas vezes por ano pois moram em outra cidade. Já foi visita-los uma vez. Francisco relembra que na infância ele e o irmão não “combinavam”, mas que hoje eles não têm problemas e convivem bem. Francisco salienta a amizade com um colega da escola que ainda mora perto dele, que gosta de visitar o amigo e conversar, mas ele enfatiza também que não fez nenhuma amizade mais recente.

Ao ser questionado se possui algum problema de saúde além do diagnóstico de esquizofrenia, Francisco afirma que não, apenas desconforto estomacal que descreve como dor e queimação, “como se tivesse comido pimenta”, e que essa dor se intensifica se alguém fala algo que o magoa, se vê alguma notícia triste ou lembra da perda de um parente querido. Francisco descreveu alguns incômodos e manifestou vergonha em citá-los na entrevista, mas descreveu que para ele é desagradável não poder realizar algumas coisas sozinho pois ele precisaria realizar tudo em conjunto com a avó, seguindo o conselho dela e conversando com ela. Ele salientou que quando está com algum problema e faz exames, quem abre os resultados é a avó, que ela coloca a comida em seu prato e isso o deixa contrariado. Compreendemos essas queixas como problemas de convivência com a avó.

Já a respeito do sofrimento psíquico, Francisco descreve que em determinados momentos ele vê e escuta vultos, pessoas e vozes, e como consequência desses fenômenos ele cita os sentimentos de medo, incômodo e de desgosto. Ele explica que as vozes ou vultos aparecem “de uma hora para outra”, que está bem e de repente está sentindo alguém, como se o estivesse observando ou perseguindo, porém que não chega a enxergar rostos nítidos, apenas vultos ou alguém sem o contorno definido, e em alguns momentos sente que são diversas pessoas que estão o observando. Quando não está bem, ele reconhece que os vultos aparecem no espelho, para onde nem olha. A respeito da voz, não consegue identificar se é masculina ou feminina, mas afirma que às vezes parece que é a sua própria voz, que ela o agride verbalmente e lhe dá direcionamentos do que fazer,

mandando que ele “mate todo mundo” e também se mate, salienta que elas falam muito, que às vezes sente que é muita gente falando com ele, que o deixam “doidinho”.

Francisco afirma que nunca obedeceu à voz pois tem medo. Ele também nunca tentou se comunicar, ou mesmo pedir para que fosse embora, apenas acha ruim, e quando isso acontece ele se deita na sua cama com sua coberta, tenta se acalmar, mas não é sempre que consegue, e aguarda que passe. Ele afirma que uma vez tomou comprimidos com a intenção de se matar, que fez isso pois estava se sentindo mal, mas que não foram as vozes que o direcionaram a fazer isso, e sim sua própria vontade. Sobre a frequência das vozes, explica que não acontecem toda hora, mas que elas vêm e um tempo depois passam, e que costumam ocorrer nos períodos da tarde e noite. Francisco afirma que as vozes começaram quando ele ainda frequentava a escola. Ele enfatiza o medo do espelho e da própria sombra, porém não consegue lembrar nada que estivesse acontecendo em sua vida, apenas salienta que “foi de uma hora pra outra”. Ele também afirma que as piores crises foram longe de casa, e que, portanto, prefere ficar em casa, e quando sai vai a lugares próximos, e quando passa mal, retorna.

Francisco também relatou ter pesadelos com velórios e pessoas mortas dentro de caixões, que acorda assustado e com dores pelo corpo, em especial nas pernas. Além disso, descreveu sintomas de ordem física e orgânica, que consistem em sentir seus músculos se retorcendo, que a boca começa a formigar e ele fica salivando, “babando”, o olho se contorce e revira de forma involuntária, conforme seu relato “o olho fica pra cima, entorta, chega a dar câimbra” e ele não enxerga mais nada. Ele afirma que esses sintomas são periódicos, com frequência de duas vezes por semana, já tendo ficado cerca de duas semanas sem que aconteçam. Ele ressalta que os médicos dizem que tais sintomas são resultado da impregnação dos medicamentos que utiliza. Francisco enfatiza o cuidado de sua avó quando está passando mal, que ela o ajuda e orienta que descanse até passar, mas que ela também se assusta e se preocupa com sua situação.

A respeito do diagnóstico de esquizofrenia, ele não sabe discriminar quando aconteceu e não compreende o significado do diagnóstico, o que consegue pontuar é o medo que sente quando passa mal e tem crises, e a vergonha de outras pessoas perceberem seu sofrimento. Francisco salienta que sua vida era melhor antes do diagnóstico, ele destaca que perdeu amigos e que por mais que goste de conversar, hoje tem medo e, na maior parte dos dias, não consegue sair de casa. A respeito do acompanhamento no CAPS, afirma que comparece de quinze em quinze dias para tomar a medicação, que nunca deixou de tomar e acredita que os medicamentos o ajudam, apesar de serem muitos, cerca

de dez pela manhã, e dez à noite. Ele não está frequentando os grupos no CAPS, conta que já chegou a participar por pouco tempo, e que só teve contato com psicólogos na triagem, que seu principal contato no serviço é com a enfermeira que aplica sua injeção. Francisco afirma que não compartilha o que acontece com ele no CAPS, apenas com sua avó, porém salienta que o CAPS o ajuda, que ele gosta das amizades com os profissionais, ele praticamente não conversa com os usuários, e chegou a questionar nas entrevistas se tinha gente como ele no serviço. Ele salienta que já precisou mais dos serviços do CAPS, mas que atualmente estava mais tranquilo. Relatou uma vez que passou mal na instituição, ouvindo vozes, e lembrou que tinha muita gente no serviço no dia. Com a ajuda da enfermeira, ele melhorou e voltou para casa.

Francisco foi internado no hospital psiquiátrico duas vezes. Em ambas ele afirmou que não queria, e que não gosta da internação, mas entende que era necessário. Afirma que a primeira internação foi em 2007 e a segunda em 2011. Perguntei sobre o tema, ele teve dificuldades em lembrar, afirmando em alguns momentos que não lembrava nada, mas que não gostou de ficar lá. O que Francisco relembrou foi que ele fazia atividades para passar o tempo, tapete, toalha, mas que não gostava de estar lá, e se estressava. Ele afirmou que a segunda internação foi pior, pois sentiu raiva de estar lá e foi nesse contexto que começaram seus sintomas de torção muscular. Salientou que se sentia nervoso e que lhe “atacou as veias”. Porém ele também contou aspectos positivos, como fazer amizades e conhecer pessoas boas.

Quando questionado sobre o que gostaria de fazer, o que escolheria para a vida, ou ainda deseja realizar, ele afirma que tem vontade de fazer faculdade de letras, pois gosta muito de português e literatura, e que se pudesse trabalhar, seria professor. Ele também ressalta que seu sonho é escrever um livro e tirar carteira de motorista. Além disso, com vergonha, confidenciou que seu maior sonho é casar, que se inspira no casamento de seus avós, que estão juntos há 57 anos e se dão bem. A respeito da pandemia, apenas relatou que era um tempo em que precisava usar máscara e ficar em casa pois as pessoas não gostavam de receber visitas e nem de dar as mãos, e ele gosta de cumprimentar a todos que encontra dessa forma. Porém, para ele, sua rotina mudou pouco, apenas ficou mais em casa e sentiu falta de ter o que fazer.

Na entrevista realizada com a avó de Francisco, ela relatou que ele nasceu e sempre morou na mesma cidade, na mesma casa em que residem hoje ela, seu marido e o Francisco. Os três são católicos e atualmente cada um recebe um salário mínimo. A avó explicou que trabalhava em casa, como lavadeira, com as roupas de suas clientes, sendo

que está aposentada há mais de dez anos. Sobre Francisco, a avó explicou que tem dias em que ele está bem e não dá trabalho algum, porém nos dias que não está bem ele é bravo, se ira com os próprios sintomas e ela o auxilia no que pode.

Da infância, a avó salienta que a mãe de Francisco faleceu quando ele estava com cinco meses, e que foi criado por ela, junto ao seu irmão e sua filha mais velha, tia de Francisco, que na época tinha cinco anos. A avó lembra que foi uma luta para criar os três, mas que ninguém chegou a passar fome ou necessidade. Ela afirma que o neto não pergunta pela mãe, apesar de eles conversarem sobre ela desde que era pequeno. Para a avó, a filha “também não tinha muita ideia”. Já o pai, eles não sabem quem é. A avó explica que Francisco não tinha um bom relacionamento nem com o irmão, nem com a tia, que foi criada como irmã. Destaco que Francisco não mencionou a tia ao longo de seus relatos. A avó relata que as três crianças arranjavam brigas, porém o Francisco era mais difícil, batia em outras crianças com quem convivia e fazia “artes perigosas”, como mexer com fogo e outras coisas em que se machucava. Para ela, o neto era um menino hiperativo, que não parava quieto, e sempre muito “conversador” aspectos que ela observa até hoje nele pois afirma que tem momentos nos quais ele ainda a “tira do sério” de tanto que conversa com ela.

A avó relata que na escola, as professoras reclamavam do comportamento de Francisco, mas ele não arranjava briga, apenas fazia bagunça e desobedecia aos comandos. Ele teve dificuldade no processo de alfabetização, e chegou a ir para a sala especial para aprender a ler, o que resolveu o problema, e não houve mais queixas sobre seu desempenho. Porém, aconselharam a avó a procurar um médico, pois o consideravam “mais agitado que o normal”. Ele fez exames e foi medicado desde a infância. Ela conta ainda que Francisco não tinha muitos amigos, costumava brincar sozinho, e descreveu que “os brinquedos dele era diferentes dos outros meninos”, pois ele brincava de cemitério, fazia desenhos e cruzeiras pequenas, capelas, e até mesmo desenhava um caixão no chão e deitava dentro, o que ela observava e estranhava.

Sobre a adolescência, a avó afirma que ele também tinha poucos amigos, e fazia amizade com pessoas idosas, vínculos que cultivava e procura estabelecer até hoje. Para ela, Francisco gostava de estudar e de conversar, ele ia para a escola com entusiasmo e que até hoje ele anda com livros na mão. A avó relata que parou de dar os remédios que ele tomava na infância pois não estava mais conseguindo comprar e ele não se adaptou à medicação do SUS. Ela lembra que nessa época, Francisco gostava de andar e passou a se negar a fazer coisas básicas, como tomar banho e cortar o cabelo. Resolveram mandá-

lo para uma cidade maior, para a casa da irmã da avó. Na época, ele tinha quinze anos e ficou lá cinco meses, fazendo acompanhamento no CAPS da cidade. Ela lembra que o neto voltou bem, e que voltou porque não queria mais ficar lá. Quando retornou, novamente ele se negava a tomar as medicações, piorou e a avó afirma que ele está assim até hoje. Outro fato que ocorreu quando ele era jovem foi um desentendimento com a tia dele por uma questão de convivência, em que ele queria impedi-la de sair de casa e acabou agredindo-a. Em consequência, chamaram a polícia e Francisco ficou uma noite no presídio, o que a avó acredita que o deixou mais revoltado. Ela destaca que falaram que ele a agredia, porém isso não era verdade, que não aconteceu e nesse dia ela nem estava em casa.

Já na vida adulta, a avó destaca que Francisco nunca trabalhou, chegou a fazer algumas atividades informais, porém passa mal com serviços braçais, então teve poucas experiências. Ela relata que apesar de ele falar que deseja fazer faculdade para ser professor ou advogado, nunca chegou a tentar vestibular, mas mantém o costume de ler livros em casa. A avó não quis conversar sobre determinados aspectos, pois conta que já aconteceram muitas coisas com o Francisco e que ela não gosta de falar. Sobre o cotidiano, ela salienta que ele fica muito em casa, ajuda com tarefas como lavar a louça, varrer a casa. Ela tenta ensiná-lo a lavar a própria roupa, mas ele não gosta. A avó explica que devido ao uso de medicamento, ele sempre acorda tarde, chegando a levantar no fim da tarde, porém ela não o chama, pois ele levanta nervoso e tira o sossego dela. Ela se queixou de que Francisco fica o dia todo atrás dela nos cômodos da casa, que conversa muito e tem momentos que fala rápido, que nem ela entende o que o neto está falando. A avó se queixa de que Francisco demonstra dependência dela para todas suas atividades. O neto também faz perguntas que ela não sabe como responder. Sobre relacionamentos, conta que quer ter filhos e netos e faz perguntas de cunho sexual. A avó relata que responde o que consegue, mas que pede para ele conversar com outra pessoa sobre esses temas. Ela afirma que às vezes Francisco é nervoso e perde a paciência com ela, mas que percebe quando ele está assim e fica distante.

A avó descreve que Francisco gosta de caminhar, andar de bicicleta, que tem o costume de ir dormir mais tarde e acordar tarde, assiste televisão, gosta de conversar com vizinhos, familiares e demais conhecidos. Ele vai à igreja e ao mercado, embora ligue para ela, avisando que chegou ou confirmando se está levando o que ela pediu. Sobre a relação com o avô, ela afirma que não é muito boa, que ele xinga o avô e que seu marido não tem a paciência que ela tem, e que não conversa muito com o neto. Com o irmão a

relação melhorou. Ele adora as sobrinhas e quando eles os visitam. Já com a tia que foi criada como irmã, Francisco não se dá muito bem, a avó conta que ele não aceita sua religião, que é da igreja universal, e que os dois conversam, mas em pouco tempo estão discutindo. A avó destaca ainda que Francisco nunca teve atividades de lazer que ela considera comuns, como jogar bola, sair, ir em festa, e que ele não tem o costume de beber – ninguém em casa tem – mas que já chegou em casa bêbado duas ou três vezes, porque deram bebida para ele na rua.

A respeito do sofrimento psíquico de Francisco, a avó destaca a questão de ouvir vozes e enxergar vultos, que conforme ela, iniciaram quando ele tinha aproximadamente quinze anos de idade e que nunca pararam desde então. Além disso, ela ressalta que ele passa mal, conforme os médicos, por impregnação dos medicamentos. Francisco revira os olhos e perde o controle dos movimentos, e se ninguém o segurar, ele chega a cair. Ela explica que na primeira vez em que desmaiou, ele demorou para acordar, mas que agora ele tem uma tontura, cai às vezes, mas logo melhora. Apesar disso, ela mencionou que uma vez ele bateu a cabeça e saiu sangue da boca e nariz, e que sempre que passa mal ele fica muito ansioso, mesmo que ocorram com certa frequência, pois o máximo de tempo que ficou sem ter esses sintomas foi cerca de duas semanas. A avó ressalta que aprendeu a observar quando ele vai passar mal pelo movimento das mãos e mudança de semblante, “ele fica amarelinho”. Em sequência, ela já se aproxima e o segura, orienta que ele se deite, aguardando melhorar.

Sobre as internações no hospital psiquiátrico, a avó menciona que na primeira vez ele estava ouvindo vozes com conteúdo suicida e ficou cerca de um mês internado. Na segunda vez, ele ficou dois meses e meio e a principal demanda é de que ele estava muito magro, comia e vomitava toda a comida, e no hospital tiveram de acompanhá-lo para que ele não induzisse o vômito. A avó disse que nessa época ele acreditava que estava gordo, mas que esse comportamento não voltou, até onde ela sabe. Ela relata que não gostava de visitar o neto no hospital, pois voltava triste de encontrar ele dopado de remédio. Para Francisco, o hospital estava “judiando” dele. Logo, ele não gostou das internações, porém desde então não foi necessário um novo acolhimento e ele toma praticamente a mesma medicação até hoje. A avó também mencionou que os desmaios e contrações musculares involuntárias iniciaram após a segunda internação psiquiátrica. Para a avó, as internações alcançaram o objetivo. Na segunda vez, Francisco aceitou melhor o procedimento. Além disso, ele foi internado duas vezes no hospital convencional, uma vez por ideação suicida e outra por dor de estômago, que ainda persiste, conforme os médicos, em decorrência

dos medicamentos que ingere diariamente. Sobre o acompanhamento no CAPS, a avó destaca que faz muitos anos e que o serviço o auxilia em especial com a medicação, mas que Francisco não gosta de frequentar os grupos, apesar de gostar dos profissionais.

Quando Francisco foi internado pela segunda vez no hospital psiquiátrico, a avó foi orientada a recorrer aos procedimentos necessários para que o neto recebesse o BPC, e para isso, foi orientada a interditá-lo. Ela se queixa de falta de conhecimento sobre o processo, pois não sabia que ele perderia o direito de estudar, de votar nas eleições e de ter seu CPF regularizado. Ela se arrepende muito de ter feito esta interdição, pois o neto briga com ela por isso, sofre por ser considerado inválido e por “não existir”. Ela afirma que não sabia que ele poderia acessar o benefício sem isso, e que gostaria de alterar isso se for possível. Faz oito anos que Francisco recebe o benefício e é interditado. A interdição afeta um dos principais desejos de Francisco, que é o de estudar. A avó conta que inicialmente ele queria ser advogado, mas hoje ele fala mais em ser professor. Além disso, destaca que o neto deseja ter um relacionamento, casar e ter filhos. Sobre a pandemia, a avó afirma que ele não gostava de andar de máscara, que costumava sair sem os cuidados necessários, mas que ninguém adoeceu em sua casa. Sobre o acompanhamento de saúde de Francisco, ela compreende que não houve alterações.

Na entrevista realizada com a profissional de saúde do CAPS, ela conta que Francisco é um dos usuários mais antigos do serviço, e já chegou com o diagnóstico de esquizofrenia. Sempre foi um paciente estável, apesar de nunca ter aderido às oficinas e contar mais com o serviço de medicação da instituição. Ela relatou uma situação em que Francisco estava mais assíduo e que houve um incidente. Em um ano eleitoral, Francisco costumava ficar no telefone público fazendo ligações. Um dia, telefonou para um candidato a prefeito fazendo ameaças, foi identificado por policiais e detido. Nessa detenção, Francisco foi agredido, e foi outra pessoa com papel político que conseguiu convencer o então candidato a retirar a queixa para que ele pudesse sair da prisão. Além disso, o quadro dele é estável, a profissional relatou que quando há alguma queixa da avó é em relação ao nervosismo ou ansiedade de Francisco. Questionei a dificuldade de compreensão sonora do que ele fala. A profissional afirmou que desde que o conhece, sua fala é de difícil compreensão. Questionei também os sintomas físicos de contração muscular e desmaio e a funcionária afirmou que pode ser mesmo devido à impregnação do medicamento e que confirmaria com a equipe médica.

2.4.5. Oto

Oto é um homem negro de 32 anos, solteiro, e a configuração do núcleo familiar no momento das entrevistas com ele era: a sua mãe, o padrasto, a irmã e as duas filhas dela, sobrinhas de Oto. Ele não nasceu na cidade em que ocorreu a pesquisa, mas em outro município do mesmo estado. Ele morou ao todo em cinco cidades, sendo três cidades da região Centro-Oeste do Brasil e duas da região Sudeste. Ele mora na atual cidade desde a adolescência, tendo saído para morar em outra cidade por um tempo curto, no começo da vida adulta. Oto é evangélico, assim como sua família. Além do diagnóstico de esquizofrenia, Oto também se considera usuário de drogas, mais especificamente o crack, que luta para ser abstinente. Oto é interditado judicialmente e sua mãe possui sua curatela. Ele recebe o BPC, que compõe a renda familiar, juntamente às rendas extras eventuais decorrentes do emprego informal do padrasto como pedreiro e da mãe, como cozinheira informal, que prepara doces e pães em casa para vendas, além do salário da irmã, que é voltado para ela e para as crianças.

Realizei duas entrevistas com o Oto, nos dias 09/09/2021 e 14/09/2021, duas entrevistas com sua mãe, nos dias 24/09/2021 e 22/11/2021, e uma entrevista com uma profissional de saúde do CAPS, no dia 21/10/2021. Cabe destacar que Oto foi conduzido à internação em uma comunidade terapêutica entre a última entrevista com ele e a primeira entrevista com a sua mãe. Por esse motivo, não foi possível ter uma terceira entrevista com ele, de modo que algumas perguntas não puderam ser realizadas. No primeiro encontro, Oto estava abatido, com semblante cansado e com dificuldade em focar nas perguntas realizadas, que precisaram ser repetidas, porém conseguiu responder. Conforme explicou, ele havia passado a madrugada desse dia consumindo drogas. No segundo encontro, Oto aparentava estar melhor, não demonstrou dificuldades com o vocabulário ou comunicação, apresentou boa memória, com riqueza de detalhes quando lembrava de algo para descrever.

Destaca-se da leitura de seu prontuário do CAPS, que além do diagnóstico de esquizofrenia, ele possui o CID F. 22.9, Transtorno Delirante Persistente Não Identificado, além de ser usuário em tentativa de abstinência de crack e maconha. A primeira data em seu prontuário é do ano de 2008. Na época estava com cerca de 19 anos e a queixa era o consumo de crack e maconha. Constam as informações de que ele foi preso e chegou a cumprir tratamento no CAPS como forma de acompanhamento do regime semipresencial da penitenciária. Além disso, constam alguns encaminhamentos ao hospital psiquiátrico e comunidades terapêuticas. Nas últimas atualizações de

medicação estão descritos os seguintes medicamentos: Carbamazepina 200mg, Haldol 5mg, Clorpromazina 100mg, Clorpromazina 25mg, Haldol 50mg/ml, duas ampolas de 15 em 15 dias e Diazepam 10mg.

A respeito da infância, Oto explica que “não teve muita alegria”, pois tinha uma doença chamada Síndrome Nefrótica¹⁷, e que chegou a ser “desenganado pelos médicos, mas que a mãe não desistiu”. A família lutou muito por um tratamento, ele utilizou drenos e passou por longos períodos de internação. Em decorrência disso, se mudaram de cidade inúmeras vezes, e Oto obteve alta desse diagnóstico somente aos dezessete anos. Oto também se lembra do período da escola como um período de experiências negativas e de discriminação em decorrência da síndrome nefrótica, conta que sua comida era separada. Além disso, a doença dos rins também trouxe impactos para a sua vida escolar pois precisou se mudar quatro vezes apenas na infância. Ele relatou algumas situações em detalhes, como as escolas nas quais estudou, e que parou de estudar na quarta série, quando já estava morando na cidade em que ocorreu a pesquisa. Da infância, ele lembra do contato com as tias e a avó, que já é falecida, tinha muita convivência com os primos e tio, que tem idade próxima à dele. Oto nunca teve contato com seu pai biológico, não chegou a ser registrado por ele. Começou a ir à igreja evangélica aos nove, dez anos, atividade que manteve ao longo da vida, com alguns afastamentos pontuais.

Da adolescência, Oto relata consequências de uma infância tumultuada, afirma que ainda gostava muito de brinquedos, robôs, motinhas, que brincava com o que tinha. Ele já estava morando na cidade em que ocorreu a pesquisa e destaca a participação em projetos do município, como a guarda mirim e a fanfarra, ensaios voltados à apresentação durante o aniversário da cidade. A respeito da mudança para a cidade, Oto menciona que a adaptação foi tumultuada, que era discriminado pelos colegas na escola e sofria bullying por fazer sucesso com as meninas, por vir de outro estado, por ser evangélico e pela síndrome nefrótica pois “inchava por causa do rim”, que o chamavam de “sapo inchado”. Diz que chegou a apanhar, mas que não revidava pois não é de se envolver em brigas. Ele descreve que estudou em ensino regular até a quarta série e depois sua mãe o colocou na Educação de Jovens e Adultos (EJA), período que ele não aproveitou, pois não ia bem na escola nessa época. Outro fato marcante foi um acidente que sofreu aos treze anos. Ele estava andando de bicicleta e “pegou carona na rabeira do caminhão”, quando o veículo

¹⁷ A Síndrome Nefrótica é uma doença caracterizada pela perda substancial de proteínas da urina que pode gerar diversas complicações como trombose, infecções, insuficiência renal (OMS, 2019).

passou por uma lombada, ele perdeu o equilíbrio e caiu, tendo traumatismo craniano. Explica que foi após esse acidente que começou a fumar cigarro e maconha, com o intuito de demonstrar aos colegas da escola que, apesar da religião, ele “era como eles”. Sua mãe não quis mais que ele estudasse pois ele saía para ir à escola e acabava usando drogas.

Na vida adulta, Oto relata que manteve o consumo de entorpecentes, aos dezenove anos começou a usar crack, e o uso ou o desejo de usar ainda são determinantes em sua vida. Oto afirma que também começou a usar crack por pressão de colegas, que desde então só parou nos momentos em que foi internado e quando retornava das internações. Ressalta o vínculo com a igreja para tentar abandonar o consumo. Com 20 anos, Oto sofreu um novo acidente, estava trabalhando na construção do acabamento de uma rodovia quando saiu andando de skate e sofreu um acidente. Na sequência, foi internado devido ao uso de drogas e foi diagnosticado com esquizofrenia. Ele teve outros empregos, como auxiliar de trânsito, pesca, reciclagem, plantação, auxiliar de pedreiro e auxiliar de pintor. O último emprego de Oto foi durante um período em que ele foi morar em outro município do estado, porém durante esse período ele teve uma crise que o desorganizou muito e o fez voltar para a cidade em que ocorreu a pesquisa. Nessa crise, Oto relata a experiência de ouvir vozes que por vezes são pacíficas, por vezes o confundem, por vezes dão comandos que ele costuma obedecer. Oto chegou a vender drogas, porém o controle da mãe e a relação com as vozes, que o ameaçavam durante a atividade, o deixaram persecutório e ele decidiu não vender mais.

Ele também cita as vozes como determinantes em relação aos furtos que cometeu. Descreveu o furto de duas bicicletas, que resultou em sua primeira prisão, em que ficou cerca de um mês e meio. Em outra ocasião, Oto afirma que tentou roubar o celular de um policial, o que resultou em sentença de um ano e oito meses de prisão, cumpridas em parte no hospital psiquiátrico (cinco meses), parte em prisão convencional (seis meses em uma cidade, mais nove meses em outra), além da liberdade assistida (mais de um ano). Afirmou também que roubava para vender os objetos e usar drogas e que não conseguia controlar esse comando, seja por vontade própria, seja por orientação das vozes. A respeito das experiências no presídio, Oto relata que as duas foram ruins, mas a primeira foi mais curta e menos significativa, que ele ainda não tomava medicamento então não sofreu em relação a isso. Na segunda reclusão, sofreu em um período no qual não teve acesso a medicação correta. Ele não recebia visitas pois foi transferido para uma cidade distante. Relembra que quando retornou, sua família o recebeu muito bem, com agrados que ele não tinha antes.

Oto destaca que o relacionamento com a mãe é bom, que ela “aprendeu a conviver” com ele. Não trouxe queixas do padrasto e afirmou gostar muito das sobrinhas, brinca com elas, mas quem cuida delas no cotidiano é sua mãe porque a irmã vai trabalhar. Sobre a relação com a irmã, ele contou que não se dão bem, que acha a irmã “bagaceira”, pois ela sai fim de semana e volta só no domingo, conta ainda que eles não se dão bem desde a infância. A respeito das atividades que gosta de fazer, Oto enfatiza que gostava muito de andar de skate, mas que desde o acidente sua mãe não o deixou mais andar, e que gosta de tocar violão, que só toca as músicas da igreja. Relatou ainda que gosta de ler, que tem livros do direito e medicina, que lê sobre curiosidades do corpo humano e histórias sobre crimes, além de ler a bíblia, que ele quase terminou. Além disso, contou que passeia de bicicleta pela cidade, em geral para visitar suas tias. A relação com a igreja é muito importante para ele, contou que sempre vai ao culto acompanhado da mãe, que estava participando dos ensaios da orquestra instrumental da igreja, que gosta de orar e “deixar Deus usá-lo”. Ele descreveu um importante vínculo com um casal de idosos da igreja, que mora perto da casa dele, passando a maior parte do dia na casa deles. Descreve esse vínculo com gratidão: “(...) mesmo sabendo que eu tenho dificuldades eles me acolheram”. Por fim, Oto destaca o consumo de tabaco em seu cotidiano, que mesmo abstinente de outras drogas, fuma dez maços de fumo por mês.

A respeito de seu sofrimento psíquico, Oto explicou logo no primeiro encontro que não estava muito bem naquele dia pois havia recaído na noite anterior. Ele chegou em casa já de manhã, e havia vendido seu celular para usar crack. Explicou que dormiu quando chegou em casa, que havia almoçado, tirado um cochilo, e que no período da tarde, no momento da entrevista, já estava melhor. Porém que se sentia “inútil” pois teve uma “recuperação de um ano e quatro meses”, sendo que passou um ano em uma comunidade terapêutica e fazia quatro meses que estava morando novamente com sua mãe. Quando questionei o que o levou ao uso, ele explicou que foi devido à esquizofrenia, pois a voz que ele escuta o incentivou a sair, que ele era um “noiado” que não tinha “história de recuperação” para ele, mesmo que ele estivesse há tempos sem uso e firme em sua religião, que é radicalmente contra suas recaídas. Oto afirmou que estava se sentindo vulnerável pois não tinha confiança de que teria força para superar a recaída sem ajuda especializada, mas que seus apoios eram “a irmandade da igreja”, a consulta com a psiquiatra do CAPS e sua família. Ele afirmou que não frequentava as oficinas do CAPS, que preferia ir à igreja e participar das atividades religiosas.

Sobre suas internações, Oto conseguiu lembrar de quatro internações em hospital psiquiátrico, além de outras três comunidades terapêuticas, em três cidades diferentes, nas quais foi internado durante o período de seis meses há um ano. Após a segunda entrevista ele foi novamente conduzido à última comunidade terapêutica na qual ele havia passado um ano.

Questionado sobre quando começou a ouvir vozes, Oto explica que foi após o acidente que teve aos 20 anos. Ele acredita que tinha cerca de 22 anos, e que na época demorou para decifrar o que era bom e ruim das vozes. No início, ele descreve que ouvia a voz de uma entidade, que a voz queria conhecê-lo, saber seus segredos, mas que também escuta a voz de uma mulher. As vozes são audíveis e apesar de dialogar com as vozes, poucas são as vezes que ele consegue impor algum limite a elas. Ele chegou a afirmar que “alguém colocou um ponto eletrônico” para que ele ouvisse de forma tão nítida, mas que hoje está mais acostumado com as vozes, que é algo familiar e cotidiano para ele. Quando não escuta, afirma que questiona: “eu preocupo conversar com ela, eu chamo a atenção dela, eu falo, ah, hoje você não quer falar comigo? Aí ela fala”. Ele se queixa de que desde que começou a ouvir as vozes não teve mais relação sexual, que a última vez foi há cerca de dez anos atrás. Oto descreve que a voz perturba sua cabeça sempre que ele se interessa por alguém, pois “a voz quer ser o centro das atenções”, e quando ele tenta dialogar sobre alguém com a voz ela afirma que ele é crente e não pode se relacionar. O próprio Oto apresentou a contradição de que ele não poder ter relações casuais com mulheres, mas pode usar drogas, e afirmou que sente que as vozes atrapalham sua vida sentimental.

Sobre o uso de medicação psicotrópica, ele explica que o ajuda muito em sua concentração, mas que aumenta seu sono. Ele dorme cedo, acorda tarde, e precisa dormir depois do almoço, e que se não pode dormir, não toma o remédio. Mesmo com o medicamento, ele ouve as vozes. Oto não descreve outros aspectos relacionados à esquizofrenia além das vozes, nega a existência de sintomas depressivos, apatia ou falta de motivação, mas lembra que quando ficou sem a medicação (quando estava preso), se sentia perseguido. Ele não descreve situações de crise relacionadas à esquizofrenia, mas localiza que sua última crise ocorreu com a sua recaída, e que antes dessa, não se lembra de outra.

A respeito da primeira crise, Oto a descreve em detalhes. Explica que ele estava morando na cidade em que ocorreu a pesquisa e sua mãe em outro município. Na época ele vendia drogas, mas começou a desconfiar das pessoas que compravam e das que

trabalhavam com ele, pensando que queriam matá-lo. Ele relatou que um dia ouviu a voz ameaçando esfaqueá-lo, e para se defender, subiu no telhado de casa, quebrou telhas, jogou nos vizinhos, e depois disso foi para a cidade em que a mãe morava. Nessa cidade, ele teve seu último emprego e também a sua última namorada, lembra que nesse período as crises ficaram mais frequentes, que ele colocava o celular na orelha para falar com as vozes, por orientação das próprias vozes, mas que às vezes se esquecia disso. Um dia, o namorado da sua mãe se irritou com ele e o colocou para dormir para fora de casa. Em determinado momento, sua mãe estava em outra cidade por compromissos familiares, ele queria ir até sua mãe (não explicou a situação de crise do momento) então pediu ajuda para a Assistência Social, que o mandou até uma cidade próxima. Dormiu nessa cidade e, no dia seguinte, conta que tentou ir a pé, mas após uma longa caminhada foi interceptado pela polícia rodoviária que o deu carona até a casa de familiares. Após essa situação, ele foi encaminhado para sua primeira internação psiquiátrica e começou a fazer acompanhamento medicamentoso.

Oto enfatizou o desejo de se relacionar amorosamente. Afirma que seus irmãos da igreja falam para ele esperar que Deus irá preparar uma mulher para ele. Quando descreveu esse desejo, Oto mencionou que não quer uma esposa estressada, como ele vê de alguns casais da igreja, pois se for assim ele bateria nela todos os dias. Afirmou também que quer fazer a coisa certa, pois entende que desde que adoeceu e parou de trabalhar, ele vive em um mundo paralelo e deseja retomar o controle de sua vida. Destaco que há algumas lacunas para compreender a história de Oto, porém, devido ao fim precipitado das entrevistas não foi possível completar com o relato do próprio Oto. A seguir, apresentarei o material acerca das entrevistas da mãe de Oto, que ajudam a compreender alguns acontecimentos, porém há certas incongruências, que destacarei a seguir.

A mãe de Oto estava com 51 anos à época das entrevistas. Casada há doze anos, é evangélica e estudou até a segunda série. Além de cozinhar em casa para vender pães e bolos, ela cuida das duas netas, que estão com três e quatro anos, e administra o BPC do Oto desde que ele foi interditado, quando tinha cerca de 23, 24 anos. A respeito da infância de Oto, a mãe explica que moraram em três cidades até virem para a cidade atual, quando ele já estava adolescente. Ela não considera que as mudanças foram difíceis para Oto, mas que a única mudança não aceita foi o nascimento da irmã, que abordarei a seguir. A mãe, assim como Oto, descreve que ele não teve infância devido à síndrome nefrótica, e confirma que os médicos orientaram que ele fosse para casa passar os últimos dias

quando tinha seis anos. Nessa época, ele pesava cerca de 90 quilos. A mãe conta que ele “morreu e voltou várias vezes” e que quando ela ligou para seu pai, avô de Oto, ele começou uma campanha na igreja, e cinco dias depois Oto estava urinando. Foi nessa época que ela virou evangélica e que seu primeiro marido se separou dela pois ele: “não suportou essa vida pra ele, aí ele me abandonou”. Ela conta que ele não era o pai do Oto, que ela engravidou solteira e o genitor nem registrou o filho.

Ainda a respeito da infância de Oto, a mãe reafirma que ele aprendeu a ler e a escrever, mas nunca saiu da quarta série, que fez cerca de quatro vezes. Ele foi para uma escola particular, em uma tentativa que também não funcionou, apesar de ela contar que ele ainda diz querer terminar os estudos. A mãe lembra que ele brigava muito na escola, fugia, respondia aos professores, e ela era frequentemente chamada na escola. Um dia, quando Oto ainda era criança, ele esfaqueou um colega na escola, o diretor da escola marcou uma consulta com um psiquiatra, e o médico afirmou que Oto “tinha problema mental, porque as coisas que ele falava não batiam umas com as outras”. Ele fez diversos exames e foi diagnosticado com déficit de atenção, foi medicado com gardenal, mas quando chegou na adolescência não quis mais tomar o remédio devido aos comentários que ouvia.

Na adolescência, a mãe conta que o tratamento da crise nefrótica foi mais brando, que a partir dos doze anos ele não precisou ficar internado e que aos dezessete anos recebeu alta do médico. Ela menciona o acidente com o caminhão quando Oto tinha doze anos. Ele fraturou o crânio, ficou em coma por cerca de doze dias e acordou falando e andando, ao contrário das expectativas médicas. A mãe descreve que, nesse período, Oto já tinha o diagnóstico de esquizofrenia, diferente da versão dele, em que isso apareceu somente na vida adulta. Nessa época, Oto apresentava um comportamento agressivo com os colegas e era uma criança agitada. Dentre as dificuldades com Oto, a mãe relata que ele chegou a roubar um carro e foi preso, mas que ainda era menor de idade. Além disso, conta que ele desaparecia por dias e ela tinha de procurá-lo nas ruas, rádios, delegacia. Ela lembra que ele ficava preso nos locais em que comprava drogas, até que roubasse o suficiente para quitar sua dívida. Que ela mesma ameaçou o filho quando ficou sabendo que ele estava vendendo drogas, disse que não aceitaria e que ele morreria com o tempo se continuasse nessa vida.

Da vida adulta, a mãe conta fatos similares a respeito dos roubos, prisões, internações e acompanhamento no CAPS. Ela explica que desde que conseguiram o benefício para o Oto, é ela quem o administra, e com a curatela ela tem certa autoridade

sobre o filho pois se fala para ele que vai ser internado ele vai de acordo com a vontade dela. Ela afirma que Oto é próximo de dois casais de tios, irmãs dela, do casal amigo da igreja e que são eles que a ajudam com o Oto quando ela precisa, e também o padrasto. A mãe relata que o resto da família não quer Oto por perto por ele usar drogas e pegar as coisas dos outros para vender e trocar por entorpecentes. E assim como a polícia, eles acreditam que Oto não tem esquizofrenia, mas que “ele é sem vergonha, ele é ladrão, ele é bandido” e que usa disso para não trabalhar e usar drogas. Ela conta que até mesmo o marido dela questiona se Oto tem uma doença.

A respeito da convivência familiar, a mãe conta que Oto possui um ótimo relacionamento com as sobrinhas, que gosta e brinca com as duas. Quando ele está bem, cuida das meninas, inclusive nos cuidados básicos de higiene pessoal e alimentação, mas que quando ele não está bem, não pode deixá-las com ele. Relata que um dia ela saiu para ir ao banco e quando voltou ele tinha batido nelas, elas estavam gritando e chorando. Sobre o padrasto, ela afirmou que a relação é boa, que eles nunca brigaram, somente quando o marido falou para o Oto sair de casa pois a família tinha ido a um velório, e quando retornaram Oto havia vendido os móveis. Mas isso passou e Oto gosta do padrasto. Ela reclama que quando o marido não gosta de algo que os filhos dela fazem, ele se queixa com ela, e ela que tem que corrigir o comportamento dos filhos, o que ajuda a não desgastar a relação do marido com os filhos dela, mas prejudica a si mesma. Por fim, a mãe enfatiza que Oto e a irmã nunca se deram bem, que ela nasceu quando ele tinha nove anos e que desde pequeno ele a rejeitou. Uma vez, um médico disse que ele já tinha esquizofrenia e que por isso não aceitava outra pessoa tomar o lugar dele. Para a mãe, uma prova de que o Oto não gosta da irmã é que ele pega tudo que é dela, já vendeu computador, três celulares, bicicleta, até mesmo um salário inteiro ele conseguiu pegar. A esperança que ela teve foi quando a filha foi morar com o pai das filhas dela, mas não deu certo e ela voltou para casa. A mãe inclusive tem a suspeita de que se a filha não estivesse morando na casa, talvez Oto não tivesse recaído, pois dessa vez ela realmente acreditou que estava curado.

A mãe também se queixa das próprias dificuldades decorrentes da relação com o filho, que ela já passou por muita dificuldade com ele, que “quando não é uma coisa é outra”, e que ela mesma começou a fazer acompanhamento psiquiátrico há alguns anos. Ela toma Fluoxetina, Diazepam, Amplictil e Carbamazepina mas conta que alguns remédios a derrubam e não toma todos os dias. Mesmo assim, acredita que os remédios a ajudam. Quando Oto está internado, ela diz que sente muita falta dele, assim como sua

neta e a cachorra de Oto, que também sente falta. Ele pode ligar uma vez por semana da comunidade terapêutica e conversar por dez minutos. Ela conta que ele fala com ela, com os tios e os irmãos da igreja.

Outros aspectos da vida cotidiana que a mãe menciona é que Oto gosta de fazer crochê, que ele faz bem, que anda de bicicleta, tocava violão, mas que vendeu para trocar por drogas e desde então não tem outro. Sobre as tarefas domésticas, a mãe conta que Oto não ajuda em nada, mas também não atrapalha e nem suja, só ajuda a cuidar das crianças quando ele está bem e ela precisa sair. Ela salienta que Oto gosta de ir à igreja, e que lá todos gostam dele. Ele estava indo todos os dias que tinha culto, de carona com os vizinhos e irmãos da igreja. Outra atividade que Oto estava fazendo eram as aulas de música, mas que uma vez ele foi e desviou o caminho para ir usar droga, o que fez ela perder a confiança nele, e acredita que sempre tem que ter alguém junto com ele. A respeito das amizades, a mãe afirma que Oto só se relaciona com pessoas usuárias de drogas. Ela lembrou de uma amizade importante para ele na adolescência, e que ambos foram presos por um tempo. Atualmente, ela deseja que ele só tenha contatos com a família e os irmãos da igreja, mas que quando ele usa droga, se envolve com outras pessoas.

Quando a mãe traz aspectos do sofrimento psíquico de Oto, se queixa centralmente do uso de substâncias psicoativas, em especial o crack, porém ela não diferencia o que ele usava na adolescência e na vida adulta e conta que ele começou a ser usuário de drogas com doze anos, que chegou a ficar três anos sem recair, não especifica em qual momento da vida. Outra queixa central da mãe é de que quando Oto está envolvido com o uso de drogas, pega as coisas de casa, se não tem ou não consegue, assalta e se coloca em situações de risco. A mãe afirma que o diagnóstico de esquizofrenia ocorreu na infância, no incidente da escola em que ele agrediu o colega, apesar de o médico ter afirmado que era déficit de atenção, acredita que nessa época já havia se manifestado a esquizofrenia, o que outros médicos também indicaram para ela. Ela relata que Oto tinha o costume de sumir, viajar sem avisar para onde ia. Ela temia pela vida dele e pelo que ele pudesse fazer. Pedia sempre pela internação, foi um advogado que a orientou a entrar na justiça e pedir a interdição dele e que após este processo, ela conseguiu o BPC de Oto. A mãe utiliza esse dinheiro em geral para mantê-lo nas comunidades terapêuticas.

A respeito dos sintomas da esquizofrenia, a mãe apresenta apenas a queixa das vozes e afirma que Oto ouviu vozes a sua vida inteira, mas que houve períodos de maior

incidência, que ele gritava à noite e não deixava ninguém dormir, que acreditava que a polícia estava atrás dele, que iam matá-lo. O que Oto conta para ela é que a voz ordena que ele use drogas, que já foi orientado pela médica a não a obedecer e que deve aprender a conviver, mas ele diz que “a voz é que manda”. A mãe relata que ele conversa muito à noite, dá risada e explica que a voz está falando algo engraçado, que afirma que a voz vai deixá-lo doido. Além disso, ela salienta que o filho também ouve as vozes fora de casa, como na igreja e que ele sai rindo. Por fim, ela conta que Oto afirma que a voz é de uma mulher. Além do consumo de drogas, dos roubos, furtos e das vozes a mãe não apresentou outra queixa, afirma que todas as crises e internações de Oto foram motivadas pelo consumo de drogas, nunca por outra demanda.

A situação de crise que Oto passou e que a mãe relatou em detalhes foi um dia, já na vida adulta, em que eles estavam morando em outra cidade e ela havia brigado com ele por ser agressivo com ela. Ele se trancou no quarto e ficou bebendo conhaque e talvez também estivesse usando drogas. Ela saiu de casa, e quando retornou, Oto havia juntado todos os móveis da casa em um canto, ligado os botijões e estava ameaçando acender o isqueiro, mas com o auxílio dos bombeiros e da polícia, conseguiram contê-lo sem que finalizasse sua ação. Além de ameaçar pôr fogo, Oto cortou a região genital do seu cachorro e havia sangue por todo lado, a mãe afirmou que “até parece que ele tava endemoniado”. Oto foi levado pela polícia, porém foi solto no mesmo dia, pois não quiseram ficar com ele alterado na delegacia. Na sequência, foi internado no hospital psiquiátrico, ficou quatorze dias, fugiu e veio a pé para casa de parentes em outra cidade, história que o próprio Oto relata, porém não havia explicado o contexto em que saiu da cidade.

Desde que Oto possui o benefício, a mãe prioriza que ele seja internado em comunidades terapêuticas, relata que já o internou em quatro clínicas diferentes, em quatro cidades. Além dessas, ela acredita que foram cerca de quinze internações em hospital psiquiátrico. A clínica na qual ele estava no momento das entrevistas com a mãe era a mesma que ele passou o último ano. Ela conta que em agosto de 2021, ele havia recaído, e no dia em que ocorreu a primeira entrevista desta pesquisa com o Oto também ocorreu a sua segunda recaída, na terceira, a mãe o levou para a internação. Ela explica que o tratamento lá é evangélico e a família é da mesma religião, eles “falam a mesma língua”. Diz que gosta do resultado dessa clínica, acredita que o resultado bom é que o filho fique certo tempo sem usar drogas. Além disso, a mãe conta que a clínica é cara para ela, que ela manda o benefício do filho, mais duas cestas básicas para complementar o

valor, que ela consegue de doação, além da medicação que pega no SUS, e que a clínica faz um desconto para ela. Oto não queria ir para a internação, mas afirmou para a mãe que ia para não a contrariar. Das internações, a mãe ressalta que Oto retorna bem, mas que depois começa tudo novamente. Que ele não reclama das internações ou do tempo que passou lá e que o filho não tem o costume de reclamar das coisas.

A respeito do acompanhamento no CAPS, a mãe salienta que ele só frequentou obrigado, quando estava em liberdade assistida e tinha de ir três vezes por semana, mas que não gostava de participar. Falava que não precisa do serviço, que só tinha doido. A devolutiva que a mãe tinha do CAPS é que ele saía muito para fumar, que mal acompanhava os grupos, então ela acredita que não havia nenhum benefício no acompanhamento no CAPS, pois não percebia melhora no filho. Afirma que o acompanhamento que ele faz no serviço é com os profissionais de psiquiatria e que ela o acompanha nas consultas.

Por fim, a mãe afirmou que durante a pandemia de covid-19, a dinâmica da vida de Oto pouco mudou, que ele saía de casa normalmente, só colocava máscara na igreja porque era obrigatório, que ela e o casal de irmãos da igreja tinham receio de que ele se contaminasse e transmitisse o vírus. Sobre os projetos de vida, a mãe relatou que: “Ele quer ser bandido, ele fala que ele quer ser um bandido respeitado, a única coisa que ele fala”. E questionada sobre os sonhos dele, a mãe conta que ele quer casar e ter filhos, mesmo que médicos já tenham contrariado essa expectativa dele, Oto afirma que “para Deus nada é impossível”.

A profissional do CAPS entrevistada afirmou que o Oto começou o acompanhamento no CAPS em 2008, mas que ele nunca aderiu ao planejamento, quando comparecia era ou por imposição judicial ou por ameaça da mãe de internação. Que Oto não gostava das oficinas de artesanato. Reconheceu isso como uma debilidade do CAPS, pois na maior parte do tempo em que ela trabalha lá, poucas são as opções e a oficina de artesanato acabada sendo a mais constante. Ela afirma que Oto já deu entrada no serviço com o diagnóstico de esquizofrenia e com a queixa da dependência química, e sempre aceitou bem a medicação. A profissional reforça que desde que a mãe conseguiu o benefício do Oto, prioriza mandá-lo para clínicas particulares, que os motivos das internações são sempre a recaída às drogas. Ela não sabe se o ciclo de internações em clínicas particulares tem contribuído para o Oto e que, quando ele comparecia ao CAPS, ela observava melhoras em seu quadro. A profissional destaca ainda as dificuldades da mãe para lidar com as demandas de Oto sozinha, e as internações podem ser o refúgio

dela no momento, principalmente após o nascimento das netas. Além disso, a equipe do CAPS se questiona a respeito do quadro de Oto: “a gente não sabe dizer até aonde é a dependência química e até aonde estava sob controle a parte de saúde mental”, os medicamentos que ele tomava no momento eram antipsicóticos e ansiolíticos, que ela afirma que auxiliam nas duas queixas. As expectativas com o Oto são que ele acompanhe as oficinas do CAPS, em especial as novas oficinas que começarão com foco na música e artes marciais.

2.5 TABELA COM AS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES DAS HISTÓRIAS DE VIDA DOS USUÁRIOS DO CAPS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DIAGNOSTICADOS COM ESQUIZOFRENIA

A seguir, sistematizamos a Tabela 2 - Principais informações das histórias de vida dos usuários do CAPS em sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia.

Tabela 2 - Principais informações das histórias de vida dos usuários do CAPS em sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia					
	Augusto	Caetano	Cecília	Francisco	Oto
Idade	29	19	39	32	32
Cor	Branco	Branco	Negra	Negro	Negro
Religião	Evangélico	Católico	Evangélica	Católico	Evangélico
Renda familiar e interdição	BPC do Augusto, salário do padrasto que trabalha com escavadeira, renda informal do filho mais novo. Augusto é interditado e a mãe é sua curadora.	Salário da mãe, no valor de um salário mínimo e meio. Caetano não possui o BPC e não é interditado.	BPC da Cecília e aposentadoria da mãe de Cecília. Cecília é interditada e a irmã é sua curadora.	Três salários mínimos, correspondente à aposentadoria da avó, do avô e o BPC do Francisco. Francisco é interditado e a avó é sua curadora.	BPC de Oto, renda informal do padrasto (pedreiro) e da mãe (venda de quitutes). Oto é interditado e a mãe é sua curadora.
Escolaridade	Segunda série – fundamental incompleto, é alfabetizado.	Ensino fundamental completo, se destacou no período escolar (antes do adoecimento).	Sexta série – fundamental incompleto, é alfabetizada, mas tem dificuldades na leitura e escrita.	Ensino médio completo.	Quarta série – fundamental incompleto, é alfabetizado.
Medicação	Hadol 5mg, Fluoxetina 20mg, Rivotril 2mg, Amplictil 100mg, Nitrazepan 5mg, Risperidona 1mg e Clopixol 200mg, uma	Clorpromazina 100mg, Fluoxetina 20mg, Biperideno 2mg e Depakene 500mg.	Carbolitium 300mg, Ácido Valpróico 500mg, Cloridrato de Bupropiona 150mg e Biperideno 2mg.	Biperideno 2mg, Melleril 100mg, Clorpromazina 25mg, Amitriptilina 25mg e Hadol Decanoato 50mg/ml, duas ampolas	Carbamazepina 200mg, Haldol 5mg, Clorpromazina 100mg, Clorpromazina 25mg, Haldol 50mg/ml, duas ampolas de 15 em 15

	ampola a cada 20 dias.			de 15 em 15 dias.	dias e Diazepam 10mg.
Estado civil	Solteiro	Solteiro	Solteira	Solteiro	Solteiro
Composição familiar	<p>Ele, mãe, padrasto, irmão de 18 anos. Boa convivência familiar, porém, Augusto não ajuda em casa, brigou fisicamente com o irmão, e já discutiu com o padrasto. Augusto possui ainda outras quatro irmãs, todas casadas e com filhos, ele possui boa relação com todas as irmãs, apenas uma reside na cidade, as demais moram em outros municípios da região. O pai e irmão mais velho de Augusto já são falecidos.</p>	<p>A composição familiar é somente Caetano e a mãe. A convivência é boa e a mãe é um suporte importante para o filho, que sofre pela ausência de outras pessoas em sua vida. Caetano possui poucas funções em casa, auxilia com as roupas do varal e a varrer a casa. Apesar de ter sido registrado pelo genitor, eles não chegaram a se conhecer, as pensões estão atrasadas e atualmente Caetano não quer contato.</p>	<p>Ela, a filha, mãe e irmão. A mãe já é idosa, porém as tarefas de casa são desempenhadas pela mãe e especialmente pela Cecília. O irmão também tem diagnóstico de esquizofrenia e tem um maior comprometimento psíquico e cognitivo. A filha é uma criança ativa, carinhosa, presente no cotidiano de todos os familiares. Há outros irmãos que moram na cidade, sendo que três moram na mesma rua.</p>	<p>Ele, a avó e avô. A convivência é boa, a avó é o principal suporte de Francisco, o que às vezes a sobrecarrega, já com o avô, o neto não tem tanta relação. Francisco auxilia a avó nas tarefas domésticas mais simples, como varrer a casa e lavar a louça. O irmão de Francisco mora em outra cidade.</p>	<p>Ele, mãe, padrasto, irmã e duas sobrinhas. A convivência com Oto é conflituosa devido ao consumo de crack, a mãe utiliza a alternativa da comunidade terapêutica com frequência. Oto mantém uma relação conflituosa com a irmã desde que são pequenos, porém ele gosta das sobrinhas e auxilia nos cuidados.</p>
Infância	<p>Augusto não tem boas lembranças da infância, se queixa da falta de</p>	<p>Era um aluno de destaque, tirava ótimas notas. Por três</p>	<p>Cecília não confere muita ênfase ao período escolar, lembra apenas</p>	<p>Gostava de ir à escola, tinha alguns amigos, com os quais ainda</p>	<p>Busca da mãe pelo tratamento da Síndrome Nefrótica de Oto,</p>

	<p>amigos, de ter repetido a segunda série por sete anos até desistir da escola, das tentativas de abuso sexual por colegas que considerava amigos - ele conseguiu escapar.</p> <p>Descreve como um período de contato com animais e fazendas, apesar de morar na região urbana da cidade.</p>	<p>vezes foi premiado como um dos melhores alunos da escola. Suas principais dificuldades eram de coordenação manual e de socialização, pois tinha poucos amigos, se queixava por não receber atenção. Segundo a mãe, ele apresentava comportamentos repetitivos e TOC.</p>	<p>que teve dificuldades na aprendizagem. Ela descreve que desde criança sonhava em encontrar um “amor verdadeiro” e tinha problemas de insegurança com sua aparência. Começou a trabalhar ainda criança, vendendo legumes para ajudar em casa.</p>	<p>mantém contato. Dificuldade de aprendizado na infância. Conforme a avó, com o auxílio de classe especial, ele aprendeu a ler e não voltou a ter problemas até terminar o ensino médio. A avó também destaca que suas brincadeiras eram diferentes: fazia cruz, cemitério e pessoas mortas.</p>	<p>mudanças de cidades, internações e risco de vida. Dificuldades de aprendizagem e de socialização no período escolar. Repetiu a quarta série cerca de quatro vezes. Primeiros contatos com a religião. Mãe salientou que tomava gardenal e já passava por psiquiatra.</p>
Adolescência	<p>Da adolescência, Augusto destaca o interesse em jogar bola, ir ao córrego tomar banho e pescar. Ele segue apresentando a queixa de abuso sexual e ausência de amizades. Relata ainda que trabalhou com serviços braçais desde cedo,</p>	<p>Interrupção do vínculo com o pai. Episódios de heteroagressividade em casa, escola e no CAPS. Diversas solicitações de acolhimento pelo corpo de bombeiros e internação em comunidade terapêutica por três</p>	<p>Cecília interrompeu os estudos, na época ela já trabalhava como doméstica. Ela se descreve como uma jovem bonita. Nesse período, teve diversos relacionamentos, mas não demonstrou levá-los a sério. Na adolescência,</p>	<p>Novas dificuldades no contexto escolar, devido ao bullying vivenciado, inclusive decorrente das crises que teve e que viraram alvo de piada na escola. Apesar disso, concluiu o ensino médio sem maiores complicações. Relacionamento</p>	<p>Oto explica que na adolescência gostava de brincar, em decorrência de ter aproveitado pouco a infância. Nesse período, a família se estabeleceu em na cidade em que ocorreu a pesquisa. Ele seguiu tendo dificuldades escolares, até começar a</p>

	<p>ajudando o pai e o irmão mais velho. Menciona que seus pais se separaram, mas que ainda convivia com o problema de alcoolismo do pai. Começou o uso de maconha e tabaco.</p>	<p>meses. Conclusão do ensino fundamental e interrupção dos estudos. Isolamento social e excesso de vida virtual (videogame).</p>	<p>começaram seus receios com a própria saúde, pois vivia procurando consultas médicas e tomando medicamentos.</p>	<p>conflituoso com a tia e irmão em casa.</p>	<p>usar maconha e a mãe decidir tirá-lo da escola. Sofreu um acidente em que teve um traumatismo craniano.</p>
Vida adulta	<p>Fim das atividades laborais, começo do sofrimento psíquico. Possui um grande interesse na religião, tornou-se evangélico e refere-se a si mesmo como pastor. Começo do interesse por desenhos, pinturas, refere-se a si mesmo como engenheiro. Tentativas de parar com o uso de maconha e cigarro, com intervalos de sucesso e insucesso.</p>	<p>Melhora significativa sobre os quadros de heteroagressividade, aumento da ideação suicida. Fortalecimento do vínculo com o CAPS e com as oficinas. Isolamento social e tentativas de estabelecer novos vínculos. Desejo de trabalhar e concluir o ensino médio. Interesse por jogos de futebol e videogame.</p>	<p>Cecília tem sua primeira crise após o término de um relacionamento, emagrece, é internada e para de exercer atividades laborais aos 21 anos. Anos mais tarde, conhece seu futuro namorado, pai de sua filha, ela se torna mãe aos 32 anos. Com 35 anos, o marido adoece e morre de câncer, ela se responsabiliza integralmente pelo cuidado da filha.</p>	<p>Realizou algumas atividades remuneradas por curto tempo, nenhum emprego formal. Mantém alguns amigos da infância, possui boas relações com pessoas idosas. Crises decorrentes do sofrimento psíquico o incomodam muito e ele se queixa de que é “desgostoso” da vida. Com a idade avançada dos avós, Francisco cumpre mais tarefas domésticas, apesar de ainda serem poucas.</p>	<p>Oto manteve a relação com as drogas e passou a usar crack. Sofreu um segundo acidente grave enquanto trabalhava. Teve alguns empregos braçais de curta duração. Relação com a religião se intensifica, assim como a centralidade do consumo de drogas. Crises e diagnóstico de esquizofrenia. É preso duas vezes devido a furtos que cometeu.</p>

Sofrimento psíquico	Augusto relaciona o começo de seus sintomas com uso de maconha e tabaco. Conforme se lembra, sua primeira crise foi aos 16 anos. Ele afirma ser engenheiro, desenha castelos e aviões com régua e lápis de cor. A respeito da religião, Augusto assiste aos cultos pela televisão, em momentos de crise vai a um morro e faz orações fervorosas, considera que sua doença é espiritual.	Relata ver vultos desde criança. Na adolescência, passou a ouvir vozes, ter alteração de autopercepção e usa de agressividade para expressar seus sentimentos. Tem dificuldade de socialização, o que intensifica seu sofrimento. Quadro de ideação suicida. Foi internado por três meses, período de grande sofrimento para ele.	Cecília não consegue explicar o início de seu sofrimento psíquico, explica que, após o fim de um relacionamento, ficou em estado depressivo, não se alimentava, emagreceu muito, e não se lembra do período de sua primeira internação. Queixa-se de depressão e tristeza, e acredita que a preguiça seja seu principal problema. Acredita que Deus vai ressuscitar seu marido para que possam casar.	Francisco vê vultos e sombras e ouve vozes com comandos agressivos. Sente medo e aguarda até que os sintomas passem. Também descreve crises frequentes, que os profissionais de saúde chamam de impregnação dos medicamentos, como torção muscular, salivação, movimentos involuntários com os olhos.	Sofrimento psíquico relacionado como consumo de drogas e sequente diagnóstico de esquizofrenia. Passou por crises persecutórias significativas e mantém convivência cotidiana com as vozes. É interdito e segue as regras da mãe, porém frequentemente recai e vende objetos para usar crack.
Acompanhamento profissional	Augusto relata ir ao CAPS desde a primeira internação, faz o uso da medicação, porém não frequenta os grupos, afirma que tem muitos usuários de drogas e que “não gosta do que	Bom vínculo com o CAPS e os profissionais, frequenta diversas vezes na semana, participa dos grupos e possui bom controle da medicação.	Frequenta o CAPS para pegar medicamentos e passar por consulta médica, afirma que se tivesse dinheiro buscaria outras formas, e que não gosta de ir aos grupos pois não tem	Frequenta o CAPS de 15 em 15 dias para uso de medicação injetável e buscar os comprimidos, regula bem o uso dos medicamentos. Não participa dos grupos	Não possui um bom vínculo com o CAPS, usa o serviço prioritariamente para a medicação. Frequentou ao CAPS regularmente no período em que estava em regime

	vê”.		disposição.	terapêuticos.	semiaberto.
Internação psiquiátrica	Oito ou nove internações no hospital psiquiátrico	Uma internação em comunidade terapêutica	Nove internações no hospital psiquiátrico	Dois internações no hospital psiquiátrico	Diversas internações em hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica.
Vida social/relacionamentos	Augusto se queixou de nunca ter casado nem namorado, porém também afirma que é novo e que tem tempo para isso, que se decepcionou com as mulheres que conheceu, que espera encontrar uma mulher íntegra.	A vida de Caetano é centrada em seu relacionamento com a mãe, porém anseia e procura outros vínculos e relações, mesmo que pouco esperançoso que vá alcançar. O CAPS faz parte de sua rotina e é um espaço importante para ele. Possui bons vínculos com dois primos.	A filha de Cecília ocupa um espaço importante em sua vida. A relação com a mãe e irmão é estável, apesar de já ter passado por conflitos maiores, atualmente ela busca mediações. Ela é comprometida com a dinâmica da igreja, apesar de não ter muitos vínculos pessoais. Costuma visitar amigas, vizinhas e familiares.	Frequenta a igreja católica aos fins de semana. Gosta de caminhar e andar de bicicleta, nesses passeios, visita alguns amigos na cidade e na fazenda. O relacionamento com o irmão melhorou, gosta de estar com as sobrinhas, porém se veem pouco. Crises em relação à interdição.	Seus principais vínculos são a família e os integrantes da igreja, possui facilidade em fazer amizades e se relacionar com as pessoas. A última namorada foi anterior aos sintomas da esquizofrenia, sente falta e afirma que a voz não permite que ele se relacione.
COVID-19	Não mudou a dinâmica da vida cotidiana. Não foi contaminado.	Poucas alterações na vida cotidiana, era cuidadoso. Não foi contaminado.	A principal mudança da vida cotidiana foi a filha ficar sem a escola. Não foi contaminada.	Não mudou a dinâmica da vida cotidiana. Não foi contaminado.	Não mudou a dinâmica da vida cotidiana. Não foi contaminado.
Perspectivas de vida	Apresentou desejo de ter uma bicicleta ou moto, além de apontar para o futuro plano de	Centralidade no desejo de fazer amigos da idade dele. Além disso planeja realizar	Anseia por ser missionária, dar uma boa vida e educação para sua filha e ser feliz	Enfatiza o desejo de escrever um livro, de fazer faculdade de letras e ser professor.	Sonha em se casar e ter filhos. Conforme a mãe, seu sonho é ser bandido.

	se casar e ter uma família, e suas próprias filhas, enfatiza que quer filhas mulheres.	o Ensino Médio, buscar um emprego, arrumar uma namorada.	vivendo uma história de amor com a ressurreição de seu marido.	Além disso quer tirar carteira de motorista e tem o sonho de se casar e ter filhos.	
--	--	--	--	---	--

2.6 A PESQUISA DE CAMPO COM AS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Na segunda etapa da pesquisa de campo, foram entrevistadas seis profissionais de Psicologia que atuam ou atuaram em CAPS, e que orientam sua intervenção com base nos pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural (PHC). As seis profissionais têm idade entre 26 e 35 anos, com tempo de serviço variando entre um ano e meio a sete anos e meio. As profissionais atuam nos seguintes locais: interior e capital do estado do Paraná e interior do estado de São Paulo. Metade dessas já havia saído do serviço do CAPS na época em que foram entrevistadas, sendo que todas pediram exoneração do serviço. A outra metade estava atuando regularmente. As entrevistas foram realizadas entre os dias 06/09/2021 e 17/11/2021. Para apresentar melhor o nome, idade, número de entrevistas realizadas com cada uma delas, tempo de atuação e diferenciar quem estava atuando ou não, a seguir apresentamos a Tabela 3 – Entrevistas com as profissionais da PHC, com as informações das seis psicólogas entrevistadas.

Tabela 3 - Entrevistas com as profissionais da PHC

ENTREVISTAS COM AS PROFISSIONAIS DA PHC					
Participante	Gênero	Data das entrevistas	Idade	Atuação	Ainda atua em CAPS?
Camila	Mulher	01/10/2021	29	2 anos e meio	Não
Estela	Mulher	27/10/2021 e 12/11/2021	34	3 anos	Sim
Julia	Mulher	23/09/2021	32	6 anos	Não
Laura	Mulher	26/10/2021	35	7 anos e meio	Sim
Luna	Mulher	06/09/2021	26	1 ano e meio	Sim
Marina	Mulher	17/11/2021	35	7 anos	Não

Fonte: Autora.

Cabe salientar que cada uma das psicólogas entrevistadas atuava em um CAPS diferente, e que ao todo foram entrevistadas profissionais de quatro cidades distintas, de dois estados. Com isso, chamamos a atenção para o aspecto de descentralização dos serviços e da autonomia dos municípios em formular estratégias e planejar a gestão de funcionamento do serviço. Desta forma, não vão ser todos os CAPS que vão contar com a mesma estrutura e possibilidades, trazendo limitações e possibilidades próprias de cada

realidade. Dos serviços em que as profissionais atuavam, destacamos que havia portes distintos de CAPS. Quatro psicólogas estavam relatando experiências de CAPS III e duas de CAPS II.

Neste tópico temos o objetivo de relatar e sistematizar o conteúdo apresentado pelas psicólogas a respeito de sua intervenção no CAPS, em especial no que se refere aos atendimentos realizados com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Para isso, seguiremos o seguinte percurso de discussão: a esquizofrenia e o trabalho realizado com os usuários do CAPS; condições de trabalho das profissionais e o contexto social em que o serviço está inserido; e por fim, sínteses e limitações da perspectiva teórica da Psicologia Histórico-Cultural na intervenção.

2.6.1. A esquizofrenia e o trabalho realizado com os usuários do CAPS

Dentre os relatos das profissionais a respeito da atuação com usuários em sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia, destacamos a sistematização de Camila, que salientou o papel do CAPS enquanto uma instituição que realiza prioritariamente o atendimento à crise. A psicóloga enfatizou que apesar da importância do manejo da crise, isso é apenas parte da esquizofrenia e não sua totalidade. Dos momentos de crise, Camila destaca a presença de alucinações, “paranoias” e alteração do pensamento com discursos delirantes. As demais profissionais também destacaram esses sintomas positivos, porém nomearam de formas distintas, como: ouvir vozes ou outros fenômenos referentes às alterações perceptivas, delírios, delírios persecutórios, de grandeza, confusão entre a fantasia e a realidade. As profissionais destacaram que esses são os sintomas clássicos da esquizofrenia no imaginário social e na psiquiatria, mas que também estão presentes em suas práticas, no cuidado dos indivíduos.

Camila, Julia e Laura abordam também a desorganização do pensamento, alteração do raciocínio lógico e percepção de mundo na esquizofrenia e a sequente desorganização do comportamento. Para Laura, há na esquizofrenia uma dificuldade de abstração, o pensamento é concreto e conta com poucas elaborações, o que ela analisa que empobrece a capacidade de reflexões. Julia analisa que o sofrimento psíquico representa uma lógica de raciocínio diferente, não compreendida pela lógica dominante pois é preciso se centrar no conteúdo delirante, validando o conteúdo apresentado pelo usuário, mas ao mesmo tempo diminuindo o peso para então conseguir negociar com a pessoa. Julia salienta a necessidade de que o espaço que a pessoa frequenta seja um lugar

que mantenha certa organização, coesão e rotina e que ofereça suporte. Conforme Marina, precisamos fomentar as mediações necessárias para que o indivíduo possa, com auxílio, compreender e manejar suas crises.

Outro aspecto em destaque na esquizofrenia é a agressividade, apontada por Estela e Laura como um estigma social. Marina e Julia afirmam que é polêmica a relação com a agressividade. Para elas, se relaciona com o estigma e preconceito com a esquizofrenia pois apesar de haver casos de agressividade na esquizofrenia, esses são minoria, embora todos os sujeitos com o diagnóstico carreguem o estigma da violência.

As psicólogas ressaltam também a centralidade do que elas chamam de sintomas negativos, ou seja, embotamento emocional, apatia, descrito por Camila, Julia e Laura. Para Laura, a dificuldade em significar o que está sentindo e passando resulta em uma impulsividade, falta de controle, dificuldade de socialização e até mesmo de autocuidado. O isolamento social, dificuldade de estabelecer vínculos afetivos, é descrito por todas as profissionais. Julia compreende que para a sociedade de forma geral, o estado depressivo é menos trabalhoso de lidar pois acaba isolando a pessoa e seus dilemas existenciais, na perda de sentido pessoal. Para ela, a relação com as vozes pode propiciar uma retomada de sentido, mesmo que mais trabalhosa de lidar. Por fim, uma consequência apontada por Marina, Estela e Julia é a improdutividade laborativa, pois a maior parte das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia se considera ou foi considerada inapta para restabelecer as relações de trabalho produtivas.

Marina destaca a amplitude do diagnóstico de esquizofrenia, e que esse sofrimento psíquico acomete as pessoas de forma muito singular, sendo difícil observar padronizações específicas. Para Luna, o diagnóstico de esquizofrenia evidencia o processo de medicalização social pois não há a compreensão de que a pessoa pode se apropriar e significar as vozes, as alterações senso-perceptivas que vivencia. Isso é visto como algo dissociado, externo ao próprio sujeito. Luna e Julia ressaltam a cronificação dos usuários que chegam ao serviço, ou seja, a extensão do tempo em sofrimento e os impactos acarretados para a dinâmica da vida cotidiana dos sujeitos, decorrentes, entre outros, por dezenas de internações psiquiátricas. Luna questiona se os sintomas são fruto do curso do adoecimento ou das práticas psiquiátricas e aponta que o CAPS tem centrado na supressão do sintoma.

Julia enfatiza a necessidade do vínculo e do conhecimento da história de vida dos sujeitos para conseguir compreender e/ou manejar situações de crises mais agravadas, e que a rotatividade de profissionais da equipe fragiliza o serviço e se relaciona com a

quantidade de crises. Marina trouxe um exemplo sobre o tema, de um usuário que relatou uma vivência complexa com situações que percorriam desde o cárcere privado até abuso sexual, e que, apesar da equipe questionar se esse seria um possível caso de delírio, posteriormente, foi confirmado que ele vivia esse cenário que estava descrevendo.

Sobre o papel da família, todas as profissionais destacaram pontos de relevância. Camila e Estela apontaram para a problemática do abandono familiar, em especial nos casos em que a pessoa está em situação de rua. Elas destacam que esses casos ocorrem quando a família está cansada, sem conseguir sustentar as situações de crise. Camila mencionou o cuidado da equipe para que a família não abandone na internação. Estela, Julia, Laura, Luna e Marina destacaram a importância de o CAPS ter uma atenção especial para o sofrimento da família, promovendo orientações, grupos de apoio, visitas domiciliares, revezamento de familiar quando possível, para não sobrecarregar uma só pessoa – em geral a mãe do/da usuário/a. Julia salienta que agir em separado da família ou de alguém do território/comunidade que acompanhe o usuário é contraproducente. Ela explica que quando a equipe não é instrumentalizada, o CAPS faz um serviço e a família outro, que é necessário um alinhamento no cuidado para que as ações sejam realizadas com coesão, como propõe o próprio Projeto Terapêutico Singular (PTS). Laura também destaca a importância da família se apropriar da construção do PTS, de pensar de forma coletiva entre a equipe, família e usuário, quais são os desenvolvimentos almejados, desconstruindo preconceitos. Para a psicóloga, é um trabalho de suporte e orientação.

Camila, Laura e Luna salientam também o papel superprotetor da família. Para Camila, isso ocorre especialmente na relação entre homens com o diagnóstico de esquizofrenia e suas mães, o que ela aponta, que em diversos casos chega a se caracterizar como uma relação simbiótica, que acaba contribuindo no sofrimento e falta de autonomia do indivíduo. Para Luna, os usuários com o diagnóstico de esquizofrenia têm, em sua maioria, a família muito presente. Ela salienta que essas famílias costumam demandar a cura da pessoa, buscam pela normatização da vida, soluções enérgicas, o que exige um processo de acolhimento e orientação. A respeito de outros relacionamentos, Laura pontua que em alguns casos acontece dos usuários do próprio serviço se relacionarem. Camila diferencia que nos casos em que a família assume um papel superprotetor não há espaço para o desenvolvimento de autonomia e para o sujeito encontrar outras relações para além da família de origem. Porém, Camila observa que os usuários em situação de rua costumam conseguir estabelecer novas relações de forma mais natural, inclusive relacionamentos amorosos e/ou sexuais.

Outro aspecto que se relaciona com o tema da família é a respeito da interdição civil dos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia. Estela e Laura salientam o impacto negativo que a interdição acaba tendo na vida dos indivíduos. Laura explica que em termos legais, a interdição deveria regular a ação dos sujeitos no que se refere a negócios e patrimônios, porém que na prática é uma medida que afeta toda a vida da pessoa, no campo afetivo, laboral, social, pois o indivíduo se sente interditado em todos os aspectos. Como exemplos, Laura relembra de uma usuária que se negou a pegar um livro emprestado pois acreditava que precisava da autorização do pai, e, também, um homem a quem foi solicitado que assinasse um documento, e em seguida ele foi interditado sem o seu conhecimento. Como consequência disso, ele não assina mais nenhum papel. Estela também relata um caso em que um rapaz, mesmo com o diagnóstico de esquizofrenia, mantinha uma vida funcional, estudando, trabalhando, conquistando coisas que almejava, e que, após uma crise, a mãe perdeu a confiança, o interditou, o que gera sofrimento para ele. Não confiava mais no próprio potencial e estava se tornando vulnerável e dependente da mãe. Laura explica que nessas situações, os familiares acabam perdendo a confiança, ou se desesperando, e que são orientados por advogados a interditar até mesmo para conseguir benefícios de renda, assegurado com maior facilidade pela justiça.

A respeito da adesão dos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia ao CAPS, Laura pontuou que, em sua compreensão, não havia muitos usuários com o diagnóstico frequentando o serviço. Ela problematiza o motivo de não estarem chegando ao serviço e considera uma crítica em relação ao trabalho que desempenham, se preocupa que essas pessoas estejam somente reclusas em casa. Laura menciona que devido ao matriciamento desempenhado pela atenção básica eles sabem que existem mais casos, mas que não acessam o serviço. Já Marina, apresenta uma leitura diferente a respeito da atuação em sua cidade, enfatiza que havia muitos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia e algo que chamava sua atenção é que costumava ser um público mais jovem, entre 20 e 40 anos de idade.

Acerca do tema das medicações psiquiátricas, salientamos que, conforme abordamos no capítulo um, é um campo com muitas polêmicas, dúvidas e poucas constatações. Apesar de não ser de responsabilidade técnica da área da psicologia, todos os profissionais acabam lidando com o tema da medicação, que perpassa centralmente os atendimentos no CAPS. Estela e Laura salientam que a maioria das pessoas que chegam ao serviço buscam pelo atendimento médico. Para Laura, a medicação é a primeira forma de tratamento mais procurada, e a internação, a segunda. Julia apresenta o ponto de vista

de que a medicação também cumpre um papel de vínculo entre os usuários e a equipe profissional. A psicóloga questiona o papel que a medicação pode exercer e que extrapola o aspecto das respostas químicas. Como exemplo, ela cita a escuta individual que o profissional de medicina faz para ajustar a medicação. Para Julia, ao ser escutado pelo médico, o usuário tem um espaço para discutir com uma autoridade sobre formas de se organizar. Além disto, Julia salienta que o medicamento assistido possibilita à equipe o contato mais próximo. Como exemplo, ela citou uma medicação que necessitava de exames semanais no começo do uso, e que essa medicação ajudava pessoas com diversas crises e internações. O questionamento de Julia foi na direção do que estava ajudando o usuário: a medicação, o cuidado diário, ou ambas as coisas?

Julia também discute quando ocorrem interrupções da medicação ocasionando crises. Para a psicóloga, uma das hipóteses possíveis é a de que a pessoa já estivesse incomodada e precisando se expressar, sendo contida pela medicação. Nesse caso, para a psicóloga, a interrupção da medicação seria uma possível atitude frente a esse incômodo. Na mesma direção, Laura percebe que a medicação inibe a relação da pessoa com seu próprio sofrimento psíquico. Com uma percepção oposta, Marina acredita que nesses casos, se o usuário não houvesse interrompido a medicação por conta própria, não haveria a crise. Laura explica que alguns pacientes utilizam doses muito altas de antipsicóticos, o que prejudica a cognição e até mesmo a autopercepção do sofrimento. Camila afirma que quando o diagnóstico de esquizofrenia é recente, é comum que a medicação em menor dosagem seja suficiente para conter os sintomas.

Todas as psicólogas entrevistadas identificam dificuldades relacionadas aos efeitos colaterais das medicações. Luna enfatiza que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia já iniciam acompanhamento com altas doses, e muitas vezes já encaminhados de outros serviços, inclusive de internações. Julia pontua o possível papel cronificador da medicação, pois gera um embotamento afetivo. Ela entende que a estabilidade é uma forma de contenção, mas percebe que a maior parte das pessoas não tomam a medicação com a rigorosidade de horários e quantidade que são orientadas. Camila salienta que a maior parte dos profissionais de medicina não oferece a devida atenção aos efeitos colaterais, e que alguns destes trazem alterações cotidianas muito significativas, além de efeitos a longo prazo, como o parkinsonismo, movimento repetitivo estereotipado. Estela também ressalta que são muitos os efeitos colaterais, o que dificulta a adesão dos usuários ao medicamento. Para Estela, a medicação tem um grande potencial para ajudar a pessoa, o que ela reconhece ter sido mais resistente a

admitir quando entrou no serviço. Camila também salienta que mudou sua percepção a respeito dos potenciais dos psicotrópicos e percebe que para algumas pessoas, o uso interfere de forma significativa e positiva. O que Camila salienta, na mesma direção de Estela, é que são necessários outros respaldos, como suporte familiar, inserção nas atividades multiprofissionais do CAPS, se a pessoa possui moradia, renda, condições de trabalhar, enfim, se o acompanhamento é integral.

Marina destacou que tem dificuldade em falar dos usuários de uma forma geral, mas que percebe que quando há uma aceitação do diagnóstico, o trabalho é facilitado por meio de discussões, negociações, psicoeducação e até mesmo no aceite da medicação. Porém, para a psicóloga, quando há uma resistência ao diagnóstico, costuma acompanhar a resistência à medicação e, nesses casos, acaba sendo necessário o uso de medicação injetável, o que é mais difícil para a pessoa, família, e a própria equipe profissional. Camila, Estela e Marina enfatizam a importância da medicação nos casos mais graves de sofrimento psíquico na esquizofrenia. O que Marina destaca é que todos os profissionais que trabalham com saúde mental devem ser abertos ao diálogo e atentos para o que vai ou não funcionar. Laura apresenta um questionamento sobre o que pode ser feito para atender às situações de crise além da medicação: nas situações em que a pessoa está agitada, com pensamento desorganizado, em sofrimento psíquico, como podemos inserir técnicas e formas de cuidado que vão além da medicação? Por fim, Laura reconhece esse como um dos desafios da Psicologia Histórico-Cultural: quais as vias de emancipação possíveis para desenvolver o psiquismo humano em casos de sofrimento psíquico?

Camila, Laura e Luna apresentaram aspectos a respeito da pandemia de covid-19 e o acompanhamento dos usuários no CAPS. As três profissionais salientaram que de março de 2020 até ao menos setembro de 2021, quando as entrevistas iniciaram, os grupos foram paralisados e isso trouxe um grande impacto no atendimento aos usuários. Camila destaca que o isolamento social empobreceu a qualidade do serviço ofertado, assim como o potencial terapêutico de reabilitação social, preocupação também apontada por Luna. Camila afirmou que o CAPS realizava o acolhimento, definia o técnico de referência e marcava consulta médica, o que antes da pandemia não era uma premissa, mas passou a ser. Para Camila, a pandemia aumentou não somente o uso da medicação psicotrópica, mas também as crises e a própria internação psiquiátrica. Camila e Luna ressaltam que sobrecarregou o serviço do CAPS o fato de que todos os casos de saúde mental eram encaminhados para lá devido ao remanejamento dos serviços que estavam servindo de suporte para atender as internações por Covid-19. Luna e Laura relataram que realizavam

atendimentos telefônicos para acompanhar os casos mais graves, apesar da limitação desse instrumento. Luna enfatiza que o PTS era manter a medicação e estabilizar a pessoa em caso de crise. Laura destacou a falta do serviço para os usuários que acabavam tendo o CAPS como praticamente único lugar em que tinham alguma troca social.

2.6.2. Condições de trabalho das profissionais e o contexto social em que o serviço está inserido

Outro tema que perpassou grande parte das entrevistas foram as condições de trabalho das profissionais que atuam ou atuavam em CAPS. Laura e Luna, que ainda trabalhavam no local, apresentaram queixas relacionadas às dificuldades de estar em um serviço público em geral e, especificamente, das especificidades da pandemia e a sobrecarga dos profissionais de saúde. Camila e Julia, que já haviam pedido exoneração do serviço público, apresentaram queixas similares, como assédio moral, desgastes com a gestão e más condições de trabalho. Para Camila, o modelo de gestão acerca da atuação na saúde mental foi mais significativo do que o trabalho em si realizado no CAPS. Julia se queixou da alta rotatividade de profissionais e de perseguição devido às reivindicações trabalhistas defendidas. Marina afirma que pediu exoneração após conseguir um novo trabalho, que entendia como uma proposta mais interessante e constituidora de sentido pessoal. Ela salienta que a equipe do CAPS não recebia bem suas propostas de trabalho e apesar de gostar do ambiente do CAPS e defender as políticas públicas, percebeu esse ambiente como um local adoeecedor com muitos limites para a atuação profissional.

A respeito do manejo com o cuidado dos usuários em sofrimento com o diagnóstico de esquizofrenia, Camila ressalta que esse foi um dos maiores aprendizados que obteve trabalhando no CAPS. Para a psicóloga, as alterações e rigidez do pensamento da pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia exigem mudanças na prática profissional pois é mais complexo questionar os sentidos que a pessoa compreende, expor as contradições e apresentar outra perspectiva. Camila, Laura e Luna explicam que para a pessoa com sintomas de delírio ou alucinações, o que elas sentem é verdadeiro, independentemente se em uma lógica racional o conteúdo seja impossível. Para elas, é necessário escutar, trabalhar na direção do conteúdo que eles apresentam, refletir sobre como esses sintomas se relacionam à história de vida deles e ultrapassar o que está na aparência do sintoma. Luna reforça a importância de lidar com os conteúdos de persecutoriedade e alterações senso-perceptivas. Para a psicóloga é preciso enfrentar,

passar pela crise junto ao usuário, tendo como perspectiva que aquele momento de maior desorganização vai se acentuar.

Camila reforçou a importância de o profissional desenvolver um vínculo estável e saudável com os usuários. Camila e Estela salientam que, para elas, devido às características dos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia, esses são mais difíceis de desenvolver vínculo, e explicam que quando há um pensamento persecutório, isso pode ser direcionado ao próprio profissional. Porém, Camila também enfatiza que quando o vínculo é formado costuma ser forte, e quando há a necessidade de romper, como por mudança de local de trabalho ou do próprio usuário, é algo que demanda atenção e sensibilidade. Estela também salienta a sensibilidade em relação às demandas específicas. Lembra de uma usuária que havia passado por violência doméstica, que não aceitava ser atendida por homens. Julia cita um exemplo em que após a internação no CAPS, o usuário não aceitava entrar em determinados lugares, e que então ela fazia sua escuta em espaços externos, coletivos, até que ele se sentiu à vontade para ocupar novamente espaços internos. Marina também enfatiza a importância dessa disponibilidade para as demandas do usuário. Lembra de uma situação em que um usuário estava há dias sem higienização e alimentação, e que após uma visita domiciliar em que se comunicaram por bilhetes, a equipe conseguiu contato e o usuário retornou ao serviço. Marina também explica que a clínica ampliada prevê uma intervenção mais aberta e dinâmica para esses indivíduos que desafiam a prática profissional por não se beneficiarem de posturas mais tradicionais. Outro ponto destacado por Julia, Luna e Marina é o da importância e potência dos espaços grupais, mas que às vezes não é possível a proposta grupal e afirmam a importância da abertura do profissional a propostas individuais, mesmo que transitórias, enquanto não há o aceite para a modalidade grupal.

Camila lembra alguns aspectos técnicos importantes para a atuação profissional, como conhecer a respeito dos sintomas e diagnósticos, observar as relações que se estabelecem na história de vida do sujeito, identificar qual atendimento é necessário prestar, qual grupo inserir os usuários e como organizar o PTS de acordo com a demanda. Julia salienta a importância de todos os profissionais do serviço terem formação para lidar com as especificidades do CAPS, apesar da diferença nos graus de capacitação, e que para isso, é necessário que aconteçam estudos, supervisões coletivas, conforme a lei estabelece, mas que dificilmente ocorrem. Marina reforçou o papel das equipes multiprofissionais e a intersecção entre as profissões. Ela mencionou bons resultados em oficinas variadas, como música, criação de instrumentos, atenção e memória e a

possibilidade de, através do CAPS, os usuários construírem novos vínculos e ocuparem outros espaços sociais.

Outro aspecto de destaque mencionado pelas psicólogas foi acerca do desenvolvimento de autonomia dos usuários. Camila e Luna enfatizam que esse é um ponto difícil para trabalhar com as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que o processo de reabilitação social é um grande trabalho, que ainda é recorrente a ideia de que o único lugar possível para a pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia, além do espaço doméstico é o CAPS e a negação de espaços na comunidade ou até em outro serviço de saúde. Estela ressalta a importância de trabalhar com os indivíduos a compreensão de que eles não são somente um diagnóstico, uma doença, mas que têm condições de escolha de atividades, de vínculos, de sonhos. Marina destaca um grupo que tinha por objetivo desenvolver a autonomia, que contava com a presença de muitas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Para a psicóloga, era interessante pensar nas atividades em comum, projetos que poderiam ser desenvolvidos. Ainda sobre o tema, Julia relata um exemplo em que a mãe era a única fonte de cuidado de um dos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia. Ela aponta a problemática da relação quase simbiótica entre mãe e filho em que há uma fusão de motivos. A atividade de ambos acaba sendo a mesma. Por mais que Julia identifique aspectos muito positivos da relação dessa mãe e filho, frisa a importância de diferenciar interesses, atividades e conseqüentemente gerar autonomia.

2.6.3. Sínteses e limitações da perspectiva teórica da Psicologia Histórico-Cultural na intervenção

Observando a atuação dessas psicólogas acerca da orientação teórica promovida pelos fundamentos da Psicologia Histórico-Cultural, questionamos quais seriam as principais dificuldades e limitações e também as maiores potencialidades que elas observam na prática guiada por esta abordagem. Camila, Estela e Luna ressaltam a baixa quantidade de sistematizações acerca da prática e manejo clínico de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, embora reconheçam ser um campo em construção. As psicólogas consideram que há poucas coisas produzidas e acessíveis, o que gera a necessidade de buscar técnicas em outras fontes teóricas. Camila e Julia citam uma proposta de intervenção de fora da Psicologia Histórico-Cultural, o Grupo de Ouvidores de Vozes. Elas explicam que a proposta original desse movimento é reconhecer as

alterações senso-perceptivas como um fenômeno, uma forma de expressão humana e não um sintoma. Para as psicólogas, apesar da proposta apresentar alguns princípios diferentes da abordagem materialista, elas julgam que oferece maior embasamento para atuar com os sujeitos com alterações senso-perceptivas, que costumam se queixar do incômodo e sofrimento gerado por essas vivências, como ouvir vozes e ver coisas que não estão na realidade concreta.

Luna ressalta que apesar da dificuldade de ir atrás de novas técnicas, as articulações e sínteses compõem o trabalho realizado no CAPS. Estela e Julia salientam o isolamento gerado pela dificuldade de diálogo com os demais profissionais do CAPS. Para elas, a lógica dominante da psiquiatria impacta a atuação, o que para Julia intensifica as dificuldades, devido à importância da atuação em rede no serviço do CAPS. Laura se queixa de falta de tempo para continuar estudando e se aprofundando na fundamentação teórica da Psicologia Histórico-Cultural. Marina apresenta um apontamento teórico: para ela, o debate em torno da formação de conceitos e a relação com a esquizofrenia é limitado ou até mesmo reducionista. Marina salienta a dificuldade em definir a esquizofrenia e em sua opinião, apesar da hipótese de a alteração dos conceitos ser interessante, devem existir outros aspectos que precisamos avançar para tratar da esquizofrenia.

Camila, Julia e Marina ressaltam a importância de saber dialogar com outras áreas profissionais e com outras abordagens da Psicologia. Para Camila, o campo da saúde mental tem contribuições muito pertinentes para a atuação técnica, e isso precisa ser discutido de forma aberta com outras áreas. Julia destaca também a atuação em rede. Entende que as profissionais da Psicologia Histórico-Cultural priorizam essa intervenção, buscando uma atuação focada no território, na integralidade dos aspectos que compõem a vida. Para Julia, a família pode ser um vínculo importante, mas também pode ser prejudicial. Ela ressalta o papel de outros vínculos comunitários, que também devem ser fortalecidos.

Camila, Estela, Julia, Laura e Luna apresentam como potencialidades da Psicologia Histórico-Cultural o questionamento acerca da produção do adoecimento psíquico, de ultrapassar a aparência do fenômeno e da crítica a perspectivas que tratam os transtornos como um apanhado de sintomas, apartado da história de vida dos sujeitos. Para elas, isso se relaciona com a própria compreensão de ser humano propagada pela teoria, pois o desenvolvimento humano se dá nas formas concretas da vida cotidiana, na unidade afetivo-cognitiva assim como os processos de sofrimento. Estela destaca que a teoria a auxilia a compreender o processo de adoecimento de forma mais aberta, paciente,

buscando acolher a pessoa que convive com o sofrimento e não apenas o diagnóstico. Laura lembra do trabalho realizado com os usuários acerca da regulação da conduta. Para ela, apontar os avanços dentro da história de vida do próprio sujeito, relembrar o que ele passou, localizar nas situações que vivenciou, são aspectos potentes para o cuidado em saúde. Julia ressalta a existência de motivos encobertos que acabam regulando a conduta dos sujeitos. Também pontua a determinação social do processo saúde-doença, que como outras áreas de conhecimento, possuem ferramentas importantes. Marina acredita que a valorização da autonomia, da emancipação e a formação de uma consciência crítica são pontos de grande importância que se relacionam com a abordagem. Por fim, Laura e Marina salientam a importância de conectar os usuários com alguma atividade pois isso possibilita a apropriação da cultura, a regulação da conduta, desenvolve o processo criativo e potencializa a linguagem. A seguir, abordaremos a fundamentação teórica da Psicologia Histórico-Cultural, que norteia a análise deste trabalho.

CAPÍTULO III – O PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E A INDISSOCIABILIDADE DA UNIDADE BIOLÓGICO-SOCIAL: INVESTIGAÇÕES A RESPEITO DA ESSÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

Definimos na introdução deste trabalho que a Psicologia Histórico-Cultural é a perspectiva teórica que fundamenta a análise desta pesquisa, e que esta abordagem se constitui com base no materialismo histórico-dialético, método formulado por Marx para a análise dos fenômenos materiais. Vigotski (2004) enfatiza a importância de apreendermos o objeto da psicologia que nos forneça os elementos necessários para analisar os fenômenos que concernem a essa ciência. Para o autor, o psiquismo humano, estudado por meio da historicidade, ou seja, dos seres humanos inseridos em um contexto histórico e social, é de interesse primordial para tratarmos dos demais temas que perpassam as áreas de conhecimento da psicologia. Martins (2011, p. 15) destaca que “(...) o desenvolvimento do psiquismo humano identifica-se com a formação da *imagem subjetiva da realidade objetiva*, a quem cumpre a tarefa de orientar o homem, subjetiva e objetivamente, na realidade concreta”. Ressaltamos essa definição porque ela ajuda a situar os objetivos elencados para este capítulo. Ao investigarmos o que se esconde por trás da aparência dos sintomas que destoam em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, objetivamos alcançar a essência dos fenômenos dessa expressão de sofrimento psíquico. Logo, no sujeito singular em que se desenvolvem os sintomas da esquizofrenia, percorremos tanto a formação quanto a desintegração da formação da *imagem subjetiva da realidade objetiva*, na medida em que o produto desse psiquismo por vezes deixa de orientar socialmente os indivíduos subjetiva e objetivamente na realidade concreta. O impacto dessa dissociação não ocorre apenas no psiquismo, mas na vivência desse sujeito, em como esse indivíduo percebe, se apresenta e atua na vida cotidiana. No capítulo anterior, observamos nos sujeitos dos estudos de caso que a percepção de mundo é efetivada de forma exagerada, permeada por elementos imaginados, alterados sensorialmente e isso impacta a forma como o sujeito reage a essa realidade. Frente a essa realidade alterada perceptivamente, destacamos a importância da mediação externa, seja de um cuidador, familiar ou profissional. A ausência de um suporte concedido por outra pessoa para lidar com um cenário composto por uma realidade que assusta, ameaça, persegue e julga é adoecedora em si. E, por consequência, pode isolar o indivíduo, empobrecer relações, fazê-lo questionar sua capacidade de julgar

integralmente seus sentidos, sentimentos, pensamentos, de se autorregular, características impactantes e desestruturantes para qualquer indivíduo se situar na realidade.

Neste capítulo, almejamos analisar a essência do sofrimento psíquico na esquizofrenia. Para tanto, retomaremos o percurso do desenvolvimento humano, sintetizando os principais conceitos que fundamentam a Psicologia Histórico-Cultural. Abordaremos a formação e estrutura da linguagem simbólica e interior e, por fim, discutiremos acerca das contribuições da Psicologia Histórico-Cultural sobre a esquizofrenia. Consideramos que esses tópicos nos auxiliaram na análise do material coletado na pesquisa de campo, objetivos dos próximos capítulos.

3.1 A UNIDADE AFETIVO-COGNITIVA E BIOLÓGICO-SOCIAL NO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Abordamos na introdução deste trabalho que o desenvolvimento ontogenético ocorre em cada indivíduo na medida em que entramos em contato com as objetivações, produções materiais realizadas pela humanidade (Leontiev, 2004). Vigotski e Luria (1996) ressaltam que, historicamente, o comportamento cultural se constitui por meio do trabalho, linguagem e outros signos psicológicos que auxiliam no controle do comportamento. Quando tratamos do desenvolvimento da criança, tratamos de um processo ontogenético, na medida em que ocorre o crescimento orgânico, a criança também se desenvolve culturalmente, adquirindo habilidades e reações culturais. Leontiev (2021) apresenta que a atividade é a forma de expressão do trabalho humano, que cumpre o papel de orientar e regular nossa conduta. A consciência, resultado dessa atividade, duplica a nossa percepção de mundo, na medida em que percebemos o mundo material e forjamos o reflexo psíquico da realidade. Para isso, é necessário que, enquanto indivíduos singulares, estejamos inseridos nas relações sociais, sendo a comunicação por meio da linguagem simbólica essencial para realizar as trocas necessárias que possibilitam os meios para a realização das atividades humanas: “Por trás dos significados verbais oculta-se a prática social, a atividade transformada e cristalizada neles, em cujo processo revela-se para a pessoa a realidade objetiva” (Leontiev, 2021, p. 54).

Ainda a respeito da importância da linguagem simbólica, Luria (1979a) apresenta que é ela que possibilita a atividade consciente. Para o autor, a linguagem é um sistema de códigos que discrimina e qualifica os objetos do mundo exterior, é o meio de transmissão e conservação do conhecimento acumulado historicamente. No próximo

tópico, abordaremos de forma pormenorizada o papel e o desenvolvimento dessa forma de linguagem como categoria reguladora da personalidade. Aqui, destacamos ainda algumas consequências da apropriação desta: a já citada duplicação do mundo perceptivo, a capacidade de abstração das características essenciais, permitindo um processo de generalização que resulta na construção do pensamento e, ainda, o papel da linguagem simbólica como condutora da transmissão do conhecimento historicamente acumulado. Luria (1979a) ressalta que a linguagem penetra em todos os campos da atividade consciente do homem, reorganiza a percepção do mundo exterior e gera novas leis dessa percepção, que distingue e generaliza os indícios dos objetos. A atenção deixa de ser imediata e passa a ser arbitrária. A memória, que anteriormente era natural, passa a ser consciente, organizada, com infinitas possibilidades de selecionar e arbitrariamente armazenar informações.

Vigotski (2012b) afirma que ao longo do desenvolvimento da conduta, os processos culturais se sobrepõem aos orgânicos. Assim, tanto as trocas culturais quanto naturais se associam em um só processo pois a atividade modifica o curso do desenvolvimento, que é historicamente condicionado. Leontiev (2004) explica que no processo de desenvolvimento da conduta, acumulamos novos conteúdos e desenvolvemos funções psicológicas que não se fixam na humanidade por meio da hereditariedade. A diferenciação da atividade humana não está nas funções psicológicas elementares, mas nas superiores, fruto do desenvolvimento cultural. São neofunções psíquicas que surgem ao longo do desenvolvimento ontogenético de apropriação dos objetos e fenômenos da realidade social.

Acerca da história do desenvolvimento das funções psíquicas superiores, Vigotski (2012b) retoma um aspecto importante para compreendermos não somente o desenvolvimento psíquico humano, mas também para que adiante possamos refletir sobre os impactos dessas funções nas pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. O autor critica as correntes da psicologia que compreendem que o desenvolvimento cultural e o orgânico são fenômenos da mesma ordem, regidos pelos mesmos princípios, e assinala que essa generalização conduz a uma redução dos processos psíquicos superiores aos elementares.

Vigotski (2012b) ressalta que a maioria dos investigadores que estudam a evolução da linguagem acreditam que ela finaliza na primeira infância. Ele sinaliza que o que ocorre nos primeiros anos de vida é que a criança avança muito em seu desenvolvimento, com a aquisição da linguagem simbólica, primeiras expressões de

atenção, memória, pensamento. Porém, ao creditar a essa etapa a responsabilidade sobre todo o desenvolvimento, seria como se estivéssemos investigando apenas os embriões do psiquismo, pois eles vão se complexificar nos períodos posteriores. Ainda neste tópico, retomaremos a discussão a respeito das funções psicológicas superiores, abordando a análise, estrutura, gênese, e aspectos específicos de algumas funções. A seguir, traremos uma reflexão a respeito das consequências do desenvolvimento cultural em situações em que a apropriação da cultura não ocorre ou deixa de ocorrer da forma esperada.

Quando falamos de desenvolvimento cultural das crianças, nos referimos ao processo de desenvolvimento psíquico que se produz ao longo do desenvolvimento histórico da humanidade. Vigotski e Luria (1996, p. 179) abordam que, nesse processo, a criança se reequipa, por meio das trocas sociais, controle de impulsos, criação de novas necessidades: “(...) o comportamento torna-se social e cultural não só em seu conteúdo, mas também em seus *mecanismos*, em seus meios”. Vigotski (2012b) discute que para diferenciar os aspectos culturais e orgânicos da conduta sem entrar em contradição com as leis de desenvolvimento, foi necessário realizar uma investigação por meio de exame genético e um estudo comparativo. Observou-se o entrelaçamento dos processos de acordo com a idade das crianças, comparando o desenvolvimento cultural em crianças com e sem aspectos patológicos - como eram denominados na época.

O defeito, ao provocar um desvio biológico na forma humana estável, ao produzir a deterioração de algumas facetas funcionais, a falha ou a alteração de órgãos – e com eles a reestruturação mais ou menos essencial de todo o desenvolvimento sobre novas bases, de acordo com um novo tipo -, viola, naturalmente, o curso normal de manutenção da criança na cultura. Não devemos esquecer que a cultura está adaptada para um ser humano normal, está acomodada à sua constituição e que portanto, o desenvolvimento atípico, condicionado pelo defeito, não pode ocorrer direta e imediatamente na cultura, como a criança normal (Vigotski, 2012b, p. 42)¹⁸.

Vigotski (2012b) destaca que em formas atípicas do desenvolvimento devemos criar mediações para o desempenho de tarefas, que em um desenvolvimento típico talvez não sejam necessárias. O autor estuda o campo da defectologia, ou seja, do estudo do

¹⁸ As traduções desta obra são de responsabilidade da autora.

desenvolvimento atípico, e afirma que deve haver vias colaterais de desenvolvimento para que as crianças possam alcançar os conhecimentos culturais e formas mais elaboradas das sistematizações humanas. Em sentido semelhante, apontamos que, enquanto sociedade, temos a tarefa de produzir acesso cultural e social para pessoas que expressam alguma forma de sofrimento psíquico no sentido de construir mediações, espaços que promovam sociabilidade, aprendizagem e que compartilhem as potencialidades humanas culturalmente desenvolvidas. Que produzam vias colaterais de desenvolvimento ou restauração de aspectos funcionais desagregados.

Por que realizamos essa reflexão quando ainda estamos tratando do desenvolvimento cultural? Consideramos a relevância de refletirmos como o desenvolvimento cultural é responsável pelo nosso desenvolvimento singular, ontogenético. Se no indivíduo encontram-se uma ou outra barreira, seja gerada por uma desordem biológica ou social – não é relevante neste momento – o meio cultural tem a possibilidade de desenvolver e oferecer condições necessárias para a superação dessas barreiras. Vigotski e Luria (1996) refletem que a inserção dos sujeitos às mediações culturais que permitam o desenrolar do desenvolvimento contribui para que uma experiência de desorganização (podemos pensar na esquizofrenia como um exemplo) não seja determinante, mas seja apenas o reflexo de um subdesenvolvimento cultural, ou seja, uma barreira que, enquanto sociedade, ainda não conseguimos produzir compensações sociais/culturais. Salientamos que, em nossa compreensão, o que impossibilita essa superação é o descaso pelo desenvolvimento atípico, aguçado em uma sociedade de classes, com interesses antagônicos acerca do desenvolvimento humano.

Realizamos tais afirmações conforme as contribuições dos autores que fundamentam nossa análise. Para Vigotski e Luria (1996), o desenvolvimento humano não pode ser reduzido a características estáticas como se nosso desenvolvimento fosse correspondente a um amadurecimento puramente orgânico. Nossas mudanças qualitativas em cada período da vida nos levam a novos patamares de organização psíquica, extrapolando os limites biológicos. As condições sociais que nos modificam e impactam nosso comportamento geram os germes de nossa personalidade, características que são objeto de estudo da psicologia. Vigotski (2004) discorre a respeito dos dispositivos artificiais presentes em nossa cultura, que utilizamos para dirigir o domínio dos nossos processos psíquicos, que são as ferramentas materiais e os instrumentos psicológicos, ou signos. Os signos são dispositivos sociais que nos auxiliam no domínio dos processos humanos como a linguagem falada, a escrita, o pensamento, instrumentos mnemônicos

ou mnemotécnicos, e esses modificam a estrutura de nossas funções psíquicas, configurando o ato instrumental. Enquanto instrumento, a ferramenta organiza o comportamento externo, a mudança no próprio objeto, já o signo, instrumento psicológico gera novas relações entre as funções, muda o psiquismo e o comportamento, determina a atividade autodirecionada, interna. Vigotski (2004, p. 99) destaca a principal ferramenta do ato instrumental psicológico: “A educação é o domínio artificial dos processos naturais de desenvolvimento”.

Vimos que em Vigotski (2012b), a operação com ferramentas determina o trabalho assim como o signo é empregado na constituição dos processos psicológicos superiores, reestruturando as operações e conexões funcionais. Leontiev (2004) afirma que a interiorização das ações ocorre gradualmente, as ações que eram externas passam a se interiorizar, intelectualizando-se no processo de apropriação. A apropriação ocorre na aprendizagem por construções mediadas de elaborações que a criança não alcança sozinha. Já a interiorização é um processo intelectualizado em que a criança observa e reproduz algo em um plano exterior para depois ocorrer a apropriação interna. Vigotski (2012b) nomeou de lei genética do desenvolvimento social o processo que ocorre na internalização das funções psicológicas, sendo analisado pelo autor em diversas obras, como Vigotski (2004, 2012b, 2012c e 2018a).

Vigotski (2004) afirma que toda função psicológica é inicialmente intersíquica, ocorre na observação exterior, depois extrapsíquica, momento em que repetimos para nós mesmos a atividade que deve ser realizada e, posteriormente, intrapsíquica, no momento em que a função já foi apropriada e o indivíduo a realiza de forma autônoma. As funções psíquicas superiores são sociais, são autênticas relações humanas, conforme Vigotski (2012b, p. 151) ressalta: “Modificando a conhecida tese de Marx, poderíamos dizer que a natureza psíquica do homem vem a ser um conjunto de relações sociais transladadas ao interior e convertidas em funções da personalidade e em formas da sua estrutura”. Assim, ocorre o processo de desenvolvimento das funções psíquicas superiores, a atenção, memória, vontade, linguagem, que se reorganizam no interior da atividade social humana. Em momento posterior, abordaremos cada uma dessas funções e a relação com o sistema psicológico. Destacamos aqui o que Vigotski (2012c) acrescenta a respeito da lei genética do desenvolvimento social: nos estágios de desenvolvimento, há o predomínio de uma função psíquica superior, porém as crianças na idade escolar realizam predominantemente o domínio externo das funções psíquicas, enquanto na adolescência

ocorre o domínio interno, mediante condições adequadas de desenvolvimento pois não é algo natural.

A seguir, realizaremos a apresentação de alguns conceitos que Leontiev (2021 p. 103) discute acerca da atividade, consciência e personalidade humanas. Para o autor, a atividade é “(...) uma unidade da vida mediada pelo reflexo psíquico, cuja função real consiste em orientar o sujeito no mundo objetivo”. Trata-se de um sistema que estrutura e transforma nosso desenvolvimento, que ocorre em relação com outras pessoas e objetos, e não apenas uma reação aos fenômenos externos. O produto da atividade é objetivo, não ocorre só no sujeito, mas no objeto que foi transformado pela atividade humana. Isso também se aplica à esfera das emoções e necessidades, sendo necessário distinguir entre a necessidade como condição instintiva e a necessidade produzida socialmente, que orienta e regula a atividade do sujeito, autônoma das necessidades biológicas.

Leontiev (2021) destaca que Vigotski realizou estudos a respeito da origem da atividade psíquica interna a partir da externa, e da análise das características especificamente humanas, como a atividade de trabalho por meio de instrumentos. Conforme abordamos, os processos superiores só podem se originar na interação com outras pessoas, são interpsicológicos, para posteriormente poderem se tornar intrapsicológicos. A compreensão de que as atividades psíquicas internas advêm da atividade prática, resultado histórico da sociedade, alia-se à posição de que ocorre uma alteração do reflexo psíquico. A formação da consciência “(...) não é o significado ou a consciência que antecede a vida, mas a vida que antecede a consciência” (Vigotski, citado por Leontiev, 2021, p. 119). Ocorre um entrelaçamento entre as atividades interna e externa, elas possuem a mesma estrutura geral, uma não está acima da outra.

A análise da estrutura geral da atividade e da consciência individual possui caráter abstrato, porém a mais importante diferença entre as atividades é a diferença de seus objetos pois o objeto confere certa orientação. O objeto da atividade é seu motivo efetivo, que pode ser material ou ideal, perceptivo ou apenas imaginado, mas por trás do motivo-objeto há sempre a necessidade: “Assim, o conceito de atividade está necessariamente ligado ao conceito de motivo. Não existe atividade sem motivo; atividade “não motivada” não é uma atividade desprovida de motivo, mas uma atividade com motivo subjetiva e objetivamente oculto” (Leontiev, 2021, p. 123). Os componentes da atividade humana são as ações, que realizam a atividade. A ação é um processo subordinado a um objetivo consciente, enquanto a atividade é subordinada a um motivo.

O surgimento, na atividade, de processos/ações orientados a um objetivo se deu historicamente em decorrência da transição para a vida em sociedade. A atividade dos participantes no trabalho conjunto é despertada por seu produto, que inicialmente respondeu de forma imediata à necessidade de cada um deles. Contudo, mesmo o desenvolvimento das mais simples divisões técnicas do trabalho necessariamente leva à separação de resultados intermediários, parciais, que são alcançados por participantes separados da atividade de trabalho coletiva, mas que *por si só* não são capazes de satisfazer suas necessidades. Suas necessidades são satisfeitas não por esses resultados “intermediários”, mas por uma parte do produto de sua atividade conjunta, obtida pelo sujeito em virtude das relações que ligam uns aos outros, que emergem no processo de trabalho, ou seja, relações *sociais* (Leontiev, 2021, p. 124).

Ao separar os objetivos e formação de ações (que compõem o mesmo grupo subordinado), há uma ruptura entre as funções que eram unificadas pelo motivo. O motivo contém a função de excitação, as ações, embora sejam despertadas pelo motivo, são orientadas a um objetivo. A atividade se realiza por um conjunto de ações, porém essas ações são subordinadas a objetivos particulares, que podem estar separados do objetivo geral. Em um nível de desenvolvimento mais elevado, é mais característico que o objetivo geral tenha um motivo consciente. A essa tomada de consciência, Leontiev (2021) chama de motivo-objetivo. A ação tem um aspecto intencional, operacional (o que e como deve ser alcançado), determinado pelas condições objetivo-objetais. Operações são os modos de realização da ação, elas são específicas e não se separam da ação, assim como a ação não se separa da atividade. Essas unidades formam a macroestrutura da atividade humana.

A respeito das relações e articulações entre a atividade e a consciência, Leontiev (2021) destaca que nossa atividade é regulada pela consciência, reflexo psíquico da realidade. Assim, os motivos e objetivos são percebidos, reproduzidos na memória. A realidade psíquica é o mundo da consciência, que o autor apresenta como um quadro de como o mundo se revela ao sujeito, incluindo as ações do sujeito, as representações conscientes, a autoconsciência, os reflexos da atividade, sendo que a atividade é mais rica que a consciência pois a atividade traz contribuições à consciência, que podem permanecer ocultas, dando a impressão de que a consciência poderia anteceder a atividade. O autor discute que, devido à divisão da sociedade em classes, na qual uma classe detém os meios de produção e se apropria do produto social, a consciência é impactada por essa desigualdade

e são elaboradas representações ideológicas que estão presentes na tomada de consciência nas relações de sujeitos concretos.

Em sequência, Leontiev (2021) apresenta o significado e o sentido como problema da psicologia da consciência. As imagens sensoriais da consciência possibilitam a compreensão de significados, que são o resultado das operações socialmente elaboradas, meio pelo qual os indivíduos conhecem e alteram a realidade. Os significados expressam a existência humana, por meio da linguagem, que é resultado da prática social. Esses diferem dos conceitos, que são um produto psicológico, de associação e generalização, alcançado a partir da adolescência, resultado do processo de assimilação dos significados historicamente elaborados, conforme abordaremos a seguir. Além do significado objetivo, o autor diferencia o significado para o indivíduo, que ele denomina de sentido pessoal. Os significados têm uma dupla produção: são gerados socialmente conforme o desenvolvimento das línguas e da consciência social e também resultam do movimento da atividade e consciência de indivíduos singulares, em que os significados se individualizam e subjetivam, sem perder sua objetividade. Na sociedade de classes, ocorrem diversas vezes a ruptura entre os significados sociais e os sentidos pessoais, porém para Leontiev, mesmo em uma sociedade sem relações de propriedade privada, teremos a não coincidência entre significados e sentidos. O sentido pessoal confere parcialidade aos fenômenos psíquicos. Enfatizamos que estes conceitos serão essenciais na análise das histórias de vida das pessoas entrevistadas nessa pesquisa.

Para Leontiev (2021), a investigação do processo de formação e de transformação da personalidade na atividade ocorre em condições concretas e é de grande importância para a psicologia. A palavra personalidade é própria dos seres humanos. Não a usamos para nos referir aos animais. Ela expressa uma totalidade, é o produto da conjunção de uma série de processos da vida, definida pelas relações sociais específicas que formaram as vivências de um sujeito: “(...) não nascemos uma personalidade, tornamo-nos uma” (Leontiev, 2021, p. 195). Assim, a personalidade não pode ser vista como algo inato, pois ao ingressar na sociedade, o indivíduo está sujeito a um sistema de relações objetivas que compõem a vida em sociedade e resultam em um processo de personificação. A atividade é a base da personalidade:

(...) na investigação da personalidade, não se pode limitar-se às explicações das premissas, é necessário partir do desenvolvimento da atividade, seus tipos e formas concretas e as ligações que eles estabelecem entre si, uma vez que seu

desenvolvimento muda radicalmente o significado dessas mesmas premissas. Dessa forma, a orientação da pesquisa não parte dos hábitos, habilidades e saberes adquiridos em direção às atividades que os caracterizam, mas do conteúdo e das ligações das atividades em direção aos processos que os realizam, ao modo como eles são realizados e ao que os torna possíveis (Leontiev, 2021, p. 204 e 205).

Outro aspecto evidenciado por Leontiev (2021) é que, no desenvolvimento, as atividades se relacionam entre si por meio de uma hierarquia. Essas relações hierárquicas caracterizam o núcleo da personalidade, sendo que os nós que unem essas atividades em determinada ordenação são resultado do sistema de relações que o sujeito compõe. Esse processo de desenvolvimento da personalidade ocorre nos fenômenos de subordinação, ao longo das relações vivenciadas pela criança. A ampliação das atividades se intensifica ao longo do desenvolvimento, e com o tempo, centralizam-se as principais atividades, às quais as outras se subordinam. A consciência medeia o processo. Leontiev (2021, p. 207) resume:

Assim, na base da personalidade estão as relações de subordinação das atividades humanas engendradas no curso de seu desenvolvimento. Não obstante, em que se expressa psicologicamente essa subordinação, essa hierarquia de atividades? De acordo com a definição aceita por nós, chamamos atividade o processo estimulado e orientado por um motivo, no qual determinada necessidade é objetivada. Em outras palavras, por trás da correlação de atividades, revela-se uma correlação de motivos. Chegamos, assim, à necessidade de voltar à análise dos motivos e examinar seu desenvolvimento, suas transformações, sua capacidade de divisão de suas funções e os deslocamentos que ocorrem dentro do sistema de processo que formam a vida da pessoa como *personalidade*.

Ressalta-se ainda a importância dos motivos na análise psicológica da atividade. Por meio das emoções, temos sinais internos, isto é, que não advêm da realidade externa, que refletem as relações entre motivos e as necessidades que os engendraram. Assim, temos a designação dos motivos formadores de sentido, que desempenham função estimulante, seja negativa ou positiva, e os motivo-estímulos que não estão relacionados diretamente com a formação de sentido pessoal. Na hierarquia dos motivos, os motivos formadores de sentido devem ocupar um lugar superior hierarquicamente aos demais,

caracterizando a esfera motivacional da personalidade. Destacam-se também os motivos não conscientes, que são aqueles que o reflexo psíquico não encontra correspondência na estrutura da atividade, porém eles não são necessariamente estímulos. A tomada de consciência do objeto como motivo ocorre na análise da atividade, subjetivamente são indiretos, na forma de vontade e desejo (Leontiev, 2021).

Outro aspecto que Leontiev (2021) ressalta é que a análise da personalidade não ocorre somente pelo contato do sujeito com condições objetivas, pois as ligações podem ser empobrecidas ou superar muito as condições oferecidas. Um parâmetro mais significativo é o grau de hierarquia das atividades e de seus motivos. Para o autor, o motivo principal que impulsiona a pessoa é conhecido como objetivo de vida. O motivo-objetivo fomenta no indivíduo um novo destino, nova personalidade, buscam-se pessoas e relações que fomentem esse objeto para que ele possa ser partilhado, construído em conjunto com outras histórias de vida. Para o autor, a personalidade envolve níveis de complexidade. Assim, sua estrutura motivacional pode mudar, tanto personalidades unilaterais, quanto multilaterais, ou seja, que possuem restritas ou amplas conexões. Leontiev (2021) aborda os impactos que os conflitos enfrentados nas relações causam na personalidade. Para o autor, relações contraditórias, desordens, impactam a estrutura da personalidade, podem levar à desintegração psicológica, isto é, ao desenvolvimento de esferas da personalidade que ora se amparam na vida real, ora em uma vida ilusória.

Em resumo, destacam-se três parâmetros essenciais da personalidade: a amplitude das relações, o grau de hierarquização e sua estrutura geral. Juntos, formam um esqueleto que precisa ser preenchido pelos indivíduos com suas características singulares, e assim, a personalidade atinge uma nova qualidade, com características superiores, além do acúmulo de simples influências externas: “(...) *a personalidade não pode se desenvolver nos limites da necessidade, seu desenvolvimento necessariamente pressupõe um deslocamento das necessidades para a criação, que não conhece fronteiras* (Leontiev, 2021, *grifos do autor*, p. 242). Ocorre um entrelaçamento entre as atividades, as relações objetivas, as vivências, os motivos, nós que formam a personalidade e a forma pela qual o sujeito encontra sua existência social.

Outro aspecto que Leontiev (2004) destaca é a gênese das funções psíquicas, que se formam no processo de apropriação das produções culturais, associada à investigação dos mecanismos cerebrais. O autor resume alguns aspectos importantes que já abordamos nesse tópico, mas que contribuem na síntese a respeito dos processos cerebrais:

(...) na era da predominância das leis sociais, o cérebro humano não sofre, filogeneticamente falando, modificações morfológicas essenciais; as aquisições do desenvolvimento histórico fixam-se nos produtos objetivos - materiais e ideais - da atividade humana e transmitem-se de uma geração a outra sob esta forma; por consequência, as neoformações psicológicas aparecidas no decurso do processo histórico são reproduzidas pelos indivíduos não em virtude da ação da hereditariedade biológica, mas em virtude das aquisições feitas no decurso da vida (Leontiev, 2004, p. 201 e 202).

Luria (1979a) destaca a relevância de compreender a constituição do cérebro humano, principal órgão da atividade psíquica. O autor realiza uma crítica a duas concepções presentes em sua época, e que ainda hoje possuem grande influência na área, as teorias localizacionistas, que de forma reducionista subdividem as funções psicológicas em áreas restritas do cérebro humano, e a visão holística, que compreende o cérebro como um todo funcional, sem explicações e divisões a respeito das especificidades das funções cerebrais. Para abordar essa temática, Luria (1979a) propõe a revisão do conceito de função psíquica, apresentando a síntese de que as funções são constituídas pelo trabalho de uma série de órgãos, que em um sistema dinâmico constituem os sistemas funcionais: “(...) a função se constitui numa *complexa atividade*, exercida pelo trabalho conjunto de todo um *sistema de órgãos*, cada um dos quais integra esse “*sistema funcional*” em seus *próprios papéis*, assegurando esse ou aquele aspecto desse sistema funcional” (Luria, 1979a, p. 89, grifos do autor). Leontiev (2004) salienta que os sistemas funcionais se constituem ao longo do desenvolvimento humano. Logo, não são formações inatas, e ainda, que se modificam nas etapas do desenvolvimento. Para Luria (1979a), o destaque ocorre quando observamos que mesmo movimentos simples como a respiração utilizam um complexo sistema funcional. Por que as funções superiores, que são gestadas ao longo da história da humanidade não seriam geridas de forma semelhante, e ainda, superior ou mais complexa?

Luria (1979a) apresenta que o estudo desses sistemas funcionais deve ser realizado por meio da análise do cérebro e de suas estruturas. Luria (1979a) e Leontiev (2004) discorrem que casos de lesão cerebral oferecem um campo de investigação na medida em que há situações nas quais mesmo a lesão sendo em uma região específica, ocorre a desintegração de todo sistema funcional, e outras em que há poucas ou específicas alterações. Essas análises permitem o estudo e compreensão dos sistemas

funcionais, sendo essa uma área específica da psicologia, a neuropsicologia. Os autores destacam a investigação a respeito de uma lesão e do que ela desestrutura, como elas afetam o sistema funcional, e mais, possibilidades e métodos de restauração dessas funções, de compensação por meio de novas tarefas que reorganizam as estruturas psíquicas.

A respeito dos princípios da organização funcional do cérebro humano, Luria (1979a) destaca que o cérebro é um sistema complexo e hierárquico, composto por três blocos funcionais que garantem o recebimento, elaboração e execução das tarefas. Assim sendo, o cérebro não é uma unidade indefinida, mas esses três blocos trabalham em unidade, Luria (1979a, p. 95) resume que:

O *primeiro* mantém o necessário tônus do córtex, indispensável para o bom andamento dos processos de recebimento e elaboração da informação, bem como dos processos de formação de programas e controle da execução destes. O *segundo* bloco assegura o próprio processo de recebimento, elaboração e conservação da informação que chega ao homem do mundo exterior (dos aparelhos do seu próprio corpo). O *terceiro* bloco elabora programas de comportamento, assegura e regula sua realização e participa do controle do seu cumprimento.

Abordaremos alguns outros detalhes a respeito destes três blocos funcionais. O primeiro, nomeado de bloco do tônus do córtex ou bloco enérgico do cérebro, sendo tônus a regulação do estado de excitabilidade do sistema nervoso, que permite que a informação seja recebida e elaborada no próximo bloco funcional. Assim, a manutenção do tônus adequado do cérebro é a garantia do estado de alerta do nosso psiquismo, o oposto do que ocorre quando estamos em um estado de sonolência, em que a atividade consciente é falha e desconexa. O segundo bloco funcional é o bloco do recebimento, elaboração e conservação da informação. Os aparelhos cerebrais aqui - áreas parietal, temporal e occipital - possuem um caráter modal-específico, isto é, registram as informações, processam e conservam na memória de forma setORIZADA, sendo cada área responsável pela informação tátil, auditiva e visual, respectivamente (Luria, 1979a).

Por fim, o terceiro bloco funcional é o bloco de programação, regulação e controle da atividade humana. Sua localização está nas áreas frontais dos hemisférios cerebrais. O córtex pré-frontal só existe parcialmente nos vertebrados, ocupa um espaço pequeno nos

macacos e nos seres humanos é integralmente desenvolvido. O terceiro bloco concretiza processos especificamente humanos, como a intenção, o planejamento e a avaliação das ações, conforme ocorre o desenvolvimento ontogenético. Em casos de lesões nessa região, os pacientes sofrem dificuldades de manter suas intenções, planejamentos, segurar impulsos e regular a própria atividade.

Vigotski (2018a) realiza um estudo de grande importância e síntese acerca do tema da pedologia, que trata da ciência do desenvolvimento da criança. Para explicar esse processo, o autor apresenta três leis. A primeira diz respeito à caracterização do desenvolvimento infantil. Trata-se de uma organização histórica, complexa e não linear, em que o ritmo do desenvolvimento não contém uma contagem cronológica, pois nos primeiros meses de vida, o tamanho e as novas aquisições, fisiológicas e de reação aos estímulos são muito significativas. Já quando a criança tem dez anos de idade, podemos observar vários meses sem grandes mudanças. Assim, nos interessa determinar a idade pedológica, ou seja, o nível real de desenvolvimento que a criança atingiu, e não a idade cronológica, obtida por meio de uma investigação estatística com base em um grande número de crianças. A segunda lei da pedologia trata da desproporcionalidade pois particularidades da criança como o crescimento de partes do corpo ou mesmo o desenvolvimento psicológico não se desenvolvem de modo regular e proporcional. Em cada período, um sistema cresce mais que outro e altera-se a relação entre esses sistemas. A ordem desse desenvolvimento não é casual, as funções mais importantes para o período se desenvolvem primeiro. Por exemplo, a percepção vem antes da memória, isso porque a percepção é pré-requisito para exercitar a memória. É preciso perceber a situação. O autor destaca que nem sempre se observa processos somente progressivos, mas há também momentos de involução, entrelaçados no desenvolvimento da criança. Por fim, a terceira lei da pedologia é a lei da metamorfose no desenvolvimento infantil, em que ocorrem transformações qualitativas, de outra esfera de manifestação, sendo que: “Em cada uma dessas etapas, a criança se apresenta como um ser qualitativamente específico que vive e se desenvolve segundo leis diferentes próprias de cada idade” (Vigotski, 2018a, p. 30).

Destacamos que, embora o autor esteja fazendo a discussão referente ao desenvolvimento infantil, compreendemos, como os próprios autores elaboradores da Psicologia Histórico-Cultural, que o desenvolvimento não cessa na transição da infância para a adolescência, ou mesmo da adolescência para a idade adulta, e da idade adulta para a velhice. Desse modo, tais leis seguem vigentes ao longo da vida, na relação direta com

as aquisições, possibilidades e impossibilidades de acesso aos bens culturais. Esse é um ponto importante para compreendermos a gênese e o desenvolvimento dos sintomas hoje tomados como integrantes do quadro da esquizofrenia no contexto da situação social de desenvolvimento de cada sujeito que passa a manifestá-los.

Em sequência, Vigotski (2018a) apresenta três especificidades para definir um método de investigação da pedologia, sendo que a primeira é a importância de definir uma unidade e não um elemento, isto é, um método de decomposição do desenvolvimento que contenha em si todos os aspectos para a análise. A segunda é que o método é clínico, estuda os sintomas e não a doença, não os sintomas em si, mas os processos que se escondem por trás deles, isto é, das manifestações específicas em direção à essência dos processos de desenvolvimento. A terceira especificidade, o autor denomina de caráter genético comparativo pois analisa o desenvolvimento entre crianças em diversas etapas para compreender esse percurso.

Na análise do desenvolvimento infantil, Vigotski (2018a) apresenta cinco estudos, essenciais para abordarmos a complexidade da ciência pedológica, e que auxiliam na investigação das unidades de análise pois o autor nos apresenta uma série de sínteses que possibilitam a compreensão do desenvolvimento humano. Na sequência, apresentaremos os estudos: da hereditariedade e do meio na pedologia; o problema do meio na pedologia; leis gerais do desenvolvimento psicológico da criança; leis gerais do desenvolvimento físico da criança; leis do desenvolvimento do sistema nervoso.

Um aspecto que Vigotski (2018a) destaca e que é de fundamental relevância para este estudo é que as ciências hegemonicamente usam o argumento de que o desenvolvimento humano depende de duas fontes, a hereditariedade e o meio social. No primeiro capítulo deste trabalho, verificamos que essas duas fontes aparecem na definição da esquizofrenia. Porém, Vigotski (2018a) argumenta que essa afirmação é correta, porém insuficiente. Em diversos momentos neste texto afirmamos: partimos da biologia, mas não nos encerramos nela. Assim, a consideração de que no desenvolvimento operam fatores hereditários e do meio social é simplista pois é uma afirmação indubitável. Vigotski (2018a, p. 43) discute:

Isso significa que, para todas as questões relacionadas ao desenvolvimento, teríamos apenas uma resposta: depende da hereditariedade e do meio. Além disso, poderíamos dizer o que há mais do meio e menos da hereditariedade e, em outro

caso, o que há mais da hereditariedade e menos do meio. E nada mais poderíamos descobrir que fosse muito frutífero com a ajuda dessa análise.

E na contramão do que propõe o estudo da pedologia, Leontiev (2021, p. 191 e 192) analisa que, ao nos centrarmos na discussão biológico ou social, estamos trabalhando apenas sobre a aparência do fenômeno. Conforme o autor:

Não se trata absolutamente de constatar que o ser humano é *tanto* uma criatura natural *quanto* social. Essa posição indiscutível indica apenas as distintas qualidades sistêmicas manifestas pelo indivíduo, mas nada diz sobre a essência de sua personalidade, sobre o que a origina. É precisamente nisso que se encerra a tarefa científica. Ela exige compreender a personalidade como neoformação psicológica, que se constitui nas relações de vida do indivíduo como resultado da transformação de sua atividade.

Dessa forma, podemos afirmar que não é surpresa que o desenvolvimento infantil seja determinado pela hereditariedade e pelo meio, porém, é necessário definir o que estudar no campo da pedologia a respeito da hereditariedade e meio e, como estudar. Vigotski (2018a) pontua a diferença de investigar o papel da hereditariedade no desenvolvimento quando observada pelo viés da pedologia e não da genética. São observadas características mais complexas, que se modificam no curso do desenvolvimento, e não aspectos específicos como a cor dos olhos. O objetivo da pedologia está em aspectos que têm uma mínima influência hereditária, em fatores dinâmicos e não aos estáveis. Conforme já definimos anteriormente: “(...) as funções superiores, produto do desenvolvimento histórico do homem, encontram-se numa outra relação com a hereditariedade que não a das funções elementares, predominantemente produto do processo de desenvolvimento evolutivo do homem” (Vigotski, 2018a, p. 67 e 68).

Ainda a respeito do papel da hereditariedade no desenvolvimento infantil, Vigotski (2018a) apresenta quatro leis, sendo elas: i) o desenvolvimento não modifica as inclinações hereditárias, mas acrescenta, na medida em que pode mediar ou mesmo desviar alguma tendência genética; ii) as funções elementares mantêm relação mais estreita com a hereditariedade, diferentemente das superiores, as elementares podem ser influenciadas, lembrando que são as bases genéticas que permitem que as funções

elementares existam e se desenvolvam; iii) o peso da hereditariedade se altera ao longo do desenvolvimento, ainda que ela em si não se modifique, porém não tem a mesma determinação em uma criança de um ano e em um adolescente; iv) por fim, o autor define que: “(...) não há e não pode haver uma definição sumária das influências hereditárias no curso do desenvolvimento que tenha a mesma relação com todos os aspectos deste e com todas as idades” (Vigotski, 2018a, p. 71).

Após a questão da hereditariedade, Vigotski (2018a) discorre a respeito dos impactos do meio social no desenvolvimento infantil, destacando a relação entre a criança e o meio, que para o autor, se constitui como uma unidade que se modifica em cada período. A forma pela qual a criança experiencia os fatos irão definir qual serão as influências desse fato:

Vivência é uma unidade na qual se representa, de modo indivisível, por um lado, o meio, o que se vivencia – a vivência está sempre relacionada a algo que está fora da pessoa –, e, por outro lado, como eu vivencio isso. Ou seja, as especificidades da personalidade e do meio estão representadas na vivência: o que foi selecionado do meio, os momentos que têm relação com determinada personalidade e foram selecionados desta, os traços do caráter, os traços constitutivos que têm relação com certo acontecimento. Dessa forma, sempre lidamos com uma unidade indivisível das particularidades da personalidade e das particularidades da situação que está representada na vivência (Vigotski, 2018a, p. 78).

A influência do meio ocorre de acordo com as possibilidades de compreensão da criança acerca da situação, de como isso reflete em sua consciência e do sentido que ela desenvolve. As situações externas são dinâmicas e impactam o desenvolvimento da criança, e assim sendo, temos duas mudanças: na própria criança e na relação que ela estabelece com o meio social. Dessa forma, o meio influencia a estrutura do desenvolvimento, a atividade desempenhada e as características superiores. Só existimos em sociedade. Sem essa troca social, não nos desenvolveríamos enquanto humanidade (Vigotski, 2018a).

As leis de desenvolvimento psicológico não são lineares, mas é possível observar algumas regularidades do psiquismo e da personalidade consciente da criança. A principal regularidade do desenvolvimento psicológico é que “(...) se alteram e crescem não apenas certas funções psicológicas, mas principalmente mudam as correlações entre elas, pois

existe uma especificidade no sistema de relações entre as funções para cada etapa etária” (Vigotski, 2018a, p. 95). O sistema de relações entre as funções psicológicas é um aspecto fundamental pois as funções estabelecem novas conexões umas com as outras, possibilitando alcançar níveis complexos e superiores entre essas funções e do próprio sistema de relações psicológicas, os sistemas psicológicos. A respeito das relações interfuncionais, ou entre as funções, destaca-se que em cada etapa elas possuem diferentes níveis na consciência e não são independentes. Em cada período do desenvolvimento infantil uma função exerce papel determinante e a cada função que ocupa essa predominância, se altera a atividade da consciência como um todo. Em resumo, Vigotski (2018a, p 104) afirma:

A lei geral de desenvolvimento afirma que cada função, sistema e aspecto do desenvolvimento tem o seu período ideal e mais intenso. A lei particular que analisamos afirma que o desenvolvimento ideal para a função psicológica é o período em que ela, pela primeira vez, se diferencia do restante da consciência e se apresenta como função dominante.

Vigotski (2004), ao tratar dos sistemas psicológicos, exemplifica que no desenvolvimento do pensamento e da linguagem, as funções se estruturam e se relacionam estabelecendo novos agrupamentos. A passagem de um nível a outro é denominada de mudanças interfuncionais. Aqui, novamente o autor salienta a importância da passagem das funções de fora para dentro em um processo de internalização. O que era externo passa a ser interno. A seguir, discutiremos, com base em estudos vigotskianos, o impacto das alterações entre essas funções psicológicas no quadro que se compreende como esquizofrenia pois do mesmo modo que as funções se integram e se entrelaçam por meio das aquisições ou situações sociais de desenvolvimento e que propiciam as novas formações, em condições adversas, a alteração do sistema funcional psíquico possui um efeito contrário, desintegrador.

A respeito do desenvolvimento físico, Vigotski (2018a) salienta que esse conceito é em si agrupador pois diversos órgãos compõem os sistemas orgânicos. Na medida em que ocorre o crescimento, aparecem novas relações de reestruturação interna pois um sistema não é autônomo do outro, mas ambos equipam o mesmo organismo. Por fim, o autor apresenta três leis do desenvolvimento do sistema nervoso: i) a transição das funções para os centros superiores, isto é, funções que antes eram realizadas pelas áreas

ou centros inferiores do cérebro passam a ser executadas por centros superiores, na medida em que se intelectualizam; ii) porém os centros inferiores não têm um rompimento definitivo das funções que cumpriam, se conservam enquanto instâncias subordinadas, o que leva à terceira lei; iii) se em um cérebro já desenvolvido algo ocorre que o centro superior não executa a função, os centros inferiores a assumem. O autor destaca que isso é observado em casos patológicos, em que ocorre a regressão para estágios iniciais do desenvolvimento. Ao final deste capítulo, quando discutiremos acerca das alterações na esquizofrenia, observamos um mecanismo semelhante ao do desenvolvimento do sistema nervoso pois as funções psíquicas mais afetadas no curso do adoecimento passam a se expressar por meio de relações elementares, reagindo de forma mais imediata, sem as mediações mais elaboradas do comportamento cultural.

Com isso, finalizamos os estudos de Vigotski (2018a) acerca do desenvolvimento humano infantil. Consideramos que esses estudos da ciência pedológica demarcam a presença das unidades biológico-social e afetivo-cognitiva, essenciais para compreender a síntese do desenvolvimento humano.

3.2 AS RELAÇÕES INTERFUNCIONAIS DOS SISTEMAS PSICOLÓGICOS

A seguir, abordaremos estudos de Vigotski (2012b) a respeito das funções psicológicas superiores para posteriormente nos determos sobre as especificidades dessas funções. O autor investiga um método que revele o nexo dinâmico-causal entre as funções, ou seja, que, superando as aparências, explique a origem e as relações do fenômeno.

(...) toda forma superior de conduta pode ser sempre fracionada, por inteiro e sem resíduos, nos processos psíquico-nervosos elementares e naturais que as integram, como o funcionamento de toda máquina pode, no final das contas, reduzir-se a um determinado sistema de processos físico-químicos. Por isso, quando se aborda alguma forma cultural de conduta, a primeira tarefa das investigações científicas é analisar essa forma e descobrir seus pares componentes. A análise do comportamento visa sempre o mesmo resultado, demonstra que não há forma completa, superior, de conduta cultural, que não esteja constituída sempre por vários processos elementares e primários de comportamento (Vigotski, 2012b, p. 118).

Dessa forma, podemos afirmar que, tanto em processos de evolução, quanto em processos de involução, o que muda não é a função em si, mas as relações entre elas, justamente as relações interfuncionais. Os processos elementares e as leis que os orientam estão contidos nas formas superiores do comportamento, subordinados a elas. Assim, uma análise pode concluir em um primeiro momento que, ao fracionar as formas superiores encontramos funções elementares, porém, o que muda no comportamento superior é justamente os vínculos interfuncionais e a qualidade que esses vínculos agregam ao psiquismo: “Toda forma superior de conduta é impossível sem as inferiores, mas a existência das inferiores ou acessórias não esgota a essência das superiores” (Vigotski, 2012b, p. 119).

Sobre a estrutura das funções psíquicas superiores, Vigotski (2012b) enfatiza que esse processo ocorre de forma integral, e que o signo reestrutura as relações, possibilitando o processo psicológico superior ao produzir conexões funcionais. Isso possibilita o autodomínio da conduta, em que primeiramente dominamos a natureza, os estímulos, intervimos e em consequência modificamos a própria conduta.

Ainda tratando da gênese das funções psíquicas superiores, Vigotski (2012b) parte do conceito de desenvolvimento afirmando que as crianças aplicam as mesmas leis a que foram submetidas para assimilar as formas culturais de conduta, conforme tratamos, em um processo social, primeiro orientado externamente e depois para o próprio indivíduo. A novidade que destacamos aqui é que o processo de internalização ocorreu para existirem as funções psíquicas superiores, pois elas foram relações reais entre seres humanos antes de se consolidarem ontogeneticamente em cada ser singular.

Cabe dizer, portanto, que passamos a ser nós mesmos através dos outros; esta regra não se refere unicamente à personalidade em seu conjunto mas à história de cada função isolada. Nisto encontra-se a essência do processo de desenvolvimento cultural expressado em forma puramente lógica. A personalidade vem a ser para si o que é em si, através do que significa para os demais. Este é o processo de formação da personalidade. Pela primeira vez se formula na psicologia, em toda sua importância, o problema das correlações das funções psíquicas externas e internas. É evidente aqui, como já dissemos antes, o porque que todo interno nas formas superiores era forçosamente externo, quer dizer, era para os demais o que é agora para si (Vigotski, 2012b, p. 149).

Por fim, Vigotski (2012b) ressalta quatro teses para analisar as funções psíquicas superiores: i) a admissão da base natural do comportamento cultural; ii) a compreensão da relação entre as funções, com a formação de vias colaterais que geram novas possibilidades para o desenvolvimento; iii) a utilização de signos como base estrutural das formas culturais de comportamento; e iv) o autodomínio da conduta.

O autor salienta que, ao alcançarmos as etapas superiores do desenvolvimento, passamos a dominar a conduta. Para tanto, devemos dominar os estímulos das leis naturais, o que permite o domínio das reações frente aos acontecimentos sociais. A criança aprende a dominar esse sistema de estímulos para alcançar o sequente domínio da conduta. No próximo capítulo, discutiremos acerca das dificuldades enfrentadas pelas pessoas entrevistadas na pesquisa de campo com o diagnóstico de esquizofrenia no controle e domínio da própria conduta. E também, como muitas vezes são privadas dos meios materiais que possibilitavam que conduzissem suas vidas pois são afastadas de suas atividades e passam a manter uma relação de dependência com suas cuidadoras.

Abordaremos a seguir a especificidade de algumas funções psicológicas, buscando analisar seu percurso enquanto atributos que possibilitam a constituição e desenvolvimento da consciência, enquanto reflexo psíquico da realidade, até as formas em que atuamos e transformamos ativamente a realidade. A sensação é a porta de entrada, fonte básica do nosso conhecimento sem distinguir os elementos por meio das sensações. Nenhuma atividade consciente é possível, possui caráter ativo e seletivo. Dividida em três grupos, temos as sensações interoceptivas, que são sinais oferecidos pelo interior do organismo e regulam nossas inclinações elementares como a sensação de fome devido a contrações do estômago, ou aperto na bexiga devido à vontade de urinar. As sensações interoceptivas regulam os processos internos de metabolismo, já as sensações proprioceptivas garantem as informações sobre o corpo no espaço, asseguram a regulação do nosso comportamento e, por fim, as extraceptivas são as que recebem os sinais do mundo exterior e oferecem a base do comportamento consciente, o olfato, paladar, tato, visão e audição (Luria, 1979b). Vigotski e Luria (1996) destacam que, apesar do caráter orgânico da sensação, ela não é integralmente natural pois nesse sentido receberíamos as informações como um receptor passivo, mas elas nos possibilitam uma ação ativa frente ao material assimilado por sua integração com os processos perceptivos.

Luria (1979b) apresenta a atividade perceptiva humana discutindo que não vivemos em um mundo de fenômenos isolados, mas de conjuntos de fenômenos

perceptuais. O reflexo das informações que recebemos baseia-se no trabalho conjunto dos órgãos dos sentidos, na síntese de sensações isoladas, que pode ocorrer no limite de uma modalidade isolada ou de várias modalidades. Como resultado dessa unificação, transformamos sensações isoladas em uma percepção integral. Porém, não estamos falando da simples soma de sensações isoladas, de associação de indícios, pois a percepção, reflexo de objetos ou situações integrais, é mais complexa. O autor destaca alguns traços da percepção: o caráter ativo e imediato, material e genérico, capturando os traços essenciais e conexões; a constância e correção com a busca pelo conhecimento da forma real do objeto; e o caráter móvel e dirigível, determinado pela tarefa que se coloca diante do sujeito. A transformação dos estímulos sensoriais em percepção mental ocorre por meio de nossa intervenção no tempo, espaço, com a construção do reconhecimento de situações passadas. As transformações culturais especializam o cérebro humano.

Leontiev (2021) discute que a percepção é uma das formas pela qual nos apropriamos da realidade e nos tornamos humanos. Para isso, é necessária a participação dos órgãos dos sentidos. As imagens, sejam visuais, auditivas ou sensoriais, só são processadas em uma relação ativa entre o sujeito e o objeto. Assim, será necessário “(...) penetrar na atividade do sujeito, a qual medeia sua relação com o mundo objetivo” (Leontiev, 2021, p. 57). Vigotski (2012c) ressalta que em cada novo estágio do desenvolvimento, a percepção, por meio da linguagem, modifica qualitativamente nossa percepção visual, auditiva, tátil. Porém, conforme o autor, é na adolescência que o pensamento atinge a esfera conceitual, o conceito é uma nova formação que requalifica todas as demais. Abordaremos suas características no próximo tópico. Essa nova constituição modifica a percepção visual-direta, regulando a realidade por meio de conceitos elaborados. A percepção passa a ser categorial, menos imediata e mais mediatizada pela análise integrada da situação na qual a percepção de algo ocorre. Salientamos que a percepção vai se apresentar alterada, dissociada por meio dos sintomas classificados como delírios e alucinações na esquizofrenia. A percepção é fundamental tanto nos processos de síntese como de desintegração. Ela é uma das formas em que se realiza o processo de apropriação da realidade humana, o que nos torna humanos.

A próxima função psicológica a se destacar é a atenção. Luria (1979b) apresenta que a atenção involuntária é aquela que é atraída por estímulos fortes, novos, interessantes. Se tratam de reflexos orientados, e é comum em animais e seres humanos. Porém, por meio da linguagem simbólica e desenvolvimento cultural, aprendemos a dirigir nossa atenção voluntariamente, libertando-nos dos estímulos exteriores. Esse

processo inicia externamente, por meio da relação com outras pessoas pois quando um adulto dirige a atenção de uma criança, a criança se apropria desses elementos simbólicos e os utiliza, tanto para dirigir a atenção de outra pessoa, como dela mesma. Vigotski e Luria (1996) chamam a atenção do bebê de instintivo-reflexiva, dotada de um caráter não intencional, não volitivo. Quando a atenção é dirigida internamente, por dispositivos de comportamento cultural, signos, estruturas discursivas interiores, chamamos de atenção voluntária. Vigotski (2012c) salienta que nesse processo, a atenção deixa de ser involuntária, período em que o foco nos objetos domina mais do que a atenção consigo mesmo. Na idade escolar, a atenção alcança os domínios externos, já na adolescência, ela se intelectualiza, passa a ser voluntária e atinge o domínio interno se as condições sociais propiciarem tal desenvolvimento.

Luria (1979b) apresenta que a memória é a função psicológica responsável pelo registro, conservação e reprodução da experiência anterior. É por meio desse registro que acumulamos informações e conseguimos operar com base em nosso conhecimento, quando o fenômeno não está mais presente em nosso campo perceptual. Vigotski e Luria (1996) afirmam que as crianças na idade pré-escolar têm memória imediata, natural. Na idade escolar, já utilizam técnicas de memorização em uma transição entre a memória natural e cultural do adulto. A diferença da memória de uma criança e de um adulto ocorre por meio da aquisição cultural de métodos com signos psicológicos que possibilitam a mediação e rememoram com novo potencial, requalificando a função natural em direção a um reequipamento cultural: “(...) se quisermos estudar a memória de uma pessoa adulta, teremos que estudá-la não sob a forma que a natureza a ofereceu, mas sob a forma que a cultura criou” (Vigotski e Luria, 1996, p. 194). Vigotski (2012c) destaca que na adolescência ocorrem mudanças significativas na memória, e salienta algumas características, como o aumento de interesse, maior quantidade de vínculos associativos, estabilidade e lógica. Porém, a principal alteração é qualitativa. Devido à mudança de relação entre as funções, ao nexos interfuncional, para a criança a memória se amparava na concreticidade e o pensamento é uma função da memória, no adolescente, a memória passa a ser mediada, cultural e se torna ela uma função do pensamento:

(...) a memória do adolescente se libera das imagens concretas visuais-diretas, a memória verbal. A memorização em conceitos, diretamente unida à atribuição de sentido, a análise e sistematização do material passam a ocupar o primeiro plano, com a particularidade de que a elaboração do material, quando a memorização é

verbal, experimental, por regra geral, as mesmas trocas que o pensamento em geral ao passar para a imagem em conceito. Finalmente, devido ao potente desenvolvimento da linguagem interna e ao definitivo desaparecimento das diferenças entre a linguagem interna e externa, a própria memória verbal do adolescente se apoia fundamentalmente na linguagem interna e se converte em uma das funções intelectuais. (...) Se na primeira etapa pensar equivale a recordar; na segunda, memorizar equivale a pensar (Vigotski, 2012c, pág. 136 e 137)¹⁹.

Destacamos a contribuição de Vigotski (2012b) já abordada nesse tópico, de que nas funções superiores, o que muda essencialmente são as relações interfuncionais. Assim, a memória agora se apoia na percepção categorial, na atenção voluntária, reequipando-se e passa a responder como uma função superior, a memória mediada, de caráter especificamente humano.

Vigotski e Luria (1996) ressaltam também a abstração como uma função psíquica de desenvolvimento cultural, salientando que essa função é um produto social decorrente das operações do sistema neuropsicológico, necessária ao processo de pensamento. Os autores salientam que na criança o pensamento é concreto e não apresenta formas abstratas. Abordaremos mais sobre esse conteúdo no tópico a seguir, sobre a linguagem simbólica.

Por fim, apresentamos a função psicológica da criatividade e imaginação. Para Vigotski (2012a), é essencial ressaltar a importância da conservação das experiências vividas, pois sem elas não nos desenvolveríamos enquanto humanidade. Porém, se a nossa atividade cerebral se resumisse à repetição de comportamentos anteriores, quando houvesse alterações no meio, a ação humana seria incapaz de uma adaptação. Dessa forma, além da atividade reprodutiva, desenvolvemos também a atividade criadora, que combina e cria com base nos elementos vivenciados e nas possibilidades que as situações nos oferecem. A atividade criadora também é chamada de imaginação ou fantasia pela psicologia, e, diferentemente da compreensão do senso comum, que percebe a imaginação como algo mágico e descolado da realidade, na ciência psicológica temos a imaginação como fruto das capacidades combinatórias do cérebro: “Todos os objetos do nosso cotidiano, não excluindo os mais simples e habituais, são, por assim dizer, imaginação cristalizada” (Vigotski, 2012a, p. 25). Para tanto, o autor também ressalta a importância

¹⁹ As traduções desta obra são de responsabilidade da autora.

da imitação nas atividades lúdicas. O jogo da criança muitas vezes se caracteriza como uma repetição das atividades dos adultos, porém, não é uma recordação invariável, e sim uma reelaboração criativa de suas vivências, conforme suas necessidades afetivas. A imaginação toma elementos conhecidos da criança que são reestruturados e formam algo novo, que é resultado da atividade criadora e não apenas uma reprodução estável.

A atividade combinatória criativa se desenvolve de forma gradual, a partir de formas elementares para complexas a cada etapa do desenvolvimento. É importante salientar a relação entre a fantasia e a realidade no comportamento humano. Para isso, Vigotski (2012a) apresenta que: i) qualquer criação da imaginação é amparada em elementos da realidade conforme a riqueza e a variedade da experiência acumulada; ii) a ligação da fantasia com a realidade ocorre entre o produto final da fantasia e elementos da realidade pois a imaginação reproduz aspectos do que foi percebido em experiências anteriores com novas combinações; iii) na imaginação percebemos aspectos emocionais pois os sentimentos influenciam a percepção dos aspectos exteriores; iv) a imaginação se torna realidade quando a construção da fantasia se objetiva em uma nova forma material, o processo de imaginação foi cristalizado e o objeto passa a atuar sobre os outros objetos e sobre as pessoas. Esse é o ciclo completo da atividade imaginativa.

No próximo capítulo, retomaremos essas análises acerca dos vínculos entre a imaginação e a realidade ao discutirmos as expressões da imaginação e da fantasia no pensamento das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Salientamos que para Vigotski (2012a), durante a primeira infância, a criança que “conta uma história” fantasiando como se ela tivesse vivido não tem ainda a consciência da diferença entre o que imagina e o que ocorreu. Para o autor, essa distinção vai se desenvolvendo gradualmente, inclusive na devida diferenciação, por exemplo, de que o que se desenha não é o objeto em si, mas uma representação parcial do mesmo. Aprendemos a distinguir o que imaginamos do que vivemos efetivamente de forma semelhante como aprendemos que fazer um plano não significa que ele vá ocorrer de maneira natural pois depende de nossas ações intencionalmente direcionadas. A partir de nossos desejos e necessidades, desenvolvemos motivos que orientam nossas ações e operações, voltados ao fim previamente determinado. São necessárias condições sociais e psicológicas para que esses níveis mais complexos se estruturam. Adiante debateremos de que forma os sistemas de significação podem influenciar/potencializar a compreensão/mediação ou o descolamento da realidade.

Para elucidar o mecanismo da imaginação criativa, Vigotski (2012a) resgata que nossas percepções internas e externas são a base da criatividade, tanto em nossas associações, quanto nas dissociações, que implicam a fragmentação desse todo complexo. Para o autor, a dissociação é um processo importante no desenvolvimento psíquico. No último tópico deste capítulo discutiremos acerca desse processo e seu papel na organização e desorganização do psiquismo. Conforme Vigotski (2012a, p. 48 e 49): “No seguimento do processo de dissociação sucede-se o processo de modificação a que são sujeitos estes elementos dissociados. Este processo de modificação ou de deformação baseia-se na dinâmica das nossas estimulações/excitações nervosas internas e das imagens que lhes correspondem”. Dessa forma, as impressões que captamos da realidade se alteram de acordo com a importância que atribuímos, muitas vezes conforme a influência dos nossos sentimentos, que afetam as nossas impressões exteriores. O autor destaca a importância da inadaptação à realidade para que existam necessidades e aspirações, que são impulso para a ação criadora.

Vigotski (2012a e 2012c) apresenta que em cada estágio do desenvolvimento a imaginação criativa toma contornos particulares de acordo com as possibilidades de conexões do período. A imaginação depende da experiência, da complexidade ou simplicidade das relações e estímulos do meio, que orientam a atividade criativa e também dos interesses, que diferem em cada estágio do desenvolvimento. Todos esses fatores são mais ricos em adolescentes/adultos do que em crianças. Assim, comparando a fantasia da criança com a do adolescente, a do segundo é mais criativa, porém se a comparamos com a do adulto, a deste é mais produtiva. Na adolescência, observamos uma diminuição da imaginação contraditória, subjetiva em direção à objetividade desde que haja condições que a propiciem. Vigotski (2012c) ressalta que a imaginação não se detém no abstrato, como um estágio intermediário, mas é uma etapa do desenvolvimento, uma atividade transformadora, que parte do concreto ao concreto criado e por mais que o abstrato seja um elemento constituinte, ele não é central na imaginação.

Para finalizar este tópico, optamos por expor a discussão a respeito das etapas da periodização do desenvolvimento ontogenético. Salientamos que essas etapas se amparam nos conceitos até aqui apresentados com ênfase nas unidades de análise afetivo/cognitivo e biológico/social. O desenvolvimento humano é resultado de um processo contínuo no qual cada período se distingue pelo aparecimento de algo novo, novas formações, trocas de estrutura da personalidade e da atividade. Leontiev (2004) afirma que para compreender o desenvolvimento do psiquismo é necessário observar que

as mudanças de posição o indivíduo ocupa no sistema das relações sociais, que ocorre conforme o nível atingido naquele momento. Vigotski (2012c) apresenta uma divisão entre etapas e estágios dos períodos da vida infantil, que são separados por crises, momentos de viragem no desenvolvimento. Para o autor, algumas crises podem apresentar períodos mais agudos, e podemos distinguir algumas características gerais, como a dificuldade de delimitar o início e o fim das crises, o decaimento de interesses, seja escolar ou profissional, e também pela atividade que ocupava a maior parte de seu tempo no período anterior, e em decorrência, torna-se difícil de educar. Leontiev (2004) e Vigotski (2012c) enfatizam que as crises são ligadas a uma mudança de estágio, que abordaremos em detalhes a seguir, e envolvem o nascimento de novas atividades, interesses, e o desaparecimento de antigos, sendo o aparecimento da nova formação o destaque que discutiremos aqui.

Vigotski (2012c) apresenta leis sobre a configuração interna do processo de desenvolvimento. A nova formação de cada etapa irá guiar o desenvolvimento e reorganizar sobre novas bases a estrutura sistêmica da consciência e da personalidade. O autor chama de linhas centrais do desenvolvimento os processos que se vinculam à nova formação e linhas acessórias do desenvolvimento, os processos parciais, aqueles que se referem às características do desenvolvimento da idade anterior. Outro aspecto que o salienta é a situação social do desenvolvimento, que se trata da relação entre a personalidade da criança e o meio social em cada período, sendo que as trocas com a realidade concreta são o ponto de partida do desenvolvimento, que possibilitam as novas formações. A reestruturação da situação social de desenvolvimento é o que caracteriza os períodos críticos do desenvolvimento. Em direção semelhante, Leontiev (2004) apresenta que cada etapa do desenvolvimento é caracterizada por relações da criança com a realidade, pela atividade dominante daquele período, em que a atividade se diferencia e se reorganizam os processos psíquicos particulares e a personalidade da criança.

Abrantes (2012) elabora um quadro da periodização do desenvolvimento, mostrando a divisão em épocas, primeira infância, infância e adolescência, sendo que cada época possui dois períodos, dos quais vamos abordar a seguir. Adiante apresentamos uma tabela, amparada na contribuição de Abrantes (2012) e também na discussão realizada acerca da predominância das funções psíquicas que guiam o permanente processo de interação com a realidade social. Nosso objetivo é visualizar as trocas que ocorrem na periodização do desenvolvimento, aliada à reorganização das funções psíquicas pois a cada período ocorre a formação de uma nova atividade e de uma crise do

desenvolvimento, sendo que a mudança de épocas representa as duas maiores crises, a crise dos três anos e a crise da adolescência.

Na primeira época, da primeira infância, temos dois períodos, o primeiro ano e a primeira infância. Durante o primeiro ano de vida, a atividade dominante do bebê é a comunicação emocional direta, em que o contato com os adultos é que possibilita essa troca e guia o desenvolvimento do estágio. Vigotski (2012c) apresenta que nesse período ocorrem duas crises, a pós natal, que delimita o período embrional do desenvolvimento do primeiro ano, e a crise do primeiro ano de vida, que prepara o bebê para o próximo período, o da primeira infância, que compreende em média as crianças de um ano a três anos de vida. Na primeira infância, a atividade principal é a objetal manipulatória, em que a criança tem como foco o manejo de brinquedos e objetos de seu cotidiano, observando a textura, cores, sensações que esses objetos despertam.

Outro aspecto importante no desenvolvimento infantil na primeira infância é referente às funções psicológicas que estão em foco durante esse período. Conforme abordamos anteriormente, a primeira função psíquica que permite que a criança esteja em contato com a realidade material é a sensação e em sequência a percepção, que permite a integração de elementos. Vigotski (2012c) apresenta que a percepção é a função psíquica em maior desenvolvimento na atividade de comunicação emocional direta e na objetal manipulatória, que permitem a intervenção e entrelaçamento com a realidade. Para Leontiev (2004), há uma relação recíproca entre o desenvolvimento das funções e o desenvolvimento da atividade, sendo que o primeiro permite que a atividade se realize. Por mais que já haja mecanismos elementares de atenção e memória, essas não são as funções que direcionam a conduta da criança. A percepção permite um enriquecimento social desse período. Ressaltamos ainda que no primeiro ano a troca da atividade principal da criança está centrada no polo afetivo-emocional, nas relações que estabelece com os adultos ao redor.

A respeito do processo de formação da personalidade, Leontiev (2021) destaca que o desenvolvimento humano é permeado por peculiaridades desde o começo da vida, tais como o caráter mediado das ligações da criança com o mundo externo. Para o bebê, essas relações são fundidas. Na criança, ocorre a separação entre o interno e o externo. Destaca-se também a alternância entre fases do desenvolvimento de caráter relacional, afetivo-emocional e de caráter intelectual-cognitivo, em cada fase ocorre uma reestruturação da hierarquia dos motivos, nós da personalidade:

A formação da personalidade pressupõe o desenvolvimento do processo de formação de objetivos e, de forma correspondente, o desenvolvimento das ações do sujeito. As ações ao se enriquecerem cada vez mais, de certa forma superam o círculo de atividades que realizam, e entram em contradição com os motivos que as engendram. O fenômeno dessa superação é bastante conhecido e é constantemente descrito na literatura sobre psicologia etária, embora em outros termos; eles ora constituem as chamadas crises do desenvolvimento (crise dos três anos, dos sete anos, da adolescência), como as muito menos estudadas, crises da maturidade. Conseqüentemente, ocorre um deslocamento dos motivos em objetivos, alteração de sua hierarquia e o nascimento de novos motivos, novos tipos de atividade; os objetivos anteriores são psicologicamente desconsiderados, e as ações que respondem a eles deixam de existir absolutamente ou se convertem em operações impessoais (Leontiev, 2021, p. 227 e 228).

Vigotski (2012c) também ressalta que no período da primeira infância, a troca principal possui um caráter mais acentuado no polo intelectual-cognitivo, ou seja, a criança está centrada nas relações objetivas. Abrantes (2012) destaca que em toda época ocorrem essas duas predominâncias, ora afetivo-emocional, ora intelectual-cognitivo, e que na mudança de época há uma ruptura para que um novo ciclo se inicie.

O marco que caracteriza o fim do período da primeira infância e a entrada para o período da infância é a crise dos três anos de idade, um período crítico, em que há, pela primeira vez, a mudança de uma atividade de cunho intelectual-cognitivo para afetivo-emocional, crise marcada pelo primeiro negativismo, em que a criança passa não somente por uma ruptura, mas por um salto qualitativo do desenvolvimento (Vigotski, 2012c). O primeiro período da infância é a idade pré-escolar, em que a atividade dominante são os jogos de papéis. Conforme Leontiev (2004), nesse período a criança tem pouco acesso à execução da atividade humana. Então, na atividade com jogos, a criança ultrapassa a barreira de relação com os pais e de manipulação dos objetos, atingindo o mundo concreto das relações humanas, de brincadeiras de reprodução destas. A função psicológica em destaque nesse período é a memória e seu papel de, com base na atividade prática, recordar para organizar a atividade, o que intensifica o desenvolvimento.

Com o fim da idade pré-escolar, inicia o período da idade escolar, com a crise dos sete anos. Leontiev (2004) salienta que a entrada na escola regular é a passagem da criança pré-escolar, momento em que suas relações se reorganizam, e elas passam a

ocupar um lugar social com maior responsabilidade. Os deveres escolares são a primeira impressão para a criança de que ela está realizando uma atividade importante. Nesse período em que a atividade principal é a atividade de estudo, o foco é predominante no polo intelectual-cognitivo, a criança desenvolve centralmente a função psicológica da atenção, que passa a ser exigida de forma sistemática pela primeira vez, com a memorização de informações, tabelas, sistemas complexos e objetivos.

Por fim, Vigotski (2012c) afirma que a crise da adolescência, também chamada pelo autor como a idade de transição, é uma viragem no desenvolvimento em que a criança passa da idade escolar à puberdade. De forma ainda mais significativa do que as novas responsabilidades da idade escolar, Leontiev (2004) ressalta que a adolescência é a passagem para novas formas de vida social. Conforme as condições que lhe são acessíveis, é esperado do jovem uma atitude crítica frente às exigências que lhe são feitas. A entrada no período da adolescência inicial é marcada pela crise da adolescência e pelo segundo negativismo, que já apareceu inicialmente na crise dos três anos. A atividade que guia o desenvolvimento nesse período é a comunicação íntima pessoal, de maior troca social com pessoas além de seu convívio familiar. O próximo período, ainda dentro da época da adolescência, é o período da adolescência final, em que volta a predominar o foco intelectual-cognitivo e a atividade profissional de estudo é que guia o desenvolvimento do adolescente. Na adolescência, ocorre uma completa reestruturação das funções psicológicas predominantes ao longo da periodização da infância.

Leontiev (2021) destaca que a idade pré-escolar e a adolescência são períodos críticos, de viragem da atividade. As novas ligações do sujeito com a realidade e a reorientação das relações modificam a consciência, o reflexo psíquico, e em consequência alteram-se a hierarquia dos motivos, que são subordinados a este novo sistema. Na correlação dos motivos e da atividade, eles podem adquirir determinado sentido. Na correlação dos motivos entre si, alguns podem subordinar outros motivos, se elevar, rebaixar, perder a função de formar sentido.

A transição da adolescência, em que se reestrutura a personalidade, altera o curso do desenvolvimento. É uma reconstrução da esfera de relações interpessoais e com a sociedade. Destaca-se esse período como um momento de intensidade das trocas sociais. O sujeito passa a reconhecer as classes sociais, se posicionar perante situações críticas, toma consciência de sua própria história pregressa, muitas vezes reavaliando e rejeitando traços de criação de sua biografia. Essas reflexões podem produzir deslocamentos, a depender das condições históricas e materiais, ocorrendo uma degradação social da personalidade,

sendo que isto: “(...) é especialmente dramático no contexto da sociedade de classes com sua inevitável alienação e parcialização da personalidade, com suas alternativas entre submissão e dominação” (Leontiev, 2021, p. 231). Porém Leontiev (2021) destaca que a afirmação de que a personalidade seria produto de uma biografia improdutiva é uma visão reducionista. Para o autor, a personalidade é formada com base em circunstâncias concretas, por meio da nossa relação com o mundo, sendo a riqueza das ligações que o indivíduo estabelece um fator fundamental pela atividade e pelos motivos formadores de sentido (não por estímulos e operações) e quando não ocorre uma ampliação, temos o estreitamento dos interesses. No próximo tópico, retomaremos as etapas da periodização do desenvolvimento. Apresentamos aqui apenas alguns conceitos que Leontiev (2021) relaciona com a atividade guia de cada período. A seguir, apresentamos a Tabela 4 - A periodização do desenvolvimento humano e a centralidade das funções psicológicas:

Tabela 4 - A periodização do desenvolvimento humano e a centralidade das funções psicológicas

Época	Primeira Infância		Infância		Adolescência	
Período	Primeiro ano	Primeira infância	Idade pré-escolar	Idade escolar	Adolescência inicial	Adolescência
Atividade dominante	Comunicação emocional direta	Objetal manipulatória	Jogo de papéis	Atividade de estudo	Comunicação íntima pessoal	Atividade profissional de estudo
Função psicológica em destaque	Sensação	Percepção	Memória	Atenção	Reestruturação das funções psicológicas - desenvolvimento do pensamento conceitual	

Devido à importância da adolescência ao longo do desenvolvimento, às trocas fundamentais que ocorrem no psiquismo e na personalidade, e à importância dessas para abordarmos o sofrimento psíquico na esquizofrenia, nos detemos aqui nas especificidades da idade de transição da adolescência. Destacamos que no próximo tópico ainda abordamos uma nova formação - central na adolescência - a formação do pensamento por conceitos, para então, no tópico a seguir, abordar estudos que tratam especificamente do processo da esquizofrenia em indivíduos singulares.

Assim, Vigotski (2004) trata a respeito do desenvolvimento dos interesses na idade de transição, afirmando que esses são a chave para compreender o psiquismo nesse período. Vimos que a necessidade é impulsionadora da atividade humana, ela origina as aspirações e interesses. As necessidades podem ser de duas ordens, as autênticas e não autênticas, que constituem a esfera dos interesses humanos. As novas necessidades nascem sobre a base das autênticas e possuem mecanismos que colocam em ação nossas reações. Os interesses se desenvolvem em conjunto com o desenvolvimento da personalidade. Um exemplo é a forma contemporânea do amor sexual romântico, ou da religião como organizadora de um sentido de vida. São formas superiores da necessidade humana que engendram interesses. Assim, na adolescência, durante o desenvolvimento crítico, há um decréscimo do rendimento escolar quando a conduta e o desenvolvimento intelectual estão em ascensão, e isso se justifica devido à atividade estar inserida em uma nova estrutura de interesses. Os novos interesses ampliam o círculo de possibilidades dos adolescentes, não somente o mundo interno modifica, mas o externo também. Esse é o período em que há maior diferenciação entre hábitos e interesses. A transição dos períodos da adolescência inicial e da adolescência final é caracterizado por interesses mais estáveis. Assim, essa nova etapa se caracteriza por um maior rendimento e produtividade. Logo, a segunda fase de desenvolvimento da adolescência é uma fase positiva, de afirmação dos interesses culturais e de orientação para o futuro.

Um aspecto essencial que merece destaque é que jovens trabalhadores vivenciam um período menor de adolescência, tendo seu início atrasado, e final adiantado. Trata-se de uma etapa de transição retraída. Na adolescência final, o jovem trabalhador tem seus interesses reduzidos, em tempo e possibilidades, pois sua atividade profissional muitas vezes já começou a ser desempenhada, ocupando o espaço da atividade profissional de estudo (Vigotski, 2012c). Destacamos essa análise pois todos os entrevistados na pesquisa de campo eram trabalhadores ou da classe trabalhadora, e já lhes era exigido atividade de trabalho remuneratória.

Ao abordar a respeito da dinâmica e estrutura da personalidade do adolescente, Vigotski (2012c) apresenta três leis. A primeira é sobre a transição das funções psíquicas, de naturais e imediatas à mediadas, desenvolvidas culturalmente por uma nova e complexa combinação entre as funções. A segunda lei afirma que as funções psicológicas superiores são fruto do desenvolvimento coletivo da humanidade, decorrente do comportamento cultural. Assim: “Estas estruturas não são mais que as relações de ordem social, transladadas ao interior da personalidade que constituem a base da estrutura social

da personalidade humana. A natureza da personalidade é social” (Vigotski, 2012c, pág. 228). A terceira lei trata do processo de internalização das funções, que são inicialmente externas e, no processo de trocas sociais, viram domínio da consciência e da personalidade. Destaca-se nesse processo a formação da autoconsciência, produto do desenvolvimento das necessidades humanas, que é a última formação superior do adolescente, e possibilita maior profundidade no desenvolvimento cultural da conduta e do pensamento.

3.3 A PALAVRA COMO CÉLULA DA CONSCIÊNCIA

Neste tópico, discutiremos acerca dos processos que ocorrem no desenvolvimento do pensamento e da linguagem. Optamos por aprofundar nesse conteúdo pois na esquizofrenia ocorrem certas alterações no pensamento conceitual e na linguagem simbólica, conforme trabalharemos no tópico a seguir. Também analisamos a transição da linguagem egocêntrica para a linguagem interior e sua importância na organização da conduta. Dessa forma, neste tópico temos por objetivo apresentar uma síntese dos principais conceitos que nos fornecem uma compreensão global acerca do papel da linguagem, seu percurso de desenvolvimento, as possíveis desorganizações e o impacto no psiquismo humano.

Luria (1984) aborda a estrutura psicológica da linguagem, seu papel na comunicação e na formação da consciência. O autor distingue a linguagem presente nos animais como uma quase-linguagem, enquanto nos seres humanos formamos complexos sistemas de códigos para designar objetos, características, ações, transmitindo informações dentro e fora da ação prática. Por meio desse sistema de códigos, formamos o pensamento abstrato e a consciência categorial.

Vigotski e Luria (1996) abordam que no desenvolvimento cultural da fala e da linguagem, as primeiras palavras correspondem ao desejo da criança, ou os aspectos em que ela se focou. Essa é a primeira expressão do desenvolvimento do pensamento verbal. Vigotski (2012c) discute que o pensamento prático se desenvolve antes do verbal, e se evidencia na experiência social da criança que, em contato com a tarefa, funde de forma indiferenciada as funções de ação e linguagem. Essa é a fonte do desenvolvimento do pensamento prático. A ação e a linguagem têm íntima relação. Em princípio, a linguagem acompanha a ação intelectual, refletindo os resultados da atividade: “Assim é como se forma a primeira relação objetiva entre a linguagem e o pensamento. A linguagem se

converte em um meio do pensamento porque reflete a ação intelectual prática que transcorre objetivamente” (Vigotski 2012c, p. 157). A linguagem se intelectualiza nas operações práticas da criança, o pensamento se converte em verbal.

Vigotski (2012c) apresenta um esquema acerca do desenvolvimento da atividade prática na criança. No primeiro ano, a criança aprende o balbucio - é a primeira forma de ação prática da linguagem. Na primeira infância, observamos uma união entre a linguagem socializada do adulto e a ação infantil, que se materializa em uma comunicação sincrética. Na idade pré-escolar, a linguagem é direcionada à própria criança. Ocorre a união da linguagem egocêntrica e da ação prática. Na idade escolar, a linguagem egocêntrica já foi internalizada e se une com a ação prática. Por fim, na idade de transição da adolescência ocorre o surgimento do pensamento verbal em conceitos, com a interação da linguagem e do pensamento ativo. A mudança é significativa pois, na criança, a função dirigente é o intelecto prático, no adolescente, a prática se subordina ao pensamento. Na idade de transição, todas as funções, percepção, memória, atenção, ação prática, não se desenvolvem de forma isolada, mas se subordinam a uma nova lei, que rege o desenvolvimento, a função de formação de conceitos. Para compreendê-la, abordaremos seu processo genético e funcional a seguir.

Vigotski (2010) realizou um estudo experimental do desenvolvimento dos conceitos que permite a compreensão desse processo e, adiante, o papel e as consequências das operações psicológicas realizadas por meio do pensamento conceitual. O método funcional de dupla estimulação é apresentado com o objetivo de estudar o papel das funções psicológicas superiores na formação da palavra como signo psicológico e como ocorre o emprego desta na formação dos conceitos. Destaca-se que esse é um processo vivo do pensamento em que a elaboração do conceito reelabora a intervenção do sujeito na realidade.

É notório que, por mais que a formação de conceitos se apresente em sua forma evoluída na adolescência, esse processo inicia na infância. Dessa forma, abordaremos a seguir o que Vigotski (2010) chama dos três grandes estágios básicos do desenvolvimento de conceitos. O primeiro estágio é o sincretismo, momento em que predomina a função perceptiva na criança e a palavra é compreendida com base em uma associação indiferenciada de diversos elementos. A criança busca classificações com base em suas impressões sensoriais, sem vínculos objetivos. A palavra atinge seu significado por meio da orientação e correção dos adultos, conforme a possibilidade da criança em identificar uma imagem sincrética.

O segundo grande estágio do desenvolvimento dos conceitos apresenta um grande salto pois a base deixa de ser subjetiva e a criança passa a construir classificações conforme os vínculos objetivos que compreende. É o estágio de formação de complexos. A sistematização possui uma organização concreta e coerente e a palavra já expressa o mesmo sentido funcional dos adultos, porém, ainda não se assemelha ao pensamento por conceitos, de caráter abstrato. O estágio dos complexos apresenta cinco fases: a associativa, que possui pouca sistematização pois utiliza qualquer vínculo que possa ser associado por semelhança ao objeto; a de coleção, que realiza combinações conforme impressões concretas, aqui observa-se a comparação e a funcionalidade das coisas; a fase em cadeias, em que se organizam os elementos em uma cadeia, conforme um objeto se relaciona com o próximo, sendo que entre o começo e o fim dessa cadeia pode não haver nenhuma relação; o difuso, que é o complexo em que combina elementos de uma forma concreta, porém confusa, busca-se uma semelhança funcional que ocorre por meio de generalizações arriscadas; por fim, a fase dos pseudoconceitos, que faz a transição do pensamento por complexos para o conceitual. Na aparência os pseudoconceitos e os conceitos são idênticos, porém sua natureza genética é dinâmico-causal, própria do estágio de complexos. Vigotski (2010, p. 194) ressalta o risco de confundir o pensamento por pseudoconceitos do pensamento conceitual:

A possibilidade de compreensão cria a impressão de que o ponto final do desenvolvimento do significado das palavras coincide com o ponto inicial, de que o conceito é fornecido pronto desde o princípio e que, conseqüentemente, não resta lugar para o desenvolvimento.

O pseudoconceito representa o elo ao conceito por sua dupla natureza funcional, em que é compreensível, porém, por via de outras operações intelectuais. O conceito pressupõe as características de decomposição, análise e abstração. Também dividida em fases, Vigotski (2010) apresenta que a primeira fase do estágio de conceitos é próxima ao pseudoconceito, em que, por meio de generalização, o sujeito passa a discriminar elementos perceptivos do geral porém ainda de forma superficial, buscando semelhanças entre os vínculos analisados. A segunda fase é a do estágio de conceitos potenciais, em que é possível, pela primeira vez, abstrair elementos do grupo concreto. Por fim, em conclusão da evolução do intelecto, o terceiro estágio é o conceitual, que não é necessariamente conscientizado, pois formar e empregar o conceito é permeado por

outras dificuldades da vida do adolescente. Quando estamos inseridos em um desenvolvimento cultural, podemos atingir o pensamento conceitual, mas os pseudoconceitos não deixam de existir pois em áreas que não dominamos temos apenas um conhecimento geral. Destacamos a seguir a explicação de Vigotski (2010, p. 246) a respeito da formação qualitativamente nova do pensamento conceitual:

Um conceito é mais do que a soma de certos vínculos associativos formados pela memória, é mais do que um hábito mental; é um ato real e complexo de pensamento que não pode ser aprendido por meio de simples memorização, só podendo ser realizado quando o próprio desenvolvimento da criança já houver atingido o seu nível mais elevado. A investigação nos ensina que, em qualquer nível do seu desenvolvimento, o conceito é, em termos psicológicos, um ato de generalização.

Vigotski (2010) aborda as diferenças e relações entre os conceitos científicos e espontâneos, partindo da defesa de que a aprendizagem é a fonte do desenvolvimento dos conceitos, e que só é possível a formação dos conceitos quando as crianças começam a compreender o significado das palavras. Para o autor, os conceitos espontâneos partem da concretude em direção ao abstrato, já os científicos, apresentam o percurso inverso, do abstrato ao concreto. Dessa forma, os conceitos científicos não seguem o mesmo curso do desenvolvimento dos espontâneos, enquanto os espontâneos são memorizados, os científicos são uma atividade do pensamento, que se apoiam na apreensão dos significados dos conceitos espontâneos.

Conforme abordamos anteriormente, o desenvolvimento psicológico da criança ocorre por meio de mudanças nas relações interfuncionais e não em funções separadas. Assim, a aprendizagem dos conceitos científicos possibilita não somente a apreensão de um conceito isolado, mas a generalização dos processos abstratos do pensamento. Com isso, novos potenciais são possíveis, como a arbitrariedade, a tomada de consciência e a sistematização de novos conceitos, que se subordinam uns aos outros para a formação do sistema de conceito (Vigotski, 2010).

Para materializar o que Vigotski (2010) está analisando a respeito das relações entre os conceitos científicos e espontâneos, abordaremos a discussão a respeito da fala e da aprendizagem da escrita. Ambos os processos são semelhantes em sua aparência, mas não na essência. A escrita requer a abstração sonora da fala pois não é proferida. O

receptor da informação está ausente, o que exige uma maior capacidade de abstração da criança. A escrita fica ainda mais distante quando analisamos a linguagem interior, que possui um caráter abreviado, é reduzida pois é direcionada ao próprio sujeito que reflete, enquanto a linguagem escrita é maximamente desenvolvida, seu conteúdo deve expressar com diretividade e clareza a informação desejada. Dessa forma, é uma linguagem mais consciente. A partir da escrita, a criança reestrutura a própria fala. Com o domínio das regras gramaticais, a fala se apresenta com maior complexidade e organização.

Observamos também, que na linguagem escrita há intencionalidade e arbitrariedade, que não são conscientizáveis na linguagem oral/sonora. A gramática nos mostra como o desenvolvimento se aprimora ao longo da periodização humana, e que a aquisição da linguagem verbal é apenas o início desse processo. Para isso, o desenvolvimento dos conceitos espontâneos é essencial para que os científicos possam se sobrepôr a eles, por mais que o desenvolvimento dos conceitos tenham caminhos opostos, são inter-relacionados. Vigotski (2010) aborda ainda a respeito do sistema de relações e de generalidade dos conceitos, em cada fase do desenvolvimento há um lugar para determinado conceito dentro do sistema de conceitos, pois é partindo da apropriação de determinados conceitos que podemos estabelecer relações com os demais e alcançar novos patamares e generalizações. Porém, destaca-se:

Em caso de perda de memória provocada por doença, perturba-se a medida de generalidade, ocorre uma desintegração da unidade do concreto e do abstrato no significado da palavra. Os conceitos perdem a sua medida de generalidade, suas relações com outros conceitos, com o superior, o inferior e toda a sua série, o movimento do pensamento começa a realizar-se por linhas quebradas, irregulares e salteadas, o pensamento se torna alógico e irreal, uma vez que o ato de abrangência dos objetos dos conceitos e da relação do conceito com o objeto deixa de formar uma unidade (Vigotski, 2010, p. 367 e 368).

O que o autor nos chama atenção, é que a medida de generalidade nos organiza conceitualmente, tanto nos conceitos espontâneos quanto nos superiores, e em casos em que esse sistema é desorganizado, rompemos com a unidade que estrutura nossas relações de significação. O conceito não possui uma função em si, mas sim dentro da operação do pensamento em relação com os demais.

Vigotski (2010) aborda a relação entre o pensamento e a linguagem, salientando o vínculo entre ambos, analisando que por meio do desmembramento do pensamento discursivo, é possível identificar no significado da palavra a unidade que contém em forma primária as propriedades do todo. Conforme vimos, o significado da palavra é uma generalização, um conceito, logo é um ato, um fenômeno do pensamento:

O significado da palavra, como tentamos elucidar anteriormente, é uma unidade indecomponível de ambos os processos e não podemos dizer que ele seja um fenômeno da linguagem ou um fenômeno do pensamento. A palavra desprovida de significado não é palavra, é um som vazio. Logo, o significado é um traço constitutivo indispensável da palavra. É a própria palavra vista no seu aspecto interior. Deste modo, parece que temos todo o fundamento para considerá-la como um fenômeno do discurso (Vigotski, 2010, p. 398).

Temos uma imbricação entre a palavra expressar um fenômeno do pensamento e o pensamento apresentar caráter discursivo pois precisamos de um indivíduo realizando atividade psíquica para que esses fenômenos possam estar em relação. Em decorrência disso, Vigotski (2010) destaca que os significados das palavras se desenvolvem socialmente, eles não podem ser imutáveis, pois representam a generalização da realidade na consciência. Assim, se o significado da palavra pode mudar, a relação da palavra com o pensamento também é dinâmica, mutável. Dessa forma, em cada indivíduo singular teremos um processo também dinâmico de construção dos significados, da relação entre pensamento e linguagem, que sofre alterações ao longo do desenvolvimento ontogenético.

Vigotski (2010, p. 409 e 410) salienta o movimento que ocorre entre o pensamento e a palavra na consciência desenvolvida: “Esse fluxo de pensamento se realiza como movimento interno, através de uma série de planos, como uma transição do pensamento para a palavra e da palavra para o pensamento”. Por mais que a linguagem seja uma unidade complexa, o autor discrimina dois planos que constituem esse movimento, o aspecto semântico interior e o aspecto físico e sonoro exterior. O aspecto externo do desenvolvimento da linguagem ocorre com palavras ou frases simples em que a palavra tem o intuito de expressar o conteúdo de uma oração, a complexidade de uma frase inteira. O contrário é observado no aspecto semântico no qual a criança começa pelo todo e depois passa a segmentar significados verbais de cada palavra. Os planos semântico e sonoro

não são iguais, eles se fundem, mas podem transcorrer por caminhos opostos. O pensamento da criança é confuso e inteiro, e encontra na linguagem sua expressão para uma palavra isolada. Vigotski (2010, p. 412) retrata o modo em que o pensamento se constitui na palavra:

Por sua estrutura, a linguagem não é um simples reflexo especular da estrutura do pensamento, razão por que não pode esperar que o pensamento seja uma veste pronta. A linguagem não serve como expressão de um pensamento pronto. Ao transformar-se em linguagem, o pensamento se reestrutura e se modifica. O pensamento não se expressa, mas se realiza na palavra.

É importante ainda mencionar as diferenças estruturais e funcionais das palavras para as crianças e adultos, pois para as primeiras, a manifestação da palavra é mais concreta, enquanto no adulto, por meio da generalização e abstração, a palavra pode se separar do objeto, pode ser substituída no pensamento. A estrutura e funcionamento da linguagem interior é ainda mais peculiar. Vimos anteriormente que ela é abreviada, direcionada ao próprio sujeito, oposta à complexidade da linguagem escrita. Vigotski (2010) conceitua a linguagem interior, primeiramente diferenciando-a da memória verbal, que é um fenômeno do desenvolvimento da função psicológica da memória. Distingue também da redução da fala verbal, da linguagem não pronunciada, que é uma forma da linguagem exterior que não foi finalizada. Superando essas concepções, ele destaca:

Uma concepção correta da linguagem interior deve partir da tese segundo a qual a linguagem interior é uma formação particular por sua natureza psicológica, uma modalidade específica de linguagem dotada de particularidades absolutamente específicas e situada em uma relação complexa com as outras modalidades de linguagem (Vigotski, 2010, p. 424 e 425).

A peculiaridade funcional da linguagem interior é que ela é voltada para o próprio interlocutor, enquanto a linguagem oral ou escrita é uma linguagem para os outros. Aqui temos uma diferença de natureza qualitativa. A linguagem interior não é apenas o que antecede a reprodução da fala, é a transformação do pensamento em palavra, objetivação. Vigotski (2010) salienta a importância de Piaget na descoberta da linguagem egocêntrica, porém pontua que o autor não reconheceu os vínculos dessa com a linguagem interior. A

linguagem egocêntrica é a chave para a interior, pois ainda é vocalizada, exterior pelo seu modo de manifestação, porém é interior pela estrutura e funções, pois é direcionada para regular o comportamento da própria criança, e não um meio de comunicação com terceiros, como a linguagem externa. Assim, além desses aspectos funcionais e estruturais, Vigotski (2010) apresenta o papel genético da linguagem interior, que tem sua origem na linguagem egocêntrica. Ela transiciona e se transforma em linguagem interior. Destaca-se desse processo de internalização da linguagem egocêntrica, que na medida em que se complexifica a estrutura, a vocalização se torna disfuncional e até mesmo inviável devido às grandes proporções que a linguagem para si apresenta.

Vigotski (2010) destaca o caráter positivo desse processo. Com a diminuição do aspecto sonoro da linguagem egocêntrica, ela se transforma em sussurro e em seguida é silenciada na transição da linguagem interior. Possui um papel importante no desenvolvimento da linguagem social, pois sem a necessidade da compreensão do outro, não há sentido em existir a linguagem egocêntrica. Para Vigotski (2010), a linguagem interior não é apenas linguagem menos o som pois é abreviada, reduzida. A impressão que teríamos, caso pudéssemos observá-la isoladamente, é a de que ela é fragmentada e desconexa, assim como é a linguagem egocêntrica momentos antes de desaparecer no desenvolvimento infantil. Temos a abreviação original de uma frase, com a manutenção dos termos predicados da oração, omissão do sujeito e das palavras que conferem coerência e coesão semântica. A predicatividade é a forma sintática fundamental da linguagem interior pois o sujeito da oração é conhecido pelos pensamentos do sujeito que reflete por meio da linguagem interior. A extrema abreviação é suficiente para os objetivos propostos: “Ser constituído de sujeitos e predicados desdobrados é uma lei da linguagem escrita; omitir sempre o sujeito e constituir-se apenas de predicados é lei da linguagem interior” (Vigotski, 2010, p. 458). Luria (1984, p. 6) também trata da predicatividade da linguagem interior:

Assim, portanto, a linguagem interna, por sua semântica, nunca designa um objeto, nunca tem um caráter nominal estrito, ou seja, não tem “sujeito”; a linguagem interna indica que é o que necessário realizar; em que direção deve orientar-se a ação. Dito de outro modo, permanecendo ‘dobrada’ e amorfa por sua estrutura, sempre conserva sua função **predicativa**. O caráter predicativo da linguagem interna, que designa somente o plano da futura alocação ou da futura

ação pode ser desmembrado se existe necessidade para tal, porque a linguagem interior provém do desmembramento externo e este processo é reversível.

Luria (1984) destaca que a linguagem interna é ligada à externa, e, se necessário, se converte em linguagem externa aplicada. Vigotski (2010) relaciona as três formas de linguagem: a interior é hiper abreviada e reduzida, o sujeito é conhecido e sua estrutura é composta pela parte predicativa das orações; a exterior é falada e precisa de um interlocutor, na medida em que o contexto social é compreendido por todos, diminui a necessidade de detalhamento das informações; e a linguagem escrita, que em regra temos a ausência de um interlocutor, assim utilizamos os significados formais das palavras, em um discurso maximamente desenvolvido, com o intuito de obter a compreensão dos nossos enunciados pois não há uma situação dada, nem interlocutores, nem a possibilidade de entonação da voz ou demais expressões. Logo: “A linguagem falada ocupa, assim, uma posição intermediária entre a linguagem escrita e a linguagem interior” (Vigotski, 2010, p. 459).

Outro aspecto decorrente das características semânticas da linguagem interior é o predomínio do sentido da palavra em detrimento de seu significado. O sentido da palavra engloba os fatos psicológicos que ela fomenta em nossa consciência. Como resultado, o sentido é dinâmico, podendo a palavra mudar de sentido a depender do contexto. Já o significado da palavra possui uma maior estabilidade, mesmo em diferentes contextos. Assim, se na linguagem interior ocorre o predomínio do sentido sobre o significado, na linguagem falada, o predomínio é do significado, de caráter mais estável e constante. Por fim, destaca-se que o percurso da linguagem interior para o discurso falado não é apenas o acréscimo do aspecto sonoro, ocorre uma reestruturação da linguagem, uma formação sintática original. O discurso falado e o pensamento não coincidem, eles compõem uma unidade. Em resumo, Vigotski (2010, p. 482) apresenta:

O pensamento verbal se nos apresentou como um todo complexo e dinâmico, no qual a relação entre pensamento e palavras se revelou como um movimento que passa por uma série de planos internos, como uma transição de um plano a outro. No drama vivo do pensamento verbal, o movimento faz um caminho inverso: do motivo, que gera algum pensamento, para a informação do próprio pensamento, para a sua mediação na palavra interior, depois nos significados externos das palavras e, por último, nas palavras. Entretanto, seria incorreto imaginar que essa

única via do pensamento para a palavra sempre se realiza de fato. Ao contrário, dado o estado atual dos nossos conhecimentos nessa questão, são possíveis movimentos diretos e inversos os mais diversos e dificilmente enumeráveis, são possíveis transições diretas e inversas de uns planos a outros. Mas já agora sabemos, nas linhas mais gerais, que é possível um movimento que se interrompe em qualquer ponto desse complexo caminho, nesse ou naquele sentido: do motivo para a linguagem interior passando pelo pensamento; da linguagem interior para o pensamento; da linguagem interior para a exterior, etc. não nos propomos estudar todos esses movimentos multiformes que efetivamente ocorrem na estrada real entre o pensamento e a palavra. Só nos interessou uma questão fundamental: descobrir a relação entre o pensamento e a palavra como processo dinâmico, como via do pensamento à palavra, como realização e materialização do pensamento na palavra.

Luria (1984) trata da linguagem interna e da organização cerebral da função reguladora da linguagem. Ele retoma que as primeiras etapas da função reguladora da palavra possuem um caráter intersíquico pois a criança adquire a capacidade de se subordinar frente à instrução verbal do adulto. A ação voluntária só é possível com a capacidade da criança de subordinar sua ação frente à instrução e então a função intersíquica se converte em intrapsíquica. Nessa interiorização, ocorre uma mudança de estrutura em que a linguagem da criança regula sua conduta. Luria (1984) afirma que a linguagem é dobrada nessa duplicação, em que o aspecto externo da linguagem se transforma em linguagem interna. A subordinação da ação à própria linguagem é a formação da ação voluntária da criança.

A respeito da formação e estrutura da linguagem interna, Luria (1984) retoma os estudos de Vigotski, afirmando que ela possui função reguladora e que ocorre por meio da conversão da linguagem egocêntrica em social. No início, a linguagem social é intersíquica, a criança dirige a linguagem ao adulto pedindo ajuda. Em sequência, analisa a situação sozinha utilizando a linguagem para encontrar saídas e planeja o que fazer – origem da função intelectual, regulação da conduta e linguagem da criança. A linguagem interna possibilita o surgimento da ação voluntária como forma de autorregulação. Porém, a estrutura da linguagem interior não reproduz a estrutura da linguagem externa pois nesse caso teriam a mesma velocidade, quando na realidade, a linguagem interna permite que em um tempo muito reduzido se realizem complexas operações intelectuais. A linguagem

interior possui um papel de regular e planejar. Para isso, tem estrutura abreviada, e para estudar essa estrutura deve-se observar a transformação da linguagem externa em linguagem interna.

Ao abordar a organização cerebral da função reguladora da linguagem, Luria (1984) afirma que os mecanismos que garantem seu papel regulador também se relacionam com a ação voluntária da conduta, e não são as mesmas porções cerebrais que garantem o som ou a semântica dos processos verbais. Observa-se que em casos de lesão em áreas com graves alterações auditivas e da percepção da linguagem, o sujeito segue regulando suas ações conforme seus motivos ou instruções estabelecidas, ou seja, a linguagem interna permanece conservada, assim como sua ação voluntária. De forma semelhante, em casos de afasia traumática, em que há comprometimento dos setores cerebrais responsáveis pela fonética da linguagem, não há impacto na linguagem interna e sua função predicativa ou reguladora da ação.

Com isso, o autor apresenta os mecanismos cerebrais que estão na base da função reguladora da linguagem: são as zonas anteriores do córtex cerebral. Destaca-se que essas funções são formas complexas, tipicamente humanas, da ação voluntária e função mediadora da linguagem interior e que as zonas anteriores do córtex cerebral são maximamente desenvolvidas apenas no gênero humano. As zonas anteriores se dividem em dois grandes grupos, o primeiro deles é o grupo de setores pré-motores do córtex. Quando existe uma lesão nesse local, ocorre uma alteração na passagem fluída entre elos motores, a escrita e a fala perdem a fluidez e se transformam em uma cadeia de ações isoladas. Na linguagem, se fixam os elementos substantivos, que chegam a assumir um significado predicativo, e os elementos predicativos/verbos desaparecem da linguagem externa, Luria (1984, p. 10) destaca:

É importante notar que a alteração do aspecto predicativo da linguagem exterior provoca uma gravíssima alteração da linguagem interna, que deixa de garantir o caráter fluído da alocução. Por isto, temos uma base clara para pensar que nos casos de afecções destas zonas do córtex a linguagem interna, com sua função predicativa, sofre muito mais que nos casos de lesões de outros setores do cérebro.

A segunda grande zona é dos setores pré-frontais ou frontais, mais complexos que os pré-motores. Uma afecção não gera paralisia ou desarticulação motora, nem da linguagem externa, mas altera a dinâmica que torna possível a articulação da ação

voluntária, impactando essa e também a atividade verbal orientada, dificultando respostas em situações não típicas, complexas e que necessitam da ação voluntária que se ampara na linguagem interna. A atividade humana organizada é substituída por repetições sucessivas. Com isso, Luria (1984) nos mostra a importância dos lóbulos frontais na formação e na preservação da função reguladora da linguagem e organização da ação voluntária.

Retomaremos alguns desses conceitos acerca do desenvolvimento da linguagem simbólica e da linguagem interior na análise dos casos das pessoas entrevistadas com o diagnóstico de esquizofrenia. Consideramos que essa fundamentação nos oferece um importante conteúdo para compreendermos as alterações na linguagem e os impactos no desenvolvimento e organização da conduta.

3.4 A ESQUIZOFRENIA NA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

A respeito da compreensão da esquizofrenia para a Psicologia Histórico-Cultural, destacamos que Vigotski produziu alguns textos que versam sobre o tema (Vigotski, 2012b, 2004, 1987, 1994, 2018b). Além disso, diversos autores já se debruçaram sobre seus estudos elaborando sínteses e relacionando com demais aspectos da teoria. Mencionamos aqui alguns desses autores que foram lidos na elaboração deste trabalho como Penteado (2018), Tuleski (2019), Almeida, Carvalho e Tuleski (2019), Silva (2014), Penteado e Tuleski (2023), Silva (2022), Silva (2023), Ferreira (2017), Papa (2021), Santos et al. (2020), Santos (2019), Piza (2022). Dessa forma, temos por objetivo neste tópico resgatar essas contribuições, nos valendo delas para colaborar com a construção de uma síntese coletiva a respeito da compreensão histórico-cultural da esquizofrenia. Consideramos essa retomada essencial para nosso objetivo a seguir: analisar, à luz do materialismo histórico-dialético, o material de campo coletado nesta pesquisa. Para isso, partiremos da classificação apresentada por Santos (2019), na qual a autora apresenta duas etapas, com base em uma divisão cronológica para as obras de Vigotski, que tratam sobre a esquizofrenia. A primeira contempla os estudos iniciais que versam sobre a desestrutura na formação de conceitos. A autora destaca os textos: Vigotski (1928/2012b e 1994/1931), aqui também analisaremos as contribuições de Vigotski (1930/2004). A segunda abrange os estudos finais, que enfatizam a desorganização da consciência nas referências de Vigotski (1933/1987 e 1932/2018b).

Para abordar a primeira etapa dos estudos vigotskianos sobre a esquizofrenia, consideramos essencial demarcar uma das principais categorias que conferem unidade frente à análise realizada pelo autor acerca das especificidades da esquizofrenia: os sistemas psicológicos, ou sistema interfuncional, constituído pelas novas relações entre as funções psicológicas. A noção da integralidade, do nexos psicológico que se forma nos sujeitos, organizando as funções psíquicas no processo de desenvolvimento cultural é um dos pressupostos que norteiam esta análise.

A ideia principal (extraordinariamente simples) consiste em que durante o processo de desenvolvimento do comportamento, especialmente no processo de seu desenvolvimento histórico, o que muda não são tanto as funções, tal como tínhamos considerado anteriormente (era esse nosso erro), nem sua estrutura, nem sua parte de desenvolvimento, mas que o que muda e se modifica são precisamente as relações, ou seja, o nexos das funções entre si, de maneira que surgem novos agrupamentos desconhecidos no nível anterior. É por isso que, quando se passa de um nível a outro, com frequência a diferença essencial não decorre da mudança intrafuncional, mas das mudanças interfuncionais, as mudanças nos nexos interfuncionais, da estrutura interfuncional (Vigotski, 2004, p. 105).

Dessa forma, as alterações das relações, dos nexos entre as funções constituem uma mudança essencial que requalifica e reequipa o processo de desenvolvimento. Conforme abordamos no tópico anterior, participam dos sistemas psicológicos todas as funções, que, ao atingir a idade de transição da adolescência, são reequipadas por meio da formação de conceitos e se constituem como funções psicológicas superiores, tipicamente humanas. O conceito consiste em novas conexões estabelecidas por meio de um conjunto de traços abstraídos e relacionados com outros objetos, proporcionando o conhecimento da realidade com a superação dos aspectos empíricos:

O conceito é um sistema de apreciações, que inclui em si uma relação no que diz respeito a um sistema muito mais amplo. A idade de transição é a idade de estruturação da concepção do mundo e da personalidade, do aparecimento da autoconsciência e das ideias coerentes sobre o mundo. A base para esse fato é o pensamento em conceitos, e para nós toda a experiência do homem culto atual, o

mundo externo, a realidade externa e nossa realidade interna estão representados em um determinado sistema de conceito (Vigotski, 2004, p. 122 e 123).

Em seus textos iniciais que versam sobre a esquizofrenia, Vigotski (2004, 2012b) enfatiza o papel da formação de conceitos e o amadurecimento do sistema psicológico. Para o autor, a importância de estudar os conceitos está além da compreensão dos processos da esquizofrenia, na medida em que essa é uma expressão do desenvolvimento humano, e que: “O desenvolvimento é a chave para entender os processos patológicos, os processos de dissociação das sínteses, das unidades superiores e a patologia é a chave para entender a história do desenvolvimento e estruturação dessas funções sintéticas superiores” (Vigotski, 2012b, pág. 167-168). Dessa forma, o conceito opera na reestruturação do sistema psicológico, porém, na esquizofrenia, observamos a desintegração do pensamento conceitual, que implica em um declínio a um nível genético anterior do desenvolvimento. Vigotski (2004, 2012b) discute que quando ocorre a cisão da operação conceitual há um retorno às etapas anteriores nas quais os impulsos se restabelecem como principal mecanismo de comportamento e voltam a operar. Isso é, com a fragilidade dos centros superiores, os inferiores ou subordinados assumem a direção, funcionando conforme suas próprias leis. Dessa forma, não ocorre uma interrupção total dos sistemas psicológicos, mas uma desagregação em seu desenvolvimento, em especial daqueles sistemas que se formaram mais tarde e que são de origem social.

A esquizofrenia, portanto, se apresenta como um quadro de desagregação daquelas sínteses e unidades superiores cuja configuração e estruturação constituem o conteúdo principal de todo o processo de desenvolvimento psíquico na idade de transição. Todas as funções psíquicas superiores, memória lógica, atenção voluntária e processos volitivos, percorrem o mesmo caminho histórico tanto no processo de maturação do adolescente como no processo de desintegração esquizofrênica, porém em direções opostas. Na esquizofrenia, todas as funções superiores, todas as sínteses psicológicas superiores, incluída a consciência da realidade e da autoconsciência da personalidade, percorrem o caminho inverso ao desenvolvimento e repetem em ordem inversa todo o caminho do desenvolvimento direto e a formação dessas sínteses no período da maturação sexual (Vigotski, 2012b, p. 197).

Vigotski (1994) apresenta estudos comparativos a respeito do processo de formação de conceitos, pretendendo observar o desenvolvimento do pensamento na criança e deterioração do pensamento na pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. Em um primeiro momento, o pesquisador ressalta a importância da troca do pensamento na criança, do complexo, de caráter concreto, para o pensamento por conceitos, de estrutura abstrata, que reequipa intelectualmente o desenvolvimento estrutural e dinâmico da consciência e da personalidade. Já na esquizofrenia, observa-se uma deterioração do pensamento conceitual. Um processo é o oposto do outro, são conectados por seu antagonismo. Ao passo que na primeira análise verificamos crescimento e desenvolvimento, na segunda, há decaimento e desintegração.

Nesses métodos comparativos, o que Vigotski (1994) destacou não é a ausência de habilidade para resolver um problema experimental e sim as diferentes características do pensamento para a resolução. A associação realizada tomou o lugar dos conceitos e a descrição das características mostrou estruturas associativas – coleção, cadeia, complexo associativo e pseudoconceitos. Os vínculos de caráter concreto mostram-se presentes no pensamento da pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia, explicitando uma regressão no pensamento. Observa-se ainda que aqueles conceitos formados anteriormente ao adoecimento ainda são utilizados adequadamente, porém de modo automatizado. Uma segunda conclusão decorrente do experimento é a de que na esquizofrenia ocorre a destruição dos sistemas psicológicos que se encontram na base do pensamento conceitual. Isso acarreta a alteração dos significados das palavras, ocorrendo a sobreposição das formas elementares do pensamento e de suas leis de caráter concreto, ocasionando uma perturbação na formação da consciência, concepção de mundo, autonomia, ou seja, em toda a estrutura da personalidade.

Vigotski (2012b, 1994) salienta que a investigação a respeito da formação de conceitos na esquizofrenia não está relacionada com a etiologia desta. Essa é a alteração mais imediata que impacta os sujeitos, mas não o que gera o quadro de adoecimento. Porém, mesmo sem indicar se a esquizofrenia é ou não uma alteração orgânica, o autor defende que a psicologia deve estudar os impactos desses sintomas na personalidade. Dessa forma, com a desintegração das unidades superiores que formam os conceitos, temos as funções elementares ocupando a direção do psiquismo, o que também impacta as neoformações do período de desenvolvimento em que a pessoa estava. Ocorre uma diminuição das capacidades do pensamento, que passa a ser regido pelas emoções, isso

é, os sistemas mais complexos, que foram formados mais tarde no desenvolvimento social, são impactados e as funções elementares, revestidas com pouca mediação social, se conservam e assumem a direção.

Vigotski (2012b, 2004) enfatiza que o que constatamos na esquizofrenia vai além da desintegração do pensamento conceitual. Percebemos uma ruptura com a totalidade dos nexos funcionais que fomentavam as particularidades psíquicas do sujeito. Dessa forma, destaca-se que uma das principais consequências para a vida do sujeito com diagnóstico de esquizofrenia é a perda da sociabilidade, das trocas e das relações sociais. Ao sofrer uma ruptura em suas relações interpsicológicas, o indivíduo não é privado somente das relações sociais com outras pessoas, mas também para consigo mesmo pois deixa de se orientar através da linguagem. Vigotski (2012b, p. 246) salienta: “O que diferencia o enfermo mental de nós não é o delírio, mas o fato de que ele crê no delírio, o obedece e nós não”. Observamos que a perda dos nexos funcionais resulta na debilidade de todo o sistema hierárquico da personalidade, das esferas da vida social e da autoconsciência dos sujeitos.

Por fim, gostaríamos de finalizar a apresentação desses primeiros textos vigotskianos que versam sobre a esquizofrenia com uma última consideração do autor. Para Vigotski (2012b), na idade de transição da adolescência, ocorre uma reestruturação nas funções psíquicas da fantasia e criatividade, sendo que a novidade que aparece está relacionada com o pensamento por conceitos e com a intelectualização. Vigotski (2012b) observa que devido à dependência da experiência concreta, na esquizofrenia ocorre a antítese da criatividade. Em uma situação em que nos deparamos com necessidades elementares, nossa conduta, medida apenas por funções elementares, não é capaz de criar, de mudar a situação. A resposta que nos ocorre é reagir de forma mais natural e menos social, com falta de liberdade para intervir, aspectos que analisaremos adiante conforme as situações vivenciadas pelos entrevistados da pesquisa de campo.

A seguir, abordaremos os textos de Vigotski (1933/1987 e 1932/2018b) que, conforme a classificação de Santos (2019), possuem um enfoque diferente dos primeiros textos que abordam o tema da esquizofrenia, com destaque para os impactos na estrutura sistêmica e semântica da consciência, devido ao processo já citado de desestruturação do pensamento conceitual.

Ressaltando a necessidade de uma análise sistêmica e interfuncional na esquizofrenia, Vigotski (1987, 2018b) examina a alteração no desenvolvimento da consciência, a desorganização que ocorre e que a modifica. Interessante mencionar que

já em sua época, Vigotski (2018b) critica o descriçionismo dos sintomas na esquizofrenia assim como as buscas excessivas em prol da etiologia, com respostas apressadas em torno de pré-disposições cerebrais e tentativas de desenvolver medicações que ainda não existiam. Em contraponto, o pesquisador pontua a necessidade de estudar os sintomas de forma qualitativa e dialética, compreendendo-os histórica e socialmente. Para isso, Vigotski (2018b) propõe o desenvolvimento de uma análise clínica, com o objetivo de cumprir com esses parâmetros indicados, observando as manifestações dos sintomas ao longo do desenvolvimento infantil e buscando compreender sua formação. Assim como em outros textos (Vigotski 2012a, 2018a), o autor sugere um estudo de caráter genético e comparativo, observando os períodos de desenvolvimento infantil e comparando a criança com seu próprio processo ao longo de distintas etapas de desenvolvimento com foco para as neoformações patológicas que surgem ao longo da formação da consciência, linguagem e personalidade.

Vigotski (1987) apresenta que os sintomas clínicos da esquizofrenia podem auxiliar o psicólogo na compreensão da organização e das alterações da consciência e de suas funções. Para isso, o pesquisador ressalta que uma das principais contribuições realizadas pela psicologia empírica ao estudar a consciência foi a análise a respeito das dissociações da consciência, conforme discutimos no segundo tópico deste capítulo. Esse fenômeno é observado tanto em situações normais como em casos patológicos pois a dissociação é uma função da consciência, uma etapa necessária para a abstração, generalização, atenção voluntária e formação de conceitos. É um processo normal que constitui e capacita o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, porém na esquizofrenia, ocorre de forma alterada. Não quer dizer que a pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia realiza mais ou menos processos de dissociação, mas sim uma dificuldade qualitativa, em que, no momento de reagrupar os fenômenos decompostos, o sujeito o realiza por meio de uma fusão sincrética, uma combinação destituída da lógica que a formação de conceitos nos qualifica. Silva (2022, p. 94 e 95) sintetiza esse acontecimento para a pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia:

A dificuldade em dissociar pode explicar o discurso às vezes confuso da pessoa com esquizofrenia, que não consegue discernir qual é o aspecto central do objeto que se está discutindo, levando-o a focar em um e, talvez, associando-o a outro (num momento em que predomine o pensamento associativo), que diante dos conceitos tem pouca correspondência com a realidade em que está inserido.

Por meio dessas observações, Vigotski (1987) discute que o que ocorre nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia é uma contradissociação, ou seja, um fenômeno que ocorre de forma diversa daquele que deveria fornecer um processo coeso de dissociação da consciência. Para o autor, essa observação auxilia na revelação de um resultado comum dos sintomas da esquizofrenia: que eles se manifestam de forma contraditória, isso é, os sintomas da esquizofrenia formam um duplo negativo, o sintoma e seu sintoma oposto, como uma resistência à função que foi afetada: “A cada passo nós encontramos que cada sintoma é equiparado por um contra-sintoma, que reflete o mesmo fenômeno negativamente”. (Vigotski, 1987, p.77). Para tratar a respeito do quadro dual da esquizofrenia, o pesquisador exemplifica a dificuldade em expressar emoções e afetos, que por vezes aparece como uma ausência de sentimentos, mas em outras vezes se destacam, se exacerbam. Dentre outros exemplos, como destacamos a seguir:

Nós observamos um distúrbio de afetividade, uma palidez emocional, uma frieza da vida emocional; mas, ao mesmo tempo, ninguém poderia negar que aspectos afetivos adquirem atipicamente grande importância no pensamento de um esquizofrênico. Ninguém poderia negar que esquizofrênicos estão inclinados em direção ao pensamento abstrato. Mas, por outro lado, um aspecto chave de seu pensamento é tendência a tipos de processos intelectuais gráficos, primitivos. Nós sabemos que a forma esquizofrênica de pensamento é frequentemente chamada de simbólica, o que se refere à propriedade peculiar de não tomar nada literalmente, mas tudo alegoricamente. Por outro lado, como temos visto, a compreensão de significados simbólicos, metafóricos diminui severamente na esquizofrenia; o paciente esquizofrênico fica inapto a criar um construto *nonsense*; mas, em contrapartida, muitos esquizofrênicos produzem apenas *nonsense* completo (Vigotski, 1987, p 75).

Destacamos a riqueza dessa observação, afinal em um processo de desintegração da consciência e do psiquismo, é de se esperar que ocorram reações, tentativas de resistência a essa fragmentação, que, a depender das condições concretas, podem ou não obter resultados, seja no sentido de diminuir os impactos da sintomatologia, seja no sentido de superar as barreiras impostas. No tópico a seguir, buscaremos analisar nos sujeitos em processo de sofrimento psíquico as possíveis repercussões dessa teoria

apresentada. Vigotski (1987, p. 77, **grifos do autor**) sintetiza esse percurso da consciência na esquizofrenia:

Uma descrição completa da consciência esquizofrênica portanto, necessariamente requer, além de levar em consideração a tendência à dissociação, o reconhecimento da força contrária, que também é desencadeada pela desintegração de conceitos e turva as distintas linhas divisórias entre diferentes esferas e processos da consciência. Ambas estão ligadas ao colapso do significado das palavras e toda a **estrutura sistêmica e dotada de sentido da consciência** da qual eu falei anteriormente.

Dessa forma, Vigotski (1987) apresenta que cada sintoma se emparelha a um contra-sintoma, quando, após o fenômeno da dissociação, esta realiza uma operação de generalização equivocada. A respeito da resistência ao resultado do processo de dissociação, com a expressão do sintoma e contrasintoma. O autor enfatiza a importância de um olhar potencializador à pessoa adoecida. Isso é, o sujeito não deve ser tomado como um ser passivo, que não participa do próprio processo de sofrimento psíquico, que não enfrenta estes fenômenos destrutivos.

Em suporte aos estudos de Vigotski a respeito da esquizofrenia, apresentamos os trabalhos de Zeigarnik, que foi uma psicóloga e psiquiatra, contemporânea e continuadora das obras de Vigotski, Luria e Leontiev. A pesquisadora se debruçou sobre os estudos acerca dos casos de adoecimento psíquico, cunhando o termo patopsicologia. Para Zeigarnik (1979), enquanto a psicologia estuda os fenômenos do psiquismo, e a psicopatologia, como ramo da medicina, estuda a etiologia e sintomas das formas patológicas do psiquismo, a patopsicologia se diferencia ao se debruçar sobre as leis e estruturas das alterações que ocorrem na atividade psicológica em comparação com formas esperadas do desenvolvimento do psiquismo. Zeigarnik (1981) salienta a importância de estudarmos as alterações da personalidade em decorrência das mudanças de atitudes, necessidades, interesses. A autora se ampara em especial na teoria da atividade de Leontiev, ainda que retome diversos estudos de Luria e os postulados teóricos de Vigotski.

Detenhamo-nos nos princípios básicos da investigação psicológica experimental na psicopatologia soviética. O postulado da psicologia materialista, segundo o

qual os processos psíquicos não são capacidades inatas, mas aspectos da atividade que se formam durante toda a vida, determina que o experimento psicológico deve permitir estudar as alterações psíquicas como *alterações da atividade*. Este deve estar focado na análise qualitativa das distintas formas de desagregação da psique, até o descobrimento dos mecanismos da atividade alterada e das possibilidades existentes para sua recuperação (Zeigarnik, 1981, p. 26 e 27).

Destaca-se também que os sintomas, por mais semelhantes que sejam, podem ser incitados por diversos meios e podem indicar mais de uma forma de adoecimento, ou mesmo não alcançar um status de adoecimento. Para Zeigarnik (1981), as modificações patológicas ocorrem na presença de intensa diminuição de interesses que antes conferiam sentido ao sujeito, redução de necessidades, ações e comportamentos não mediados, aspectos que, quando ocorrem em grandes intensidades, impactam e modificam a personalidade. A autora estuda nessa obra as alterações da consciência, percepção e memória, porém, em relação aos sintomas da esquizofrenia, ela confere destaque nas alterações de raciocínio/pensamento e personalidade.

Acerca das alterações de raciocínio/pensamento, Zeigarnik (1981) retoma os princípios de que esse não é um processo natural, mas sim ativo e regido pela assimilação cultural de operações por meio do desenvolvimento e apropriação do sistema de conceitos. A autora enfatiza que dentre as modificações do raciocínio, quando ocorrem no aspecto operacional, os pacientes têm afetada a capacidade de realizar operações de generalização e abstração com duas formas predominantes: quando ocorre o descenso do nível de generalização e quando ocorre a desfiguração do processo de generalização. No primeiro caso, temos que o pensamento assume um caráter direto a respeito do significado dos objetos, com dificuldades para realizar generalizações de nível conceitual. Já nos casos em que ocorrem uma alteração do processo de generalização, a classificação dos objetos se altera, o sujeito realiza conexões descabidas e, é nesse processo de desfiguração da generalização que a pesquisadora identifica os pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia e os sintomas de alucinações que vivenciam. Observa-se uma prevalência por fatos cotidianos de pequena importância, enquanto há um menosprezo pelas exigências concretas da vida social. Em relação aos pacientes com baixo nível de generalização, a autora descreve que esses têm dificuldade na resolução de tarefas que exigem níveis de abstração elevado, mas quando ocorre a desfiguração da generalização,

os pacientes realizam quaisquer tarefas, porém sem conexões com o objetivo inicialmente planejado, com respostas inapropriadas ao problema:

Por conseguinte, ao realizar os exercícios experimentais, os enfermos relacionam de qualquer modo os objetos e fenômenos, ainda que estes não sejam adequados aos fatos concretos vitais. Em troca, as diferenças e semelhanças reais não são levadas em conta pelos enfermos, não as utilizam como controle e comprovação para seus raciocínios e ações. É necessário indicar que nesses enfermos a fala não facilita o cumprimento dos exercícios, mas dificulta: as palavras pronunciadas pelos enfermos frequentemente despertam novas associações, muitas vezes casuais, que não são evitadas por eles. Ainda que na realidade resolvam corretamente o exercício, os enfermos fazem raciocínios absurdos referentes ao mesmo (Zeigarnik, 1981, p. 128).

Considerando essa perda da seletividade das associações, Zeigarnik (1981) apresenta uma nova forma de compreender a manifestação dos sintomas na esquizofrenia, além das alterações conceituais apresentadas por Vigotski. Para a autora, o eixo central está na mudança de orientação sobre o conteúdo dos fenômenos, sejam objetivos ou subjetivos, no fato de que a generalização realizada não representa mais os significados socialmente construídos. Consideramos que, aliado aos estudos finais de Vigotski (1987, 2018b) sobre a esquizofrenia, as contribuições de ambos os autores não divergem em termos conceituais: observa-se uma alteração nos nexos funcionais que permitem o desenvolvimento do pensamento e que impactam a estrutura da consciência e da personalidade em distintos níveis, conforme a especificidade do desenvolvimento anteriormente alcançado de cada sujeito em sofrimento psíquico.

A última alteração investigada por Zeigarnik (1981, 2016) é a da personalidade. A autora destaca que a personalidade é uma forma de expressão singular, resultante do desenvolvimento sócio-histórico, e a importância dos conceitos de significado social, enquanto uma generalização que é fixada na palavra, e do sentido pessoal, que é resultado da relação entre os motivos da ação do indivíduo com seu objetivo: “No processo de dominar o mundo, surgem necessidades sociais, motivos e interesses da criança, e sua personalidade é formada” (Zeigarnik, 2016, p. 5). Em casos patológicos, com o impacto da enfermidade sobre a atividade humana, ocorrem alterações nos motivos, com a formação de novos motivos, que a autora define como patológicos e, em consequência,

novas necessidades, que reestruturam a hierarquia de motivos. Outros aspectos destacados são os valores que se formam na personalidade pois ocorrem mudanças de atitudes, de interesses e de autoestima. A psicóloga destaca tanto o risco de uma biologização de fenômenos sociais com a possível perda do foco no próprio sujeito que adoece, quanto o risco de creditar de forma simplista que determinado fator social possa ser o mecanismo de alterações da personalidade. Zeigarnik (2016) enfatiza que o conjunto de sintomas deve ser compreendido mediante o desenvolvimento de cada sujeito, seus interesses, atitudes, autoestima, que antecediam o adoecimento. Pontuamos que se assemelha ao que Luria (1984) emprega na análise das perdas funcionais por lesão, conforme apresentamos no tópico anterior.

Visando obter um método para trabalhar sobre o tema, Zeigarnik (2016) apresenta um experimento patopsicológico destinado a estudar as mudanças de personalidade. Com o desafio de um método que vise desemaranhar as contradições e alterações entre motivos, valores e conflitos (que chamamos de personalidade), a autora apresenta a importância de estudos que observem a dinâmica de vida dos sujeitos em sua singularidade em detrimento de estudos que não mantêm interação direta com os indivíduos analisados pois a personalidade e a formação de motivos e significados estão em constante desenvolvimento. Destaca-se ainda a importância de observar a presença de situações motivacionais que possam afetar o desempenho do sujeito ao longo do experimento. Para isso, ela apresenta a noção cunhada por Luria, de que há um “quadro interno da doença”, observando que os fenômenos sentidos e vivenciados pelo sujeito, a compreensão que tem sobre seu adoecimento, as diversas combinações entre percepção, emoção, afetos e situações críticas se conectam ao paciente quando em contato com profissionais que o analisam. É importante avaliar o quanto o sujeito está consciente da gravidade de seu adoecimento e o que se relaciona com isso.

Para essa análise, Zeigarnik (2016) utiliza os conceitos teóricos da teoria da atividade pois esses possibilitam o exame das alterações da estrutura motivacional da personalidade. Conforme a autora, desde a primeira infância a criança começa a construir sua hierarquia de motivos, que conforme mediações culturais, adquirem um caráter menos imediato até o passo que obedecem a um fim consciente. A hierarquia de motivos continua se desenvolvendo, e uns motivos subordinam-se a outros. Lembrando que a atividade humana é complexa e composta por diversas necessidades, orientada por diversos motivos, ainda que se possa destacar um motivo principal, que confere sentido ao comportamento do indivíduo, na ausência desse, a atividade se perde de seu sentido.

É esse motivo principal que fornece a possibilidade de mediação e a hierarquia de motivos. A hierarquia de motivos é relativamente estável e isso determina a estabilidade relativa de toda a personalidade, seus interesses, pontos de vista, valores. O material patológico nos permite traçar os padrões de mudanças na esfera motivacional de uma pessoa, que levam a uma mudança de pontos de vista, interesses e valores da personalidade. Parece-nos que esses padrões podem ser mais claramente encontrados em pacientes com doenças psicológicas, nos quais o processo de alteração de motivos, atitudes e valores ocorre de forma suficientemente ampla, permitindo-nos traçar suas etapas distintas (Zeigarnik, 2016, p. 42).

Por meio desse método, Zeigarnik (2016) realiza a análise psicológica de casos clínicos e no próximo tópico buscaremos analisar os participantes da pesquisa de campo nos inspirando em seus estudos. Aqui, destacamos o paciente G, descrito pela autora, com o objetivo de apresentar suas conclusões. Ele possui o diagnóstico de alcoolismo crônico com degradação da personalidade. De forma sucinta, apresentamos que houve uma intensificação no consumo de álcool logo nos primeiros anos. Ele se afastou de seus casamentos, filhos, trabalho, passou a vender objetos da casa, foi internado diversas vezes, passou a ter alucinações, desinteresse, vivia sozinho e sem higiene, exigindo respeito, mas era rude com todos, debochava do tratamento e não apresentava criticidade sobre sua condição. A autora observa o declínio da personalidade até a completa degradação. Ocorrem mudanças na esfera das necessidades, estreitamento do círculo de interesses e uma alteração integral da hierarquia de motivos. Outro aspecto diz respeito à formação de uma necessidade patologicamente alterada: em estágios iniciais, o uso de álcool é motivado pelo aumento de humor, facilitar contatos, pode aparecer o desejo de experimentar essa sensação mais vezes, substituindo o motivo inicial por um pretexto qualquer. Leontiev chamou de “deslocamento do motivo para o fim”. Esses novos motivos, atividades e necessidades não são indiferentes às atividades humanas anteriores, mas são contrários às normas sociais. Quando a necessidade não tem caráter mediado, não é possível controlá-la conscientemente. Necessidades incontroláveis possuem a estrutura de impulso, formando uma nova necessidade, fruto do processo de adoecimento.

Tal fato de mudança da personalidade é extremamente importante: mostra a correção das posições teóricas da psicologia soviética, ou seja, em primeiro lugar, que as necessidades sociais são formadas na vida, que certas condições são necessárias para sua formação e, em segundo lugar (e isto é muito importante), que a remoção do conteúdo e formas socialmente aceitáveis de atendê-las leva à transformação da estrutura da motivação social em uma estrutura de compulsão desprovida de um caráter de regulação mediado (Zeigarnik, 2016, p. 48).

Zeigarnik (2016) analisa ainda as formações patológicas das necessidades, motivos, formação de sentido e na formação de traços de caráter da personalidade, apresentando casos clínicos e outras formas de adoecimento, como a anorexia, epilepsia e da própria esquizofrenia. Ao abordar as alterações da autorregulação e mediação do comportamento, a autora retoma que ao mediar nossa conduta desenvolvemos formas de agir, adquirimos novos motivos, de modo consciente, sendo que em casos de sofrimento psíquico ocorre a incapacidade de exercer atividades mediadas por signos e perda da criticidade e autoavaliação.

Nas alterações da criticidade e espontaneidade do comportamento podem ocorrer confusão das ações, falta de controle sobre o comportamento, dificuldades de avaliar uma situação, de comparar os resultados da própria ação e de corrigir erros. Em descrição de casos patológicos, a autora cita situações em que os pacientes não reagem mesmo em situações extremas ou momentos em que agiam de forma impulsiva e inesperada sem saber explicar os motivos, e ainda o fenômeno da reatividade, em que o indivíduo se sujeita às interjeições do que acabou de ser visto ou ouvido. Consideramos interessante mencionar os fenômenos da reatividade e da perseveração, enquanto o primeiro é uma tendência ao comportamento situacional, que reage aos fenômenos conforme as situações externas, o segundo, da perseveração, ocorre com a inércia do comportamento. Para Zeigarnik (2016), esses fenômenos contraditórios convergem. Rememoramos o quadro dual descrito por Vigotski da esquizofrenia, em que um sintoma produz um contra-sintoma. A autora salienta que ambos os aspectos aparecem em pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia e que ambos os sintomas são formas de manifestação da espontaneidade em que ocorre a perda do motivo significativo da atividade. O risco da espontaneidade é a perda da estrutura da atividade, das características humanas de orientação, crítica e controle do comportamento.

Por fim, gostaríamos a seguir de apresentar algumas análises realizadas por pesquisadoras atuais que se debruçaram sobre os textos de Vigotski que abordam o tema da esquizofrenia. Almeida, Carvalho e Tuleski (2019) destacam as principais contribuições dos autores clássicos: a dualidade presente nos sintomas da esquizofrenia, dissociação e contradissociação, com a fusão sincrética dos conteúdos da consciência, dificuldades de expressar afetividade e o excesso de afetividade expresso no pensamento, entre outros. Retomam ainda as contribuições de Zeigarnik, como a dificuldade na formação de sentido de frases e de generalização das palavras. Porém, enfatizam a importância de analisarmos em estudos empíricos o nível de apropriação cultural de cada sujeito, com base no processo educacional e o impacto gerado no desenvolvimento, atentando para a importância da sociabilidade, das formas de cuidado e das possibilidades de desenvolvimento após o processo de adoecimento psíquico. Destaca-se que a pessoa em sofrimento sente as alterações na atividade e o impedimento em realizar tarefas normativas pois alteram-se as formas de envolvimento social, a relação com os outros e também consigo mesmo. Porém, os autores enfatizam os avanços frente a modelos manicomiais clássicos e que se esperam avanços nesse sentido:

Em primeiro lugar, é preciso notar que os modelos assistenciais em saúde mental que romperam com a modalidade asilar – evitando a cronificação da esquizofrenia e promovendo um modelo de cuidado que não implica o empobrecimento das relações sociais, mas, pelo contrário, pressupõe a intensificação da qualidade destas relações – apontam na direção da minimização dos sintomas, bem como alteram a codificação daquilo que se considerava um sintoma da desintegração na esquizofrenia (Almeida, Carvalho e Tuleski, p. 138 e 139).

Ferreira (2017), ao estudar a desagregação do pensamento conceitual na esquizofrenia destaca três repercussões na estruturação da personalidade que apresentaremos aqui. A primeira é a perda do autodomínio da conduta, em que, na alteração intelectual decorrente da fragmentação do pensamento conceitual, alteram-se os motivos que orientavam a atividade, tendo por consequência uma atividade sem um destino socializado, mas sim individual. Devido à perda qualitativa dos aspectos psíquicos necessários à comunicação, dificulta-se a troca social que fornece os motivos para a organização e conduta, afetando a autoconsciência e autocontrole da conduta. A segunda repercussão na estrutura da personalidade é referente à natureza e ao conteúdo

dos delírios e alucinações na esquizofrenia. A autora apresenta que o conteúdo desses sintomas não é casual, mas está em íntima relação com os motivos geradores de sentido anteriormente formados, e que guiavam a atividade. Ocorre que em sofrimento psíquico, esse sentido se desvincula do motivo e se desorganiza, afastando-se de sua concretude. Visando oferecer exemplos a respeito dessa análise, Ferreira (2017) apresenta o caso do matemático John Nash, que ganhou o prêmio Nobel de economia em 1994, e inspirou o livro e filme “Uma mente brilhante”. Silva (2022) também cita esse exemplo em sua análise. Conforme as autoras, Nash, que desde criança demonstrou interesse excepcional por cálculos, era professor universitário quando iniciaram os sintomas e as primeiras crises, e ele passou por uma série de tratamentos medicamentosos e internações. A respeito dos sintomas, Ferreira (2017) salienta a proximidade que esses tinham dos conhecimentos e interesses do matemático, ainda que nos períodos de crise ele apresentasse um quadro de desintegração conceitual. Porém, Silva (2022) notabiliza que, mesmo que nos períodos agudos de crise tenha ocorrido a desintegração dos conceitos, após Nash passar por um processo de reabilitação não-farmacológica, na década de 1970, retornou às funções docentes altamente complexas. Logo, o pensamento conceitual não foi destruído.

Por fim, Ferreira (2017) apresenta a cisão do eu, que ocorre na esquizofrenia como uma expressão máxima da cisão na subjetividade engendrada por uma sociedade de classes antagônicas. Para a autora, as imensas diferenças geradas pela sociedade no modo de produção capitalista produzem uma formação unilateral da personalidade, o que pode intensificar as expressões de alienação ao produzir uma forma ideal de vida a que o sujeito almeja e uma real, que ele efetivamente pode acessar. Isso não significa afirmar que o capitalismo em si produz a sintomatologia, mas que, devido às tendências de isolamento, cobranças por produtividade, por padrões de excelência, maximizam o quadro de sofrimento da esquizofrenia, gerando a tendência à sua cronificação. A autora salienta a importância da reabilitação por vias colaterais do desenvolvimento e em incentivar necessidades e interesses que fomentem as possibilidades da personalidade.

Silva (2022) destaca a mudança de foco das obras de Vigotski, do pensamento para a consciência, e o papel ativo que a resistência oferece no processo de adoecimento, conforme Vigotski (1987) sinalizou. Para a autora, na medida em que o sujeito se mobiliza frente ao processo de adoecimento, ocorre um mecanismo próximo ao que descreve a respeito da compensação na defectologia, como formação de caminhos alternativos, visto que os caminhos esperados do desenvolvimento estão obstruídos:

Tal pressuposto não é novidade nas neurociências, tendo em vista que a plasticidade cerebral explica porque os caminhos indiretos são possíveis quando são criadas condições que possibilitem tal processo. No caso do adoecimento psíquico, é necessário elaborar quais caminhos e/ou meios auxiliares podem ser ofertados e/ou construídos para/com o indivíduo, de tal modo que ele consiga voltar à etapa mais complexa do desenvolvimento que se desorganizou no processo patológico ou que esta tenha momentos em que predomine, nos casos da desintegração do psiquismo. Tal elaboração só é possível quando se conhecem as particularidades psíquicas no processo de adoecimento (Silva, 2022, p. 95).

Outro destaque realizado por Silva (2022) é a respeito dos diferentes níveis de comprometimento que ocorrem no processo de adoecimento da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. Há distintos níveis de gravidade, de forma que o impacto dos sintomas não será o mesmo para os sujeitos e, inclusive, para o próprio indivíduo em sofrimento que passa por períodos de crise e outros de estabilidade. Para Silva (2022, p. 97) essa avaliação possibilita: “(...) compreender qual o nível de desintegração do psiquismo e se, de fato, houve uma destruição da etapa mais elaborada do desenvolvimento que o indivíduo tinha conquistado, ou uma perda na sua predominância, mas, com estratégias auxiliares, é possível restabelecê-la”.

Silva (2022) pontua a importância de promover o desenvolvimento, mesmo em casos em que os sujeitos não alcançaram o pensamento conceitual, apostando que no adoecimento ocorre a desorganização do psiquismo e não sua destruição. A autora discute a respeito das neoformações patológicas que, após os períodos críticos, interferem nas formas de compreender a realidade, na organização psíquica do sujeito, e na participação dessas novas formações nos processos de troca com a realidade. O rompimento da unidade afetivo-cognitiva com a participação de sentimentos que se desprendem de sua materialidade, alterações dos sentidos e significados podem compor o quadro que explica o conteúdo das alucinações e delírios. Enfatiza-se a necessidade de desenvolver estratégias que auxiliem os sujeitos em sofrimento a superá-lo e/ou minimizá-lo, além do âmbito individual pois é necessário criar as condições e não apenas identificar que o adoecimento é decorrente dos processos sociais vivenciados. Silva (2022) reforça a necessidade de analisar particularidades psíquicas de processos singulares de adoecimento e que os sujeitos conheçam as determinações de seu processo de sofrimento.

Esses são aspectos que contribuem com o objetivo de construir estratégias que promovam a superação de dificuldades ainda que essas só possam oferecer saídas dentro das possibilidades de cada indivíduo singular, em circunstâncias a ele acessíveis, mas que fomentem as potencialidades humanas, indo além do seu desenvolvimento real ou efetivo, mobilizando os meios culturais (instrumentos e signos) tendo em vista sua apropriação ou reapropriação almejando a recomposição do psiquismo do sujeito em sofrimento.

CAPÍTULO IV - INVESTIGAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

Desse panorama indistinto de necessidades (a miséria concreta das classes subalternas e a miserabilização do indivíduo da classe tutelada), alguma voz pode erguer-se para gritar a angústia, a fúria, a raiva, a cisão, a fratura; ou para chorar a própria impotência. É então que lhe será dada a palavra, para amordaçá-la com a definição de “doença”: uma doença que será “tratada” para que não diga de onde provém.

Basaglia e Basaglia (2005, p.296 e 297).

Neste capítulo, iremos apresentar uma análise dos materiais coletados na pesquisa de campo com base nos fundamentos teóricos apresentados até aqui. O foco do capítulo é sobre a pesquisa de campo realizada com os usuários, familiares e profissionais do CAPS, sendo que a parte da pesquisa de campo realizada com as profissionais da Psicologia Histórico-Cultural que atua/atuaram em CAPS será majoritariamente analisada no próximo capítulo. Neste momento, temos por objetivo discutir seis eixos: o percurso de vida e as expressões do sofrimento psíquico; as alterações na linguagem e suas repercussões; o impacto dos sistemas de significação; as rupturas da unidade afetivo-cognitiva na esquizofrenia; a relação entre as vivências e a auto/hetero percepção, e; a expressão dual da esquizofrenia, os sintomas e contra-sintomas tais como se revelam nos estudos de caso.

4.1 ANÁLISE DOS ESTUDOS DE CASO: AS MUTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS HISTÓRIAS DE VIDA

Neste tópico, discutiremos a respeito das trajetórias de vida dos sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia que foram entrevistados na pesquisa de campo, conforme apresentado no capítulo dois. Para isso, buscamos realizar sínteses e observar regularidades das histórias de vida retratadas nesta pesquisa. Ao longo do tópico, temos o objetivo de salientar quais os nexos psíquicos que mais foram afetados, rompidos ao longo das trajetórias, com o objetivo de analisar o que há por trás da aparência dos sintomas clássicos da esquizofrenia. Compreendemos, à luz do aporte teórico da

Psicologia Histórico-Cultural e do método materialista histórico-dialético, que há um enfraquecimento do pensamento conceitual e sequente impacto na organização dos sistemas funcionais e na estrutura da consciência e personalidade, gerando a expressão dual da esquizofrenia, com sintomas e contrasintomas que refletem a expressão dessa forma de sofrimento psíquico. Buscaremos distinguir esse percurso conceitual com base na história de vida dos sujeitos. Destacamos que são diversas as intercorrências vivenciadas. Assim, faremos inicialmente uma retomada e depois discutiremos as repercussões na estrutura da personalidade e os sintomas que se conformam e impactam a vida de cada um.

Gostaríamos de destacar que estamos apresentando cinco histórias de vida de indivíduos que já possuem o diagnóstico de esquizofrenia há no mínimo cinco anos, sendo que a maioria já tem mais de quinze anos de diagnóstico. E, ainda, que por mais que tenhamos feito um esforço para abarcar mais de uma descrição do processo de sofrimento psíquico, com entrevistas com a pessoa adoecida, familiares e profissional de saúde, todas foram realizadas em um intervalo curto de tempo e as dificuldades foram descritas a partir da perspectiva que a pessoa e familiares se encontravam naquele momento. Logo, não estamos realizando uma análise com base em um estudo longitudinal, nem mesmo em um acompanhamento psicoterapêutico ou que possa resgatar as dificuldades enfrentadas ao longo das primeiras crises. Todos os entrevistados possuem uma longa jornada de acompanhamento psicossocial, de uso de medicações psiquiátricas e de internações compulsórias. O material analisado se trata de uma rica amostra acerca da compreensão que se tem do processo geral de adoecimento, tanto o usuário, quanto familiar e equipe profissional, porém, é datada de um período específico da vida, durante o momento de entrevista.

Ao retomarmos momentos centrais dos estudos de caso, traremos alguns trechos com as palavras dos próprios entrevistados. De acordo com os princípios éticos e políticos do nosso referencial teórico, ressaltamos que nossas análises não têm por objetivo localizar problemas individuais ou culpabilizar os sujeitos pelo rumo que sua trajetória os levou. Destacamos ainda que existem preconceitos, cobranças e expectativas que se alinham à ideologia dominante em nossa sociedade, em especial a respeito de categorias de classe social, gênero, raça e sexualidade. Conforme tratamos em Vigotski (2010) e Leontiev (2021), os sujeitos possuem as atividades amparadas nas relações que estabelecem com o meio social e formam a consciência social e o sistema de significações nestas relações. A palavra contém o significado enquanto um produto histórico que reflete

as relações sociais, tem caráter mais estável, enquanto o sentido é pessoal e confere a subjetivação do significado. Esse sistema de significações abarca as relações objetivas nas quais o sujeito está inserido pois o indivíduo se apropria dessas relações existentes. Dessa forma, as relações de classe social, de posição de gênero, de raça, compõem a totalidade da vida dos indivíduos, que passam a se apropriar do sistema de significações que acessam, se adaptando ou questionando esse sistema. Assim, passam a constituir a personalidade aspectos que se consolidam socialmente, por exemplo, o papel de um homem branco em uma posição machista e homofóbica, ou os impactos do racismo na vida de uma mulher negra, posições que se consolidam e trazem consequências adoecedoras, repercutindo na estrutura da personalidade e gerando um processo de intenso sofrimento psíquico. Buscaremos, na medida de nossas capacidades teóricas, destacar e problematizar essas formas de segregação que potencializam quadros de adoecimento em nossa sociedade.

Ao longo deste trabalho, procuramos delimitar uma compreensão da esquizofrenia como a expressão de um sofrimento psíquico revestida de características tipicamente humanas, que foram alcançadas no curso do desenvolvimento do psiquismo social. Logo, traremos reflexões acerca do processo singular de desenvolvimento cultural dos participantes da pesquisa, buscando reconstruir suas trajetórias de acordo com as etapas da periodização do desenvolvimento, observando as atividades principais desempenhadas em cada período e o momento em que se manifesta o sofrimento psíquico. Nossa hipótese é de que quando ocorrem rupturas na unidade afetivo-cognitiva, impedimentos ou grandes desorganizações da atividade principal do sujeito, irrompem-se formas mais agudizadas do sofrimento psíquico. Ou seja, intensifica-se o quadro que já estava abalado, o que repercute em prejuízos desorganizadores do psiquismo. Esses prejuízos tomam características próprias em cada etapa do desenvolvimento, e causam novas desorganizações, rupturas, crises, em contexto escolar, familiar, laboral, relacional. Observamos alguns padrões de repetições, tanto teoricamente quanto nas histórias de vida representadas nesta pesquisa, conforme apresentaremos a seguir.

Iniciaremos na época da primeira infância e da infância. Resgatando as definições que abordamos no capítulo três, a época da primeira infância engloba os períodos do primeiro ano, em que a atividade dominante do bebê é a comunicação emocional direta, e o período da primeira infância com a atividade principal objetal manipulatória. As funções psicológicas que estão em foco durante esses períodos são a sensação e a percepção, que permitem a integração de elementos para a criança. O marco para a época

da infância é a crise dos três anos, o primeiro período da infância é a idade pré-escolar, em que as atividades dominantes são os jogos de papéis, e a função psicológica em destaque é a memória. O segundo período é o da idade escolar, a atividade principal é a atividade de estudo e a função psicológica que a criança desenvolve centralmente é a atenção.

A respeito das vivências da infância, observamos alguns aspectos que nos chamaram mais atenção nas cinco histórias de vida analisadas neste trabalho. Praticamente todos contam de forma prioritária com a figura da mãe ao longo de seu crescimento. Caetano, Cecília e Oto tiveram mãe solo, não chegaram a conhecer seus pais biológicos. Francisco foi criado pelos avós, porém sua mãe, antes do acidente no qual veio a falecer, não sabia quem era o pai biológico do filho. Augusto cresceu com os pais, que vieram a se separar mais tarde. Tanto ele quanto sua mãe salientam que na infância dos filhos o pai já apresentava muitos problemas para a família, devido ao consumo prejudicial de álcool. Não apresentamos a centralidade do papel materno como algo problemático ou insuficiente para o desenvolvimento infantil, apenas ressaltamos que compõe um contexto de fragilidades econômicas e sociais. Todas as famílias entrevistadas enfrentaram fortes dificuldades financeiras na infância dos filhos, de sobrecarga laboral das mães e avós que criaram seus filhos e neto. Augusto e Cecília começaram a trabalhar para compor a renda familiar ainda quando crianças. Oto passou por diversas dificuldades em seu tratamento de saúde, com momentos graves de risco de vida, conforme sua mãe relatou:

Na realidade ele não teve infância né, porque, o Oto ele nasceu com um problema renal, ele ficou desde quando ele nasceu até a idade de 18 anos em hospitais. Ele foi desenganado pelos médicos com seis anos. Com seis anos os médicos mandaram trazer ele pra morrer em casa, eu não era evangélica nessa época, aí eu trouxe ele, ele deu várias crises, morreu e voltou várias vezes, e aí a minha mãe era espírita, o meu pai era evangélico, eles eram separados. A minha mãe já faleceu, tem alguns anos, meu pai ainda é vivo, e aí o médico mandou trazer pra morrer em casa com seis anos, aí eu liguei pro meu pai, que ele morava lá onde ela mora hoje, interior de São Paulo, aí eu falei pra ele que o médico mandou trazer pra morrer em casa, e mandou chamar, reunir a família né, porque ele tinha pouco prazo de vida. Aí meu pai falou pra mim que não, que isso não ia acontecer, que ele não ia morrer. O Oto não vai morrer minha filha, ele vai ficar bom, a gente

vai fazer uma campanha aqui na igreja e ele vai ficar bom. Aí eles fizeram a campanha, uns cinco dias ele começou a urinar, porque ele não urinava, ele era, ele tinha seis anos ele pesava 90 quilos, ele não urinava, aí depois dessa campanha começou a urinar. Eu tinha me separado do meu esposo, porque ele não aguentou a luta de eu ficar mais no hospital indo e vindo, gastando sabe, o meu primeiro marido ele não suportou essa vida pra ele, aí ele me abandonou (Mãe do Oto).

Um dos aspectos de destaque a respeito da infância de Oto é sua mudança de cidade em cidade em busca de melhores tratamentos para enfrentar os problemas renais. Isso acarretou em uma série de problemas de aprendizagens pois diversas vezes se mudou em período letivo, ou tinha de se ausentar da escola por longos períodos. Apesar disso, Oto afirma que na escola aprendeu a ler, e que apesar das dificuldades, guarda boas lembranças:

Quando eu aprendi a ler, eu lembro, foi na primeira série, (...) aí quando eu tava terminando a primeira série minha mãe mudou de cidade (...) aí eu tive que mudar, sair da escola, aí eu tive que começar tudo de novo no outro ano lá. Aí eu conheci uma professora, ela era até legal, da primeira série [citou o nome da professora], ela era gente boa demais, ela me ensinou a fazer teatro, de mãozinha sabe? Ela ensinava a gente a confeccionar o fantoche, ensinou a gente a trabalhar a fala, decorar, artes cênicas que nós ia fazer, ela ensinou muita coisa pra gente. Aí quando eu mudei (...) a professora falou assim que aqui o lugar dela era corrigir. Foi aí que a [primeira professora citada] escreveu uma frase pra mim: “Você foi um dos melhores alunos que eu tive na primeira série, um dos mais dedicados, e hoje que virei de professora para diretora, carrego você no meu coração”, me escreveu essa frase. Eu lembro, eu decorei. É que nem o enfermeiro que me chamou pra clínica pra mim ir, que me levou pra essa clínica que eu fui, ele escreveu pra mim, a bíblia de estudo: “Como Mano Brown trouxe ao conhecedor, como Bob Marley eu fui discriminado, e como Guina, eu vou vencer”. Guina, é o Guina do Racionais, que ele levou uns tiros, ele tinha AIDS, aí ele virou um missionário e ele foi curado da AIDS e ele tem platina aqui no tórax e no crânio, das metralhadas que metralharam ele (Oto).

Oto demonstrou uma boa memória do período da idade escolar, com nomes e contextos específicos que remontam à época, resgatando lembranças que denotam um bom desenvolvimento das funções psicológicas da memória e atenção, apesar das reclamações de que ele não tinha um bom acompanhamento dos conteúdos da aprendizagem escolar. Cecília e Francisco também relatam dificuldades de aprendizagem na infância. Cecília chegou a reprovar de ano e desistiu da escola quando estava na sexta série, ainda assim, atualmente, não consegue ler e precisa de ajuda para escrever. Francisco chegou a ir para uma classe especial no período de alfabetização, porém, depois, não precisou mais de ajuda especializada. Augusto chegou a repetir a segunda série do ensino fundamental por sete vezes até culminar em sua desistência da escola. Essas repetições o marcaram na infância, conforme salienta:

A gente que estuda assim por conta própria, nunca ninguém ensinou nada pra você. Eu nunca, desde a escola que eu estudei, ninguém nunca foi na minha carteira, não mostrou letra pra mim, aprendi, parei na segunda série, fiquei sete anos na segunda série, da onde que isso existe? Sete anos na segunda série? O que que tá acontecendo? Eu conseguia minhas coisinhas porque eu não tenho diploma escrito no cartório. Alguém ter feito ali alguma coisa por mim, que eu estudei, aprendi, ninguém nunca pegou na minha mão e ensinou o analfabeto pra mim, conta, nada disso aconteceu na minha vida. Fiquei sete anos na segunda-série, e eu fiz um, assim que eu saia da escola, eu sempre gostei de estudar, sabe? Eu amo a escola, pra mim a escola pra mim é tudo. Fiquei. Aí quando foi na sétima vez sabe, lembro disso até hoje, não abandonei meus livros. Porque nunca ninguém, coisa mais fácil é uma cartolina que a professora manda pro aluno, uma cartolina que tem o a-b-c-e-f-g você contorna sabe? Você começa a exercitar a cabeça, gravar o analfabeto na cabeça, pra você aprender a sílaba, pra você aprender ler, escrever né? E isso eu aprendi, só que eu não sabia ler, não sabia ler, não sabia escrever. Eu aprendi só o analfabeto na escola e tabuada, sabe? Tabuada eu era bom de tabuada, aí quando foi um dia aqui em casa, eu vi que.. eu morava aqui já, aqui eu lembro, que aqui era tudo pasto, pra cima aqui tudo aqui, só que nós veio embora de lá, só tinha um ranchinho aqui (Augusto).

É uma marca na vida de Augusto todos os anos que repetiu. Além disso, ele se queixa de que quando estudava, ninguém o acompanhou para sanar suas dificuldades.

Apresenta uma mágoa em relação a isso, afirmando que nunca ninguém lhe deu atenção, seja para conversar sobre a vida, o futuro, ninguém lhe ensinou coisas. Porém, destacamos que ele é fluente na leitura e na escrita, e não tem mais dificuldades com o alfabeto. Também salientamos que por vezes o Augusto erra a pronúncia de algumas palavras, como “analfabeto”, que ele quer dizer “alfabeto”. O discurso de Augusto é permeado por divagações. Por mais que tenhamos realizado um recorte dos trechos para trazer nesta análise, diversas vezes ele inicia em um assunto e muda para outros, sendo que apresenta alguns focos em certos assuntos, que discutiremos a seguir. Conforme relato da mãe, ele realmente tinha muitas dificuldades de aprendizado, demonstrando certo comprometimento no desenvolvimento das funções psicológicas de atenção e memória.

Francisco, apesar das dificuldades, gostava de ir à escola. Caetano também gostava, porém apresentou alguns problemas ainda na infância. Durante período em que sofreu bullying, reagia de forma agressiva, chegando a levar faca para a escola com a intenção de machucar os colegas, porém, não chegou a usá-la. Ainda assim, o destaque de Caetano é referente ao seu gosto pelo estudo, dizendo que foi um ótimo aluno na infância, alcançando premiações. Vigotski (2018a, 2012a) discute casos de crianças prodígios, com capacidades acima da média na infância, e apresenta a correlação de que o desenvolvimento intelectual precoce em crianças diversas vezes se revela como um conteúdo patológico ao longo do crescimento com perda destas capacidades e decaimento da criatividade. Observamos que esse foi o percurso de Caetano, pois ao final da infância, ele já não obtinha bons resultados e sua aprendizagem estava abaixo da média. Em todos os casos, temos a escola cumprindo um papel de fracasso na vida dos entrevistados, sendo que com Caetano isso ocorre ao fim da infância. Foi na escola que se conformaram e potencializaram dificuldades que se integram na história de vida e no curso de desenvolvimento do sofrimento psíquico desses indivíduos.

Martins (2011) discute que a educação escolar afeta a formação multilateral dos indivíduos e que os conteúdos escolares mobilizam no estudante um sentimento intelectual. A autora defende: “Uma educação escolar apta, portanto, à formação e promoção de sentimentos intelectuais positivos, imprescindíveis tanto na atividade de quem aprende quanto de quem ensina” (Martin, 2011, p. 239 e 240). Observamos a defesa da natureza social dos sentimentos pois para a Psicologia Histórico-Cultural as emoções compõem as relações interfuncionais dos sistemas psicológicos, o que conflui com a análise do período escolar dos usuários entrevistados nessa pesquisa. Em todos eles, a escola cumpriu um papel negativo acerca de seus sentimentos intelectuais, o que em

diversos momentos barrou o desenvolvimento, ao invés de fomentá-lo. Mesmo no caso de Caetano, que era um ótimo aluno, não observamos nos relatos, tentativas da escola em buscar recursos para alterar o curso de sua evasão escolar. Os outros sujeitos da pesquisa que também evadiram não obtinham na escola a construção de vivências afetivas e positivas. Francisco foi o único que concluiu o ensino regular, porém, concluiu com inúmeras dificuldades, conforme retomaremos ao discutirmos a adolescência.

Conforme trabalhamos em Vigotski (2018a), temos no conceito de vivência uma unidade de análise entre a personalidade e o meio social. O autor cita exemplos de uma família de sua época, de como as circunstâncias do meio afetaram de modo diferente a cada um dos filhos. No caso, uma mãe com consumo prejudicial de álcool que tinha crises nervosas e chegou a tentar jogar um dos filhos pela janela sendo que o filho mais novo reagiu de forma defensiva e sem atribuir sentido aos fatos, a filha do meio, com conflitos internos, ora com afetividades positivas, ora com medo e raiva da mãe, enquanto o filho mais velho assumiu um papel de cuidados e preocupações com todos os familiares. Observamos nesse relato de Vigotski (2018a) o diferente impacto que a mesma vivência causou em três crianças. A mesma situação resultou em diferentes repercussões na personalidade, conforme o grau de compreensão e de atribuição de sentido de cada filho. Nas histórias de vida relatadas pelos sujeitos da pesquisa, observamos algumas situações presentes ainda na infância, como a perda de familiares de grande importância afetiva, abandono paterno, situações ameaçadoras ou de abuso sexual, trabalho infantil e situações econômicas de grande vulnerabilidade, queixas escolares e precarização da educação, dificuldades de socialização. Discutiremos os acontecimentos mais marcantes das histórias de vida dos participantes da pesquisa com o objetivo de compreender o quadro que compõe os acúmulos de sofrimento específicos, que se reestruturam em determinado momento gerando um salto qualitativo na esfera do sofrimento psíquico, em geral, quando ocorrem as primeiras crises, que alteram a expressão e o impacto do adoecimento na vida dos sujeitos. As vivências destacadas pelos usuários do CAPS e de seus familiares contêm as marcas das dificuldades encontradas no meio social e dos impactos que forjaram as personalidades, e também as repercussões desse adoecimento na personalidade.

Ademais, discutiremos alguns dos primeiros sinais de sofrimento psíquico e outras dificuldades latentes que se conformam na infância. Aqui observamos que são distintos contextos sociais que aparecem como canal de sofrimento para cada um dos sujeitos da pesquisa. Augusto apresenta a queixa central das tentativas de abuso sexual. Salientamos que é difícil de entender o que aconteceu nas situações relatadas, por diversas vezes ele

se apresenta como vítima, porém, também enfatiza que não chegou a “ser abusado”. A mãe não se recorda de nada que tenha ocorrido na infância ou adolescência dele que se aproxime do que ele menciona.

E homem envolve com trem tranqueira, sabe? Travesti, essas coisas, já passei por muita situação, situação triste, se eu não tivesse um caráter, e fosse um menino direito eu seria um abusado, eu não valia nada. Hoje em dia eu olhava pra mim, às vezes nem existir mais eu existia, às vezes tinha até morrido, porque eu fiquei dez anos na igreja só orando e trabalhando. (...) Queriam fazer coisa, coisa que não existe. O homem feito por uma mulher e a mulher feita pelo homem. É, isso aí que eu quero dizer, só que isso nunca aconteceu porque eu impedi, eu não aceito abuso de ninguém sabe? Eu luto, nem que eu saia machucado, alguma coisa eu faço. Que abusar de mim eu não aceito não (Augusto).

Fato relevante é que, após adulto, ele passou a relacionar os abusos (que teriam ocorrido por parte de colegas do gênero masculino), com uma aversão, de tom raivoso a pessoas que ele nomeia como travestis. Pontuamos que ele pode realizar uma confusão em relação à orientação sexual (meninos com interesse sexual em outros meninos) e identidade de gênero (homens travestis ou transexuais), como se garotos com interesse no mesmo gênero fossem automaticamente travestis e não homossexuais. Ele mesmo afirma nunca ter conhecido uma pessoa transexual, o que aumenta a hipótese de que ele realize tais conexões. Nos próximos tópicos, discutiremos acerca do sistema de significações da vida de Augusto e do papel primordial da religião, de forma que entendemos que ambos, igreja e ódio contra pessoas transexuais ou LGBTQIAP+ se relacionam. Acentuamos ainda que os trechos de Augusto que fornecem conteúdo de ódio à população LGBTQIAP+ é fortemente repudiado pela autora deste trabalho, e que está citado nesta pesquisa devido aos fins científicos de análise do material coletado, de compreensão do processo de sofrimento psíquico na esquizofrenia e por expressar uma realidade existente em nossa sociedade, de discriminação e violência.

Em relação à infância de Caetano, também observamos alguns sinais que, mais tarde, compõe seu quadro de adoecimento. Destacam-se desde a primeira infância alguns comportamentos repetitivos, manias, hábitos de Caetano que chamaram a atenção da mãe, que ele mesmo afirma que o incomodavam, como bater palmas e pular de forma descontrolada em situações de agitação, costumes que deveriam se repetir de forma

calculada em momentos cotidianos, como acender e apagar as luzes 20 vezes, arrumar sapatos, bater palmas antes de dormir, por exemplo. Na infância, a mãe destaca que Caetano foi se afastando dos colegas e passando a brincar mais sozinho, com interações cada vez menores. Ela descreve uma compulsão por jogos de videogame, agressividade quando perdia, ou seu time de futebol era desclassificado, ou quando não lhe davam a atenção que julgava necessária. Caetano passou a ter comportamentos agressivos quando contrariado ou quando algo não ocorria conforme o esperado e também como reação ao bullying, conforme citamos. Inicialmente, a agressão era contra si mesmo, jogando suas coisas, mas logo se tornou dirigida a outras pessoas, atingindo um grau mais complexo. Outro fator peculiar que ocorreu em sua infância foi uma percepção alterada de si mesmo, em relação ao seu próprio odor.

Ao relatar esses acontecimentos, a mãe de Caetano salientou que houve algumas consequências, pois se distanciou mais dos colegas. Acreditava que se alguém saía da sala de aula ou ligava o ventilador, era por ele estar fedendo. Ela lembra que foi chamada diversas vezes na escola, que o filho chegou a agredir colegas, jogar pedras por imaginar que estavam rindo do cheiro dele, e que por mais que o levassem ao médico, comprassem perfumes e desodorantes, falassem que não estava com mau cheiro e sim com um bom cheiro, ele não acreditava. A mãe relata também que Caetano reagia de forma explosiva se não fizessem o que solicitava de forma imediata. Lançava cadernos quando a professora não o atendia, cadeira, de forma que tanto professores quanto alunos passaram a ter medo dele. Ela acredita que foi nessa idade que começaram a surgir, por parte dos médicos, algumas hipóteses diagnósticas:

Acho que uns nove anos mais ou menos, nove anos. Porque mais ou menos foi com nove anos que ele começou a ficar vendo rosto, rosto na parede, às vezes ele ia pra escola comigo ele ficava falando que tava vendo rosto no chão. Às vezes de noite ele ficava, ele gritava que ele tava vendo, falei não, vai dormir com a luz acesa, daí eu deixava ele dormir com a luz acesa. Aí eu levei ele pra [outra cidade], fiquei uma semana e meia lá com ele, sempre levando ele pra, até sair o diagnóstico dele, quando ele tinha essa idade que ele começou a surtar mesmo, aí o médico deu o diagnóstico que era isso. Ele tava no nono ano quando ele começou, quando ele começou a surtar mesmo, ele ia pra escola, aí de repente, eu tava achando que ele tava indo pra escola ele tava voltando já. Então ele não tava legal, ele ia e ele voltava. Não tava parando na sala de aula, e às vezes ele não

ficava, ele chegava, eles me chamaram lá na escola, e ele tava ficando de fora, não conversava com ninguém, sem conversar, e na hora que eu chegava, ele conversava comigo (mãe do Caetano).

A respeito das circunstâncias da vida de Oto, já destacamos as mudanças de cidades, diversas internações e risco de vida. A mãe relata que quando houve o incidente na escola no qual o filho agrediu o colega e foi encaminhado para um psiquiatra, já ouviu a possibilidade do diagnóstico de esquizofrenia, ainda que, na época, o médico tenha afirmado que seria déficit de atenção. Oto se refere à sua infância como um período em que ele não pôde desfrutar pois estava constantemente em internações, além de outras dificuldades decorrentes de seu quadro instável.

Cecília relata poucas lembranças de sua infância, assim como sua irmã, que respondeu à entrevista como familiar que a acompanha. O que a Cecília enfatiza, já desde sua infância, é a busca em torno de um amor verdadeiro, como via nas novelas e idealizava construir para ela mesma. Afirma que se sentia insegura com sua aparência, apesar de hoje reconhecer, que quando nova sempre foi muito bonita, que era magra, aparência que sempre prezou ter. Destacamos que Cecília, assim como outras mulheres, sofrem a pressão por um padrão estético que seja aceito socialmente. É uma mulher negra, de cabelos ondulados, aspectos que afirmou não desejar ter, em especial seu cabelo, que gostaria que fosse liso.

Ah, sonhava com o amor verdadeiro, queria namorar, que eu era magrinha, de certo os outros me achavam feia. Sonhava que eu era virgem, perder a virgindade com o primeiro amor da minha vida, sonhava sempre que eu ia ter um amor que eu gosto de verdade, casava e noiva. Mas só sonho, tudo que eu queria, o homem que eu queria não queria eu, eu ficava chorando. (...) tinha uns dez anos, nove, como eu disse assim, eu não lembro de nada, dos dez em diante eu ficava sonhando, vou encontrar uma pessoa que vai gostar de mim e eu gostar dessa pessoa. (Cecília).

Francisco também quase não mencionou aspectos de sua infância, porém sua avó destacou que ele tinha costume de ficar muito sozinho, nem mesmo tinha um bom relacionamento com seu irmão e sua tia, que tinham idades próximas à dele, um pouco

mais velhos. A avó salienta também algumas brincadeiras que a assustavam, mas que sempre foram comuns para ele:

Ah, o Francisco ele foi, assim, de criança, foi um menino que ele nunca teve amiguinho pra brincar, brincava sempre sozinho, e os brinquedos dele era diferente dos outros meninos, ele brincava assim, de fazer cemitério, de fazer cruzinha, essas coisas, era o brinquedo dele. E de adolescente também, poucos amigos, ele não tem amigo quase, muito pouco, tem uns amiguinhos dele lá, que é quase igual ele também. Não tem muito assim, tem amizade com várias pessoas de idade sabe, ele gosta muito assim de conversar. Fazer um cemitério no chão, desenha no chão, fazer capelinha, bastante cruzinha, diz que era o cemitério. Ele sempre fazia isso, isso quando ele não desenhava um caixão no chão e deitava dentro, daquilo lá, daquele jeito que ele fazia (Avó de Francisco).

Francisco não menciona essas brincadeiras, porém, pontuamos que podem se relacionar com o acidente em que sua mãe veio a falecer, de forma que a morte foi um tema comum para ele desde muito pequeno. Ele cita alguns amigos que ainda se conservam, porém, distingue que eles têm a própria vida e que não considera que alcançou tal autonomia. Ainda assim, tem o costume de visitar dois amigos, algumas vezes ao ano.

Em relação aos períodos de desenvolvimento e as respectivas atividades-guia, o que observamos por meio dos relatos é certa estabilidade no que se refere às etapas das atividades da comunicação emocional direta, objetual manipulatória e de jogos de papéis. Porém, na idade escolar, já se destacam algumas dificuldades envolvendo a atividade de estudo, visto que todos os entrevistados apresentam dificuldades de aprendizagem, que se relacionam com as funções psicológicas da memória e da atenção, sendo essas mais acentuadas nas histórias de Augusto, Cecília e Oto. Também observamos certa complexidade na execução das funções psicológicas de Caetano, que apresenta um rompimento de ótimo desenvolvimento escolar para um comportamento agressivo que chega, ainda durante a infância, ao momento em que passa a levar faca para a escola e a agredir colegas e profissionais. Caetano também possui alterações senso-perceptivas na infância, ouve vozes e enxerga vultos e rostos.

A respeito do período da adolescência, abordamos anteriormente que essa época se divide em dois períodos, a adolescência inicial e a adolescência, sendo que as atividades que guiam o desenvolvimento de cada período são, respectivamente, a

comunicação íntima pessoal e a atividade profissional de estudo. Na adolescência, ocorre a reestruturação de todo o sistema psicológico pois o pensamento do adolescente passa a operar de forma conceitual, reequipando as funções psíquicas e a relação estabelecida entre elas. Retomamos as elaborações de Vigotski (2012c) em que o autor apresenta a relação entre a esquizofrenia e a idade de transição da adolescência, afirmando que um é a chave do outro, e que ambos os processos estão em relação inversa. Na esquizofrenia, ocorre a desorganização e/ou a desintegração dos sistemas complexos alcançados no desenvolvimento da vida cultural, afetando as funções psicológicas que foram elaboradas mais tarde na periodização do desenvolvimento, que perdem as funções que anteriormente desempenhavam.

Dessa forma, destacamos inicialmente que foi no período da adolescência que Augusto, Caetano, Cecília e Oto tiveram o rompimento com os estudos. Augusto já havia repetido sete vezes a segunda série, Cecília, apesar de alcançar a sexta série, já trabalhava e tinha poucos estímulos em relação à educação. Oto, por sua vez, parou de estudar pois sua mãe considerou o melhor, visto que estava consumindo maconha com os amigos da escola, informação que ele mesmo confirmou. Apenas Francisco concluiu o ensino médio. Francisco, apesar de ter interesse pelos estudos e por leituras, passou a ter problemas já relacionados ao diagnóstico de esquizofrenia, apresentou algumas crises na escola e posteriormente virou alvo de bullying, conforme descreve: “Tive problemas, os outros mexia com a gente, 2009 eu tava passando mal aí riram de mim, até as professoras, e os alunos, tudo riu. Eu fiquei triste, eu passando mal e eles achando graça” (Francisco). Caetano também teve problemas de convivência na escola, o que agudizou sua agressividade.

Caetano e Francisco nunca chegaram a trabalhar, embora afirmassem ter vontade. Em ambos, o diagnóstico de esquizofrenia ocorreu ainda na adolescência, conforme abordaremos a seguir. Augusto, Cecília e Oto trabalharam e, para esses três entrevistados, o diagnóstico de esquizofrenia se consolidou na vida adulta. Augusto e Oto realizaram diversos serviços braçais, majoritariamente de caráter informal, já Cecília, trabalhou como empregada doméstica e diarista. Os três trabalharam na adolescência e no começo da vida adulta, até o adoecimento. Destacam-se ainda os elementos vivenciados na adolescência: Augusto passou pelo divórcio dos pais e pela intensificação do consumo prejudicial do álcool por parte do pai; Caetano teve um rompimento da relação que estabelecia com o pai, ainda que virtual, pois não o auxiliava e também não pagava pensão; Oto melhorou o quadro de seu tratamento renal, porém teve um acidente de

trânsito que resultou em um traumatismo craniano, e, conforme relatos da mãe, o filho se envolveu em inúmeros episódios de roubos ainda na adolescência.

A seguir, discutiremos as dificuldades e as primeiras alterações no desenvolvimento observadas na adolescência. Destacamos que já aparecem algumas formações que caminham na contramão do curso normal do desenvolvimento, neoformações patológicas, conforme os termos vigotskianos e os estudos realizados por Zeigarnik (2016). Augusto lembra de poucos aspectos de sua adolescência, destaca que foi um adolescente trabalhador, reforça a queixa contra as tentativas de abuso sexual, e afirma que optou por se isolar ainda mais de amigos da sua idade e pessoas de fora da sua convivência familiar, tendo por objetivo não vivenciar novas situações de abuso. Foi também na adolescência que começou a fazer o uso de tabaco e maconha, uso esse que não chegou a relatar como um vício incontrolável ou prejudicial, ao menos durante o período da adolescência. Cecília destaca que, além de sua atividade de trabalho para compor a renda familiar, seguia na busca e idealização por um relacionamento romântico-afetivo. Afirma que teve diversos namoros sem muito significado, perdeu a virgindade com quinze anos, porém não gostou da experiência e voltou a ter relações sexuais somente após a maioridade, aos dezoito anos. Ela enfatiza que sua busca por alguém que retribuísse seu amor era fonte de sofrimento, e apresenta seu último relacionamento, já na idade adulta, como uma relação que acredita ter obtido mais reciprocidade, ainda que tenha dúvidas.

Oto relembra que foi no início da adolescência que pôde vivenciar sua infância, pois quando menor, estava sempre em hospitais. Porém, discorre que para se enturmar, passou a fazer o uso de drogas, inicialmente maconha. Foi quando sua mãe decidiu retirá-lo da escola para começar a trabalhar. A mãe relata que na adolescência, Oto optou por um rumo questionável pois praticava pequenos roubos e furtos, e alguns sem muito sentido, como uma vez em que roubou um carro, porém não tinha planejado o que fazer, onde armazenar o veículo e logo foi encontrado pela polícia. A mãe afirma que diversas vezes teve de ir à delegacia retirar o filho, mas que não teve maiores complicações nessa época por ainda ter menos de dezoito anos. Ela destacou também que Oto chegou a vender drogas, porém afirma ter sido dura com ele, ameaçando expulsá-lo de casa se continuasse nesse caminho, pois, para ela, traficante costuma ter um fim trágico, e não queria isso para o filho. Oto relata que já na adolescência começou a ouvir vozes que dialogavam com ele, que no começo se assustou, mas depois elas faziam parte de sua vida. Foi no

começo da vida adulta que passou a usar crack, droga da qual tem maior dificuldade de se manter abstinente.

Já Francisco relata que suas primeiras crises foram na adolescência, mas não consegue descrever bem o que acontecia, apenas que passava muito mal fisicamente, chegava a desmaiar, enxergava pessoas e vozes que o assustavam muito, e o deixavam em estado de pânico. Ele chegou a realizar uma tentativa de mudar de cidade para fazer acompanhamento em um CAPS de uma região de médio porte, porém não gostou da experiência e retornou, sendo que nesse momento, se vinculou ao CAPS da cidade em que reside até hoje. Mesmo que nunca tenha gostado de frequentar os grupos, já realizava atendimento médico de forma prioritária. Seu diagnóstico de esquizofrenia aconteceu ainda na adolescência, porém ainda não o compreende bem, apresenta muita resistência em falar sobre o assunto, relatando que é algo que o deixa desgostoso da vida e com pouca esperança de um futuro melhor. A avó menciona que na adolescência foram diversas as brigas com a tia e o irmão, o que dificultava a convivência familiar.

Na mesma direção de Francisco, Caetano também teve seu diagnóstico de esquizofrenia na adolescência. Nesse período, aumentaram suas crises de agressividade. Descreve o período como um momento muito conturbado de sua vida. Caetano faz o relato de uma situação que o marcou muito, mesmo que não tenha sido agressivo. Ficou muito magoado e afirma que até hoje se sente menosprezado pelo que ocorreu na época, questionando a opinião de outras pessoas, inclusive da própria entrevistadora sobre o ocorrido. Ele afirma que até hoje sente remorso disso, e tem dias em que ainda pensa em se vingar.

Decorrente das crises de agressividade de Caetano, pelo fato de serem direcionadas a outras pessoas que as colocavam em risco, inúmeras vezes foi solicitado o auxílio do corpo de bombeiros para que fosse contido e medicado em hospital da região. Ele conta que foram mais de 50 vezes que o corpo de bombeiros foi acionado, o que hoje tem muita vergonha, pois acredita que é conhecido na cidade por ser uma pessoa sem autocontrole da conduta, que causa risco aos outros pois já teve episódios na escola, no CAPS, na rua e em casa. Ele passou a fazer acompanhamento no CAPS e sua mãe chegou a entrar na justiça para que designassem um funcionário para acompanhá-lo pois precisava do tratamento. Chegou-se a solicitar que não participasse dos grupos devido ao seu quadro agressivo. Após diversas tentativas, com quinze anos, Caetano foi internado em uma comunidade terapêutica, mas ele não gostou da experiência. Porém, ficou cerca de três meses na instituição, que ficava em outra cidade. Foi nessa época que recebeu o

diagnóstico de esquizofrenia e logo depois abandonou a escola. A mãe apresenta algumas considerações sobre esse período:

Assim, comigo, quando ele tava meio, quando ele tava bem mal, ele queria tentar me pegar pelo pescoço, e falava que as vozes tava falando, pra pegar no meu pescoço, sabe? [*ela se emocionou*]. Mas daí ele parou, agora ele não faz mais isso não. Mas no começo ele tentava fazer isso, e ele se mutilava, ele mutilava, ele até falava até de cortar o próprio dedo, de se mutilar, de fazer corte no rosto, o braços dele, os dois braços tem sinal de cicatrizes, ele se mutilava. E ele falava que não doía sabe, ele falava, mãe não dói, não dói pra quem tá se mutilando. Então eu escondia tudo as coisas, garfo, comecei a esconder faca, copo de vidro não tinha mais, prato de vidro também não. Porque, ele qualquer caquinho assim ele pegava e fazia esse tipo de coisa. E pedrada nos outros, ele jogava pedrada nos outros na rua. (...) Quando veio o diagnóstico de esquizofrenia, não sei se ele sabia assim o grau né? Porque quando o médico falou, eu não imaginava que fosse tão sério, eu não imaginava. Depois eu fui vendo que a coisa era séria mesmo. Porque eu nunca tinha ouvido falar assim da pessoa esquizofrênica. (Mãe de Caetano).

É muito marcante na vida de Caetano seu desejo por se relacionar com pessoas de sua idade, de ter amigos e atividades que jovens fazem de forma coletiva. Ele se sente muito sozinho e busca alternativas para reverter, porém suas alternativas nem sempre correspondem à realidade. Por exemplo, idealizou que se tivesse um carro e um videogame atrairia amigos. Muitas vezes ele se exalta, se sente frustrado por se sentir diferente e acredita que todos o conhecem por seu histórico agressivo. Sua mãe enfatiza que o prognóstico de que ele não vai desenvolver amizades veio de um de seus primeiros médicos:

Ah, ele perdeu amigos, inclusive até ele falava pro doutor [médico], que não tinha amigos, e o [médico] falava assim pra ele, Caetano, você sempre vai ser sozinho, você sempre vai ser sozinho. Ele tinha quatorze, com quatorze anos, ele [o médico] falava, você sempre vai ser sozinho. E lá na clínica ele ficava sozinho, isolado, tinha um monte de menino, vamos tomar banho de piscina, ele não ia, ele ficava sozinho. (Mãe do Caetano).

O isolamento social já na adolescência é marca da vida de Caetano, Francisco e Augusto. Augusto afirma que foi uma opção sua se afastar e não acreditar em outras pessoas que conviviam com ele, porém apresenta diversas queixas de que gostaria de ter tido um amigo fiel, que partilhasse a vida com ele e não tentasse machucá-lo. Francisco também se queixa de não conseguir estabelecer amizades, de que sente falta de pessoas para conversar e de que se sente muito sozinho.

No trecho a seguir, Caetano chega a afirmar que não acredita ser uma pessoa adequada para viver em sociedade, o que acreditamos ser consequência de seu histórico de vida, inclusive de orientações que recebeu em seu tratamento, conforme o trecho que destacamos anteriormente (que o médico indicou que ele sempre seria sozinho).

É, eu tava pensando nisso, que eu esqueci de te falar, uma coisa que eu esqueci de te falar. É que o pessoal da escola começou a ficar com medo de mim, aí todo mundo se afastou, por causa que eu tava, eu não sei se eu já te falei isso, mas eu fiquei tacando cadeira, mesa, pedra nas pessoas, nos funcionários eu taquei pedra também, aí eles ficaram tudo com medo de mim, aí se afastou de mim. Aí eu nem sei, se eu, se compensa eu ficar em sociedade, por causa que eu, as pessoas, eu fico assim, eu não fico com inveja, mas eu fico com ciúmes das pessoas ser feliz e eu não, quer dizer, ser feliz e eu não. Por causa que, é, por causa que tem gente que fica se achando assim, tal tal tal, e eu, nunca me achei assim. As pessoas também. Ah eu não vou falar isso. É também as pessoas que é magra, que fica se mostrando. Tem meu primo meu, lá de [outra cidade], ele fica tirando foto assim, falando ah, ó, eu sou o cara, falando que quer namorar, e aí, eu gordo desse jeito (risada), e aí eu fico sem graça, aí eu fico triste, eu queria ser magro, e eu não sou. (Caetano).

Destacamos que na etapa da adolescência, conformam-se diversas frustrações frente ao esperado pelos próprios entrevistados em relação a esse período da vida. São expectativas não realizadas, conflitos de convivência, rompimentos com familiares e relações amorosas, rompimento com os estudos e início de acompanhamentos psiquiátricos e de medicalização. Observamos já um rompimento com a atividade guia da adolescência, com alterações da conduta, interditos em projetos de vida. Caetano é levado a acreditar que não é uma pessoa apta a conviver em sociedade e que seu destino é o isolamento e a impossibilidade de cultivar quaisquer amizades. Todas as suas atividades

se voltam para ocupar seu tempo vago com seus interesses de forma solitária e com seu acompanhamento no CAPS. Francisco teve a atividade de estudo e seu acompanhamento de saúde como atividade guia até o fim da adolescência. Augusto e Cecília, desde o começo da adolescência, se ocuparam da atividade guia da vida adulta, atividade profissional de trabalho. Oto teve sua trajetória escolar interrompida, rapidamente se envolveu com atividades ilícitas e começou a lidar com sintomas da esquizofrenia. O adoecimento foi presente em toda sua trajetória, e quando conseguiu finalizar o tratamento renal, ele já estava diagnosticado com esquizofrenia.

Ao atingir a idade da vida adulta, Caetano, Francisco e Oto já haviam passado pelas primeiras crises, embora o quadro de Oto tenha se acentuado com o tempo. Cecília e Augusto foram diagnosticados já na idade adulta. Já adulto, Caetano seguiu apresentando uma mudança em seu quadro de agressividade, de forma que ele mesmo considera que amadureceu e que não reage mais às frustrações de forma violenta, porém manteve e até intensificou o quadro de ideação suicida. Também houve constância em seu vínculo com o CAPS, sendo que no período da pandemia, o isolamento do serviço causou dificuldades, mas ele demonstra interesse em trabalhar e estudar, embora tenha dúvidas se conseguiria desempenhar tais tarefas. Francisco realizou poucas atividades remuneradas, com vínculos informais, no começo da vida adulta. Porém, se queixava de forte cansaço com atividades braçais, de forma que logo em seguida foi interdito e nunca mais desempenhou tais tarefas. Cecília trabalhou, sendo bem reconhecida em sua profissão até seus 21 anos, quando teve sua primeira crise, que causou grande desorganização. Anos mais tarde, com 34 anos aproximadamente, começa a namorar e tem uma filha. Atualmente dedica sua vida à criação da filha e à sua religião. Oto e Augusto também param de trabalhar por conta do diagnóstico, no histórico dos dois, o consumo de drogas aparece, sendo que Augusto usava maconha e Oto crack, ambos também se dedicam à religião evangélica. Suas mães destacam que trabalhavam bem antes de adoecerem:

Trabalhoso, ele era muito trabalhador esse aí, todos os dois [refere-se ao seu filho que faleceu], é muito trabalhador. Esse menino trabalhou com força, ele disse que nunca viu ninguém saía com ele, só que ele ficou doente né? Teve que parar. Aí ele trabalhou na fazenda lá, aí ele veio trabalhar na [empresa], já tava doente, aí lá mexe com peixe dentro de rio, ele entrava no bote saía até com o botinho empinado assim, aí o homem dispensou, falou não tem como ele ficar aqui, uma

hora ele vira esse bote né? Aí ele vai morrer afogado. Aí não trabalhou mais. (Mãe de Augusto).

Em síntese, observamos que a vida adulta dos usuários entrevistados é marcada pelo processo de sofrimento psíquico da esquizofrenia. Cecília e Augusto tiveram um curto período de tempo antes de receberem o diagnóstico de esquizofrenia em que exerceram atividades remuneradas, a atividade principal na vida adulta. Porém, mesmo nesses dois casos, observamos que os serviços realizados foram essencialmente manuais, mal remunerados, com oportunidades escassas. De forma geral, destacam-se nas histórias de vida a presença de frustrações e projetos de vida não concretizados. O estigma e discriminação foram a tônica do desenvolvimento, que passa a ser obstruído pelo circuito psiquiátrico de medicação, internação e interdição, interrompendo o acesso a outras vivências, às necessidades sociais do gênero humano. Enfatizamos que a elaboração de um plano de vida é o resultado de um processo de desenvolvimento congruente, que ocorre do período final da adolescência para a idade adulta, o que foi interdito e obstaculizado em todos os casos.

4.1.1 Análise dos estudos de caso: o sofrimento psíquico e consolidação do diagnóstico de esquizofrenia

A seguir iniciaremos a discussão a respeito do processo de sofrimento psíquico apontando algumas características comuns aos processos de intensificação do adoecimento e quais os encaminhamentos oferecidos. Destacamos que ainda que diversas ocasiões se conformem enquanto situações críticas (Vigotski, 2018b), aqui observaremos apenas os aspectos mais característicos do quadro da esquizofrenia. A seguir, discorreremos a respeito das repercussões na consciência e na estrutura da personalidade.

Na história de Caetano, observamos que os sintomas relacionados ao diagnóstico da esquizofrenia já aparecem na infância. Além de aspectos mais gerais observados pela mãe como comportamentos repetitivos e isolamento social, ele relata ver vultos e rostos, ainda quando criança. Estas alterações senso-perceptivas se mantêm na adolescência de Caetano, sendo que passa também a ouvir vozes. A principal queixa a respeito do seu comportamento se centra na expressão agressiva de seus sentimentos, relata não ter controle sobre seus atos e nem mesmo percepção sobre o que realiza quando está em crise.

Já no final da adolescência, Caetano passou a controlar melhor sua agressividade, acredita que devido ao auxílio da medicação, internação e também a certo amadurecimento. Ele se queixa de viver em isolamento, da vontade de tirar a própria vida e de intenso sofrimento. Caetano destaca que, quando adolescente, as vozes pediam para que fizesse coisas negativas, ou até mesmo tragédias, que tentava evitar, mas que às vezes não conseguia e então jogava objetos nos outros. Ele não especifica como é essa voz, porém, ao final da adolescência, afirma que o conteúdo das vozes, dos vultos e imagens parou de lhe perturbar, embora sua mãe afirme que quando acontecem ele se desorganiza e costuma não ter boa memória do que aconteceu nos períodos de crise.

Francisco, durante a adolescência, passou a enxergar vultos e sombras, além de vozes com comandos violentos para que machuque ou mate alguém ou a si mesmo. Ele afirma que o som da voz se assemelha à sua própria voz, e que sente muito medo, sendo que nunca obedeceu a essas instruções. Normalmente costuma se deitar e esperar que os sintomas passem.

Tem umas coisas que me dá um desgosto, fico com medo das coisas, uns costumes que eu tenho de estar vendo umas coisas, escutando umas coisas, incomoda. Medo, é de uma hora pra outra, tem hora que eu tô bem aí já dá essas coisas. (...) Falava muito comigo, eu fico doidinho. Elas aparecem de uma hora pra outra, tem hora que eu tô bem e aí eu fico assim. Eu deito num lugar escuro, vem falar comigo tem muita gente, muita gente, muita pessoa. (Francisco).

Francisco também descreve um mal estar físico decorrente dessas crises, que vem se intensificando ao longo da vida adulta. Ele menciona torção muscular, falta de controle sobre seus sentidos, movimentos involuntários com os olhos, perda de força nas pernas, desmaios, salivação, dificuldade de falar e se expressar quando está em crise. O detalhamento de seus sintomas nos deu a impressão de algo relacionado a uma convulsão, porém, em entrevista com a profissional de saúde, ela esclareceu que os sintomas estavam sendo acompanhados e que é comum em usuários que utilizam há muitos anos a medicação psiquiátrica, fenômeno conhecido como impregnação, ou seja, um efeito iatrogênico do tratamento medicamentoso veiculado, conforme trabalhamos no primeiro capítulo. A avó de Francisco comenta esses sintomas de impregnação e também o conteúdo das vozes e vultos do neto, afirmando que os episódios de mal estar físico diminuíram em um aspecto qualitativo, ainda que se mantenham:

Volta e meia ele dá umas crise, tem vez que cai. Ele vai ficando assim, virando o preto do olho pra riba só vê o branco, ela vai fazendo assim, fazendo assim, até que cai. Se não tiver ninguém por perto pra segurar cai. É, a primeira vez que ele desmaiou demorou voltar, agora não. Agora dá uma tonturinha, às vezes cai, mas logo ele melhora. Uma vez ele bateu a cabeça, saiu sangue do nariz, da boca, do ouvido. Ele fica naquela ansiedade sabe muito grande. (...) Parece que ele tava ouvindo vozes, tava escutando uma pessoa falar: por que você não morreu? por que você tá vivo? Essas coisas. Isso ele não esquece, tá direto ele tá falando isso. De vez em quando ele sai e ele chega passando mal, ele enfia embaixo da coberta e põe o travesseiro na cabeça que fica debaixo das coberta por muito tempo. Sempre ele fala que tá escutando essas vozes, chega e desse jeito com o olho virado, se enfia debaixo da coberta com o travesseiro na cabeça, até passar aquilo. (Avó de Francisco).

Cecília explica que o início de seu sofrimento psíquico ocorreu após o fim de um relacionamento. Ela se relacionou com um homem por cerca de seis meses, quando tinha aproximadamente 20 anos. Ela explica que por mais que tenha optado por terminar com ele, se arrependeu e quando tentou retornar, ele não aceitou. Após essa rejeição, inicialmente entrou em um estado depressivo, porém esse se agravou. Parou de se alimentar, emagreceu muito, e esse sofrimento desencadeou sua primeira crise. Destacamos que o conteúdo de um relacionamento romântico e idealizado como em novelas foi objeto do desejo de Cecília desde a infância, e ela apresenta esse mesmo conteúdo como desencadeador de sua primeira crise psiquiátrica. Mesmo tendo algumas outras relações afetivas após essa crise, não ressalta a importância de nenhuma delas e enfatiza o relacionamento com o homem que é pai de sua filha, já falecido há mais de quatro anos na data das entrevistas. Conforme a irmã, foi recentemente, há cerca de um ano atrás, que ela passou a afirmar que Deus ressuscitaria seu marido para que eles possam casar e então realizar seus sonhos.

Augusto e Oto apresentam o consumo de drogas da adolescência como impulsionador de suas primeiras crises, ainda que o diagnóstico de esquizofrenia tenha se consolidado já na vida adulta. Há diferenças na forma do consumo pois Augusto relata que passou muito mal após a primeira vez que fumou maconha, porém seguiu usando e nas outras vezes teve sensações prazerosas, mas acredita que suas crises sejam

decorrentes da maconha, pois quando está em crise, sente sensações parecidas as que tinha quando fumava. Destacamos um trecho em que ele apresenta vários conteúdos misturados, sendo esse um aspecto comum da sua linguagem, conforme discutiremos no próximo tópico. É interessante observar que ele também menciona as dificuldades decorrentes da medicação, novamente um efeito iatrogênico do tratamento utilizado:

É. E isso não faz bem pra pessoa, a pessoa, come os neurônios da cabeça da pessoa, a pessoa vai indo não sabe nem quem ela é, e isso se a pessoa não se ligar, não tomar uma força de vontade de largar disso, isso é uma porcaria, isso não vale nada. Óia como eu sinto feliz de ter parado, eu vou no hospital fazer uma visita lá no hospital, vou conversar com a doutora, que, eu tenho que tomar injeção sabe? Eu tomo injeção. (...) Isso é vício, vício sabe? Depois que eu parei de fumar eu não sinto mais sofrimento sabe? Porque você tá inalando uma fumaça, aquilo tá te sufocando, parece que você não tem sossego pra dormir, parece que você acha que o remédio tá fazendo mal, sei lá, às vezes o remédio tá até fazendo mal. Porque muitas vez já veio remédio errado pra mim tomar sabe, tava fazendo mal mesmo. Eu fico passando mal né, porque o remédio tá errado. Às vezes sei lá o que que aconteceu na forma do remédio e dão esse remédio. Eu estudo sobre a bula do remédio pra mim ver se o remédio tá bom, pra não fazer mal sabe? Eu tomo o remédio, não passo mal, durmo, acordo, já acordo com disposição, com força de vontade, bem, e tô feliz mesmo assim, tô lutando com a vida. Vou estudar muito ainda, tem que muito estudar. (Augusto).

Já Oto considera que o consumo mais prejudicial foi o do crack, que ele realizou já na vida adulta. Inicialmente, aponta que o consumo o desvirtuou de sua fé e religião, pois impulsionou comportamentos como o furto e o roubo:

Eu usei crack. Aí foi assim, minha mãe ela afastou dos caminhos de deus, aí ficou só eu nos caminhos de deus, eu lia a bíblia todo dia, nem fumava mais cigarro nessa época, nem maconha nem nada, só lia a bíblia e ia pra igreja. Aí o pessoal começou a ficar meio que falando, ah porque você só vai pra igreja, você não vai pro baile, não bebe cerveja. Aí ela falava assim, graças a deus que meu filho tá nos caminhos de deus né. Aí o filho de uma amiga dela, tomava uma pitchula, ele foi e me chamou pra tomar pitchula, eu falava que não podia, que eu tava indo pra

igreja, e ele falou até quando que você vai ficar nessa vida, você vai pra igreja, mas você se envolve com o pessoal do mundo, eu falei assim, não moço, veja bem, eu tenho um entendimento que o que mata é o que sai, não é o que entra, tá na bíblia, Jesus mesmo falou pros republicanos e pros fariseus, quando eles foram comer uma espiga de milho com a mão suja. Aí eles falaram, mas o que mata é o que sai da boca, não o que entra. Aí eu tive que explicar pro rapaz, aí ele falou assim, não, mas, esse cara aí, que você fica andando com ele aí, ele usa drogas, ele rouba, aí eu, aí eu fui e desencaminei, de uma vez por todas. (Oto).

Oto relembra que em sua primeira crise já era usuário de crack, e também que na época estava repassando as drogas, porém isso durou pouco tempo pois o conteúdo de suas crises envolvia a prática do tráfico. Ele havia parado de trabalhar e sentia-se perseguido, como se estivessem vindo atrás dele para cobrar dinheiro ou mesmo o material. Sua mãe cita esse período em que começou a vender e também salienta que durou pouco tempo, inclusive porque ela ameaçava o filho, afirmando que não aceitava um filho vendendo drogas. Oto destaca alguns acontecimentos marcantes em torno dessa primeira crise:

(...) Eu ouvi a voz falando assim, vamos na casa do Oto vamos esfaquear ele, cortar uns pedaços dele, matar ele, eu era mais magro, aí eu peguei e subi no teto, quebrei umas telha, joguei nos vizinhos, eu tava achando que tinha alguém querendo me matar. Foi onde tudo começou. (...) Só que as crises já ficaram mais frequentes, e assim o homem lá, da conversa, a voz irreconhecível falou pra mim assim, pega o seu celular e põe na orelha quando você tiver falando pra sua família não desconfiar, que eu tinha um problema, eu punha, só que aí tinha hora que eu esqueci e eu continuava conversando sem celular na orelha. Aí um dia o namorado da minha mãe, ele chegou a um colapso de nervoso com isso, com a história de eu ficar conversando de madrugada e dormir até, dormia até cedo porque eu trabalhava ainda, eu conseguia trabalhar com a dificuldade assim, dupla personalidade. Aí eu peguei, levantava cedo e ia pro serviço, isso durou o que, um mês, e meio por aí, eu trabalhando e escutando voz, aí ele pegou e levou assim pro irmão dele, lá onde ele morava tinha uma edícula que morava duas pessoas, e ele falou assim, que tava inconformado, que não conseguia dormir mais, que ele trabalhava muito. (Oto).

Oto explica que mais tarde essa voz, que era inicialmente masculina e compara com a voz de uma entidade, se transformou na voz de uma mulher, e que isso inclusive foi um pedido dele, para que fosse uma voz feminina que conversasse com ele. Após essa primeira crise, passou a desenvolver uma relação mais positiva com a voz, estabelecendo um diálogo diário, porém afirma que quando faz algo equivocado é por obedecer ao comando das vozes.

A mãe de Augusto relata em detalhes a primeira crise do filho. Afirma que ele já era adulto, com aproximadamente 22 anos quando ocorreu, que começou dando alguns sinais de que não estava bem e que foram cerca de três meses até a situação piorar em um nível em que precisou de intervenção. Ela afirma que ele era um ótimo trabalhador antes desse acontecimento. Nesse dia, afirma que Augusto já estava falando coisas sem nexos, recusando alimentação, saiu de casa em um dia chuvoso, já no período da noite. A mãe ligou para os bombeiros e conseguiram interceptá-lo na estrada, a quilômetros da cidade. Foi levado para atendimento em hospital geral e logo em seguida foi encaminhado para sua primeira internação psiquiátrica. Até o momento das entrevistas, havia sido oito internações ao todo. Discutiremos nos próximos tópicos a compreensão de Augusto de que afirma ser engenheiro e como isso se relaciona com seu processo de adoecimento. Destacamos dois trechos sobre o que Augusto pontuou sobre as internações:

No Hospital Spquiatri. E eu, de primeira eu pensava que isso era a pior coisa, e hoje em dia não. Eu acho, e se for preciso eu vou morar lá, que lá tem injeção, lá tem remédio, você vai sentir bem, você tá no hospital, hospital é que tem que você se tratar, você ser feliz na vida, saudável, né? As enfermeiras é tudo boazinha. (Augusto).

(...)

É, eu quero contar o que aconteceu, por causa de droga. Eu vi que não tava certo eu usar droga. Aí e fui internado, fui internado, eles me amarrou lá, deixou eu amarrado. Não. Foi assim não. Levou eu, eu fui num, pegou eu, eu queria virar pastor sabe? Agora eu lembrei, o que aconteceu. Aconteceu que, eu não dormia sabe? Eu acha, falava que maconha era o cigarro do demônio sabe? E eu escutei falando aquilo, e nunca esqueci, fumava cigarro, falava que aquele era amaldiçoado, e é amaldiçoado mesmo. (...) Aí eu peguei e abri uma bíblia, eu usava droga, abri uma bíblia e eu vi que minha vida não tava nada certa, e que lá

tava piorando, até que enfim, já tinha sido internado, não, deixa eu lembrar, o que que aconteceu hein, vou lembrar. Eu fiz uma promessa, se eu parasse de fumar, eu peguei e fiz uma promessa, essa promessa existe até hoje, que eu parei de fumar, e eu não voltei mais. Eu fico pensando, admirando eu sabe, que eu bati o pé mesmo e falei que não ia fumar e não fumei nunca mais. (Augusto).

Todas as internações de Augusto, Cecília e Francisco ocorreram no mesmo hospital psiquiátrico, sendo que eles não tiveram experiências em comunidades terapêuticas. Em todos os entrevistados observamos um movimento duplo, ao mesmo tempo que exibem questionamentos, reclamações, ponderações importantes a respeito da forma como são tratados nas internações. Também apresentam certa resignação, aceitação de que a internação cumpriu ou cumpre um papel social importante frente às demandas que apresentam. Nesse trecho, Cecília realiza algumas ponderações do que considerou cômodo e incômodo:

Ah, eu gostava, sabe por quê? Às vezes eu ficava com preguiça, então lá eu pegava a roupa pronta, a comida já feita, aí tem vez que eu falava, ah eu vou pra lá. Mas aí eu.. aí eu vou pra minha mãe lá, mas o negócio de ficar fechado lá sabe, não é bom, é ruim. Mas o negócio, a comida de lá é muito boa sabe? Mas ficar trancado é ruim, porque fora pode sair a hora que quiser, tomar, vai lá pra um conhecido às vezes, né? Ah e também, os outros, todo mundo gostava de mim, um dia talvez quem sabe queira deus, eu encontrar essas pessoas tudo do outro lado sabe, fazia amizade no mesmo dia, todo mundo gostava de mim, falava que eu era boazinha, eu fazia amizade, não fazia rolo nenhum sabe? Era quieta, eu sou calma, um pouco, aí eu ficava lá, eu ficava. (Cecília).

Cecília também comenta algumas dificuldades relacionadas aos períodos em que passou em tratamento nessa instituição:

Então, remédio em cima de remédio, nunca teve um que.. E lá no hospital psiquiátrico eles enfiam remédio mesmo, a pessoa fica tremendo assim, até com 19 anos, agora você tá bem, graças a deus, você tá bem, que bom que eu tô, você tá bem, sabe porque, você precisa ver, dá uma tremeção. Eles enfia remédio com força, aqueles remédios de dopar, sabe? Sossega leão, injeção, remédio com

remédio. (...) Então, tinha vez que eu tava triste, com desânimo de cuidar da minha filhinha, eu preferia ir pra lá ficar quieta, mas eu não falava, sabe? Mas aí eu não sei, eles davam remédio, enfiavam remédio na gente, vixi, é remédio lá na veia sabe? Ficava até com as pernas tremendo, acordava de noite então eles davam remédio tanto, dava um tremedeira, até hoje eu tremo. A última vez que eu entrei lá, me deu uma tremedeira, graças a deus aí depois melhorou, mas eu ia pentear o cabelo, repartir no meio eu nem conseguia direito. (...) É, de tanto tremer, repetir certinho, a mamadeira eu esquentava leite da minha filha cedinho, e eu despejada na mão, de tanto que treme. (Cecília).

Cecília foi internada apenas uma vez após o nascimento de sua filha e, desde que o pai da criança faleceu, nunca precisou de internação. Ela chega a relacionar as internações com a conveniência de ter alguém fazendo suas tarefas por ela, porém também salienta que não se sente confortável de não poder receber alta e sair de lá quando tem vontade, e que agora que precisa cuidar da filha a internação não é uma opção. Em direção semelhante, Francisco comenta como se sentiu a respeito da segunda internação e as consequências que observou:

Na hora que veio pedir pra mim ir eu falei que podia, na hora que veio eu aceitei, da última vez. Falaram que era pro meu bem né? Aí eu aceitei. Foi por lá que me deu isso, esse negócio de eu ficar vendo as coisas, porque eu fiquei com raiva de eu ir sabe, esse negócio as minhas coisas, me atacou as veias. Depois que eu fiquei internado que eu fiquei assim. (Francisco).

Nesse trecho, Francisco relaciona até mesmo a piora de seus sintomas com a internação psiquiátrica. Ele revela que a segunda internação foi muito mais penosa, que gostaria de nunca mais precisar de tal intervenção. Oto chegou a ser internado nesse mesmo hospital psiquiátrico diversas vezes, porém, além desse passou por outros hospitais da mesma categoria e, também, por algumas comunidades terapêuticas. Oto não reclama dos períodos de internação, apesar de preferir estar em casa com a família, aceita quando sua mãe solicita novas internações. Os últimos acolhimentos de Oto foram realizados todos em comunidades terapêuticas, a mãe, por ser evangélica, acredita que essas instituições geram um resultado melhor no filho. Consideramos também o fato de que em hospitais psiquiátricos, o período máximo de internamento é de 30 dias, podendo

ser prorrogado em algumas situações, mas ainda é uma internação de curta permanência. Dessa forma, a mãe de Oto encontrou nas comunidades terapêuticas um local em que ele aceita ficar e que pode permanecer por longos períodos, além da relação com a religião da família. Retomaremos esse assunto no próximo capítulo. A mãe comenta sobre suas decisões:

Eu já pus ele em várias clínicas, quase todas do mesmo tipo, o tratamento é o mesmo em todas elas. É raro alguma ter mudado alguma coisa. Só que como eu sou evangélica, eu prefiro deixar ele onde o dono, ou diretor, é evangélico, pra gente falar a mesma língua. Porque se eu coloco ele num lugar que a pessoa é espírita, eu sendo evangélica, a gente não vai falar a mesma língua. Então eu coloquei ele já em outros lugares, em [cita três cidades], e nenhuma teve um resultado bom. Resultado bom é o que, que ele ficasse durante um tempo certo, que ele sempre fugiu das clínicas, [cita uma das cidades anteriores] ele não fugiu, ele ficou um ano, mas o próprio dono usava droga, descobri depois que o próprio dono da clínica usava droga, então pra mim não servia. Porque se ele usa ele poderia estar dando pra pessoa lá dentro usar também, então eu, aí eu tirei ele dessa clínica, e coloquei nessa de [uma nova cidade], que um amigo me recomendou, e como o rapaz é crente da igreja do meu tio, que eu tenho um tio que é pastor lá em [nova cidade], que ele é pastor presidente de uma igreja, tem várias igrejas no comando dele, aí eu coloquei ele nessa lá, ele ficou um ano. (Mãe de Oto).

Caetano também foi internado em comunidade terapêutica. Essa internação ocorreu quando tinha quatorze anos e apresentava um quadro intenso das crises de agressividade. Sua mãe buscou na justiça por diversas alternativas, pois como ele era menor de idade, os hospitais psiquiátricos públicos na região não aceitavam sua internação. Foi uma decisão difícil para ela, porém acabou conseguindo referências em uma comunidade terapêutica de outro estado e, sem que o filho soubesse, eles viajaram para lá. Foi um período de grande sofrimento para Caetano, pois era muito apegado à mãe e à sua dinâmica doméstica familiar. Relata que foi um grande esforço passar esses meses lá, mas que se esforçou muito para demonstrar estar bem, pois via adolescentes que estavam lá há oito meses e entendia que precisava externar uma melhora para que pudesse receber alta. Ele ficou três meses no local, não desenvolveu muitos vínculos com os

internos, afirma que se excluía por não querer convivência. Nesse período, chegou a namorar uma das internas, ainda que relate que não foi um relacionamento significativo, e que acabou assim que recebeu alta. Ele se aproximou de duas profissionais, sendo que a profissional da enfermagem ele mantém contato diário até hoje e afirma ser uma amiga, uma das únicas. Ele relata algumas dificuldades:

Foi tipo um castigo pra mim, eu fiquei muito incomodado, tem dia que eu ficava sem almoçar, sem café da manhã, por causa que eu perdia o horário e aí não davam depois de novo. E a comida de lá era ruim, eu ficava com fome do mesmo jeito. Tem vez que eu comia só arroz e feijão, e tem vez que eu comia só salada. Eu pensava assim, que acabava a salada logo, aí eu ficava só comendo salada, ficava sem comer, não comia alguma coisa que eu não gosto, até hoje é difícil. E eles davam castigo também. À noite, teve uma vez que eles tavam tirando o leite. Não dava leite à noite, dava só suco e bolacha só, e eu não gostava de bolacha, e não gostava muito de suco, aí eu ficava sem comer nada. Tinha vez que eu ficava comendo só as coisas da cantina, mas as coisas da cantina eram caras, sabe aquele copinho, fino, de miojo? Oito reais lá. (Caetano).

Embora ele enfatize diversos aspectos negativos, após retornar da comunidade terapêutica, teve uma drástica diminuição do quadro de agressividade. Afirma ter amadurecido e encontrado outras formas de expressar seus sentimentos, mas que também deseja que nunca mais tenha que passar pelo que viveu nessa internação. Além disso, logo em seguida abandonou a escola, a instituição no contraturno, ou seja, rompeu com os principais vínculos que geravam os sintomas de agressividade. Passou a ficar a maior parte de seu tempo em casa e sem contatos sociais, sendo que a única atividade que manteve até o momento da pesquisa foi a participação nos grupos do CAPS.

Destacamos que todos os usuários passaram de alguma forma por internações involuntárias ou compulsórias. Todos fazem o uso de medicamentos em grande quantidade e de forma ininterrupta desde o começo do acompanhamento psiquiátrico, e todos apresentam alguma queixa sobre seus efeitos. Com exceção de Caetano, que tinha dezenove anos no período das entrevistas, todos tomam medicações há cerca de uma década ou mais.

Consideramos que em todos os casos houve um início ou um agravamento do sofrimento psíquico já no começo da vida adulta. Para Francisco e Caetano, a vida adulta

já constitui uma etapa da consolidação do diagnóstico de esquizofrenia como síntese da personalidade. Cecília, que possuía um histórico de idealização do amor romântico, apresenta exatamente esse como o principal conteúdo de sua primeira crise, que foi muito desestabilizadora e rompeu drasticamente com sua dinâmica de vida anterior. Oto e Augusto também vivenciam a primeira crise de forma a desmoronar suas atividades e planejamentos anteriores. Para Cecília, Oto e Augusto, é na idade adulta que ocorre a consolidação do diagnóstico de esquizofrenia e conseqüentemente uma série de desdobramentos que incapacitam esses indivíduos a exercer suas atividades e trocas de convívio social, aspecto que afeta essencialmente a estrutura da consciência e da personalidade. Observamos algumas diferenças de gravidade no curso do adoecimento, conforme discutimos no capítulo anterior em Silva (2022). Essas diferenças impactam em diferentes graus o nível de comprometimento do sistema psicológico. Esse e outros aspectos, relacionados com as desorganizações e desagregações, que impactam a linguagem, pensamento, consciência, e estrutura da personalidade serão analisados nos tópicos a seguir.

4.2 O PAPEL DA LINGUAGEM NOS SISTEMAS PSICOLÓGICOS: IMPACTOS SOBRE A CONSCIÊNCIA E PERSONALIDADE

Discutimos até aqui quais as regularidades presentes nas histórias de vida dos sujeitos da pesquisa de campo e de que forma se encontram ao longo da periodização do desenvolvimento, com trechos que apresentam os questionamentos, angústias, memórias das vivências e como afetam a vida cotidiana desses indivíduos. Neste tópico, abordaremos os seguintes temas, relacionando com a vida dos sujeitos da pesquisa: i) os impactos da formação e da desorganização/desintegração do pensamento conceitual e dos sistemas psicológicos; ii) as alterações na capacidade de generalização da realidade, com a alteração do significado das palavras; iii) o predomínio de formas elementares e de caráter imediatista frente a funções psicológicas superiores; iv) as mutações da linguagem simbólica, com predomínio dos aspectos de uma linguagem interior negativada e do sentido pessoal das palavras em detrimento do significado social; v) por fim, as funções psicológicas da imaginação e fantasia na esquizofrenia.

Conforme trabalhamos no capítulo anterior, os estudos vigotskianos sobre a esquizofrenia abordam a importância que a formação de conceitos na idade de transição da adolescência possui na reestruturação do sistema psicológico. Apontam também a

relação entre a desintegração do pensamento conceitual e a desorganização do psiquismo, que acarretam em uma fragilidade nos sistemas psicológicos superiores, que estruturam a consciência e personalidade humana. Neste tópico, por meio de trechos das entrevistas com os usuários do CAPS que expressam um comprometimento do pensamento conceitual, buscamos observar os impactos nas funções psicológicas superiores, na consciência da realidade e na autoconsciência da personalidade.

Consideramos importante discutir a própria nomenclatura utilizada quando nos referimos às perdas, características singulares que observamos na esquizofrenia: temos utilizado como similares os termos desorganização e desestruturação, porém aqui faremos uma diferenciação. Conforme a definição do dicionário, a palavra desorganizar significa “Destruir ou perder a boa organização ou o bom funcionamento. Desfazer ou desfazer-se a ordem ou a organização²⁰”. Desestruturar “Desfazer ou perder a estrutura ou o que serve de sustentação²¹”. Dessa forma, consideramos importante distinguirmos os distintos graus de sofrimento psíquico. Então, utilizaremos a palavra “desorganização”, que expressa a perda da organização e ordem para nos referirmos aqueles casos que mantêm certa coesão psíquica, em que o pensamento conceitual apresenta certa estrutura. Já a palavra “desestruturação”, utilizaremos nas situações mais graves, que expressam a ausência de uma estrutura no pensamento conceitual, em que seja possível observar seu rompimento. Consideramos que essa definição nos auxilia, pois por meio dela, podemos pensar não somente a gravidade que se expressa no adoecimento, mas também refletir sobre as possibilidades de intervenção com a pessoa em sofrimento psíquico, conforme abordaremos no próximo capítulo.

Retomamos telegraficamente alguns conceitos trabalhados no capítulo anterior, para fins de compor essa discussão, abordando a estrutura e desestrutura da linguagem. Conforme apresentamos em Luria (1984) e Vigotski (2010), a linguagem e a formação da atividade consciente possuem grande importância na existência histórico-social dos seres humanos. Por meio da linguagem simbólica e do pensamento conceitual, adquirimos as características de discriminação, decomposição, análise e abstração, ou seja, generalizamos e sintetizamos processos abstratos do pensamento, que reequipam o psiquismo possibilitando novas formas de expressão dos sistemas psicológicos, como a sistematização de novos conceitos, arbitrariedade, a tomada de consciência de si e do

²⁰ <https://dicionario.priberam.org/desorganizar>. Acesso em 24/01/2024.

²¹ <https://dicionario.priberam.org/desestruturar>. Acesso em 24/01/2024.

mundo ao nosso redor. Dessa forma, a capacidade de generalização e abstração conceitual é uma característica qualitativa que permite um salto do desenvolvimento humano. Porém, em situações em que esse sistema é desorganizado ou desestruturado, temos justamente a unidade que estrutura nossos sistemas de significação abalada. Buscamos compreender neste trabalho os impactos causados pela desorganização e/ou desestruturação do pensamento conceitual, quais as repercussões no discurso interior, na unidade afetivo-cognitiva, na consciência, na autorregulação e na personalidade humana.

Dessa forma, levando em consideração a desordem ou rompimento da capacidade de generalização da realidade, que se expressa nos sintomas da esquizofrenia, temos por resultado a alteração do significado das palavras. Lembramos que, conforme abordamos em Vigotski (2010), as palavras e seus significados se desenvolvem socialmente e não têm um resultado imutável, porém na esquizofrenia, essas novas significações da palavra não expressam o significado social e sim o sentido pessoal. Essa nova formação de sentido pode se aproximar do sincretismo ou alguma forma do pensamento por complexos, conforme estrutura conceituada por Vigotski (2010). Destacamos o trecho a seguir, em que Augusto apresenta algumas alterações nos significados das palavras:

Engenharia é você construir o futuro. Um castelo bonito, todo bonito. Uma nova terra, que os castelo que eu faço. Fiz três castelo, um mais bonito que o outro, e deixei com ela, falei, é pra você doutora, deixei nas mãos dela. Ela falou, Augusto, você faz uma coisa que não tem cabimento, como é que você faz isso? Eu na hora de ir embora, eu fiz uma coisa tão linda, eu fiz três avião, avião, um avião mais lindo que o outro. Eu sei fazer motor de avião, se falar que vai ter uma guerra, eu vou lá na fábrica e faço um avião que posa no chão, com míssil, que sai míssil ainda, a lutar pelo país. Eu conheci a engenharia sozinho. Que eu vi casa bonita sabe? Comecei a pensar, a olhar assim, aí eu vi um quadro bonito, um quadro bonito assim, aquela casa não ficou igual aquele quadro, eu vi que não ficou, não entendi aquilo. Aquilo lá era a arquitetura da engenharia mesmo e não tava igual. (Augusto).

Desse trecho, destacamos alguns dos possíveis significados alterados para Augusto: a engenharia e arquitetura como a representação colorida de desenhos de castelos e aviões bidimensionais; motor de avião e míssil funcionarem apenas com desenhos, o futuro como uma nova terra. Consideramos que Augusto é o usuário com

maior comprometimento dentre todos os entrevistados, e que em sua fala, observamos uma desestruturação de ordem estrutural do sistema conceitual e a sequente destruição dos sistemas psicológicos. Com a desagregação, o pensamento não se abstrai, por mais que sejam usadas palavras abstratas, essas não se referem ao seu verdadeiro conteúdo. Comprendemos que a situação de Augusto é a mais desestruturadora da consciência e da personalidade.

Caetano, Cecília, Francisco e Oto não estavam em crise no momento das entrevistas. Dessa forma, consideramos que podem ter vivenciado momentos de desestruturação, mas que, conforme o sistema conceitual que estamos adotando, suas falas expressam maior organização com alguns momentos indicando uma desorganização conceitual, conforme Francisco nos revela no trecho a seguir:

As pernas doem, que nem agulha, às vezes. Não fui no médico, não pode pagar, vou de vez em quando. Dói quando eu acordo, eu tenho pesadelo também, no velório, com uma pessoa morta, uma pessoa morta dentro do caixão. Sempre tem duas, três pessoas mortas. (...) Eu sinto muito que tem alguém me observando, as vezes a pessoa, uma pessoa que eu sinto, perto de mim, acho que é espiritual. Eu não conheço, só sinto que tem uma pessoa. Ela manda eu fazer umas coisas, mas eu não obedeco, eu tenho medo. Quando acontece isso eu deito. Eu deito na cama e fico com minha coberta. (...) É, é um desgosto. Ela quer que eu faça, quer que eu mate todo mundo, fica dentro da cabeça falando, quer que eu faça as coisas. Pra eu matar eu mesmo. Parece que é eu mesmo a voz na minha cabeça. (Francisco).

Embora Francisco sofra um grande impacto a respeito do conteúdo de seus sonhos, pensamentos, e tenha sensações e percepções concretas de sons e imagens com conteúdo agressivo e comandos para que se mate ou mate as pessoas ao seu redor, demonstra conseguir distinguir os significados do conteúdo que ele vê e escuta. Observamos uma desorganização do sistema conceitual e de suas funções psicológicas, porém não uma desestruturação. Há uma distinção em nível da consciência de que são percepções de pessoas que não estão ali de fato, e também uma busca por controlar a situação.

Conforme apresentamos, Vigotski (1994) afirma que ocorre a sobreposição das formas elementares do pensamento e de suas leis de caráter concreto sobre as formas

superiores, gerando uma alteração na formação da consciência, concepção de mundo e na estrutura da personalidade. No predomínio das funções psíquicas elementares, o pensamento passa a ser regido de forma menos elaborada socialmente, pelas emoções, com destaque para o caráter impulsivo da ação. Para melhor visualizar o predomínio das formas elementares sobre as superiores, discutiremos a seguir acerca das mutações da linguagem simbólica e as consequências na linguagem interior.

Consideramos que as alterações nos significados das palavras possuem relação com a linguagem interior, que é revestida prioritariamente de sentido pessoal, e alinhada ao significado social. Acerca das alterações da linguagem interior na esquizofrenia, gostaríamos de destacar duas hipóteses: i) em momentos de crise e desestruturação há um retorno de aspectos da linguagem interior para a linguagem sonora, de forma semelhante ao que ocorria na linguagem egocêntrica, porém qualitativamente diferente; e ii) observamos a construção de um negativismo na linguagem interior ao longo do desenvolvimento e um sequente impacto na estrutura da personalidade, e ainda, que nos casos mais agudos, a linguagem interior é carregada de significados alterados das palavras e de desintegração das estruturas conceituais. A seguir, discutiremos alguns desdobramentos dessas duas hipóteses.

A primeira hipótese diz respeito ao retorno de características da linguagem interior para a linguagem sonora e simbólica. Retomamos os aspectos da linguagem interior discutidos no capítulo anterior que denotam como essa é uma linguagem voltada ao sujeito, para sua própria organização da conduta: tem como característica a predicatividade, a predominância do sentido em relação ao significado, o fato de ela ser direcionada ao sujeito e não ao interlocutor. Sugerimos que na esquizofrenia essas características, próprias da linguagem interior, passam a aparecer na linguagem sonora. Dessa forma, com a capacidade de generalização abalada na esquizofrenia, o indivíduo acaba por expressar na linguagem sonora de forma prioritária o sentido pessoal, descolando parcialmente do significado social.

A peculiaridade funcional da linguagem interior é ser voltada para o próprio interlocutor, enquanto a linguagem oral ou escrita, na maioria dos casos, é uma linguagem para os outros. Aqui temos uma diferença qualitativa, de natureza. Na esquizofrenia, observamos a linguagem sonora com características da linguagem interior, como se houvesse um retorno à linguagem egocêntrica, conforme nomeado por Piaget. Porém, não na mesma proporção, como na etapa da primeira infância e início da idade pré-escolar. Se trata de uma nova formação da linguagem simbólica, imersa no contexto de

adoecimento a que o sujeito se insere. A depender do comprometimento, sua função pode ser organizadora e desorganizadora ao mesmo tempo. Nesse processo, podem ocorrer tanto a desorganização do sistema conceitual, quanto sua desestruturação. Essas modificações aparecem na linguagem simbólica, em como o sujeito expressa sua compreensão de mundo o que também releva os impactos do processo de adoecimento na vida da pessoa em sofrimento.

Na medida em que a pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia se distancia das trocas sociais, esses novos significados das palavras tendem a ir se consolidando e se distanciando da construção dos significados sociais uma vez que o parâmetro para construção e certa estabilização dos conceitos é o intercâmbio social. Na síntese apresentada, Luria (1984) ressalta o processo de internalização da linguagem e seu papel no desenvolvimento do autocontrole da conduta pois o aspecto externo da linguagem se transforma em interno possibilitando a ação voluntária como forma de autorregulação. Na esquizofrenia, com o predomínio da linguagem sonora expressando sentidos pessoais, em certos aspectos dissociados dos significados, observamos a fragmentação e desconexão, própria da linguagem interior.

A segunda hipótese sugerida é que ocorre a construção de um negativismo na linguagem interior. Essa expressa prioritariamente o sentido pessoal, que se associa às vivências e também às formas de sofrimento às quais a pessoa é exposta, resultados também da iatrogenia social. Assim, a linguagem interior também altera seus significados e sentidos, o que repercute na personalidade da pessoa. Observamos que, nas histórias selecionadas, ocorrem situações que acarretam em sofrimento desde a infância e destacamos aqui a produção de uma linguagem interior constituída de sentidos negativos que compõe a produção de sofrimento impactando a unidade afetivo-cognitiva sem a perspectiva de suporte, de possibilidades e superação da realidade posta. Essa ausência de caminhos alternativos para a superação das limitações do próprio diagnóstico constrói uma barreira com o mundo exterior e as expressões que surgem na linguagem interior. Os sentidos pessoais representam para o sujeito uma fuga, um espaço em que pode expressar as dificuldades contidas em sua vida subjetiva/objetiva. Acreditamos que a ausência de mediações interpéssicas (instrumentos e signos) para lidar com esses conteúdos pode se relacionar com o aparecimento dos sintomas e, também, com a forma com que eles se expressam.

Decorrente da desorganização do pensamento conceitual e do rompimento com os sistemas psicológicos, temos nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia a linguagem

simbólica formada por expressões imediatistas e emocionais. Vimos também que a linguagem interior e o sentido pessoal que ela expressa aparece no discurso externo dos usuários entrevistados, em especial em situações de crise, mais desorganizadoras, ou em conteúdos mais sensíveis aos entrevistados. Sugerimos que essa linguagem interior negativada não é necessariamente conscientizada e aparece como conteúdo dos sintomas de delírio e alucinação, conforme tratados na nomenclatura da psiquiatria. Por isso, discutiremos a seguir a problematização desses termos. O que salientamos aqui é: nenhum conteúdo sintomatológico das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia é desvinculado da realidade concreta, da forma como o sujeito percebe a si mesmo e reage às circunstâncias postas em sua realidade concreta. Na mesma direção, Ferreira (2017, p. 174) discute:

O exposto pode nos levar a pensar que o conteúdo e a alucinação presentes na esquizofrenia não são aleatórios, mas dependem intimamente da estrutura da personalidade, dos motivos geradores de sentido, que outrora guiavam as relações do indivíduo com o mundo. O que parece acontecer nessa forma de adoecimento é que o motivo organizador do sistema de atividades, quando dissociado de um pensamento conceitual estruturado, é elevado ao extremo, e por isso, se desorganiza por completo, perde a base lógica que o vincula adequadamente com a realidade.

Uma outra hipótese decorrente desse retorno da linguagem interior para a linguagem sonora é que as alterações senso-perceptivas, as vozes e vultos que aparecem nos sintomas da esquizofrenia, sejam uma expressão dessa linguagem interior negativada. Em comparação ao que ocorria na primeira infância, na linguagem egocêntrica era o próprio sujeito que vocaliza seu pensamento, e ao ouvir a si mesmo, passa a organizar suas ações na realidade. Nas alterações senso-perceptivas, a linguagem interior pode estar ganhando um formato vocal, ou até mesmo visual, tátil ou gustativo, por vezes com vozes do próprio sujeito, por vezes vozes distintas, porém são senso-percepções que só são vistas/ouvidas/sentidas pelo sujeito. Com isso, não estamos querendo dizer que o conteúdo dessas vozes seja o desejo do indivíduo que as escuta. Essa afirmação seria prejudicial na maioria dos casos pois o conteúdo muitas vezes é violento, com comandos agressivos, contraditórios. Porém, estamos falando do negativismo da linguagem interior e como ele impacta a formação do próprio conteúdo que aparece nas alterações senso-

perceptivas. Não afirmamos que é um desejo, mas um temor, a expressão de uma dificuldade não-conscientizada. Abordaremos alguns exemplos sobre isso neste e no próximo capítulo.

Por fim, outro aspecto que se relaciona ao conteúdo da linguagem simbólica é o que discutimos em Vigotski (2012c) acerca da reestruturação que ocorre na idade de transição da adolescência com as funções psíquicas da fantasia e criatividade, fruto da aquisição do pensamento conceitual. Abordamos anteriormente que um dos sintomas que expressa a esquizofrenia é a dificuldade de abstração e dependência da experiência concreta. As funções da criatividade e fantasia ficam restritas às situações tangíveis da vida do sujeito pois há um empobrecimento da capacidade de criação, de alterar a situação e agir com liberdade, além do predomínio de reflexos instintivos e ações imediatistas. Essas características são típicas em crianças e adolescentes que operam por meio do pensamento concreto e por vezes têm dificuldades de delimitar o limiar entre a fantasia e a realidade, mesmo sem a intencionalidade em enganar o outro (também pode ocorrer em adolescentes em casos específicos, em que nos amparamos majoritariamente em formas). Outro aspecto que Vigotski (2012a) discute é a respeito das características da imaginação na adolescência, podendo esta levar a um duplo papel no comportamento, como o afastamento da realidade e a alteração de tomar as fantasias como verdades. O autor discute que isso é comum em pessoas sem diagnósticos que se deixam levar por pensamentos e mentiras confortáveis pois na adolescência: “(...) se revelam estes aspectos perigosos da imaginação. Satisfazer-se com a imaginação é muito fácil e a fuga para o sonho e o escape para o mundo imaginado frequentemente pode desviar da realidade as energias e a vontade do adolescente” (Vigotski, 2012a, p. 65).

Identificamos nos sintomas da esquizofrenia essas duas características debatidas: a imaginação concreta da infância e a capacidade sonhadora da adolescência, porém destacamos que não ocorrem pelos mesmos mecanismos pois a estrutura que leva à aproximação dessas características é qualitativamente diferente. Na esquizofrenia, devido à fragilidade do pensamento conceitual, o indivíduo apresenta uma característica sonhadora confortável, restrita aos aspectos concretos e não abstratos.

Observamos essas alterações nos exemplos de Cecília, que não se desprende do desejo de uma relação romântica idealizada, que sonha com o inalcançável, esperando a ressurreição de seu ex-companheiro, pai de sua filha. Caetano também se vê entretido no desejo de ter amigos, ainda que não se movimente muito nessa direção, se perde em pensamentos, que em determinados momentos se revelam negativamente para ele,

ocasionando crises e sofrimentos. Augusto apresenta um quadro mais complexo de desejos e vontades que não se concretizam na realidade. Partindo de seus desenhos, ele afirma ser engenheiro e arquiteto. Ele também se imagina como um pastor, responsável pela construção de um novo mundo, pós-apocalíptico, em que possui o papel de reconstruir casas, assumindo um papel de grande importância. Consideramos que a própria religião, como sistema de significação presente em nossa sociedade (conforme debateremos no próximo tópico), oferece elementos que se apoiam em uma zona entre a imaginação e a realidade.

Acerca da imaginação de Augusto, de ser um engenheiro, e de que realmente possui um bom desenvolvimento com seus materiais artísticos, que envolvem a representação colorida de castelos e aviões, apresentamos a discussão de Vigotski (2012a) acerca dos níveis de desenvolvimento do desenho infantil. O autor destaca que, na idade escolar, se distinguem quatro níveis de desenho, o primeiro é o estágio do esquema, uma representação esquemática que pouco lembra a imagem real do objeto. O segundo é o estágio da forma e da linha, é uma mistura entre a representação formal e a representação esquemática. O terceiro é o estágio da representação realística. Com o fim do esquema, o desenho possui contorno, mas não apresenta perspectiva. Por fim, o quarto estágio é alcançado por poucas crianças sem um ensino direcionado, é o estágio da representação plástica, que contém expressão, luz, sombra e perspectiva. O autor destaca que o desenho não é algo obrigatório na adolescência, mas contribui na imaginação criativa e nas habilidades e competências artísticas, possibilitando o desenvolvimento. Conforme os desenhos de Augusto e a partir das definições apresentadas por Vigotski (2012a), afirmamos que ele está no estágio da forma e da linha, com representações esquemáticas de aviões e castelos, que apresentam traços formais que possibilitam identificar os objetos. Acerca da importância da arte e criatividade na infância, destacamos um trecho que consideramos contribuir também para pensar as formas de desenvolvimento das pessoas em sofrimento psíquico, em especial às que, como Augusto, possuem interesse na atividade de desenho ou outras formas de expressão artística:

(...) se queremos criar bases suficientemente sólidas para a sua atividade criativa, devemos considerar a necessidade do alargamento da experiência da criança. Quanto mais a criança viu, ouviu e experimentou, mais sabe e assimila. Quanto mais elementos da realidade a criança tiver à disposição na sua experiência mais

importante e produtiva, em circunstâncias semelhantes, maior será a sua atividade imaginativa (Vigotski, 2012a, p. 33).

E ainda, essa reflexão, a respeito da importância de técnicas e mediações nas formas de cuidado da esquizofrenia:

A compreensão de que na esquizofrenia não há obrigatoriamente a desintegração total do pensamento conceitual, mas a perda na sua forma predominante, possibilita vislumbrar estratégias que auxiliem o indivíduo a ter o pensamento conceitual como predominante em relação ao pensamento por complexo, mesmo que em determinadas situações. O conhecimento do indivíduo sobre sua condição clínica e as características da esquizofrenia nas suas dimensões psíquicas possibilita-lhe ter consciência de suas limitações e encontrar meios auxiliares para que possa compreender melhor a realidade e a si mesmo, especialmente quando estiver em um quadro mais estável, em que o pensamento conceitual possa predominar. Entende-se que a tentativa de retomar a predominância do pensamento conceitual ou outro mais complexo, mesmo que em alguns momentos, possibilita a pessoa com esquizofrenia maior autonomia e liberdade. (Silva, 2022, p. 98).

Para finalizar as discussões realizadas neste tópico, salientamos a importância de analisarmos os impactos da linguagem semântica e interior e na expressão de sofrimento psíquico da esquizofrenia para poder construir estratégias que forneçam enriquecimento, autonomia e instrumentos para a mediação da realidade.

4.3 A CONSTRUÇÃO E O IMPACTO DOS SISTEMAS DE SIGNIFICAÇÃO EM PESSOAS COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Neste tópico, vamos discutir a importância dos sistemas de significação formados na relação do sujeito com a realidade social, que o auxilia na formação da consciência, atribuição de sentidos e significados sociais. Para sintetizar o conteúdo discutido até aqui, apresentamos um trecho da entrevista de Augusto. Pontuamos desse trecho não apenas a alteração do significado social da palavra, mas também as relações do sistema de significação apresentadas pelo rapaz, envolvendo sua profissão imaginada, sua religião,

sua função enquanto pastor, seu desejo por uma nova sociedade. Evidenciam vínculos entre os temas que expressam um sentido pessoal de caráter sincrético e se distanciam do significado socialmente elaborado: temos a engenharia, a nova Jerusalém, o extermínio da humanidade, personagens de desenho infantil como robô Sayajin e Goku.

O que eu mais gosto de fazer é ser doutor. Desenhar. Que eu sinto satisfeito, sabe? Eu falo puxa vida, eu trabalho a vida toda, virei engenheiro, essa terra tá toda, já ouviu falar na nova Jerusalém? A cidade de ouro. Uma nova terra e um novo céu. Nunca mais, a vida eterna, nunca mais vai existir a morte, a tristeza, o choro, lamentos, isso não vai existir, vai ser uma nova terra, já é uma nova terra, só que pra ser uma nova terra por completo, tem que termi.. tem robô, sabe? Robô Sayajin, não é Goku não, Super Sayajin, ele é um robô, uma máquina programada pra lutar pelo futuro do planeta, ele sozinho com a mão dele, ele tira o planeta do lugar e salva o planeta, não um planeta só não, 50, 100 mais 100 infinito, uma coisa, que você tem que pens.. você começa a analisar na cabeça, é uma coisa muito bonita, é feito, é uma obra de deus. Reconstrução, de tudo que foi destruído vai ser reinstaurado, uma nova terra e um novo céu, coisa maravilhosa. (Augusto).

Discorreremos a seguir acerca da formação dos sistemas de significação que orienta os princípios de vida, a conduta de cada entrevistado. Consideramos que esses sistemas de significação são desenvolvidos socialmente e apropriados individualmente, conforme os valores morais, costumes, condutas familiares. Eles mobilizam o sujeito na formação de motivos, definição de necessidades, ou seja, estruturam a conduta, as práticas desenvolvidas e a própria atividade desempenhada pelos sujeitos. Observamos nesta pesquisa que esses sistemas de significação diversas vezes contribuem na agudização do sofrimento psíquico dos sujeitos. Isso não quer dizer que eles sejam somente negativos, algumas vezes são essenciais na formação da personalidade e de seus valores, porém como estamos tratando de casos adoecidos, observamos que por vezes esse sistema de significações potencializa os sintomas apresentados. Discutiremos três desses sistemas, que, conforme salientamos, são socialmente formados: a religião, relações de gênero e constituição familiar, e a atividade profissional.

A religião, em especial o cristianismo, é um sistema de significações enraizado em nossa sociedade. Em se tratando de vivências de sujeitos em uma cidade do interior do centro-oeste brasileiro, no começo do século XXI, observamos um forte papel da

cultura religiosa na vida de todos os entrevistados, em especial na de Augusto, Cecília e Oto, que se identificam com os princípios da igreja evangélica, mas também na vida de Caetano e Francisco, com a religião católica. Ferreira (2017, p. 172) argumenta que: “Se a religião é um motivo gerador de sentido e que organiza o modo de alguns indivíduos se relacionarem com o mundo, em casos de desagregação do pensamento conceitual, a relação com a religião se altera patologicamente”.

Diversas vezes discutimos a presença da religião na vida de Augusto. Sua família é católica, porém em seu processo de adoecimento teve muito contato com a cultura evangélica, assistindo a canais de televisão que mostravam a fé e a cura de pessoas como um sinal de milagre. Augusto passa a incorporar esse desejo para si, torna-se um ávido leitor da bíblia. Por não ter costume de realizar atividades fora de casa, quando sai, é comum ir à uma igreja, sendo o lugar onde mantém um certo intercâmbio social. No começo de suas crises, Augusto afirma ir a um morro que possui um altar para operar milagres. Ele não aceita a fé de sua família e acredita que todos deveriam ser evangélicos. Destacamos o trecho a seguir, pontuando que sua fé possui um papel de alívio de sofrimento em sua vida. Possivelmente, é por meio da fé que compreende ser possível sua cura, o fim de seu adoecimento:

Nunca mais você, vai enxugar todo pranto, todo choro, toda dor, isso é coisa passada, nunca mais você vai ter que falar de uma coisa que você sofre tanto, e nem sabe porque você tá sofrendo. Às vezes é até uma doença que vem de longe, pior coisa do mundo num lugar, porque eu tenho estudado o apocalipse, tenho visto muita coisa feia, mesmo estudando eu vi escrito, falando, e sabe quem tente em ser monstro? O sol, essa luz que brilha prende. Porque Jeová é a luz que brilha, Jeová, Jeová Shuda, shuda é intimidade com ele sabe. É a luz que renasce e se põe, ela é tão bondosa que às vezes, tem o véu do céu né? Quando uma pessoa descansa, uma pessoa bondosa, você sempre viu com os próprios olhos a bondade dela, você viu os sentimentos. A pessoa conhece os sentimentos de outra pessoa, só de a pessoa olhar no caráter dela, na cara, ela vê, que ela é uma pessoa que tem amor, às vezes ela faleceu e tá. Você vai no velório dela e você vê que o semblante dela tá bem calmo, às vezes morreu de velhice, velhice, viveu bem sabe, foi feliz, você não fica triste. Fica feliz mesmo assim. Você vê que descansou (Augusto).

Essa mesma esperança, de que a fé vai curar o adoecimento, observamos na fala de Cecília. Ela apresenta o papel da religião na sua vida, afirmando que os princípios de sua fé regem a sua vida e que está disposta a doar a si mesma e abrir mão do que for necessário em nome de sua fé. Cecília não tem esperanças de melhora de seu quadro de depressão e esquizofrenia por meio da medicina e do acompanhamento no CAPS, mas nutre esperança em sua fé de que vai ser curada. Ressaltamos que o próprio serviço de saúde não prevê sua melhora, sendo necessário utilizar outros instrumentos para acreditar que isso seja possível.

Eu não sei por que, o médico falou um dia, um dia, no tempo certo de deus, deus vai abençoar, eu vou sarar, eu vou parar de tomar remédio, vou ter um sono normal, vou voltar a ser trabalhadeira, vou ser caprichosa com as coisas, deus vai abrir minha mente, vai me dar sabedoria pra mim saber educar minha filha, cuidar dela. Vai ser uma menina cheia de vida, vai estudar, fazer faculdade, formar, esse é meu sonho. Eu tô na igreja firme eu e minha menininha, minha filha crescendo, ela ajudar a cuidar de mim, que ela é inteligente né? (Cecília).

No trecho a seguir, ela define a religião como uma fonte para regular a própria conduta frente à realidade:

Não, eu quero ficar no meu cantinho, às vezes quieta, assistindo novela. Agora eu não tô assistindo novela, por causa que *eu acostumei de ir na igreja toda hora, e parece que deus dá uma certa noção, de realidade, você vai ter vitórias, fazer um milagre, derramar as bênção*, então eu tô nesse. Eu tô pensando, às vezes eu penso negativo, aí às vezes eu fico pensando positivo, às vezes o tempo eu tô triste, às vezes eu tô alegre, mas tô confiante sabe? Confiante em deus, entreguei minha vida nas mãos de deus, é porque eu tenho muita fé, às vezes você vê assim, diz que eu não tenho fé, mas eu tenho, tudo que eu já passei. Igual aquele hino que fala: “não era pra você estar aqui, deus mandou te dizer, esse aí vou levantar, que os milagres...” [cantou]. Porque os hinos de lá alegam meu coração, sabe? Eu gosto tanto, acho tão lindo, eu acho bonito, a música lá da igreja, eu amo, sabe? Fala que nem era pra gente tar aqui, mas deus me mandou dizer “esse aí vou levantar” [cantou]. Então eu coloco minha mão em deus aí. (Cecília, *grifos nossos*).

Por fim, nesse trecho, Cecília relata a respeito do rompimento da relação que resultou em sua primeira crise. Novamente, podemos observar os destaques em que faz a respeito do quão significativa foi essa crise e, também, sobre seu sofrimento fazer parte dos planos de deus. Ela menciona seu irmão. Relembramos que ele também tem o diagnóstico de esquizofrenia.

Um marido que eu tive falou que não queria mais, que eu entrei em depressão né, que eu tive que passar por isso, eu fiquei mal, fui parar lá. Vixi antes, eu era bonita, tinha o corpo lindo e tudo, mas eu fiquei só o coró e o osso, magrinha, magrinha, magrinha. Não sei, nem eu sei. Não eu comia ainda, *certeza que eu tinha que passar por isso mesmo, deus que pôs*. Aí depois, eu sou forte assim, mas aquele corpo que eu tinha, nunca mais engordou, igual meu irmão, não voltou ainda, nunca, igual era. Eu não uso blusa essas coisas, shorts e nem calça, porque *eu quero usar só vestido comprido, saia, blusa, tá firme na igreja, porque é isso que eu quero, servir a deus pra sempre, fazer a vontade dele. A obra, se deus fez a nós pra ajudar, o que a gente faz, é porque as pessoas não olham pra deus, no mundo inteiro, e também, na hora certa, eu quero que deus realize o projeto dele no meu coração*, que eu quero a felicidade verdadeira, trazer o pai da minha filha de volta, pra nós se casar, ser feliz. (Cecília, *grifos nossos*).

Na vida de Oto, a religião também ocupa um papel central. Ele afirma gostar de ir na igreja, gosta dos cultos, de cantar e acredita que o chamado de deus seja para que se afaste das drogas e seja missionário, dando seu testemunho de cura. Ele é grato por ser bem acolhido na igreja, apesar dos problemas que apresenta, não apenas sobre a esquizofrenia, mas por se considerar um dependente de drogas e pelo histórico de roubo e prisões. Ele tem a consciência de que para as pessoas o aceitarem, elas aceitam o risco de que um dia ele pode realizar algum furto pois é o que faz quando deseja usar drogas. Quando questionado sobre o que mais gosta de fazer em sua vida, respondeu:

Bom eu gosto de fazer, o que eu gosto de fazer, eu gosto de orar, quando tem assim a visita sabe, nos lugares que eu vou, eu gosto de deixar deus me usar, pra falar. Às vezes quando deus não me usa eu só agradeço o pessoal que me acolheu

na graça, mesmo sabendo que eu tenho dificuldades, e eles me acolheram. Um casal que mora lá perto de casa. (Oto).

Francisco e Caetano apresentam menos reflexões acerca do papel da religião em suas vidas. Francisco gosta de ir à igreja aos domingos de manhã, vai sozinho pois os avós tem dificuldades de locomoção. Caetano, apesar de se considerar católico, não quer ir à igreja. Ambos afirmam acreditar em deus e na fé que a igreja expressa. Observamos que na própria crença religiosa existe um padrão sobrenatural que compõe a normalidade, inclusive nos padrões biomédicos, porém, de acordo com convenções sociais, esses aspectos sobrenaturais podem ultrapassar certos limites e se tornarem patológicos.

Ademais, observamos que a narrativa religiosa cumpre um papel contraditório que parece agrupar os fragmentos permeados por violência, culpa e, também, sentimentos positivos como amparo, refúgio, proteção, prazer, que não puderam ser compreendidos em outros espaços e interações sociais. As fantasias e fabulações de ordem religiosa e pensamento alegórico de possuir uma inserção social imaginária como engenheiro, pastor, borram o discernimento para com a realidade.

Enfatizamos a centralidade que o sistema de significações da religião possui também nas propostas de tratamento para as pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Em especial as comunidades terapêuticas possuem uma forma de tratamento fundamentada na lógica do isolamento social e abstinência de substâncias, e com viés religioso. Conforme citamos no relatório (CFP, 2018), são utilizadas práticas que violam os direitos humanos, como o uso de métodos de tortura, de discriminação religiosa e sexual, utilização de mão de obra forçada e sem remuneração, entre outros.

Também consideramos importante discutir as relações de gênero e constituição familiar enquanto um amplo sistema de significações contraditórias. A princípio, pensamos em discutir apenas os conteúdos relacionados à unidade familiar, porém, observando o conteúdo a respeito desse desejo, expresso pelos usuários entrevistados, observamos a importância da categoria de gênero delimitando os contornos do conteúdo que revela os processos de adoecimento. As expectativas sociais em torno do papel desempenhado por uma mulher cisgênero, isto é, que se identifica com o gênero designado ao nascer, conforme seu sexo biológico e, por um homem cisgênero em um casamento são diferentes, e nos sujeitos da pesquisa se revelam de acordo com essas diferenças de gênero. Todos os indivíduos entrevistados se identificam como heterossexuais e têm no casamento um projeto de vida, ainda que, no período das

entrevistas, nenhum deles estava construindo uma relação que pudesse se transformar em um futuro casamento.

Iniciando por Cecília, observamos que ainda que a religião seja muito relevante na formação do seu sistema de significações, ela apresenta a importância do desejo frustrado de constituir uma família tradicional (até aquele momento). Ela enfatiza seu anseio por viver uma relação romântica, que ela mesma define como idealizada, porém desconsidera a importância da maior parte das relações afetivas-sexuais que teve e constrói a narrativa de que vai se casar e realizar seus sonhos com o pai de sua filha. Ela afirma isso em detrimento de ele ser falecido e em detrimento de que, quando vivo, oferecia pouca atenção aos seus anseios românticos. Cecília destaca que ele nunca disse que a amava, não gostava de pegar em sua mão, não queria morar junto, mesmo tendo uma filha e estando em um relacionamento, dizia que não desejava se casar com ela. Com isso, não estamos afirmando que não era um bom relacionamento, ou fazendo qualquer juízo de valor a respeito da relação de Cecília com o pai de sua filha, apenas discutimos que essa relação não a supria em suas expectativas românticas. No trecho a seguir, é um dos únicos momentos que ela o chama de marido. Quase todas as vezes ela se referia a ele como pai de sua filha.

(...) eu sempre quis ter namoro verdadeiro, quando eu era pequena, moça, tinha 15 anos, eu falava que queria casar de noiva, casar de noiva, uma pessoa que fosse me amar, pegar uma noite bem romântica sabe? Tudo que eu sonho, eu sou romântica, sabe, eu acho bonito, nas novelas, adoro novela, assistir novela romântica, que tem o principal que sofre, que tem o amor, mas é tudo mentira né? Mas que ama de verdade, eu acho lindo, que fala eu te amo, até que eu e meu marido, era sempre uma treta, que eu amava ele sabe, mas ele nunca falou pra mim que me amava, e ele partiu né? (...) Quem eu gostei mesmo foi por último esse, que é o pai da minha filha. Que é a pessoa certa né, pra gente? De certo deus já quis por num assim, quando tava vivo, porque quando for de ele voltar, de certo, não sei... e aí é a pessoa certa né? Pra cuidar de mim né, da minha... Então, meu sonho um dia é casar, eu falava pra ele, você vai casar comigo, ele falava não, não vou casar com você não. É mais é do jeito que deus quer, não do jeito que você quer, aí ele olhava, sabe? (Cecília).

Cecília afirma que desde que conheceu o pai de sua filha nunca mais se relacionou com ninguém e sua prova de amor e de fé em deus está em aguardar o milagre do retorno desse homem. Salientamos o papel que a construção do conceito de gênero e das repercussões desse sistema de significações possui na vida das mulheres, que sonham para si uma vida em que ocupem um papel de cuidadora, passiva a respeito das oportunidades da vida, desejando um futuro muitas vezes inalcançável. Mesmo não sendo o foco deste trabalho a análise sobre essas categorias, consideramos que esse é um recorte importante a ser aprofundado em futuras pesquisas pois compõe significações com potencial desestruturador e de grande impacto na estrutura da personalidade, como mostra o próximo trecho:

Não, tem 13 anos, nunca namorei ninguém, ninguém, ninguém. Pode ser um homem, eu espero ele, o pai da minha filha, se for a vontade de voltar, de deus, se for fazer por merecer, se for acontecer esse milagre, ai vai ser, ai como diz, o mundo vai estremecer né? Já pensou voltar a pessoa que morreu? Não ouvi falar, mas é que, é a minha intuição, assim, eu sigo a intuição do meu coração. Tão é bom ser uma boa pessoa de verdade, cê ter fé, muita fé em deus, ter esperança das coisas, tem que ter esperança, a minha esperança não morre sabe? Basta um dia após o outro. (Cecília).

Todos os outros entrevistados apresentam a demanda de um relacionamento amoroso, em maior ou menor intensidade. Caetano é o que menos enfatiza esse desejo, porém, ainda assim relata que pensa sobre o assunto. Consideramos que, devido ao fato de ser muito jovem, não apresente isso como algo tão significativo. Ele menciona:

Às vezes eu até penso em arranjar uma namorada, pra ficar comigo, que eu me sinto sozinho. Porque tem hora que eu vou ficar assistindo televisão até tarde, aí minha mãe vai dormir e eu fico sozinho, ficar sozinho é meio chato, ficar sem conversar com ninguém. Eu gosto de ficar assistindo até mais tarde tem hora, ainda mais se for filme de terror. Filme de terror é ruim de assistir sozinho né? (Caetano).

De maneira oposta aos desejos expressos de Caetano, Francisco é enfático sobre o casamento ser o seu maior sonho. Ele cita que tem o casamento dos avós como

referência, que estão juntos há mais de 50 anos, porém sente muita pressão e vergonha ao falar sobre o tema: “Tem mais uma coisa mas eu tenho vergonha de contar pra senhora, eu tenho vergonha de falar. *Meu sonho é casar. Esse é o principal sonho que eu tenho, eu tenho vergonha de falar. Eu tenho vergonha*” (Francisco). A avó de Francisco relata que ele é repetitivo sobre o assunto, e que para ela, esse é um tema delicado, que se sente constrangida com as perguntas do neto:

(...) depois que ele começou a tomar remédio ele sempre acorda tarde. Tem vezes que ele foi levantar lá pelas quatro horas da tarde. E eu não chamo, eu deixo ele dormir porque ele levanta nervoso e fica me atazanando minha cabeça. Então eu deixo dormir, porque aí se ele tá dormindo ele tá sossegado e eu também né. Eu tô ficando doente também, com esse negócio dele tá na minha cabeça o dia inteiro. Eu vou pra fora ele vai, eu vou pra cozinha ele vem, eu vou pra praça ele vai. E fala coisa que eu não sei responder tem hora. Ele fala tanto que tem hora que fala todo enrolado e eu não entendo. São muitas perguntas. Ele pergunta sobre ele sabe, sobre como namorar, essas coisa. Aí eu falo Ah Francisco você vai ter que perguntar pra um homem não é comigo né. (Avó de Francisco).

Oto também menciona isso como um sonho. Destacamos o trecho abaixo, que além da vontade de se casar, ele também apresenta um desejo de exercer controle sobre o corpo de sua futura esposa, com a ameaça de violência física, o que novamente é uma expressão do sistema de significações que oprime o gênero feminino:

Eu sinto falta né. Só que os irmãos da igreja fala que deus vai preparar uma namorada pra mim. Uma mulher de deus. Deus vai preparar uma namorada pra mim, vai ser uma esposa minha. E aí tipo assim, os irmãos lá da igreja, os casais que eu conheço as esposas são muito estressada com os maridos. Eu falei pra eles, ah deus tem que preparar uma esposa muito boa pra mim, se ele arrumar uma esposa tipo algumas que eu vejo aí eu vou bater nela todo dia. (Oto).

Por fim, Augusto menciona o casamento, mais especificamente o matrimônio como um objetivo de vida, afirma que ainda é novo, mas que sabe que vai se casar e ter filhas. Enfatiza o desejo de ter filhas pois são mais fáceis, conforme seu relato, pelo fato de que a mulher é “solteirona santa”. Pontuamos que essa preferência por filhas do gênero

feminino possa ser uma referência positiva que tem por parte de suas irmãs, todas casadas e com família constituída. Ele também relaciona o tema com a religião pois constituir sua própria família é a expressão que tem para consolidar seu próprio reinado:

Hoje não é, porque eu não vivo o meu reino hoje ainda né? Eu não tenho um matrimônio ainda, matrimônio é você casar, e construir uma família né? Não é verdade? Ai depois de muito tempo, passados 200, 300 anos, você pega e, vai vir uma coisa passados 300 anos, ou 400, ou 200 anos, ou 100 anos que seja né? Você vê uma alegria muito grande. Aí você vai ver aquilo, e você fala poxa vida, que coisa linda. Aí você tem que pensar que sempre tá, cada ano que passa, tem a virada do ano né? Tem que estar melhor, a família em que estar mais positiva, a família tem que estar mais bem um com o outro, não maltra.. fica maltratando, sempre quando tem uma briga na família chama o pai e a mãe, se for preciso levar no médico, igual psicólogo né? Leva no médico, vê o que que tá passando na cabecinha, vê na onde que tá o erro, pra cuidar da situação, às vezes tá doente, e precisa de um tratamento né? (Augusto).

Apesar da frustração decorrente de não ter namorada, acredita que isso acontecerá, depositando a esperança nesse futuro para alcançar sua felicidade:

Eu nunca casei, e não arrumo namorada sabe? (...) Porque as mulher que eu via, eu ia falar oi pras mulher, os viado tá passando batom nas mulher, só bagunça. O que que eu vou pensar disso? Como eu vou construir um matrimônio? Aí eu pus isso na cabeça, não vou pra festa mais. Porque isso aí bagunçou minha cabeça, eu vi muita coisa feia ali, dis-decente, pessoa que não tem respeito, eu não sou desse jeito, eu gosto de ser feliz sabe? Ser feliz, ver o jardim, o dia que eu casar eu quero casar pra ser feliz, ter meus filhos pra mim carinha. Meu sonho é ser pai um dia e cuidar da minha família digna, honrada, para sempre sabe? Porque a vida é eterna, já viu falar na vida eterna? Uma nova terra, um novo céu. E a vida eterna. Nunca mais ninguém morrerá, você não vai ver guerra, você não vai ver ninguém morrer, você não vai ver ninguém com doença, ninguém chorando de tristeza porque morreu um parente, nada disso sabe? (Augusto).

Por fim, o ultimo sistema de significações que apresentamos aqui é referente ao desejo pela atividade de trabalho. Já discutimos a importância desse tema, devido a essa ser a atividade guia do desenvolvimento da vida adulta. Por mais que todos os entrevistados não realizem mais ou nunca tenham realizado atividades laborais, identificam isso como uma das principais características que os distingue de outras pessoas, inclusive de suas próprias famílias. Caetano afirmava que tinha o desejo de trabalhar. Ele é o único que, nos momentos das entrevistas, ainda não recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Tinha o objetivo de terminar o ensino médio e de conseguir um emprego em um mercado. Porém, sua mãe considerava que ele não conseguiria desempenhar tal função e cumprir com as exigências de um emprego. Augusto desejava ser levado a sério em sua função enquanto engenheiro, de forma que essa era sua principal demanda relacionada ao emprego. Sabia que não podia trabalhar, mas tinha o desejo de utilizar seus conhecimentos em torno do que nomeava como engenharia. Lembramos que chegou a ir a um banco pedir empréstimo e que carrega a frustração de não o terem levado a sério.

Cecília considera que parte de seus problemas para desempenhar as tarefas da vida adulta são devido ao que chama de preguiça e desânimo. Sofre muito por se considerar preguiçosa pois acredita que isso é pecado, e às vezes ameniza, mas segue sendo um conteúdo do qual se cobra: “Vou falar pra você que eu não gosto dos brinquedos, fica aquela bagunça sabe? Depois eu fico triste sabe? Porque eu fico assim. Tenho pedido a deus, o meu negócio não é preguiça, é desânimo” (Cecília). Destacamos que por mais que tenha essa autopercepção, Cecília é a única entre os entrevistados que realiza todas as suas atividades domésticas, além do cuidado da filha, e presta auxílios à mãe e ao irmão. Os demais entrevistados têm todas ou boa parte de suas demandas domésticas realizadas pelas mães e avó. O que também se relaciona com o sistema de significações de gênero. A respeito de Oto, temos poucas informações sobre o assunto, lembrando que foi internado em comunidade terapêutica no meio das entrevistas. Porém, quando questionamos a mãe sobre quais eram os sonhos do filho, ela respondeu:

Ele quer ser bandido, ele fala que ele quer ser um bandido respeitado, a única coisa que ele fala. Agora mesmo o dia que eu fui ver ele lá na clínica ele falou assim pra mim, quando eu for embora eu não vou morar mais com a senhora, eu vou morar junto da minha bicicleta, vou ficar pra cima e pra baixo andando de bicicleta. Falei, ah isso é vida Oto? Falou é, vou fazer isso. Ai menina, fiquei até

triste porque, a gente se sacrifica pra por ele lá, pra ir lá visitar ele, chega lá ele fala isso pra mim, falou isso pra mim que vai morar em cima de bicicleta dele, que ele não vai mais morar comigo não (Mãe Oto).

A mãe afirma que desde adolescente Oto fala que quer ser um bandido respeitado e que encara isso como uma profissão. Consideramos essencial demarcar que Oto é um homem negro, que já passou duas vezes pelo sistema prisional, além do fato de ter tido passagens na adolescência, além da tentativa de vender drogas durante um curto período. Supomos aqui que esses fatores sejam determinantes na formação de sua personalidade, que ter passado pelo presídio seja uma das coisas que marcou sua vida, de forma que essa expressão de que deseja ser bandido se relacione com sua realidade mais do que com um traço moral de seu caráter, como uma forma de ganhar “respeito” em sociedade.

Para finalizar este tópico, gostaríamos de salientar a importância da atividade dominante em todas as etapas da vida pois nos organiza e possibilita a sequência de nosso desenvolvimento. Conforme discutimos no capítulo anterior, Zeigarnik (2016) afirma que é por meio da formação de motivos e de condições de vida que mantenham uma hierarquia desses motivos que temos a construção de necessidades e de sentidos nas atividades desempenhadas. Quando a atividade dominante é desorganizada ou impedida de ser desenvolvida, isso pode intensificar o sofrimento psíquico justamente pela sua importância no desenvolvimento do psiquismo. Conforme abordamos em Luria (1984), a atividade humana permite a formação e preservação da função reguladora da linguagem e organização da ação voluntária. Finalizamos pontuando a importância de que as ações voltadas ao cuidado em saúde de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia tenham essas preocupações. Entendemos que a consciência e a linguagem cumprem uma função social como delineadoras de um quadro inteligível do mundo a partir do qual o sujeito orienta sua conduta. Na falta de possibilidades efetivas para compor esse quadro, as lacunas podem ser preenchidas de vários modos, desde sistemas de significação místico-religiosos, teorias conspiratórias, fantasias e mitos pessoais, com enredos descolados da realidade. Usar a linguagem como uma aliada na reorganização da conduta auxilia na compreensão dos sintomas, além de possibilitar maior riqueza de experiências sociais, mediações e instrumentos para o desenvolvimento.

4.4 REPERCUSSÕES DA RUPTURA DA UNIDADE AFETIVO-COGNITIVA NO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

Resgatamos dois importantes aspectos que discutimos neste capítulo acerca das alterações que ocorrem na esquizofrenia: a mudança da atividade guia e as alterações da linguagem simbólica e interior dos usuários entrevistados. Neste tópico, buscamos analisar a relação da unidade afetivo-cognitiva com o sofrimento psíquico na esquizofrenia.

Conforme discutimos em Leontiev (2004), a atividade humana se forma no processo cultural em que a prática sensorial é internalizada, requalificando nossas funções psíquicas e nossa consciência. Monteiro e Facci (2023) apresentam que a unidade afetivo-cognitiva é uma expressão que contém em si as características essenciais da totalidade, sendo a síntese e o movimento presente na relação entre atividade e consciência humana. As autoras definem três passos para analisar a relação da unidade afetivo-cognitiva com o sofrimento psíquico: estudar a gênese da unidade afetivo-cognitiva; compreender o sentido e o significado como expressão dessa unidade, e investigar a alienação presente nas relações sociais no sistema capitalista e sua relação com o sofrimento psíquico.

Discutimos que a linguagem simbólica, formada pela síntese de significados sociais, organiza nossa conduta. No processo de sofrimento psíquico na esquizofrenia, ocorre uma perda da função instrumental da linguagem, que passa a ser regida mais pelos sentidos pessoais do que por significados sociais, impactando o autocontrole da conduta e a autorregulação do comportamento. Monteiro e Facci (2023) discutem como a unidade afetivo-cognitiva se incorpora na relação entre sentido e significado pois os significados expressam a apreensão da genericidade do universo simbólico. É no processo de formação desse universo simbólico que o sentido pessoal se une à particularidade da atividade do sujeito. Assim, a unidade afetivo-cognitiva se constitui na relação entre necessidade, motivo e objeto com o significado e o sentido, componentes da consciência. As autoras destacam ainda o papel da vivência, categoria que representa a unidade entre a personalidade e meio social, enfatizando que ela é a base da estrutura motivacional da personalidade e das emoções, influenciando também nas vontades, interesses e autocontrole da conduta.

Leontiev (2021) discute que os processos que culminam na formação da consciência e de suas qualidades se constituem nas contradições da luta de classes em que os sentidos pessoais, gerados pela vida concreta, podem não encontrar significados objetivos. Encontramos socialmente os significados sociais já postos, concretizados pela prática social e a tomada de consciência que ocorrem por meio desses significados. Para o

autor, a consciência ganha caráter alienado na sociedade capitalista: “Isso cria a possibilidade de introdução em sua consciência de representações e ideias distorcidas ou fantásticas impostas a ele, inclusive aquelas que não têm nenhum fundamento em sua experiência de vida prática, real” (Leontiev, 2021, p. 174). Essas representações podem parecer precárias e estereotipadas para a pessoa. O autor salienta que a transformação de sentidos pessoais em significados sociais mais adequados constitui uma luta pela consciência na busca pela transformação de sentidos em significados que orientem o sujeito na realidade.

A análise da atividade e da consciência individual, é claro, parte da existência do sujeito corporal real. Contudo, inicialmente, ou seja, *antes e fora* dessa análise, o sujeito aparece apenas como uma espécie de abstração, um todo psicologicamente “não preenchido”. Apenas como resultado do caminho percorrido pela pesquisa, o sujeito se revela concreta e psicologicamente como personalidade. Além disso, revela-se que a análise da consciência individual, por sua vez, não pode deixar de se voltar à categoria da personalidade (Leontiev, 2021, p. 177).

Nesse trecho, podemos observar o percurso conflituoso descrito por Leontiev (2021) acerca dos processos da nossa consciência para a elaboração dos fenômenos que vivenciamos em uma sociedade de relações sociais alienadas. Monteiro e Facci (2023) discutem que a expressão do sofrimento psíquico pode ser decorrente de processos contínuos e agudos produzidos ao longo da vida em relações alienadas que compõem aspectos subjetivos e objetivos de nosso psiquismo que produzem neoformações e alterações nos sistemas psicológicos. As autoras salientam a importância da unidade afetivo-cognitiva e os impactos do sistema interfuncional da consciência na produção de sofrimento psíquico, pontuando a cisão entre os motivos e os fins da atividade, sentido e significado e os impactos na estrutura da consciência e personalidade:

A depender da história de suas relações inter e intrapsíquicas, bem como do território que gesta os modos de andar sua vida, o sujeito pode ter vivências ora mais ora menos intensas de sofrimento psíquico ao longo de seu desenvolvimento ontogenético. Os acúmulos, as marcas e, principalmente, as sínteses dessas vivências de sofrimento podem vir a gerar processos de adoecimento psíquico. Entendemos que o que vai balizar este processo no nível da consciência do sujeito é a unidade afetivo-cognitiva, uma vez que ela é a própria lógica de relação entre

atividade-consciência e se esta relação sofre os impactos da alienação, os arranjos sistêmicos e semânticos do sistema interfuncional da consciência reproduzirão essa totalidade alienada, sofrida, adoecida (Monteiro e Facci, 2023, p. 85).

Discutir acerca da unidade afetivo-cognitiva nos auxilia na compreensão da origem do processo de adoecimento na esquizofrenia. Acreditamos que na expressão do sofrimento psíquico da esquizofrenia ocorre uma cisão da unidade afetivo-cognitiva, sem deixar de considerar as determinações sociais desse processo, pois essas participam ativamente das formas de desagregação da atividade, consciência e personalidade. A ruptura entre afeto e cognição se expressa nos sintomas observados nos indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, nas alterações nas relações entre as funções psicológicas, alterações senso-perceptivas e da organização do pensamento, conhecidas como alucinações e delírios. Vigotski (2004, p. 128 e 129) discute a respeito dos impactos dessa cisão:

Um dos três traços cardinais da esquizofrenia é a alteração caracterológica, que consiste na cisão do meio social. O esquizofrênico torna-se cada vez mais introvertido e sua manifestação mais extrema é o autismo. Todos os sistemas a que nos referimos, que são sistemas de origem social, fundam-se na atitude social para consigo mesmo, como dissemos antes, e se caracterizam pelo traslado das relações coletivas para o interior da personalidade. O esquizofrênico, que perdeu as relações sociais com aqueles que o rodeiam, perde-as para consigo mesmo. Como bem disse um clínico, sem fazer disso um princípio teórico, o esquizofrênico não deixa apenas de compreender os demais e de falar com eles, mas deixa de se dirigir a si mesmo através da linguagem. A desintegração dos sistemas de personalidade construídos socialmente é outro traço da desintegração das relações externas, que são relações interpsicológicas.

Silva (2022) também ressalta esse aspecto em que a pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia vivencia um isolamento dos outros e de si mesmo, e que, tendo em vista a importância da construção social do psiquismo, é necessário rejeitar as práticas que promovam o isolamento social pois elas compõem um circuito de rompimento das características humanas. Conforme a lei genética do desenvolvimento cultural (Vigotski, 2012b e 2012c), observamos que nos constituímos como seres humanos na relação com

o meio social, cultural e com os outros, primeiro de forma intersíquica, depois intrapsíquica. No sofrimento psíquico, ao ocorrer uma série de rupturas afetivo-cognitivas sucede, por consequência, o afastamento das relações com os outros e também do sujeito com ele mesmo. Como poderíamos nos humanizar em um contexto de isolamento social, cultural e empobrecimento das relações quando nossos atributos tipicamente humanos são sintetizados ao mínimo? Logo:

(...) se o processo de desenvolvimento do indivíduo ocorre com base nas relações que ele estabelece com a realidade, internalizando-a, para ampliar suas possibilidades no mundo e para consigo, mesmo numa condição de adoecimento, ele deve estar inserido na realidade para que possa desenvolver estratégias que superem tal processo (Silva, 2022, p. 93).

Consideramos importante mencionar as rupturas afetivo-cognitivas nos sistemas de significação discutidos nos tópicos anteriores. Como por exemplo a incursão de Augusto, Cecília e Oto em uma ideologia de caráter conservador, fundamentalista, sexista, machista e misógino, que restringem a humanização e o pensamento crítico. Salientamos o papel da religião na formação de uma barreira para lidar com emoções como a superação do falecimento do companheiro de Cecília para que ela possa seguir adiante ao invés de esperar pelo milagre de sua ressurreição. Conforme conteúdo que aparece no trecho a seguir:

Não, ela ficou de boa, depois que passou que ela tá falando agora. Depois que passou, já bem depois que ela tá ficando meio esquisita mesmo, ela fala dele. Porque quando ele morreu mesmo ela nem ligou, ficou normalzinha, não chorou muito sabe? Chorou só um pouquinho. Agora depois que ela anda falando agora, que ela fica falando pra todo mundo aí que ele vai voltar sabe? Todo mundo vê que ela não tá certa sabe, que ela fala que ele vai voltar sabe, que ele vai voltar de lá. Aí ela ficou meio esquisita agora, de uns tempos pra cá. (Irmã de Cecília).

Também no caso de Oto, a religião não contribui para que ele retome o autocontrole de sua conduta. Ele entende que não possui controle de suas escolhas frente ao consumo de drogas, classificando-as apenas como pecados passíveis de punições e sentimento de culpa:

É, vixi ele já ouviu vozes a vida toda. Teve época dele não deixar eu dormir de noite gritando, falando que as vozes tava falando pra ele que a polícia ia pegar ele, que ia matar ele, ele via gente com metralhadora, ih eu já sofri tanto com o Oto. Que as vozes fala pra ele, ele diz que a voz, ele diz que toda vez que ele usa droga é porque a voz é que manda ele usar, então ele tem esse negócio que ele fala, que a voz é que manda. Até a médica já falou pra ele, mas você tem que aprender a não obedecer às vozes, você tem que conviver com elas, porque ela não vai parar de falar, mas você tem que não obedecer, se elas falar pra você fazer alguma coisa de mau você não fazer, ele diz que a voz é que manda. Ele fala delas à noite, elas fala, ele ri, precisa de ver, a voz fala com ele, ele cai na risada tem hora, fala que tá doido, ihh tô ficando doido ele fala. Falei por que Oto? Ah essas vozes que fala umas coisas pra mim, que só deus. Sabe que, do nada ele começa a dar risada, aí você pergunta o que que é ele fala que é as vozes que tá falando besteira pra ele (Mãe de Oto).

Em Augusto, observamos a criação ou negação de uma realidade, como o dia em que o encontramos afirmando que não era filho de sua mãe (além de outros exemplos que já discutimos):

Quando ele tá doente, que daí depois ele esquece, mas ele nunca esqueceu que eu não sou a mãe dele, sempre essa conversa. Porque tem muitos anos que não tem melhora não, ele não melhora não, sempre assim mesmo, melhora não, não sei o que passa, fala pra todo mundo que eu não sou a mãe dele. Uma hora eu achei ele em cima de uma manilha, outra hora eu achei dentro de uma caixa de repolho, outra hora eu achei lá no bueiro, nadando, ele era bebezinho. É, ele fala direto isso, mas não, ele é meu filho. Aí ele tinha uma jaquetinha azul né, então foi que o avô dele deu pra ele, quando ele nasceu, então eu guardo, um dia ele jogou a jaqueta no lixo, que aquela jaqueta lá ele não queria não, foi com aquela jaqueta que eu achei ele no lixo. Lavei a jaquetinha e guardei, falei não, não é pra jogar a jaquetinha não, a primeira roupinha que você vestiu. Ele tá descontrolado de uns dias pra cá (Mãe de Augusto).

A mãe de Augusto também relata que o filho não expressa sentimentos, que não parece se afetar quando ocorrem coisas negativas como a perda de familiares, problemas de saúde, ou mesmo quando perde algo que gostava ou algum de seus animais domésticos morre:

Não, ele não ligou com nada, morre família ele não liga não. Ele só fala assim, mas ele não tem sentimento nenhum, acho que o Augusto não tem nem ideia pra isso, ele não liga muito não, sabe? Depois que o irmão dele faleceu, ele levou a vida do jeito que ele levava, a vó morreu ele nem ligou também. Eu acho que a cabecinha dele sabe? Não pensa nada mais (Mãe de Augusto).

Ressaltamos que Augusto chegou a citar durante a última entrevista que não era filho de sua mãe, sendo que nesse dia ele apresentava um quadro mais agitado e a mãe afirmou que esse e outros sintomas ocorrem quando vai entrar em crise.

É bom você saber, que ela não é a minha mãe, pegou eu não sei na onde e até hoje não diz a verdade. (...) Não, eu não tô pensando não. Não tem surto na minha cabeça, não tem nada na minha cabeça, só tô explicando a situação, que ninguém nunca diz nada pra mim, ninguém nunca dá nada pra mim. Eu vivo se virando sozinho, eu passo mal eu vivo, eu se viro sozinho, eu não preciso de mãe, de pai, porque eu não tenho. O que que adianta, vai ficar pior, mais ainda, que ela tá doente. Você sabe que que é Leonardo da Vinci né? Os papas, o vaticano, tu jura a majestade do senhor né? O Augusto da Vinci, que é eu. Eles podem jurar o tanto que eles que eu não tenho medo deles, eu sou pastor (Augusto).

Nessa passagem, Augusto além de se exaltar (foi o único momento em que isso ocorreu), se reivindica Augusto da Vinci, em referência ao próprio Leonardo da Vinci. Ressaltamos também a queixa de que se sente sozinho e que não obtém ajuda nos momentos nos quais precisa, apesar da presença constante de sua mãe. Nesse ponto, gostaríamos de salientar que não temos elementos suficientes para inferir o motivo pelo qual Augusto afirma que não é filho biológico de sua mãe, sendo um exemplo de limitações da pesquisa realizada. Consideramos que podem ter ocorrido outras situações que não foram abordadas durante as entrevistas, logo que esse sentimento de rejeição de

Augusto pela mãe, que por vezes aflora em situações de crise, pode ser resultado de eventos passados que não foram abordados pelos sujeitos envolvidos.

A queixa de solidão é uma constante na fala de todos os usuários entrevistados. Consideramos que tanto as alterações de cunho conceitual, no aspecto semântico da linguagem, quanto as rupturas na unidade afetivo-cognitiva contribuem para esse afastamento das possibilidades de intercâmbio social uma vez que, por meio da linguagem simbólica, transmitimos e compreendemos ideias, mas também afetos, emoções e sentimentos, formamos juízos sobre a realidade.

Ah, minha vida eu quase não converso com ninguém. Mais que eu converso com a minha mãe, com a minha família, eles ficam, eu sei lá, eu não fico julgando eles, jogando na cara deles que eles tá, é, enchendo, que eu tenho que fazer aquilo, aquilo lá, sabe? Que eu estudei tanto, ô tem oito anos que eu tô estudando engenharia. E eu não parava um dia, por dia era dois, três castelo. Tinha noite que eu virava a noite. Parava cedinho ia dormir de dia, coisa mais linda, quando terminava assim, que que recortava com a tesoura, olhava, eu tenho tudinho guardado ali pra mostrar (Augusto).

Augusto sente que sua família não valoriza seu trabalho com sua engenharia. Ele também não demonstra dar valor às atividades de seus familiares. Caetano apresenta frequentemente a queixa de que se sente sozinho, que gostaria de ter amigos e que a solidão é a fonte de seu maior sofrimento:

Ontem mesmo eu tava até muito triste. Eu fiquei andando na rua, que eu tava lá no médico, tava no [praça pública] e fui pra casa, o tanto de pessoas lá, conversando uma com a outra, se divertindo, jovens, aí eu pensei que eu sou sozinho, eu fiquei triste de ver todo mundo feliz, e só eu daquele jeito né, nessa solidão. Já tentei fazer amigos, mas não adianta muito não, acho que eu tenho que mudar é de cidade. Todo mundo aqui me conhece eu acho. Eles vai ficar sabendo depois, que viu eu com essas pessoas, aí vai contar que eu tenho transtorno, o que que eu sou, o que já fiz.

Almeida (2018, p. 332) também avalia alguns resultados da ruptura da unidade afetivo-cognitiva na dinâmica da atividade e personalidade:

Portanto, com a cisão entre atividade e consciência, entre significado e sentido, características da sociedade capitalista, há uma restrição na capacidade das pessoas apreenderem cognitivamente e afetivamente a realidade em suas relações, incorrendo em uma limitação do domínio consciente sobre o psiquismo humano, incluindo as emoções e sentimentos.

Consideramos que a ruptura da unidade afetivo-cognitiva agudiza o quadro de isolamento das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, tendo em vista que na medida em que os indivíduos tentam se portar socialmente há uma falta de compreensão, ou preconceito social, além do receio de serem julgados em suas experiências. Apresentamos cinco formas em que a alienação se expressa nos processos psíquicos, conforme as elaborações de Martins (2001, citado por Monteiro e Facci, 2023), que consideramos que ocorrem na vida dos sujeitos da pesquisa, sendo elas: o sentimento de falta de autonomia para a construção do projeto de vida frente às situações de negativismo vivenciadas; a subordinação e submissão frente aos fatos da realidade, sem considerar esperanças de mudanças; o isolamento social e das necessidades e valores externos; afastamento dos próprios sentidos pessoais; e o distanciamento em relação aos parâmetros e valores da sociedade. Concordamos que esses produtos de relações alienadas agudizam processos de sofrimento psíquico, reforçam a existência e importância dos sintomas e empobrecem a autonomia e o autocontrole dos indivíduos.

4.5 O IMPACTO DAS SITUAÇÕES CRÍTICAS NA ESTRUTURA DA PERSONALIDADE: CONSTRUÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO E DA HETEROPERCEPÇÃO

Neste tópico, gostaríamos de discutir acerca das situações críticas (Vigotski, 2018b) às quais os entrevistados foram submetidos e suas consequências/impactos na consciência e personalidade. Para isso, observamos aqueles conteúdos que apareceram no discurso dos usuários entrevistados de forma repetitiva e dotada de conteúdos sensíveis. Esses conteúdos que se repetem denotam o quanto essas vivências os mobilizaram e o impacto do que discutimos no primeiro tópico deste capítulo: como os sistemas de significação carregam ideologias que, ao serem apropriadas pelos sujeitos, podem

agudizar os processos de sofrimento. Frente a situações críticas, os indivíduos desenvolvem mecanismos para agir e responder às formas de sofrimento.

Já salientamos que a personalidade é um produto histórico do psiquismo humano e sua construção perpassa todo o processo de periodização do desenvolvimento. Ao analisarmos as transformações da personalidade e as neoformações patológicas que se formam ao longo do processo de adoecimento, destacamos a alteração da atividade principal esperada frente à determinada situação social de desenvolvimento. Consideramos que são diversos os motivos que geram possibilidades de rupturas com as atividades-guia do desenvolvimento humano e que essas possibilidades se acirram no capitalismo (como discutimos, Augusto e Cecília já trabalhavam para compor renda familiar na infância). Aqui pontuamos as alterações da atividade principal da vida adulta não como a causa do sofrimento psíquico, mas que a perda de atividades motivadas e detentoras de sentido pessoal acarretam em impactos na autoimagem. Frisamos as consequências negativas da cronificação do adoecimento, que rompe com atividades de trabalho, com a organização da vida cotidiana, afirmando ao sujeito que ele é improdutivo, incapaz de manter uma ordenação em sua vida. Neste tópico, discutiremos algumas dessas repercussões da cronificação do processo de adoecimento e os impactos em uma subjetividade que compreende a si mesma como incapaz, solitária, destituída de laços, relações, projetos, impossibilitada de vivenciar trocas positivas e significativas.

Augusto destaca inúmeras vezes o conteúdo do abuso sexual, e quando busca explicar o que ocorreu, afirma que foram tentativas. Além desse tema, enfatiza o uso de drogas como algo que determinou o rumo da própria vida, destacando a primeira vez em que utilizou:

Lembro, foi com um rapaz lá do corredor, eu era rapaz, eu tinha 14 anos de idade. Eu quase morri mesmo assim, fumando, que lá eu arrependi de ter fumado aquilo lá, porque eu cheguei aqui em casa tava morrendo. Eu deitei na cama, a cama ia lá no teto e voltava, parecia que tava dando marretada na minha cabeça. Passou, eu falei que nunca mais ia fumar aquilo lá, nunca mais ia fumar aquilo lá, e quando passou um tempo eu fui experimentar aquilo lá e não deu a mesma coisa sabe? De eu ficar doido, variando, deu só uma clareada na minha cabeça, e eu achei que aqui, que era ilusão, que é tudo ilusão. Trem maligno. Aquilo lá é maldição pura, não vai chegar a lugar nenhum. Não existe saída se você não tomar uma atitude e

bater o pé, falar eu tenho que se tratar e largar disso, se não eu vou morrer. É desse jeito. (Augusto).

(...)

Tem muito, esse aqui é um avião, olha que bonito ele. Eu faço e fico guardando, que eu vejo, eu fico triste sabe, fico triste, sabe por quê? Eu vou numa escola, às vezes eu vou chegar numa escola pra estudar, eu não vou encontrar o que eu quero encontrar pra mim estudar e meu estudo dar certo. Travesti sabe. O problema é o travesti. [Questionado sobre existirem pessoas travestis que não abusam dos outros]. Não, mas todo travesti é abusador, isso não existe. O homem é homem e a mulher é mulher. Não, eu não aceito, nem nem nem conversar comigo. Preconceito é ter sabe? Isso não existe, isso é maldição. Uma mulher, uma mulher você sabe que, uma mulher é tão dedicada, que ela é, ela dá à luz né? E quando dá à luz, que vem o filho ao mundo, isso é uma coisa maravilhosa demais, o pai pegar seu filho no braço e ver que você tem um casamento, você tem um matrimônio, não tem nenhum abuso, sua família é toda feliz, não tem nada disso, né? E a mulher é mais decente que o homem ainda, ó, muito, muito e muitos, muito mais que isso que você deve pensar da mulher, porque a mulher dá à luz. O pai reconstitui, a mãe gera, renasce, e assim vai multiplicando né? Com muito respeito, né? Isso é uma maravilha demais, a mulher é mais dedicada que o homem, é mais delicada, você saber que uma mulher dá à luz. (Augusto).

Caetano é muito marcado pelos eventos do começo de sua adolescência, pela forma como reagia com agressividade, por precisar de dezenas de intervenções do corpo de bombeiros e, em especial, pelo dia em que uma profissional discutiu com ele o chamando de “pobre coitado”:

Eu me irritava com qualquer coisa. Até no CAPS, quando era aquele, lá do centro, eu ficava assim, todo dia. O bombeiro já veio umas três vezes lá pra me pegar, pra levar [para o hospital], pra tomar haldol injetável. E na minha casa, bombeiro já foi mais de 50 vezes pegar eu, minha mãe tem os relatórios lá em casa. Eu acho que sou a pessoa de [cidade] que mais foi [no hospital]. (Caetano).

Cecília define que desde a infância sofre por acreditar que nunca teria um amor verdadeiro e salienta esse conteúdo como um eixo desestruturante na sua vida. Tem dificuldades de superação das relações que teve maior envolvimento. Francisco possui a marca de ter sido vítima de bullying, mas prioritariamente sofre por se compreender inadequado socialmente, em decorrência dos seus sintomas. Em uma das entrevistas, ele afirma que não conhece ninguém como ele, e questiona se no CAPS teria alguém em sofrimento além dele. Já Oto, que possui um histórico de doenças graves desde a infância, tem passagens por situações que envolvem a criminalidade e entende que as drogas sejam sua maior dificuldade:

Ah meio, sei lá, meio inútil, né? Porque eu tive uma recuperação de um ano e quatro meses, e ontem eu saí depois que todo mundo dormiu e fui usar. Cheguei em casa hoje 9h30 da manhã, tomei um banho, almocei, dormi até agora. Tudo isso é decorrente da esquizofrenia, por causa que ontem a voz que eu escuto acenou. Eu comecei uma carreira evangélica, um seguimento evangélico, a Congregação Cristã do Brasil, aí eu tô fazendo aula de música, aí ontem eu fiquei sozinho né, conversando com a voz e ela não, você não é isso que você quer ser, você é um noiado, eu disse não, eu tô em recuperação, ela disse não, não vai adiantar você vai ser sempre um noiado, aí aquilo subiu assim no psicológico, sabe? Inconsciente abalou né, ai, ai caralho. (...) eu fui almoçar fora de casa, e minha família ficou em casa, a hora que eu cheguei a minha família tinha saído, aí eu fiquei sozinho em casa, aí eu comecei a escutar, a dialogar assim com a minha personagem psíquica, e foi onde ela começou a debater que eu era noiado, porque eu não tinha história de recuperação, aí foi aí que eu frustrei (Oto).

Além dos impactos das vivências na formação da personalidade, a esquizofrenia e o tratamento (essencialmente) medicamentoso produzem um quadro de cronificação em que o sujeito não consegue se identificar para além da classificação diagnóstica. Dessa forma, observamos uma compreensão de si como indivíduos desadaptados e dependentes de cuidadoras, da relação materna ou institucional, que revela para eles suas incapacidades para realizar quaisquer tarefas e impossibilidade de concluir sonhos ou projetos de vida. Castro (2023) discute a determinação social do consumo de drogas e o papel que a droga ocupa na vida dos indivíduos pois pode ocorrer um processo de internalização de determinados significados sociais, que alcançam sentidos pessoais e

demarcam que em certas situações a resposta do sujeito deve ser voltada para o consumo de drogas, sobrepondo isso a outras atividades. De forma semelhante ao sujeito que passa a se sentir determinado pelo consumo de drogas, consideramos que no diagnóstico de esquizofrenia, os indivíduos sentem-se determinados por seu processo de adoecimento, por sintomas e dependências que não conseguem se desvincular. Pontuamos que no caso de Oto, ele percebe a si mesmo de forma duplamente determinada: pelo consumo de drogas em determinadas situações, que se sobrepõe a outras formas de conduta, e, também, como um sujeito destituído do controle da própria vida pois é a voz que assume o controle de suas ações. A autopercepção de Oto é de que ele é acima de tudo um viciado, sem rumo e controle, pois isso pertence à voz que dialoga com ele.

(...) no começo era uma voz de uma, de uma entidade. Aí agora é a voz de uma mulher. Entidade sabe, era uma voz bem.. que queria me conhecer sabe, saber meus segredos. Aí depois eu falei assim, que eu não queria mais escutar aquela voz, eu queria escutar voz de mulher, escutar a voz de mulher, acho que essa mulher não é mulher, é um homem, sabe eu escuto voz de mulher pra mim ficar mais, vamos dizer assim, mais calmo. Eu acho que ela é uma entidade. Eu acho. Porque minha vó é espírita e eu fui no espiritismo com ela e eu cresci, minha vó morreu, então eu acho, que eu perdi o passe. (...) A voz me atrapalha na minha vida conjugal, eu não tenho mais, desde quando começou a voz. Tem relação com a voz, ela me perturba minha cabeça. Ah ela não deixa eu fixar em alguém, ela quer ser o centro das atenções, quando eu falo de alguém ela fala assim, não, você não pode, você é crente. Aí quando eu lembro que eu sou crente que eu não posso, fazer qualquer tipo de coisa, eu falo mas e a droga, como a droga pode? Ela fala assim, não é a droga é só um traguinho. Eu falo não, mas a droga faz eu fazer muita coisa errada, as vezes até pra cadeia como que ela me levou, aí eu debato com ela, aí ela vê que tá errada ela fala o seguinte: não mais se você fizer isso uma vez com alguém, aí você vai entrar em fornicação, pensa um palavra forte, e aí, é verdade tô fornicando, eu falei pra ela assim: mas e aí, você vai ficar nessa até quando comigo? Aí ela fala, ah, mas você é diferente, não sei o que lá. Ela atrapalha, muito, a minha parte sentimental. (Oto).

A percepção que os usuários têm sobre si mesmos é carregada da linguagem interior negativa e de sentimentos de falta de controle. Augusto, por mais que veja a si

mesmo como pastor e engenheiro, sente-se frustrado por não ser remunerado por suas atividades e pela recorrência das crises, além de se queixar da falta de controle no consumo de drogas. Cecília julga a si mesma como uma pessoa preguiçosa, é insegura com seu corpo e imagem, sente-se pressionada pela possibilidade de deixar de cumprir corretamente o papel de mãe. Caetano e Francisco consideram-se inaptos a viver em sociedade:

Só a tristeza, e a vontade de me matar só. A raiva não, não mais. (...) Penso que às vezes eu nasci pra sofrer mesmo. Não consigo pedir ajuda. Às vezes, às vezes eu fico lá no cantinho, sofrendo, sem minha mãe ver. Às vezes eu fico lá na sala sofrendo sem a minha mãe ver, pensando, chorando. (Caetano).

Francisco também demonstra frustrações, é desgostoso sobre sua aparência, sobre a falta de autonomia e controle, sente amargura com seus próprios sintomas e com o conteúdo de suas alterações senso-perceptivas:

Quando eu passo mal eu ia pra casa. Ando de cabeça baixa. A impressão que eu tenho é que os outros tá vendo isso. A impressão que eu tenho é que os outros tá tudo vendo. A boca começa a.. em volta da boca assim, babando, fica escorrendo. Quando eu vejo as coisas, de uma hora pra outra. O olho também, o olho fica pra cima. Quando eu fico assim não enxergo nada, nadinha na minha frente. Sinto dor, o olho entorta, chega a dar câimbra. (Francisco).

Observamos a dureza e negatividade com que os usuários se descrevem. Acerca da consciência e percepção sobre a origem de seu adoecimento, quase todos expressam que sua doença é de ordem espiritual, que quando for da vontade de deus podem ser curados e viver suas vidas conforme os planos de deus. Caetano é o único que não apresenta essa determinação religiosa em seu discurso, apenas afirma que acredita ser inapto à convivência em sociedade. Augusto, Cecília, Francisco e Oto consideram que a esquizofrenia é uma doença espiritual.

Acerca da forma como as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm sua singularidade e seus potenciais restritos. Basaglia (1979) salienta que os sujeitos devem ser tratados como pessoas, rompendo com as barreiras do diagnóstico, pois têm o direito de realizar necessidades de afeto, trabalho e financeiras. E ainda, que não devemos nos

dirigir apenas ao diagnóstico, mas aos indivíduos, como pessoas dotadas de capacidades sociais e políticas. Observamos que não é somente a pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia que possui uma visão restrita de si, de seus potenciais e qualidades, mas a sociedade como um todo cumpre um papel fundador e amplificador dos meios de sofrimento psíquico. As histórias apresentadas neste trabalho evidenciam um desenvolvimento humano marcado por condições materiais de privações, violências, violações, negligências, preconceitos, exclusão. Buscaremos no próximo capítulo discutir e fundamentar a determinação social desse fenômeno reconhecido socialmente como esquizofrenia.

Destacamos o trecho a seguir, em que a mãe de Augusto relata as dificuldades que ela vivencia até mesmo quando precisa de intervenções para viabilizar a internação psiquiátrica. Pontuamos que são diversas as violências que são normalizadas no tratamento de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, em especial quando tratamos de famílias pobres e com condições materiais precárias de existência:

(...) e já internação, acho que tem umas oito internação. Aí muitas vezes que você vai internar também, o bombeiro não quer buscar, não aceita, não quer buscar, que não quer buscar, aí você precisa ficar brigando, com o encaminhamento na mão. Igual uma vez eu fui internar ele, eles não quis buscar o menino, com o encaminhamento na mão, só consegui internar ele no outro dia porque eu fui lá no fórum, eu tive que ir no fórum, porque diz que aí não tinha viatura, o pessoal do fórum falou assim, eu já tinha ido na Secretaria de Saúde também não conseguia ambulância, pra eles acompanhar. Aí o pessoal do fórum falou não já tô ligando na Secretaria de Saúde, e a Secretaria de Saúde vai levar a ambulância, aí eles veio, mas nisso já tinha, o bombeiro já tinha tirado a arma pra atirar nele, e eu falei não não, meu filho, falei assim, morreu meu filho esses dias, você vai matar o outro? Não atira. Ele falou não, vou atirar só no pé dele, no pé dele eu presto socorro por ele. Eu falei não é pra atirar em nada, e se joguei na frente. Aí ele pegou, falei não vocês podem ir tudo pra rua, falei pros bombeiros, se precisar de tiro daqui de dentro eu vou chamar a polícia. Aí eles foi na arma assim, rodou o tambor da arma pra fora né, tipo arrumou a arma né? E falou, ele falou não se for pra ele matar um companheiro meu eu tenho que atirar nele, aí eu falei não, você pode ir pra rua. Aí a polícia veio, ele tava com um facão, aí conseguiu tirar ele daqui de dentro. Mas eles não quer, de jeito nenhum. Outro dia foi lá no hospital,

ele ficava fazendo serenata, pegava o violão ia lá pra rodoviária, outra hora ia pra [hospital] pra fazer serenata pros doente. Aí eu tava com o encaminhamento na mão pra internar, não achava o menino, eu comecei a andar na cidade, a [filha] pra um lado, eu pro outro, o meu menino pequeno era pequeno nessa época, voou de bicicleta, aí falaram que ele tava lá [no hospital]. Aí nós ligou pro bombeiro, aí o bombeiro foi, ele tava lá, tocando, aí o bombeiro falou não não, nós tá indo embora, nós já vai embora, não vai mexer com ele não. Aí o policial, que é guarda lá do hospital falou não não, vocês não vai sair daqui sem ele de jeito nenhum, é pra vocês pegar, eu vou ajudar, mas vocês vai ajudar ele, porque ele tá doente, ele vem todo dia aqui. Aí saiu correndo atrás dele, pegou ele lá perto do fórum, ele mandou o violão nos bombeiros, arranhou o bombeiro, quebrou o violão. Mas ninguém quer mexer, quando fala que tem problema assim todo mundo, ninguém quer. (Mãe de Augusto).

Destacamos neste trecho que além das dificuldades vivenciadas no curso do adoecimento, da iatrogenia, apresentam-se dificuldades de ordem prática na realização dos mandatos de internação compulsória e involuntária. A mãe de Oto também relata as dificuldades, em especial o preconceito de familiares e a descrença de que os sintomas sejam decorrentes de alguma forma de adoecimento:

Mas não é fácil não, ter uma pessoa com esquizofrenia e mexer com droga, pra minha família, pra alguns da minha família, ele não tem nada. Maioria da minha família, a maioria da minha família que pensa que nem a polícia, porque a polícia nunca acredita que ele tem esquizofrenia, ele é sem vergonha, ele é ladrão, ele é bandido, lugar de bandido é na cadeia, eles falam desse jeito pra gente. E na minha família, meu esposo mesmo não acredita, ele falou assim, eu acho que esse menino não tem nada, porque ele é muito inteligente, eu acho que ele finge que é doente só pra não trabalhar. (Mãe de Oto).

Por fim, gostaríamos de salientar outra constância observada nas pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, que, além de presentes nos usuários do CAPS desta pesquisa, também é um ponto em comum nas entrevistas realizadas com as profissionais que atuam em saúde mental com base na Psicologia Histórico-Cultural: a interdição/curatela das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Ao trazer essas

reflexões, não estamos desconsiderando as dificuldades enfrentadas pelos responsáveis, em especial mães que assumem o cuidado de seus filhos. Porém, consideramos importante analisar o peso que essa decisão judicial acarreta na vida dos indivíduos. Trata-se de uma ação cível, com o objetivo de declarar a incapacidade do sujeito em questão. Apresentaremos dois trechos para discutir acerca do assunto:

Ele fala que ele tem vontade de voltar a estudar. Primeiramente ele falava que o sonho dele é ser advogado, mas aí não teve jeito dele estudar. Aí ele ficou ruinzinho, às vezes até internou ele no psiquiatra, duas vezes. Teve aquela vez que ele precisou ficar quase três mês lá. Aí ela, lá na... falou que ele tinha direito a receber o benefício, e aí a assistência social mandou falar pra mim que tinha que interditar ele, aí eu interditei. Agora eu acho, que por causa disso ele não tem direito de estudar, será que tem? O sonho dele é estudar. Ele fala que ele quer estudar e ele até briga demais comigo por que eu interditei. Ô meu deus, se eu soubesse que ia acontecer isso não tinha interditado ele. Eles pegaram o título dele, e ele não vota mais, e o sonho dele também que quer votar. Eu falei aí Francisco, pra que votar? Isso e uma coisa que não precisa não. Não, mas ele quer votar. Aí eu me arrependo tanto, tanto. (...) e eu aguento muito dele por causa disso. E ele tá certo né, porque ele fala que ele é inválido, que ele não existe (Avó de Francisco).

Nesse trecho, observamos a medida como uma fonte de sofrimento, tanto para a avó, responsável pelo neto, quanto para o próprio Francisco. Ele se queixa de que perdeu o controle e a autonomia sobre a sua vida. Francisco acredita que a interdição cível lhe tirou toda sua individualidade. Afirma que não pode abrir documentos, exames, sem a presença da avó e se constrange por essas limitações. Conforme expressa no trecho a seguir:

Ficar em casa sem ter o que fazer. Eu tenho uma coisa, que eu não gosto de fazer sozinho, mas eu fico com vergonha de falar pra senhora. Que eu não gosto de fazer sozinho. Que a senhora perguntou, eu fico com vergonha de responder. Quando eu vejo alguma coisa que eu não gosto, eu tenho vontade de falar mas eu tenho vergonha de falar. Eu tenho vergonha de falar com a vó, com o vô. Eu tenho vergonha do conselho dela. Eu tenho que fazer tudo junto com ela. Quando eu tô

com alguma coisa, ela que tem que abrir essas coisas, ela que abre pra mim, quando ela faz comida ela põe pra ela e põe pra mim, eu não gosto, eu gosto que ela põe pra mim, deixo a vó pegar primeiro (Francisco).

De maneira oposta ao sofrimento da avó de Francisco e de seu neto, a mãe de Oto compreende que a interdição foi a única forma de ter mais controle sobre as ações do filho. Oto respeita sua mãe sobre as decisões que toma por ele, não demonstrou sofrimento. No trecho abaixo, percebemos que a mãe é rígida na questão do controle em relação ao filho, inclusive afirmando que é dela a decisão de Oto permanecer ou não em comunidades terapêuticas, o que é questionável juridicamente. Porém, para Oto, é uma forma de controle externo de seu comportamento:

Tudo que eu já passei com ele, hoje já melhorou muito, melhorou também porque aí eu interditei ele né? Eu interditei ele porque eu não conseguia pôr ele em clínica, ele não ficava, e as clínicas não obriga a ficar. E como ele tá interditado, aí eles têm, por ordem do juiz eles têm que acatar a minha autoridade, o que eu desejo, eu quero que ele fique, eu pago pra ele ficar ele tem que ficar. Entendeu? Dinheiro em mão. Como ele era maior de idade, só ficava se ele quisesse, agora não é se ele quiser, agora é se eu quiser. Se eu quero ele fica. (Mãe de Oto).

Augusto também é interditado, mas devido à baixa compreensão de seu quadro de adoecimento, não tem conhecimento disso, desconhece que recebe o BPC. Conforme a mãe, se ele souber vai querer usar o dinheiro com besteiras, sendo que com seu controle ela pode oferecer tudo que ele precisa e que tem vontade, na medida do que é possível na realidade deles. Caetano não era interditado e nem recebia o BPC na época das entrevistas. Salientamos que ele era muito novo, e que potencialmente isso possa ocorrer, apesar do desejo que ele expressava de trabalhar e ter uma vida para além da sua casa e do CAPS.

Cecília é interditada e sua irmã que mora ao lado possui sua curatela. Ambas consideram correta essa ação e afirmam que Cecília não consegue se virar sozinha. Porém, voltamos a destacar o que já discutimos anteriormente: Cecília se responsabiliza e realiza grande parte das tarefas domésticas da sua residência, em especial as demandas dela e da filha. Compreendemos que a expressão do sofrimento psíquico não é linear, que podem existir momentos em que Cecília necessite de maiores suportes, mas consideramos

importante reconhecer seus avanços e sua autonomia frente às demandas que administra. As situações concretas da vida de Cecília, como a idade avançada de sua mãe, o maior comprometimento de seu irmão, e o falecimento do pai da sua filha, a colocam em uma posição em que ela precisa resolver as demandas de sua casa, mesmo ela se julgando incapaz para essas tarefas. Porém, esse quadro poderia ser outro caso ela estivesse internada ou com usos inadequados do tratamento medicamentoso. Dessa forma, pontuamos o mesmo para os outros usuários desta pesquisa. Não teriam eles potencialidades, habilidades que poderiam ser desenvolvidas? Laura, uma das profissionais da Psicologia Histórico-Cultural apresenta questionamentos acerca desse tema:

(...) muitas pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia têm sofrido interdição cível, pelo menos com a gente ali, muitos têm essa condição de não responder mesmo por si. É triste porque às vezes é uma situação que a pessoa passou, e daí o familiar não confia, ou fica desesperado, e busca esse meio, essa ação, também pra conseguir algum benefício. Ah, a pessoa não vai conseguir trabalhar, e vai atrás do BPC, por exemplo. Aí advogados têm orientado a interditar, e a interdição cível tem sido até liberada, até muito facilmente, é muito estranho isso, é algo que eu gostaria de estudar inclusive. A questão de interdição cível em saúde mental, principalmente dentro de pessoas com diagnósticos, vamos pensar assim, com sintomas delirantes né, não só dentro da esquizofrenia, mas esses F-20 aí né, o quanto que isso tem sido comum. *Em termos legais seria isso, o não poder fazer coisas em relação a negócios e patrimônios, em termos práticos, praticamente a vida dela cessa, do que a gente tem acompanhado, sabe é uma interdição da vida como um todo, da vida afetiva, da vida laboral, da vida social, é bem difícil porque a gente tenta orientar mesmo, olha você precisa de alguém pra te organizar em termos de negócios e patrimônios, de trabalhar com seu dinheiro, mas outras coisas você pode fazer, mas não, a pessoa ela se acha interdita em tudo mesmo.* (Laura – profissional PHC, grifos nossos).

Logo, ressaltamos a explicação de Laura e a importância de que a interdição cível seja utilizada conforme seu escopo. Logo, Francisco possui o direito de estudar, de abrir seus exames de saúde. E a mãe de Oto não pode definir, à força e à revelia do filho, se ele deve ou não ficar anos internado em comunidades terapêuticas, pois do contrário isso

seria uma grave ameaça às conquistas da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Estela, também profissional da Psicologia Histórico-Cultural cita um caso que atendeu no CAPS no qual observou uma grande dificuldade após o processo de interdição cível e como se relaciona com o papel protetivo da família, mas que impacta o desenvolvimento da autonomia do usuário:

Ele tem esquizofrenia, mas ele tem uma vida totalmente funcional, fazendo a carteira de motorista, passou em todas as fases, terminando agora, falta pouco, terminando, ele fazia faculdade de música, ele parou porque teve uma crise, várias coisas que ele conseguia, só que a mãe achava que ele não dava conta, a mãe ficou não você não dá conta disso, você precisa, e acabou curatelando ele, fazendo a curatela dele, ele é interditado. E isso gera muito sofrimento pra ele, muito, muito, porque ele não consegue fazer as coisas por si só, tem coisas que ele acha que ele conseguiria fazer, e nós aqui do CAPS, eu como profissional também avalio que ele consegue dá conta, até estímulo ele a fazer. Mas essa mãe, já tentamos ir lá também pra trabalhar com essa mãe, que ela pode deixar né, deixar ele ter essa autonomia, essa independência, mas eu acho que ela é tão assim, ela quer ter o controle sobre a situação, e acaba deixando ele numa situação muito vulnerável, muito dependente dela. (Estela – profissional PHC).

Para finalizar essa discussão, ressaltamos a importância de questionarmos os processos de interdição cível, analisando os avanços e retrocessos. E ainda, salientamos a fundamental importância da elaboração de práticas de cuidado que fomentem o desenvolvimento humano dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia identificando o que subjaz de modo íntegro por detrás dos sintomas que se destacam, ou seja, as potencialidades latentes dos sujeitos, conforme trabalharemos no próximo capítulo.

4.6 A EXPRESSÃO DUAL DA ESQUIZOFRENIA: SINTOMAS E CONTRA-SINTOMAS COMO EXPRESSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Conforme abordamos no capítulo anterior, Vigotski (1987) discute a respeito da expressão dual dos sintomas na esquizofrenia, verificada por meio dos estudos acerca da dissociação da consciência e da contradissociação. Com isso, o autor apresenta que os sintomas da esquizofrenia possuem um duplo negativo, o sintoma e seu contrasintoma,

que expressa uma resistência, uma reação à fragmentação da consciência. Neste tópico, buscaremos realizar essa discussão acerca dos sintomas das pessoas participantes da pesquisa. Para isso, percorreremos o seguinte caminho: i) discutir a respeito da sintomatologia clássica da esquizofrenia; ii) refletir sobre os diagnósticos dos usuários entrevistados; iii) analisar brevemente a expressão dual dos casos em tela. Para iniciar a exposição desses objetivos, apresentamos primeiramente o trecho a seguir:

Estou inclinado a pensar que o segundo ponto que pode ser mencionado para explicar o quadro dual da síndrome esquizofrênica reside em uma ideia que eu ouvi expressa em cada um dos relatos precedentes, ou seja, que no processo esquizofrênico nós não devemos considerar a pessoa adoecida apenas como um paciente. Nós devemos prestar atenção para o papel ativo da personalidade submetida a este processo de desintegração. É concebível que, em adição aos traços de destruição da personalidade, que está sob influência de um processo prolongado que destrói as mais elevadas, mais complexas, relações sistêmicas e semânticas, e conexões da consciência, nós devamos encontrar traços contrários, pelos quais esta personalidade irá, de algum modo, resistir, modificar a si mesma, reorganizar-se, e que o quadro clínico da esquizofrenia nunca pode ser entendido meramente como algo que emana diretamente da exibição das consequências destrutivas do processo em si, mas deve ser visto como uma reação complexa da personalidade ao processo destrutivo por ele mesmo (Vigotski, 1987, p. 76 e 77).

Nesse trecho, o autor nos chama a atenção para o papel ativo da personalidade, para as possibilidades de resistência e reorganização e salientamos que os sintomas não devem ser observados de forma cindida da personalidade, consciência e necessidades. Conforme Camila (profissional da Psicologia Histórico-Cultural) reforça no trecho a seguir, outro fator a ser levado em consideração: a esquizofrenia não se constitui apenas de momentos de crises, eles existem, são impactantes e constituem a principal demanda dos usuários do CAPS, porém há períodos de estabilidade que também compõem as vivências do sujeito.

Eu acho que tem uma questão importante até na maneira de diagnosticar, uma característica que é própria do CAPS, que é um serviço de atendimento à crise né, então as pessoas que vão chegar lá, elas tão em crise. Então, é difícil você olhar

pra esquizofrenia na totalidade se eu tô recortando um momento de crise né, e no momento de crise o que a gente percebe mais é a questão dos sintomas paranoides, e na esquizofrenia isso é bastante forte, a presença de uma paranoia, a presença de algum tipo de persecutoriedade, de algum tipo de discurso delirante, nesse sentido, acho que essa questão que na psiquiatria se coloca como alteração do pensamento, um dos focos centrais da esquizofrenia. (Camila, profissional da PHC).

Julia salienta os principais sintomas que observa em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia:

Mas o sintoma, sofrimento, isso da lógica de raciocínio, de entender uma outra lógica, que às vezes por serem não compreendidos nessa lógica dominante, isso era motivo de sofrimento, essa questão do estigma da agressividade, isso das vozes e aí do conteúdo delirante né. Que eu acho que é o marcador principal da esquizofrenia enfim, e aparece lá mesmo, de uma trajetória, do jeito que conta a história, do jeito que se percebe, muito baseado nos delírios, na direção do pensamento e que isso é alvo de muito sofrimento, porque é muito verdade, a história que a pessoa conta é um sofrimento real, é baseado real, é muito vívido, só que aquilo, tem que entrar no conteúdo delirante, conseguir negociar com a pessoa, validar aquilo, mas ao mesmo tempo diminuir o peso que às vezes tem. (Julia – profissional PHC).

Conforme abordamos no primeiro capítulo, o quadro da esquizofrenia é reconhecido especialmente pelo que a psiquiatria denomina como sintomas positivos, que seriam os delírios e alucinações, que se diferenciam de sintomas negativos, a redução das expressões afetivas, isolamento social, perda de interesses, tristeza constante, irritabilidade, entre outros. Discutiremos aqui essencialmente os sintomas tidos como positivos, delírios e alucinações, pois são esses que diferenciam e discriminam o quadro da esquizofrenia. Gostaríamos de questionar a utilização dos termos delírio e alucinação, propondo termos similares, mas que não carregam a carga do estigma e violência característicos de como a psiquiatria aborda os temas da saúde mental. Também discutimos no primeiro capítulo as práticas do movimento dos Grupos de Ouvidores de Vozes, e nesse movimento, opta-se pela utilização do termo alterações senso-perceptivas, sonoras, visuais ou táteis, para se referir ao que conhecemos como alucinações. Já temos

utilizado esse termo de forma substitutiva neste trabalho, porém consideramos importante salientar na discussão sobre os sintomas.

Acerca dos sintomas de delírio, Cheniaux (2008, p. 58) apresenta a definição clássica do termo: “(...) são juízos patologicamente falsos, que possuem as seguintes características externas: acompanham-se de uma convicção extraordinária, não são susceptíveis à influência e possuem um conteúdo impossível”. A autora apresenta ainda que: “Na esquizofrenia, tipicamente o delírio é bizarro, tem um conteúdo impossível e é pouco sistematizado” (Cheniaux, 2008, p. 63). Nesse Manual de Psicopatologia, os delírios estão contidos nas alterações do pensamento. Consideramos que esse termo contribui para a discussão do que realmente expressam estes sintomas na esquizofrenia. Salientamos ainda a expressão: alteração da compreensão das leis da realidade concreta pois especifica o que ocorre no pensamento. São diversas as formas de alteração do pensamento, de perseguição, bizarro, etc. Não entraremos nessas especificidades, porém vamos discutir como essas alterações se expressam nos usuários da pesquisa.

Ressaltamos a importância do conjunto das relações interfuncionais e dos impactos na sintomatologia da esquizofrenia. Os aspectos da percepção possuem relação estreita com os sintomas que são denominados de alucinações, e o conjunto delas, assim como a linguagem e pensamento, possuem relação com os delírios. O sistema interfuncional se constitui no curso do desenvolvimento humano e se configura socialmente. Dessa forma, podemos refletir que o que para alguns é dito como patológico, pode ser extremamente funcional para outros, ou seja, em vez de desorganizador, pode ser organizador. Outro ponto a refletirmos é que alguns sintomas são tidos como norma em certas religiões, como falar em línguas fictícias, ouvir e ver pessoas que outros não veem, espíritos. Em muitos casos, a pessoa se sente pertencente pois possui uma explicação socializada e aceita para aquilo que se lhe apresenta, tendo menos impactos no seu psiquismo/não desorganizando a conduta.

Um exemplo é acerca das alterações senso-perceptivas vivenciadas por Oto, Francisco e Caetano. Para Oto, ouvir as vozes não chega a ser um conteúdo desorganizador em si, mantém com elas uma relação, inclusive organizadora. Afirma que quando a voz não conversa com ele, ele mesmo chama a sua atenção. Oto destaca dois pontos negativos: o incentivo ao consumo de drogas e o fato de que não consegue se relacionar afetivamente/amorosamente.

Aí foi assim, as crises ficou menos impactante depois que tirou o risperidona e começou a passar haldol. Só que mudou muita coisa também assim, o tempo recreativo diminuiu, porque eu durmo mais vezes durante o dia, acordo tarde e durmo depois do almoço, e ainda escuto vozes. E as vozes ficou tipo assim, familiar pra mim, é como cotidiano, quando eu não escuto eu preocupo conversar com ela, eu chamo a atenção dela, eu falo: ah, hoje você não quer falar comigo? Aí ela fala. E tipo assim, desde quando eu comecei até o dia de hoje eu não tive uma relação sexual mais, encerrou (Oto).

Já para Caetano, as vozes o desorganizam, por vezes não se lembra do conteúdo. Há agressividade no conteúdo que escuta além do relato de que quando está ouvindo vozes aumentam a sua medicação psiquiátrica, conforme explica sua mãe:

Ele falou mãe, eu tô com o corpo ruim, sonolento. Porque a médica aumentou a dosagem do remédio dele, porque igual eu te falei, ouvindo assim, ficava xingando eu, na cabeça dele, assim, eu posso estar acarinhando ele, agradando ele, fazendo as coisas, ele fala mãe, aquelas voz tá te xingando. Agora eu tô xingando daquele nome, não, eu tô xingando de outro nome. Difícil. Por isso que aumentou a dosagem. É porque ele também tava querendo suicidar. Ele tava, chorando, chorando, falando que tá sem amigo e querendo suicidar. Aí a médica falou que vai ter que aumentar a dosagem. Se esse remédio seu, se ele não der certo Caetano, aí a gente vai ter que mudar pra outro remédio. Aí até às vezes assim, às vezes eu saio, sabe que você fica assim, parece que você não confia muito, você não confiar muito. Mas antes era pior, eu saía, na hora que eu chegava do serviço, eu já chegava olhando, assim nas árvore, porque eu ficava com medo dele se pendurar, fazer alguma coisa. Agora assim eu tô mais melhor sabe, mas no começo vinha isso na minha cabeça. (Mãe de Caetano).

Para Francisco, as vozes geram um desconforto muito maior, chega a sentir diversos sintomas físicos. Afirma que nas crises ocorrem as duas coisas: o conteúdo agressivo e violento das vozes, com comandos de morte e as sensações físicas de contorção, perda do controle muscular.

Dessa forma, consideramos importante um movimento de tentar compreender o conteúdo das vozes pois elas podem ser mensageiras de algo que o sujeito não percebe

em si, uma sinalização de algo que precisa de atenção. Pela perspectiva teórica aqui adotada, entendemos que tanto os conteúdos como as formas pelas quais se expressam as vozes precisam ser analisadas por meio do processo de desenvolvimento de cada sujeito em suas relações concretas de vida, que produziram e mantêm esse fenômeno considerado como sintoma. Essa afirmação é delicada em casos como o de Caetano e Francisco, em que as vozes chegam a, além de indicar comandos de suicídio, expressar conteúdos orientando a matar a mãe ou a avó. Tanto Francisco quanto Caetano possuem uma relação positiva e de muito carinho com suas cuidadoras, e o conteúdo da voz ser agressivo para com elas traz muito sofrimento para eles, o que nos leva às questões anteriormente discutidas sobre a ruptura e/ou dissociação entre cognição e afeto. Por isso, trabalhar sobre o conteúdo das alterações senso-perceptivas e inserir técnicas de mediação e de controle/diálogo sobre esses conteúdos nos parecem ferramentas importantes. Seguiremos discutindo esse assunto no próximo capítulo, porém o que gostaríamos de abordar aqui é que todas as pessoas entrevistadas estavam sob intervenção da psiquiatria. Logo, a expressão da esquizofrenia já está modificada pela medicação, o que também pode afetar a forma com que ocorrem os sintomas devido à cronificação.

Acerca dos diagnósticos dos usuários entrevistados nesta pesquisa, gostaríamos de apresentar algumas considerações sobre o diagnóstico de Cecília. Cabe salientar que sua primeira crise ocorreu quase 20 anos antes das entrevistas e que desde então segue com o diagnóstico de esquizofrenia. Ela também tem um irmão com esse diagnóstico, que possui um quadro mais grave que o dela, praticamente não sai da sua casa (ele recusou o convite para a entrevista). Apesar da primeira crise de Cecília ter sido muito desorganizadora, ela se identifica e descreve sintomas em especial num campo de alterações de humor, sente-se depressiva, com desânimo e desinteresse para realizar suas atividades: “É, um desanimo profundo, vamos falar, é isso mesmo, pra falar a verdade, eu tenho um desanimo profundo, parece que eu não sei o que acontece, por isso que eu acho que eu conheci deus na hora certa, sabe? Acho não, certeza né?” (Cecília). Cecília descreve a crença de que seu marido vai retornar para se casar com ela, mesmo após seu falecimento. Apesar desse conteúdo poder se enquadrar em uma alteração do pensamento, com distorção da realidade, essa crença é relativamente nova em sua vida, e muito influenciada pela religião. Cecília nega que já tenha vivenciado qualquer alteração senso-perceptiva. Não observamos outros elementos que agreguem sintomas ao diagnóstico de esquizofrenia, de forma que isso levantou dúvidas ao longo da pesquisa. Porém, ainda assim optamos por manter o perfil de Cecília neste trabalho, realizando essas reflexões,

pois muitas vezes um diagnóstico ocorre sem a necessária revisão por parte da equipe médica e de saúde em geral.

Além disso, consideramos relevante destacar que o diagnóstico, em especial de esquizofrenia, determina o curso da vida dos sujeitos. Acerca das recorrências de diagnósticos em determinadas parcelas da população, Vasconcelos (2009) discute que é necessária uma leitura de gênero para discutir os diagnósticos na saúde mental, apresentando dados de que mais mulheres recebem diagnósticos de humor e homens de alcoolismo e distúrbios de personalidade, fato que se relaciona com formas culturais de desenvolvimento do adoecimento. A autora também apresenta que mais mulheres são internadas em unidades psiquiátricas, com maiores doses de medicamentos, em especial tranquilizantes e antidepressivos, além da presença de estereótipos, como mulheres serem mais irracionais, instáveis, fracas. Dhar (2019) discute que o diagnóstico de esquizofrenia é mais propenso de ocorrer com pessoas negras e pobres, enquanto em pessoas brancas é mais comum o diagnóstico de transtorno de humor, que conferem um menor estigma do que a esquizofrenia. Cecília, enquanto uma mulher pobre, negra e irmã de um usuário com o diagnóstico de esquizofrenia, nunca teve seu diagnóstico revisado, mesmo com poucos sintomas que se assemelhem à gravidade do diagnóstico. Isso impacta as possíveis formas de tratamento medicamentoso e de cuidado de forma geral.

Por fim, acerca do que Vigotski (1987) apresenta como um quadro dual na esquizofrenia, gostaríamos de discutir alguns possíveis sintomas e contra-sintomas. Salientamos as limitações deste trabalho para realizar uma análise mais ampla da expressão dual dos sintomas. Tratam-se de aproximações iniciais, amparadas na pesquisa de campo, porém acreditamos que seria interessante um trabalho de fôlego, terapêutico e em equipe, com o intuito de uma maior qualidade dessas análises. Outro aspecto que pontuamos é que os sintomas apresentam diferentes níveis de gravidade e distintos níveis de consciência e compreensão acerca do processo de sofrimento psíquico.

Consideramos que a agressividade, tanto quando voltada para si mesmo, autoagressividade, tanto quando voltada aos outros, heteroagressividade, também é uma possível expressão dos sintomas de resistência, da luta da personalidade em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Observamos nas histórias de vida dos sujeitos entrevistados comportamentos agressivos em momentos de crises, de internações, ou também na falta do acesso às formas de cuidado. A autoagressividade desponta no conteúdo das vozes em algumas situações, com o Caetano e Francisco, e mais pontualmente com Oto, que mantém uma relação mais harmoniosa com as vozes. Nesse

contexto, a agressividade pode emergir como uma estratégia de não-aceitação, de não ficar em um lugar subordinado, destituído de um valor social.

Refletindo sobre outros possíveis contra-sintomas, em especial no caso de Augusto, ele não demonstra ter consciência acerca de suas alterações de pensamento. Buscamos observar no quadro dual a manifestação do sintoma e seu contra-sintoma tentativas de movimentações que se oponham ao sintoma. É prioritária e recorrente no discurso de Augusto a autopercepção de que é um pastor e engenheiro do reino de deus, porém, por mais que não questione sua autopercepção e negue o diagnóstico, ele sabe que precisa da intervenção medicamentosa e, por vezes, da internação psiquiátrica, em especial, sofre por não se sentir reconhecido profissionalmente. Consideramos que esses aspectos podem ser a expressão do contra-sintoma de Augusto. A resistência de Augusto ocorre no sentido de se opor aos sintomas. Não aceitando-os de forma passiva, ele questiona sua dificuldade em se posicionar socialmente e a falta de amparo externo, queixando-se de que ninguém se importa com ele.

Cecília afirma que seu marido vai ressuscitar para casar com ela, que aguarda esse retorno para concretizar seu sonho e poder ser feliz. Esse é o sintoma que mais se aproxima de um sofrimento na esquizofrenia. Devido a isso, optamos por ele para realizar a discussão, embora tenhamos essa dúvida sobre seu diagnóstico. No entanto, ela apresenta uma compreensão de que a ressurreição não é algo passível de ser esperado por outras pessoas. Consideramos que essa noção é uma expressão de resistência do contra-sintoma:

Você não vai acreditar, mas eu tenho esperança, que no meu coração um dia eu vou ser feliz de verdade, que deus não vai me deixar na mão, se eu amo ele e ele me ama então deus realiza os pedidos da gente, se a pessoa merecer, se a gente orar. (Cecília).

Francisco, Caetano e Oto apresentam alterações senso-perceptivas como demanda principal que se relaciona com a esquizofrenia. Caetano possui alterações senso-perceptivas de visão e audição, sente-se muito isolado e em consequência julga que é inapto a viver em sociedade. Destaca diversos sentimentos de tristeza, depressivos, além de muita dificuldade em enxergar possibilidades de romper com essa cadeia determinista. Consideramos que suas tentativas de romper com esse futuro é justamente a expressão do contra-sintoma, embora em algumas situações, isso traga ainda mais sofrimento. Ele se

queixa de que só tem a mãe em sua vida: “Sem ela acho eu vou ficar muito perdido nesse mundo. A hora que ela morrer... porque as vezes eu penso que na hora que a minha mãe morrer eu já vou me matar” (Caetano).

Francisco descreve um sentimento de pânico acerca de seus sintomas, afirma que não consegue lidar, e expressa sofrimento por não conseguir exercer as atividades principais que guiam a vida de um adulto. Seu contra-sintoma está justamente na resistência, tentativas de estabelecer um cotidiano comum, porém esbarra em grandes dificuldades. Já Oto, assume as vozes como parte de si. Tem a tentativa de interrupção/abstinência das drogas como um objetivo amparado em sua fé. Propomos que seu contra-sintoma possa ser as tentativas e falhas no controle dos comandos e desejos das vozes.

Um destaque realizado por Almeida (2018, p. 336) é acerca dos mecanismos do psiquismo que lutam para se manter em meio a processos destrutivos (discutiremos o conceito no próximo capítulo), o que consideramos similar à resistência na esquizofrenia: “Assim, parece-nos que o sofrimento psíquico pode advir tanto de uma tentativa de adaptação quanto de uma resistência à adaptação a uma norma que de algum modo entra em choque com as necessidades e motivos do indivíduo”. Para finalizar este capítulo, salientamos que, em nossa hipótese, o que desorganiza os sujeitos em sofrimento psíquico na esquizofrenia não são as vozes, alterações do pensamento, os sintomas em si, mas sim não encontrar em seu entorno social a capacidade desse conteúdo ser significado, inserido em um sistema lógico que possa ampará-los e criar condições, seja para compreendê-los, seja para minimizá-los ou superá-los. Em regra, as pessoas têm medo, vergonha, receio de serem punidas se falarem sobre o assunto. A relação social produzida pelo acolhimento e atendimento em grupo e a possibilidade de localizar aquela vivência em algo que não é anulado, negado, silenciado, são caminhos e oportunidades que apostaríamos para a reorganização do comportamento.

Além disso, julgamos que o mais correto cientificamente é afirmar que atualmente a ciência não sabe quais os mecanismos sociais e biológicos que resultam nos sintomas típicos da esquizofrenia na vida de indivíduos em sofrimento psíquico. No entanto, como buscamos demonstrar, os sintomas que caracterizam o que chamamos de esquizofrenia possuem uma gênese social, ainda que processos biológicos também se apresentem alterados. Como afirma Vigotski (2004, 2012c), no desenvolvimento humano temos aspectos biológicos que são social e culturalmente condicionados, transformados, assertiva que nos permite compreender tanto o curso normal do desenvolvimento, quanto

aquele que devido a entraves e obstáculos desvia-se desse. Na esquizofrenia, muitas vezes o diagnóstico sela destinos. A depender das formas de tratamento, o quadro é cronicado e a pessoa sofre consequências de estigma, isolamento, e outras formas de iatrogenia social, produto da institucionalização, de como se intervém sobre a esquizofrenia. Partindo dessa crítica, discutiremos acerca da determinação social do sofrimento psíquico na esquizofrenia e sobre as práticas de cuidado em saúde.

CAPÍTULO V - A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

É!

*A gente quer valer o nosso amor
 A gente quer valer nosso suor
 A gente quer valer o nosso humor
 A gente quer do bom e do melhor
 A gente quer carinho e atenção
 A gente quer calor no coração
 A gente quer suar, mas de prazer
 A gente quer é ter muita saúde
 A gente quer viver a liberdade
 A gente quer viver felicidade
 A gente quer viver pleno direito
 A gente quer viver todo respeito
 A gente quer viver uma nação
 A gente quer é ser um cidadão
 (É, Gonzaguinha)*

Temos ressaltado a importância da unidade biológico-social, e em decorrência, a impossibilidade de analisarmos quaisquer fenômenos tipicamente humanos por meio da cisão entre o aparato biológico e a constituição histórica e social do gênero humano. Neste capítulo, discutiremos acerca da determinação social da esquizofrenia, amparando a discussão nas contribuições da Saúde Coletiva de orientação marxista em relação com a fundamentação já apresentada da Psicologia Histórico-Cultural. Ambos os campos de conhecimento partem dos pressupostos do método materialista histórico-dialético, possibilitando uma discussão historicizada acerca do tema apresentado. Ademais, pretendemos sistematizar alguns princípios do cuidado em saúde mental, em especial das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, que avancem em estratégias para a reorganização da unidade afetivo-cognitiva e dos potenciais dos sistemas psicológicos. Acerca desses objetivos, pontuamos que as contribuições deste capítulo são reflexões iniciais, em especial no tocante às estratégias de cuidado pois esse material precisa ser continuamente discutido e aprimorado, conforme as necessidades históricas e as demandas que a realidade concreta nos apresenta. Também destacamos que neste capítulo utilizaremos trechos das entrevistas realizadas com as profissionais da Psicologia Histórico-Cultural, visando agregar as contribuições teórico-práticas presentes através da

intervenção na realidade de pessoas que orientam seu trabalho pelos mesmos pressupostos teóricos que apresentamos nesta pesquisa.

5.1 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA ESQUIZOFRENIA: UMA EXPRESSÃO PARTICULAR DO ADOECIMENTO, DA CRONIFICAÇÃO E A IATROGENIA SOCIAL

O campo da Saúde Coletiva nos apresenta uma compreensão acerca do caráter histórico e social do processo saúde-doença. Laurell (1982) discute que o paradigma dominante no capitalismo afirma que a doença é um fenômeno individual e biológico, desconsiderando aspectos fundacionais da estrutura social. Para a autora, é possível analisar o caráter social da doença sem, contudo, negar a dimensão biológica no processo de adoecimento. Compreende-se que as formações sociais, as estruturas pelas quais a sociedade se organiza, formarão determinados perfis de adoecimento e também de explicação para esses processos, conferindo centralidade nos aspectos sociais: “(...) cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito” (Laurell, 1982, p. 15)²². Assim, afirma-se que em cada momento histórico existirão formas características da reprodução da vida, dos desgastes, modos de viver e de morrer. Os tipos de adoecimento se relacionam com as relações sociais de produção, a autora discute que no capitalismo o conceito de doença se apresenta na medida em que o sujeito deixa de ser apto ao trabalho, ou seja, quando sua improdutividade afeta a economia e as possibilidades de acumulação de capital. Enfatiza-se o caráter social e histórico do processo saúde-doença pois isso nos mostra como processos particulares de adoecimento possuem dupla natureza, social e biológica. Almeida, Carvalho e Tuleski (2019, p. 128) discutem o impacto da perspectiva dominante, que confere destaque ao polo biológico, nos estudos na esquizofrenia:

Ganham relevo as explicações exclusivamente biologicistas para o adoecimento psíquico, com respostas ideológicas que naturalizam e universalizam as suas causas, sem trazer à tona suas determinações sociais. Esse viés explicativo ainda é presente nos atuais estudos sobre esquizofrenia e impactam tanto as explicações sobre o fenômeno quanto as formas diagnósticas e o tratamento.

²² As traduções desta obra são de responsabilidade da autora.

Laurell (1982) salienta que na determinação social dos processos de saúde-doença observa-se a coletividade para analisar as formas de desgaste e reprodução pois os indivíduos que adoecem representam uma particularidade que expressa os fenômenos sociais. Na mesma direção, Breilh (2013) discute que para compreender o adoecimento psíquico como resultado de um processo histórico e social, é necessário compreender as dimensões universais, que se reproduzem do geral ao particular e que do particular retornam ao geral.

Esta concepção historicizada nos permite afirmar que tanto o sujeito em sofrimento psíquico, quanto os enquadres do diagnóstico por meio de um conjunto de sintomas, são produtos de determinados sistemas de significação elaborados e disseminados na sociedade capitalista. Dito de outra maneira, ainda que comportamentos similares possam ter existido em outras formações societárias, que antecederam o capitalismo, a compreensão sobre tais expressões, bem como as formas de “tratamento”, estão sempre em acordo com a forma de produção da vida em uma dada sociedade, na atualidade o capitalismo. Assim sendo, a esquizofrenia, no modo como se apresenta hoje, é uma expressão do adoecimento dessa sociabilidade. Salientamos ainda a discussão de Ferreira (2017), apresentada no capítulo três, em que a autora discorre acerca da cisão do eu na esquizofrenia como uma expressão da cisão da subjetividade no capitalismo. Para a autora, o capitalismo não produz a sintomatologia, mas potencializa condições que acarretam na cronificação, como as tendências ao isolamento do sujeito, cobranças de produtividade, entre outros.

Breilh (2013) analisa as correntes da epidemiologia, observando a relação entre a ciência e as formas de poder predominantes em cada período histórico. Para ele, as causas e determinantes dos processos de adoecimento estão a serviço da lógica dominante. Conforme o autor, a epidemiologia clássica em suas delimitações multicausais, possui um caráter linear e suas estatísticas trazem obstáculos para a compreensão da gênese da saúde. Isso acarreta em um afastamento de aspectos determinantes da realidade, classificando-os como acessórios, como as classes sociais, as vulnerabilidades, os impactos da exposição/imposição dos indivíduos a processos perigosos. Esse reducionismo classifica as relações entre sociedade e natureza como aspectos externos, variáveis a serem incorporadas em modelos estatísticos.

Em contraposição à epidemiologia clássica, Breilh (2013) afirma que a determinação social da saúde é uma categoria central para a proposta de epidemiologia

crítica com o intuito de desenvolver uma ferramenta para a análise da produção social, dos modos de viver, adoecer e morrer. Objetiva-se a construção de um novo modelo civilizatório de saúde, por meio da transformação da sociedade, construção de formas emancipatórias do gênero humano e de uma relação saudável com a natureza. Para o autor, a saúde não deve corresponder a um apanhado ordenado de aspectos, mas é um processo determinado socialmente. Não se trata de um processo de adaptação que busca o equilíbrio, mas um movimento de transformações que se estabelece entre os sujeitos e o ambiente, uma mudança radical de paradigmas.

Consideramos que os conceitos apresentados até aqui são de grande importância para as análises realizadas neste trabalho pois contribuem de forma a ampliar a compreensão dos fenômenos que se expressam no campo da saúde mental e da saúde coletiva. Além disso, são conteúdos complementares aos debates realizados em torno dos conceitos vigotskianos e de seus continuadores. Destacamos um trecho em que uma das profissionais da Psicologia Histórico-Cultural aborda essa temática, além de destacar a importância do diálogo com outras áreas de conhecimento, abordagens e estratégias:

Trabalhando em CAPS a gente acaba tendo uma variedade de funções que acabam nos aproximando muito mais do campo da saúde mental do que de fato da área da psicologia, ainda mais de linha teórica, então no CAPS eu aprendi a ter que conversar muito com as outras áreas, mesmo dentro da psicologia, mas principalmente fora. Então o manejo de saúde mental é uma coisa muito mais ampla e que me deu muito mais bagagem. (Camila – profissional da PHC).

Dessa forma, daremos sequência apresentando outras discussões do campo da saúde coletiva, que contribuem com o objetivo de analisar o contexto e as necessidades sociais que se formam no entorno das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Breilh (2006) discute acerca dos parâmetros da epidemiologia linear em direção à proposta da epidemiologia crítica. O autor enfatiza a ampla utilização do conceito de risco na área da saúde científica, criticando que a popularização da definição do paradigma do risco é própria de uma sociedade de risco, uma sociedade de destruição generalizada. O paradigma de risco atua como uma matriz disciplinar dentro da epidemiologia clássica, identificando probabilidades populacionais como uma probabilidade individual, reduzindo os fenômenos e processos mais gerais a um risco individual. Para Breilh (2006), se trata de uma simplificação de riscos coletivos, como é o fenômeno da malária

em determinadas regiões. Por meio da reificação, coisificam-se aspectos materiais em indivíduos, apontando características singulares e associando-as individualmente a uma doença/sofrimento. O autor destaca outras críticas, afirmando que é uma compreensão associativa e unidimensional dotada de critérios probabilísticos que desconsideram as condições históricas, subjetivas e objetivas da população. Possui um esvaziamento do conteúdo histórico com ambiguidade interpretativa pois recortam-se fatores de fácil observação empírica aferindo um mecanismo causal que expressa algumas condições mínimas para desencadear a doença.

O conceito de 'risco' centraliza etimologicamente a ideia de contingência dos eventos causais considerados essencialmente 'prováveis'. Mas a rigidez da ideia de contingência não permite distinguir que, na geração das condições de saúde, alguns processos atuam de forma estrutural ou permanente, outros atuam de modo diário, embora não permanente, e outros, ainda, são de caráter eventual (Breilh, 2006, p. 199).

Acerca dos padrões de imposição: eventuais, crônicos e permanentes, gostaríamos de pontuar alguns dos acontecimentos marcantes das vidas dos usuários entrevistados nesta pesquisa. Oto conviveu durante toda a sua infância com a síndrome nefrótica. Podemos caracterizar como crônicas e permanentes as situações de vulnerabilidade econômicas e sociais na vida de todos, em especial de Augusto e Cecília, que trabalharam desde crianças em serviços braçais, desgastantes, com baixas remunerações. Enfatizamos aqui a reprodução da situação familiar. Outro exemplo é o afastamento da escola, e a instituição deixando de cumprir seu papel de ensino, de promoção do desenvolvimento e acompanhamento dos alunos ainda na infância. Esses aspectos seriam relacionados em um processo provavelmente destrutivo. O que discutimos aqui é exatamente sobre a realidade de desigualdade estrutural, a permanente baixa remuneração dos trabalhadores como uma expressão da reprodução social capitalista. Esses e outros aspectos são amenizados sobre a nomenclatura de uma doutrina de riscos de caráter eventual.

Breilh (2006) afirma que o conceito de “fator de risco” é a reificação de uma entidade desconexa, abstrata, desvinculada do significado real do risco, da base que o constitui. A análise epidemiológica dos processos de vida, trabalho, consumo, relações culturais, políticas, são caracterizadas por discriminação social, racial, de gênero e de outras culturas. Para o autor, em lugar disso deveríamos ter por objetivo eliminar esses

processos ao invés de atenuá-los, mudando as bases estruturais pois não se trata de abordagens, mas de interesses históricos antagônicos. O paradigma do risco possui utilidade nos modelos de gestão neoliberal, escamoteando contradições intrínsecas dos processos destrutivos e protetores para explicar a gênese das condições e reprodução da saúde.

Com base nessas demarcações, Breilh (2006) apresenta a epidemiologia crítica como um instrumento do desenvolvimento humano que visa a desarticulação do modelo empirista. Com o objetivo de abordar a saúde de modo integral, deixando de lado a ideia de fator para afirmar os processos históricos em movimento, o pesquisador apresenta os conceitos de processos críticos protetores e destrutivos, reconhecendo a natureza contraditória da realidade:

As formas de devir que determinam a saúde desenvolvem-se mediante um conjunto de 'processos'. Tais processos adquirem uma projeção distinta na saúde conforme os condicionamentos sociais de cada espaço e tempo, ou seja, de acordo com as relações sociais em que se desenrolam – condições que podem ser de construção da equidade, manutenção e aperfeiçoamento, ou que, ao contrário, podem tornar-se elementos de inequidade, privação e deterioração. Portanto, os processos em que se desenvolvem a sociedade e os modos de vida grupais adquirem propriedades protetoras/benéficas (saudáveis) ou destrutivas/deteriorantes (insalubres). Quando um processo se torna benéfico, ele se converte num favorecedor das defesas e suportes e estimula uma direcionalidade favorável à vida humana, individual ou coletiva, e, nesse caso, nós o chamamos de 'processo protetor' ou benéfico, ao passo que, quando se torna um elemento destrutivo e provoca privação ou deterioração da vida humana, individual ou coletiva, nós o chamamos de 'processo destrutivo'. Entende-se que um processo pode corresponder a diferentes dimensões e campos da reprodução social e pode, além disso, tornar-se protetor ou destrutivo, conforme as condições históricas em que se desenvolva a coletividade correspondente (Breilh, 2006, p. 203).

Esses processos se desenvolvem em determinada formação social, conforme as expressões dos modos de vida e das relações. Não são ou processos protetores ou destrutivos, mas, conforme a reprodução social, adquirem traços protetores ou

destrutivos. Porém, uma condição social, como o desemprego, pode adquirir um contorno permanente, ao menos enquanto não se modificarem as condições, os modos de vida que agudizaram um caráter protetor ou destrutivo. Breilh (2006, p. 203) destaca a importância de identificarmos a conservação desses contornos permanentes para que possa haver alguma mudança no quadro patológico: “Os processos, segundo sua importância na definição do caráter da vida e seu peso no modo de vida correspondente, podem provocar alterações de maior ou menor significação no desenvolvimento epidemiológico”. Indicamos que a definição de processos destrutivos se assemelha ao que identificamos no capítulo anterior ao discutir as situações críticas dos usuários e as marcas que deixaram em seu processo de adoecimento, na forma como se reconhecem e nas rupturas afetivo-cognitivas.

Outro aspecto que Breilh (2006) destaca sobre o tema é a exemplificação do processo de trabalho e de como ele afeta consideravelmente o padrão de vida pois, ao adquirir facetas destrutivas, costuma apresentar impactos negativos na saúde (remuneração precária, condições estressantes, sobrecarga física), porém, esse mesmo processo pode gerar facetas protetoras (organização do tempo, aprendizagem, sentido para a vida, fonte de renda). Mesmo sob condições destrutivas, um processo pode provocar dois eventos simultâneos, mas qual expressará mais força no perfil epidemiológico dependerá do modo de vida e da formação social pois sempre estarão presentes os processos protetores e destrutivos. Para o autor, a importância da investigação epidemiológica é justamente destacar processos de importância estratégica para a ação, de prevenção para contrapor-se aos aspectos destrutivos ou ao contrário, intensificar os de promoção, ao fomentar facetas protetivas. Deve-se considerar que a prevenção epidemiológica não atua necessariamente com pessoas, mas com processos, pois, ao mudar processos, geramos impactos que transcendem para a saúde coletiva.

Outro aspecto que resulta dessa forma de análise e que contribui para os objetivos desta pesquisa é que a epidemiologia crítica possibilita a compreensão do movimento da determinação na relação com a gênese dos processos da vida social. Breilh (2006) utiliza o conceito de perfil epidemiológico como um recurso amparado nas múltiplas dimensões da reprodução social para sistematizar os processos protetores e destrutivos que participam da definição da saúde. Destaca-se ainda que os processos destrutivos não são sempre externos, podem ser internos, ainda que seja difícil reconhecê-los. Observamos também a dificuldade de captar a realidade e as expressões do processo (protetores ou destrutivos) de antes da(s) primeira(s) crise(s), pois como essas ocorreram anos antes das

entrevistas, podem não parecer mais tão significativas para os usuários e seus familiares. Outra crítica que Breilh (2006) tece em relação à exposição aos riscos e a contingencialidade é a reflexão de que nem sempre ocorre uma exposição aos processos. Muitas vezes eles são impostos pois não há liberdade.

Para finalizar a discussão de Breilh (2006), que consideramos importante destacar neste capítulo, apresentamos a relação entre a determinação epidemiológica e a inequidade, sublinhando justamente o papel e consequências das desigualdades das áreas científicas da ciência. O autor destaca a predominante subordinação que afeta a maior parte da sociedade, com grupos de classe social, étnico-racial e de gênero, conforme a realidade material de sua época. As formas de domínio sobre propriedades, culturas, interesses e subjetividades afetam a diversidade dos atributos humanos: “(...) a apropriação do poder e sua concentração em determinadas classes, em um dos gêneros e em algumas etnias, ao invés de ser fonte do avanço humano, a diversidade passa a ser um veículo de exploração e subordinação” (Breilh, 2006, p. 210). As características que nos diferenciam e nos tornam diversos enquanto sociedade são usadas como medidas de poder, como a desigualdade salarial entre gêneros e raças/etnias, distribuição econômica desigual, acesso comprometido a condições de saúde.

Breilh (2006, p. 211) apresenta um quadro a que recorreremos textualmente para questionar a desigualdade de distribuição das condições epidemiológicas em contextos sociais opostos. Em um contexto solidário, pontua-se a diversidade como gênese social, e as expressões particulares e individuais remetendo respectivamente à igualdade (âmbito particular) e às diferenças (âmbito individual), conforme as melhores potencialidades de cada sujeito. Porém, em um contexto concentrador, como o que vivemos, pontua-se a inequidade como gênese social e as expressões particulares e individuais remetendo respectivamente à desigualdade (âmbito particular) e às diferenças (âmbito individual), por deterioração desigual e não conforme as potencialidades singulares.

Adiante iremos retomar a definição de loucura pois é como historicamente se enquadram a esquizofrenia e seus sintomas. No primeiro capítulo, discutimos com Desviat (2002) e Foucault (1978) alguns aspectos gerais da história da loucura. A seguir, localizaremos a discussão de loucura realizada por Basaglia e Basaglia (2005) e Ratner (1995) e como os sintomas circunscritos à loucura impactam a vida social dos sujeitos, a formação de necessidades. Consideramos relevante retomar esses sintomas discutindo sua gênese social e os impactos gerados nos sujeitos.

Basaglia e Basaglia (2005, p. 259), ao apresentarem o tema da loucura, enfatizam que: “Não existe história da loucura que não seja história da razão”. Para os autores, a razão, ao buscar explicar a loucura, a inscreve e a faz se exprimir na lógica da linguagem de quem a escuta e julga. Dessa forma, afirma-se a coexistência entre o racional e o irracional enquanto fenômenos de uma mesma natureza, por mais que a racionalidade tente restringir um espaço para a irracionalidade, dentro da própria racionalidade, destaca-se que há um denominador comum pois são membros do mesmo grupo social, da mesma organização. A racionalidade, identificada como a razão burguesa, tem por intento a separação das formas de existência que não domina, classificando a desrazão como objeto de piedade que, por culpa, miséria, formam um juízo à parte, tornando-se doença mental. Consolidam-se instrumentos científicos, que fornecem à razão burguesa elementos para a discriminação entre comportamentos normais e anormais, subordinados e insubordinados e a legitimidade para separar e reprimir tais desvios.

Basaglia e Basaglia (2005) discutem ainda que, no momento histórico da ascensão da burguesia, ocorre a consolidação da doença mental e do delírio como uma expressão de mediação entre a razão dominante e a miséria. A psiquiatria contribui nesse cenário com a designação de normas a serem seguidas que correspondam às expectativas da racionalidade burguesa e também com a fabricação de classificações, subdivisões, qualificações acerca do conteúdo e formas dos delírios. Não é analisado o conteúdo em si da loucura, o que ele representa ou tenta comunicar, e sim quais as formas de silenciamento, punição e controle que a ciência utiliza. Basaglia e Basaglia (2005, p. 273) discutem a função social exercida pela doença, psiquiatria e manicômios:

Doença, psiquiatria e instituição hospitalar reduzem-se a um mero nominalismo, dado que a doença é a periculosidade presumida que convém conter; a psiquiatria, um ramo da justiça que pune todo suspeito de periculosidade; e a instituição hospitalar, o cárcere em que essa presumida periculosidade fica segregada. A psiquiatria como ciência nasce e morre no momento mesmo em que se efetua o contrato entre medicina e justiça; daí em diante, a psiquiatria estará definitivamente do lado da justiça, e por conseguinte do lado do poder, esquecendo o sujeito para o qual existe e cujo sofrimento justificou seu próprio nascimento.

A análise realizada acerca da psiquiatria como ciência questiona os motivos de sua existência. Trata-se de um campo da medicina que se desenvolve sobre o objetivo de delimitar e conter certas formas de expressão de comportamentos considerados atrelados à periculosidade. Basaglia e Basaglia (2005) questionam de que forma a psiquiatria poderia contribuir no processo de tratamento dos sujeitos. Destacamos a relação que os autores salientam entre a psiquiatria e a justiça, e o objetivo central de manutenção da ordem.

Na análise das histórias de vida de participantes da pesquisa, observamos a presença desses aspectos com os impactos das decisões em âmbito judicial em relação ao diagnóstico de esquizofrenia: são diversas interdições cíveis, designações judiciais para internação hospitalar e em comunidade terapêutica, definições para que o plano de saúde cubra internações, decisões para que o transporte seja feito para instituições de internação, designação de profissional para acompanhar usuário no serviço com exclusividade e medidas obrigando a participação de usuários em casos do sistema prisional semiaberto. A interdição cível a que os usuários são obrigados a se submeter é apenas a expressão formal da tutela social que rege suas vidas pois são inúmeras as formas de contenção, sejam objetivas ou subjetivas. Inclusive, conforme ocorreu na situação de Francisco, a interdição cível é uma medida defendida por profissionais da saúde e assistência social que orientam os responsáveis, informando que dessa forma eles terão garantido o direito ao Benefício de Prestação Continuada, já que não podem e não apresentam eficiência produtiva para que se mantenham com o mínimo de dignidade. Nessa liberdade tutelada, Basaglia e Basaglia (2005, p. 276) discutem que, por regra, a miséria é confundida com doença, e que a improdutividade invalida os sujeitos, o que justifica o seu isolamento e sua institucionalização:

A relação razão/miséria, posta entre parênteses no contrato entre medicina e justiça (com a conseqüente tendência a identificar “miséria” e “periculosidade”), reapresenta-se aqui em toda a sua crueza: anormalidade, defeito, carência, erro, desrazão, periculosidade e ameaça que podem caracterizar o comportamento do indivíduo não incluído no “contrato” são facilmente identificáveis num espaço raramente “privado”, no qual as incorreções sociais (tais se tornaram as manifestações da loucura segregada, em sua maioria) fazem parte da própria vida do marginalizado, “incorreta” por definição. As regras da convivência civil têm sentido para quem faz parte dessa convivência, para quem nelas encontra pelo

menos uma resposta parcial às próprias necessidades. Mas, para aqueles que só encontram nessas regras a confirmação da própria exclusão, elas representam a linguagem da opressão e da violência.

Para Basaglia e Basaglia (2005), a cisão entre corpo (o corpo individual, orgânico do indivíduo) e corpo econômico (classe dominante) resulta em formas de reação pois o sujeito que tem sua existência anulada por uma definição de fracasso do seu corpo econômico reage a isso expressando sofrimento, que é uma recusa ao próprio confinamento. Acerca do sofrimento enquanto uma expressão da inconformidade, Basaglia e Basaglia (2005, p. 282) questionam: “O que são as definições de delírio, a não ser a constatação das diversas formas pelas quais eles se manifestam e a confirmação da total incomunicabilidade com o que eles expressam?”. Enquanto isso, novos serviços e legislações seguem valorizando a psiquiatria, inclusive ampliando sua intervenção, por meio da absorção de novas ciências, novas profissões que muitas vezes se submetem aos mandos e desmandos da psiquiatria.

Outro aspecto que Basaglia e Basaglia (2005) enfatizam é a respeito da contradição existente entre as necessidades do sujeito em sofrimento e os interesses institucionais pois a intervenção buscará satisfazer as necessidades do tratamento em primeiro lugar, e não as do indivíduo. Essa contradição se aprofunda no desenvolvimento de necessidades subjetivas e nas tentativas frustradas de se organizar por meio dessas necessidades devido à restrição de liberdade dos sujeitos frente à tutela imposta:

A miséria tem muitas faces: a da fome e da indigência e a do empobrecimento total da existência humana. A racionalidade burguesa conservou a primeira nos bolsões necessários ao equilíbrio da lógica econômica sobre a qual se fundamenta, mas produziu a segunda em seu próprio seio. É nesse mundo generalizado de miséria econômica e psicológica que as necessidades se exprimem de modo confuso e indiferenciado: necessidades que nascem da urgência da vida, de um corpo que não aceita ser mutilado e mortificado, de uma subjetividade que não quer ser reprimida e violentada, e que acha demasiado estreito o espaço que lhe é concedido. Regras, interdições, tabus, proibições, repressões; divisões de classe, de raça, de cor, de sexo, de papel; abusos de poder, injustiças e humilhações, violência organizada e permanente: isso é o que constitui o mundo da norma. (Basaglia e Basaglia, 2005, 296).

Apresentamos ainda algumas contribuições de Ratner (1995), que traz a discussão acerca da loucura amparado em estudos vigotskianos. O autor inicia delimitando que precisamos compreender que a loucura se conforma dentro do mesmo quadro que usamos para explicar os demais fenômenos psicológicos: “Uma vez que a psicologia sócio-histórica insiste em que as operações psicológicas intrapessoais se originam de relações interpessoais, a psicose deve alicerçar-se em relações sociais problemáticas” (Ratner, 1995, p. 209). O objetivo proposto por Ratner (1995) é compreender a origem do “pensamento psicótico” que, conforme as elaborações de Vigotski, compreende que são resultado das interações sociais perturbadoras. Além disso, pretende-se organizar uma descrição coerente da psicopatologia que seja explicitamente vigotskiana. Outro aspecto é que não está se tratando apenas de comportamentos não-convencionais pois o próprio sujeito percebe que interfere em suas atividades cotidianas, além de expressar sofrimento:

Ele sente dificuldade em alcançar os objetivos que escolheu; ele se sente dominado por seus pensamentos, estados de espírito e temores; ele considera sua situação intolerável e perturbadora. O indivíduo se desanima de si mesmo, de sua perda de capacidade de ação e de sua incapacidade para compreender ou alterar o modo como funciona (Ratner, 1995, p. 207).

Dessa forma, Ratner (1995) salienta que não há a definição de uma atividade ou alteração que seja própria e específica da loucura. Encontramos na sociedade exemplos de situações socialmente institucionalizadas, mas que contêm expressões alucinatórias e delirantes. Porém, por serem socialmente aceitas, não desorganizam psicologicamente quem os desenvolve a ponto de romper com uma realidade compartilhada como fãns que estabelecem um contato imaginário, íntimo e fantasioso com ídolos. Ou mesmo a religião, que busca intencionalmente ilusões, como a crença em deus e relatos de comunicar-se ou ouvir a voz de um deus ou espíritos.

Para Ratner (1995), as violações das necessidades podem adquirir contornos de origem cultural, conforme o esperado socialmente, como o fracasso no progresso material, profissional, ausência de autonomia, privacidade e de relações íntimas. Os adultos só se satisfazem de determinadas formas, e frustrar essas expectativas fundadas na necessidade, o rompimento com o sentimento de identidade, desintegra o funcionamento psicológico. Observamos que o autor está demarcando que as violações

das necessidades se originam das práticas sociais dominantes ainda que algumas práticas debilitadoras possam ser amenizadas por práticas positivas, conforme destaca o trecho a seguir:

Alguns indivíduos afortunados terão, o mais das vezes, experiências positivas e passarão por poucas perturbações psicológicas. Indivíduos menos afortunados se verão na maioria das vezes diante de práticas debilitadoras e se tornarão psicóticos. À medida que as práticas sociais destrutivas passam a disseminar-se mais, atingirão mais pessoas e gerarão mais psicose. Inversamente, à medida que se expandam as práticas humanizadoras, aumentará o bem-estar psicológico. As práticas sociais debilitadoras são de dois tipos. Um deles consiste de eventos específicos, anômalos e desintegradores, tais como guerra, o desemprego, o divórcio e a imigração para uma sociedade estrangeira. Um segundo tipo de prática social debilitadora são comportamentos normativos vigentes, tais como a competição destrutiva, as condições de trabalho alienadoras, a pobreza e a discriminação (Ratner, 1995, p. 210).

Para realizar uma análise histórico-cultural da loucura, Ratner (1995) apresenta alguns conceitos semelhantes ao que discutimos em Breilh (2006) com os processos críticos destrutivos: são as práticas sociais destrutivas, que para Ratner (1995) confundem, despersonalizam os sujeitos, retirando a estabilidade necessária, colocando-os em situações contraditórias, insustentáveis, coagidas, interferindo no pensamento. Observamos que o autor divide as práticas sociais debilitadoras em dois grupos. No primeiro, dos eventos desintegradores anômalos, estão incluídos fenômenos como a imigração e o desemprego. Na mesma direção do que Breilh (2006) e Basaglia e Basaglia (2005) salientam, Ratner (1995) aborda a centralidade da atividade de trabalho como um símbolo de êxito social que garante segurança, autoestima, sendo que o desemprego pode gerar ansiedade, desorganização, vulnerabilidades econômicas, miséria, em especial para às classes de menor poder aquisitivo. Já o segundo grupo, o das situações sociais normativas duradouras, é composto pelas pressões duradouras presentes na vida de um sujeito que se associa às desigualdades de gênero, classe social, competitividade. Ainda em direção semelhante ao que Basaglia e Basaglia (2005) apresentam, Ratner (1995) discorre acerca das práticas psiquiátricas, delimitando que essa ciência reforça estereótipos sociais debilitadores, cumprindo um papel social apenas descritivo.

Salientamos que a psiquiatria tem contribuído para circunscrever a loucura como algo que precisa ser contido, física ou quimicamente. A seguir, destacamos um trecho, de uma profissional da Psicologia Histórico-Cultural, que discute a respeito da forma de compreender o processo de adoecimento e os sintomas típicos da esquizofrenia:

Agora eu acho que de contribuição, a própria noção, o próprio debate do que que é o diagnóstico, essa questão de como se produz o adoecimento, eu sinto que é uma bagagem teórica e crítica que é fundamental, pra na prática não cair num, em olhar os transtornos como um apanhado de sintomas, em olhar como se fosse só tratar os sintomas e de lado a história, toda a experiência do sujeito em questão. Então eu acho que tem muito a ver com uma premissa teórica, ética e visão de ser humano mesmo, que a Histórico-Cultural ajuda a pensar os transtornos, o sofrimento psíquico, enfim. (Camila – profissional PHC).

Acerca dos sintomas que delimitam as formas de sofrimento psíquico, Ratner (1995) questiona a fragmentação e abstração das características e a falta de uma análise integrada, que leve em consideração a base histórico-cultural. Os conceitos universais abstratos são limitados para a psicologia pois constituem um produto final de um processo dinâmico e complexo, por isso não oferecem elementos a respeito do processo que resultou em tais sintomas. Para o autor, até mesmo diagnósticos de maior importância, como a esquizofrenia, apresentam critérios de definição indefinidos, dificultando distinguir sintomas e diagnósticos: “Até mesmo os delírios e alucinações, que supostamente identificam a esquizofrenia, dificilmente se limitam a uma única forma de perturbação (...) os delírios são bastante comuns na vida cotidiana; assim, devem ser pelo menos igualmente comuns nas diversas psicoses” (Ratner, 1995, p. 250). A tentativa do autor é de superar a aparência dos fenômenos em direção à essência pois qualquer forma de manifestação do sofrimento psíquico resulta em sintomas genéricos como desorientação, medo, delírios ou tristeza. Dessa forma, devemos produzir uma ciência que supere os problemas “psicologicamente significativos” visando a compreensão da situação social de desenvolvimento, a construção de vínculos, e um suporte que ofereça condições e mediações para lidar com a realidade concreta para além de interesses produtivistas e de manutenção da ordem, conforme destacam os autores:

O desenvolvimento humano em suas múltiplas dimensões, subordinado aos interesses capitalistas de produção, não só não é incentivado, como, muitas vezes, é obstado. No caso da esquizofrenia, a reabilitação desses ‘improdutivos’, é tomada como impossível ou mesmo desnecessária, já que além de ser dispendioso e, portanto, pouco interessante investir em conhecimentos e práticas que visem seu desenvolvimento, isso não tem utilidade prática para o Capital nesse momento histórico. Não à toa, as formas preferenciais de ‘tratamento’ são o encarceramento e a medicalização, que contribuem para o aprofundamento da alienação e são altamente lucrativas. Assim, para esta teoria é de suma importância a análise não apenas do fenômeno e seu resultado, mas de seu processo de constituição em suas múltiplas determinações. No caso da esquizofrenia, além da necessidade de estudos que elucidem e hierarquizem essas determinações, é imprescindível que se a observe em seu movimento e em suas relações com e decorrências para a atividade, consciência e personalidade dos indivíduos (Almeida, Carvalho e Tuleski, 2019, p. 141).

Sejam processos críticos destrutivos, sejam práticas sociais debilitadoras, sejam situações críticas, sejam rupturas da unidade afetivo-cognitiva, o acesso desigual às elaborações e produções da humanidade, isolamento, estigma, preconceito. Todos esses aspectos possuem a mesma fundamentação teórica e prática, pois estão amparados em uma análise historicizada e retratam rupturas com o desenvolvimento do gênero humano em um contexto de pauperismo, vulnerabilidade e falta de realização entre os motivos e necessidades, rupturas entre sentido e significado. São expressões da insatisfação das necessidades materiais e afetivas, de uma estrutura social que segrega, julga, retira o controle da própria subjetividade, centradas no capitalismo e de suas formas de manutenção das desigualdades e de exclusão social.

Concluimos que a determinação social da esquizofrenia decorre dessas resistências e insatisfações aos processos destrutivos e práticas sociais debilitadoras. Se a esquizofrenia se caracteriza pela desorganização e/ou desestruturação de processos tipicamente humanos, com a presença de fenômenos senso-perceptivos e alterações da compreensão das leis da realidade concreta, afirmamos que parte desses sintomas têm sua origem na própria dinâmica da vida social. Nesse processo, nos humanizamos e também nos desumanizamos, construindo e rompendo com as estruturas do psiquismo e do sistema de relações interpsicológicas. Por outro lado, parte dos sintomas que caracterizam

a esquizofrenia nos parece resultante menos diretamente da dinâmica de vida social, e mais dos efeitos iatrogênicos, daquilo que se considera um tratamento, da institucionalização, do isolamento social, conforme debatemos nos capítulos anteriores. O próprio rótulo do diagnóstico isola as pessoas, as torna improdutivas, inviabiliza que mantenham sua funcionalidade, silencia suas falas e invalida essas existências circunscrevendo-as ao âmbito da doença. Observamos que a constatação dessa improdutividade acaba sendo mais simples e útil ao Capital. Retomaremos esse assunto no próximo tópico para debatermos o cuidado em saúde das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

5.2 O CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: PRINCÍPIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS CLÍNICAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Neste tópico, temos o objetivo de realizar discussões a respeito do cuidado em saúde mental, em especial no que tange as práticas que podem ser realizadas com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, contribuindo na reorganização psíquica, naquilo que afeta a unidade afetivo-cognitiva. Buscamos realizar essa discussão por meio de algumas sínteses do material já analisado nesta pesquisa, que retomaremos de forma breve, pontuando as principais contribuições e como elas auxiliam no cuidado em saúde desse público diminuindo estigmas e fomentando a autonomia dos indivíduos. Destacamos que as trocas sociais e o fomento à interação cultural como recursos para a superação das dificuldades constituem o cerne deste capítulo. Conforme discutimos anteriormente, se é pelas trocas sociais que nos humanizamos e por processos críticos destrutivos e práticas sociais debilitadoras que nos desorganizamos, apostamos em um caminho de processos protetores para a reorganização de funções especificamente humanas. Enfocaremos o impacto dos processos destrutivos e a relação com a cronificação dos processos de sofrimento psíquico pela dificuldade de reestabelecer as capacidades normativas bem como algumas possibilidades que o cuidado em saúde e a atenção psicossocial nos fornecem.

Assim, o sofrimento psíquico emerge como possibilidade a qualquer indivíduo, inserido nessas relações, quando se torna uma obstrução a seus modos de andar a vida. Ou seja, em nosso entendimento, as várias formas de manifestação do

sofrimento psíquico não são exclusividade de um grupo de pessoas predispostas por características biológicas ou psíquicas, senão produzidas no movimento da vida e determinadas socialmente (Almeida, 2018, p. 64).

Concordamos com a análise realizada por Almeida (2018) acerca da relação entre o adoecimento psíquico e sua produção/determinação social. Isso nos permite afirmar a historicidade do diagnóstico de esquizofrenia pois ainda que nossa estrutura biológica participe do processo de adoecimento, as características essenciais expressam impactos críticos destrutivos, próprios das relações sociais de nosso momento histórico, assim como as consequências no psiquismo dos indivíduos. Dessa forma, compreendemos que as relações capitalistas contribuem para o processo de adoecimento, além de muitas vezes inviabilizar possibilidades de mediações e acentuar a cronificação, o estigma social de improdutividade, o isolamento e a alienação. Almeida (2018) afirma que na depressão e na bipolaridade o sofrimento psíquico é produzido ao longo da vida das pessoas e passa a integrar sua história, criando uma identidade em torno do diagnóstico, um estigma, que legitima e reduz a pessoa ao adoecimento. Observamos que o mesmo processo ocorre na esquizofrenia, sendo comum a pessoa se fechar nas características do diagnóstico mesmo sem entender o processo de adoecimento. O trecho a seguir é o relato de uma profissional da Psicologia Histórico-Cultural, sobre os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia que realizam acompanhamento no CAPS:

Bom, de forma geral, quem chega com o diagnóstico de esquizofrenia chega muito, qual a palavra, evidencia o processo de medicalização social, que é, com autocrítica muito inexistente com relação ao fato das vozes, das alterações de senso-percepção serem algo de que a pessoa pode se apropriar, então uma alienação muito grande, não sei se alienação é a palavra, mas com um distanciamento muito grande com relação a isso né, que é produto de si mesmo, mas que é visto como algo completamente estranho né. (...) O que eu faço quando eu faço crise? O que significa essa crise? Como eu manejo as vozes? As pessoas têm muito medo de falar sobre os sintomas psicóticos assim, elas têm medo de achar que elas são loucas, medo do estigma social gerado por conta do estigma da loucura. As famílias também apresentam uma demanda muito grande nesse sentido, quer que corrija, quer que cure a pessoa, fala aí mais algum dia ela vai ser normal, é muito essa coisa da normatização né, aí então eu posso trabalhar tendo

esquizofrenia? O que eu posso fazer? São várias dimensões que a gente identifica, mas que eu entendo que o mais gritante é o processo de medicalização social que as pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia sofrem. (...) E de forma geral o tratamento no CAPS é muito centrado na supressão do sintoma, pelo menos foi isso que eu observei né. Então tipo aí, tá ouvindo voz? Vamos dar medicação, enfiar medicação até parar de ouvir vozes, e tem casos que a pessoa tava tomando doses altíssimas de olanza, não parava de ouvir vozes, e aí, o que que você faz? (Luna – profissional da PHC).

Esse relato nos apresenta uma síntese de alguns aspectos que podem ser observados como expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia. Luna salienta que é comum os usuários apresentarem crises desorganizadoras, alterações senso-perceptivas, falta de compreensão acerca do próprio processo além de outros aspectos que agudizam o processo de medicalização social. Retomamos aqui alguns temas discutidos no primeiro capítulo com o intuito de refletir sobre as formas de cuidado em saúde, tendo em vista os usuários do CAPS participantes da pesquisa e as contribuições teóricas realizadas assim como de trechos das entrevistas das profissionais da Psicologia Histórico-Cultural. Nosso objetivo é contribuir com as alternativas complementares e/ou substitutivas ao tratamento hegemônico da psiquiatria e práticas biomédicas, discutindo as formas de cuidado preconizadas pela reforma psiquiátrica e, também, acerca de estratégias que instrumentalizam o profissional que atua na saúde mental. Papa (2021, p. 45) destaca:

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira não houve uma superação do modelo biomédico; houve um avanço nas práticas e compreensões, fundamentado no modelo psicossocial, mas não uma completa substituição. Portanto, temos uma rede de saúde mental que opera simultaneamente com dois modelos contraditórios, que seguem em conflito por sua hegemonia.

Concordamos com o destaque da autora, em especial devido ao contexto ético e político de disputa no campo da saúde mental, conforme discutimos no primeiro capítulo. Consideramos relevante a pesquisa de Silva (2023), que estuda as contribuições da antipsiquiatria inglesa sobre a esquizofrenia, em especial sobre a hipótese da gênese social dessa classificação diagnóstica. Conforme a autora, a antipsiquiatria inglesa enfatiza o potencial da loucura acerca da elaboração a respeito dos sofrimentos vivenciados, em

contraposição à concepção psiquiátrica tradicional, que concebe a esquizofrenia como crônica e degenerativa, além de propor tratamentos medicamentosos e internações com o objetivo de eliminar sintomas. A perspectiva da antipsiquiatria inglesa, que afirma que é possível conviver com as vozes e demais alterações senso-perceptivas, que isso não precisa ser algo patologizado, conflui com a concepção de atenção psicossocial que estamos defendendo neste trabalho. O conteúdo dessas alterações senso-perceptivas pode ser mensageiro de algo que o sujeito não está percebendo em si, sinalizando o que precisa receber atenção. Observamos que nos relatos de casos da pesquisa, nenhum dos usuários deixou de ter alterações senso-perceptivas, no caso os que vivenciavam essas alterações, Caetano, Francisco e Oto.

Visando refletir sobre as possibilidades de intervenção profissional no cuidado em saúde, nos centraremos nos aspectos da atenção psicossocial. Retomando o que apresentamos no primeiro capítulo, com Costa-Rosa et al. (2003) e Tenório (2002), a atenção psicossocial é um conceito aglutinador do conjunto de práticas substitutivas ao modelo biomédico. Também salientamos o alerta realizado por Schuhli (2020) acerca de mudanças técnicas que não se efetivam na prática e o risco da manutenção e reprodução do modelo biomédico. E ainda, a importância da formação e preparo prático e teórico das instituições e profissionais da saúde mental, conforme vimos em Desviat (2002), para que não ocorram individualizações da responsabilidade de lidar com as dificuldades das políticas públicas de saúde mental. Julia reforça essa necessidade, porém afirma que não é a realidade do CAPS em que trabalha, o que impacta justamente na dificuldade de manejo e em responsabilizações individuais:

(...) eu acho que esse é um dilema, porque, cara precisa ter especialidade, desde a trabalhadora da recepção, precisa ter algum grau de capacitação, de supervisão coletiva, que é o que é preconizado inclusive na lei. Não tem. Pouquíssimos CAPS têm uma supervisão coletiva, fica muito difícil da pessoa entender que não é com ela, ou que é do manejo, que não é uma coisa de responsabilizá-la, mas que sim, ao mesmo tempo é, que faz diferença o manejo (Julia – profissional da PHC).

Resgatamos também as ponderações de Brasil (2008b), que destaca a importância de uma atuação integral e em conjunto da equipe de saúde, visando a participação e autonomia dos usuários no processo, tendo em vista que em diagnósticos como o da esquizofrenia, é comum que os sujeitos se fechem na própria doença. Na contramão disso,

o manual enfatiza a necessidade da produção de vida. Para isso, o material sugere algumas estratégias, como a escuta, acolhimento, formação de vínculos, reconstruir com o usuário o percurso de seu adoecimento e também as formas de cuidado disponibilizadas. Julia traz uma consideração importante sobre o tema:

As pessoas se vinculam sim, inclusive eram mais sensíveis quando mudava de profissional, quando a equipe tava frágil. Era evidente que as pessoas percebiam e ficavam diferentes, desorganizava e tal, então essa coisa da desorganização do pensamento né, outro sintoma, eu acho que tem a ver muito com o espaço e o lugar que a pessoa tá, ela desorganiza se o espaço é desorganizado, se quem tá cuidando não consegue. Agora se tem um lugar coeso, se tem uma rotina, se tem um suporte de acordo com a lógica da pessoa, mantém uma organização (Julia – profissional da PHC).

São reflexões importantes em nossa compreensão pois demarcam o quanto o espaço do cuidado em saúde reflete nas possibilidades de organização dos usuários do serviço além de enfatizar o papel do vínculo e das potencialidades de desenvolvimento das funções psicológicas na relação contratual, conforme vimos em Kinoshita (2010), de troca entre o usuário e o profissional. Camila salienta os impactos da escuta, de validar o conteúdo apresentado pelos usuários:

Então assim, essa coisa de trazer o que eles sentem, o que eles tão passando como uma verdade, a verdade pra eles, e a partir da lógica que eles trazem, independente de se isso tem uma conotação que a gente entende como delirante, como paranoica, pra eles não, então eu acho que é tentar trabalhar não indo contra esses sintomas, mas indo na direção desses sintomas e o que que eles dizem na história de vida, na situação que a pessoa tá vivendo naquele momento (Camila – profissional da PHC).

Esta afirmação de Camila focaliza justamente a reconstrução do processo de sofrimento psíquico com o usuário, permitindo que seu sofrimento seja debatido, compartilhado, levado em consideração. Na mesma direção, Laura apresenta reflexões:

Acho que a primeira coisa nesse nosso manejo é como entender, de ter essa escuta, de entender de onde que vem esses sintomas, de querer tentar explicá-los. Eu acho que talvez esse seja o maior manejo que a gente tenha que fazer, de escuta e de como que eu vou ultrapassar sabe, essa vaca, essa mulher loira, de onde que vem esses sintomas, as questões mais persecutórias, de tentar buscar a explicação deles, de onde surgem, talvez isso seja uma grande especificidade que a gente tenha, uma escuta clínica mesmo né. De explicar esses sintomas e ultrapassar o que aparece, talvez isso seja, pelo menos pra mim, o mais difícil e o que mais gera trabalho, junto a eles, de ultrapassar isso que tá aparecendo. De entender como que se dá o desenvolvimento desse sofrimento, de entender a história dessa pessoa, o que é cada um daqueles sintomas dentro da história daquela pessoa. Dentro de outras especialidades do próprio serviço, o que que eles podem contribuir também. A medicina, a psiquiatria, como a gente poder contar com ela pra ajudar e não pra atrapalhar, quando vem a questão da medicação, que é algo também que acontece muito, a gente acolhe uma pessoa de esquizofrenia, por exemplo, que é um caso que nossa, que é muito grave, eles vêm a questão de quanto que é incapacitante tudo isso, e vamos medicar, e o quanto que isso também já prejudica até da gente compreender junto à pessoa, o que ela tá sentindo, o processo de sofrimento dela também (Laura - profissional da PHC).

Basaglia e Basaglia (2005) apresentam a reflexão de que o conteúdo presente nos delírios e alucinações sinaliza as demandas e necessidades negligenciadas que precisam de espaço para o diálogo. Para os autores, a construção da loucura ocorre justamente na ausência desse espaço para reflexões dos conteúdos que trazem sofrimento. Para elaborar um plano de acolhimento para essas demandas e refletir sobre as possibilidades de superação, de construção de novos vínculos e desenvolvimento humano, consideramos que o projeto terapêutico singular (PTS) é uma estratégia central da política da saúde mental. No primeiro capítulo, discutimos em Brasil (2013a) acerca dos princípios para o desenvolvimento do PTS e sobre a formação de equipes interdisciplinares de referência do usuário. Essas ferramentas auxiliam na proposta do cuidado integral e humanizado em saúde, possibilita a diversificação das estratégias de cuidado com ênfase nos serviços territoriais por meio de um plano coeso e potencializador de autonomia. Piza (2022) discute a respeito de práticas grupais realizadas com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em CAPS. Retomaremos esse conteúdo a seguir. A autora apresenta cinco

pontos que auxiliam na organização das práticas grupais para que o espaço seja um instrumento de construção de sentidos. Apresentamos aqui pois entendemos que esses pontos também auxiliam na construção dos PTS's. Para Piza (2022, p. 114), devemos levar em consideração:

1) a história de vida de cada membro, tanto para o conhecimento e identificação dos membros do grupo entre si, quanto para orientação do cuidado pelo coordenador; 2) o que determinada pessoa conseguia fazer quando chegou ao serviço; 3) qual atividade ela realizava antes de frequentar o CAPS; 4) como ela era antes das primeiras crises, qual sua história de vida até chegar ao CAPS; 5) qual sua escolaridade e trajetória de estudo, formação e profissionalização.

Outro fator que gostaríamos de salientar é sobre a construção conjunta do PTS entre o usuário, familiares e os profissionais da equipe de referência. A construção conjunta potencializa a articulação e integralidade das propostas. Enriquecemos as possibilidades de cuidado quando trabalhamos em conjunto. Luna ressalta o impacto que a presença da família causa no acompanhamento psicossocial e também as demandas que se conformam:

A grande maioria das pessoas que tem o diagnóstico de esquizofrenia tem as famílias muito presentes, muito presentes. E as famílias chegam muito demandantes, porque geralmente estão muito cansadas, porque a pessoa faz muita crise, não sabe manejar, passou por muito serviço, então tem muitos casos que as pessoas são muito agressivas com a gente, tipo: “Você não vai fazer isso, como assim você não vai internar minha mãe, que está falando que está ouvindo vozes pra me matar? Que tá ouvindo vozes pra se matar? Como você não vai fazer isso? Que tipo de cuidado é esse?”. As pessoas chegam muito trucando a gente e esse cuidado mais médico, com base na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial né. As famílias chegam com uma demanda muito grande de resolver, vamos resolver o que tá acontecendo com essa pessoa que tá estragado, vamos girar o botão pra resolver ela, pra ela voltar a ser normal. E muitas vezes essa pressão da família é o que desencadeia crise, a família tem uma demanda que a pessoa faça coisas, que ela não sabe, não vai fazer, porque ela tá em outro momento na cabeça dela, que ela não vai fazer, porque não faz sentido, e a família

não consegue lidar com isso e fica aquela pressão, não dá o lugar pra pessoa se organizar, pra olhar pro sintoma, pra falar ó: “não consigo fazer assim, mas consigo fazer desse outro jeito”, e isso acaba desencadeando crises. O trabalho com a família é fundamental (Luna – profissional PHC).

Observamos que nem sempre a família contribui de forma a agregar no acompanhamento. Isso ocorre devido a inúmeros fatores, porém, destacamos aqui as dificuldades cotidianas em lidar com sintomas que são muito mobilizadores, que necessitam de assistência e vigilância constante e, também, os desgastes decorrentes da própria relação familiar, que conta com situações singulares de convivência, rompimentos. Inserir os familiares na dinâmica do cuidado em saúde traz elementos concretos para que a família se posicione e contribua com o processo. Camila discute a respeito desse assunto salientando a importância da autonomia do usuário, dos riscos quando ocorre uma fusão entre os motivos do usuário e da pessoa que exerce o papel de cuidadora:

No sentido da super-proteção, e a gente vê muito, principalmente com homens com o diagnóstico de esquizofrenia, uma relação simbiótica mesmo, com as mães, o quanto que esse par, mãe e filho acaba sendo muito determinante, às vezes até na manutenção de sofrimento e da falta de autonomia então isso parece uma coisa também que antes eu não fazia ideia, o quanto que a super-proteção acaba sendo um fator decisivo na manutenção do sofrimento em torno da esquizofrenia, e até o quanto que isso não causou mesmo problemas no surgimento da esquizofrenia, enfim. (Camila – profissional da PHC).

Quando questionada sobre outras relações ou de relacionamentos amorosos dos usuários, a profissional seguiu refletindo sobre o assunto:

Curioso, porque eu acho que tem a ver com a família também, nos homens, atendo muitos que não estabeleciam relação nenhuma [de amizade ou afetiva-sexual], de estar muito relacionado também com esse vínculo simbiótico com a figura materna assim mesmo sabe, da mãe, às vezes do pai também, da família meio que suprir e inclusive ser contra mesmo, qualquer tipo de relacionamento que a pessoa possa se envolver pra fora ali da família. E as pessoas que têm mais esse histórico

de negligência, de estar em situação de rua, ou então de meio que terem sido abandonadas pelos pais, eu já vejo que não tanto, eles conseguem estabelecer de maneira mais natural, relacionamentos amorosos, sexuais, esse tipo de coisa. (Camila – profissional da PHC).

Entre os usuários entrevistados na pesquisa de campo, observamos essas dificuldades. Apesar de todos apresentarem a demanda de não conseguirem estabelecer relacionamentos amorosos ou mesmo de amizades, a família cumpre um papel de abarcar e de tentar suprir todas as demandas. Em relação ao PTS, nos parece que apenas Caetano tinha uma relação programada com o CAPS e que se estendia para além dos medicamentos psiquiátricos. Frequentava determinadas oficinas e tinha dias certos da semana para comparecer ao serviço. Outro aspecto que observamos nos usuários entrevistados é que eles tinham pouco ou nenhum entendimento sobre seu processo diagnóstico, sem compreender o significado ou o papel da esquizofrenia em suas vidas. A maior compreensão era referente aos sintomas e ao fato de ser um quadro crônico e sem expectativas de melhoras. Conforme abordamos no capítulo anterior, isso abre portas para a esperança na fé e na religião, espaço em que o impossível pode ocorrer na forma de um milagre. Estela, profissional da Psicologia Histórico-Cultural, apresenta algumas dificuldades enfrentadas em sua prática como técnica do CAPS:

Eu acho assim, a dificuldade principal que eu vejo em relação à psicologia histórico-cultural é essa de ter acesso aos materiais, tá. Como eu te falei antes, eu me sentia muito perdida, muito perdida, eu não sabia o que fazer, como abordar esses pacientes e outros, que atendemos, não sabia como lidar né, o entendimento de uma forma teórica, até que tinha, mas não era prática ali né, você precisa ter algum instrumento, eu me vejo assim, bem perdida, sabe, às vezes, eu conhecia alguns procedimentos aqui, vou desenvolver algumas estratégias, vou pensando, articulando sabe, mas essa é uma dificuldade bem grande sabe, que eu percebo aqui (Estela – profissional da PHC).

Comprendemos que as dificuldades de Estela não representam uma esfera individual. A construção coletiva em torno de uma ciência psicológica que fundamenta a intervenção de profissionais com base nos aportes da Psicologia Histórico-Cultural é uma tarefa ampla e está em construção, conforme as referências de pesquisadoras e

pesquisadores contemporâneas/os que apresentamos neste trabalho. Apontamos que o profissional que norteia sua prática por meio dos pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural, visando fundamentar sua intervenção, deve estudar e se orientar pelos conceitos teóricos sintetizados nos capítulos três e quatro, além de outros materiais que considerar importantes e que não foram analisados neste trabalho. Na construção do PTS, julgamos importante observar a situação social do desenvolvimento, a hierarquia de motivos e os potenciais das funções psicológicas para com isso traçar junto ao usuário, familiares e demais técnicos da equipe de referência uma proposta que possa oferecer um salto qualitativo, não apenas para compreender o processo de adoecimento, mas em especial, para promover desenvolvimento e autonomia do sujeito em acompanhamento.

Utilizar os avanços da atenção psicossocial a nosso favor é um recurso não somente prático, mas também estratégico, enriquecedor das lutas e conquistas antimanicomiais da nossa realidade material, conforme as possibilidades de cuidado do nosso tempo histórico. Com esses elementos teórico-práticos, temos mais condições para concretizar uma avaliação sistêmica do conjunto de processos destrutivos e protetores, identificando eventos com potencial estressor e desorganizadores, e se ainda perduram na vivência do usuário aspectos destrutivos, quais mediações podemos construir. Por exemplo, a pobreza extrema e a ausência de atividades humanizadoras constituem grandes barreiras que precisam ao menos serem identificadas como elementos que fragilizam as possibilidades de relações estabelecidas pois intensificam o sofrimento e interferem nas atividades, na consciência e na personalidade, agravando o quadro da esquizofrenia. Consideramos que a construção de formas de sociabilidade e o fomento à interação cultural contribuem como canal de superação das dificuldades.

Ressaltamos que as categorias e estratégias da atenção psicossocial não são exclusividade da Psicologia Histórico-Cultural e nem defendemos que sejam. Nosso esforço aqui é em relacionar com a teoria oferecendo um suporte para a reflexão das intervenções de profissionais que se identifiquem com essa teoria para sua prática e/ou pesquisa. A síntese a seguir nos mostra uma análise comprometida histórica e teoricamente com nossa proposta acerca do sofrimento psíquico na esquizofrenia:

Na contramão de apenas preencher um checklist de sintomas “esperados” de quadros de esquizofrenia, a análise destes sintomas passa por: compreender a origem deste sintoma calcada na sociedade em que vivemos, uma sociedade regida pelo capitalismo vigilante (dimensão universal); o modo como isso se expressa a

depender do grupo social a qual faça parte (dimensão particular), por exemplo, grupos marginalizados e periféricos que convivem com níveis de controle por parte das forças policiais; e a forma e intensidade que este sintoma se expressa a nível subjetivo/individual (dimensão singular), de acordo com sua história de vida. Desse modo, é possível que grande número de pessoas (vivendo sob tais condições da dialética singular-particular-universal), em algum momento da vida, apresente “ideias persecutórias” (...) (Silva, 2023, p. 114 e 115).

Essas reflexões acerca da operacionalização de instrumentos e técnicas para a intervenção constituem uma tentativa de apontamentos iniciais. Consideramos essenciais novos estudos que se aprofundem nesse tema. A seguir, destacamos as formas que Camila encontrou para enriquecer sua atuação profissional:

Então eu diria que dificuldade eu sinto que essa coisa do manejo clínico mesmo, é algo que eu não vi muitas orientações, que eu não tive muito acesso, e que eu acho também que está em construção, então eu acho que tem muita coisa na Histórico-Cultural, pelo menos da forma como ela chega pra gente, que está em construção e que é algo que eu tive que pegar de aspectos de vários outros lugares. Por exemplo, abordagem dos ouvidores de vozes, movimento internacional dos ouvidores de vozes, que tem uma pegada bem diferente, eles partem de aspectos do humanismo, têm a ideia do grupo de mutua ajuda, então são princípios um pouco diferentes, da Psicologia Histórico-Cultural, mas que ao mesmo tempo na prática eu sinto que me deram mais segurança pra atuar, não necessariamente contradizendo a teoria (Camila, profissional da PHC).

É relevante na atuação de Camila a articulação com outras fontes teóricas, com campos que compõem a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Conforme apresentamos no primeiro capítulo, são ferramentas que circunscrevem alternativas frente ao paradigma biomédico e que apontam alternativas para a desmedicalização das práticas que abordam o sofrimento psíquico. O grupo de ouvidores de vozes é um desses instrumentos, que promove espaço para lidar com experiências de alteração sensorceptiva, uma vez que essas experiências não são necessariamente sintoma de uma doença, algo que precise ser patologizado, mas sim outra forma de experienciar os fenômenos humanos. Papa (2021, p. 56) também discute a respeito das práticas do GOV:

Se os ‘sintomas’ são acolhidos e não patologizados e excluídos, o curso e as características diagnósticas expressas podem ser outras, como ilustram as experiências dos grupos de Ouvidores de Vozes. É possível vivê-los de outra forma, compreendendo e delimitando o papel que desempenham na vida dos sujeitos para que não sejam desestruturantes da personalidade, mas que se possa conviver com eles. Ainda que eventualmente precisem de ajuda, saibam também lidar com essa necessidade e solicitá-la. Dessa forma, vemos que diversas experiências produzidas no processo da reforma psiquiátrica brasileira têm um potencial desinstitucionalizador para a esquizofrenia.

Também apresentamos no primeiro capítulo a alternativa dos acompanhantes terapêuticos como instrumento da atenção psicossocial com profissionais que acompanhem o cotidiano dos usuários, promovendo autonomia, cidadania e mediações em espaços além do institucional. Em direção semelhante, abrangemos anteriormente as técnicas do diálogo aberto, que objetivam o atendimento domiciliar e em conjunto na primeira crise. Essa abordagem define a prioridade da escuta da pessoa em sofrimento psíquico visando a significação dos conteúdos apresentados. Marina apresenta a proposta da clínica ampliada, uma técnica que compõem as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

É eu acho assim, eu gosto muito da proposta da clínica ampliada, eu acho que o paciente com esquizofrenia é um paciente que te desafia assim, então eu acho que assim, e eu não consigo pensar uma clínica que seja uma clínica, hoje em dia eu tô na clínica né, como psicóloga clínica, mas assim eu não consigo pensar na clínica como uma clínica rígida, uma clínica de consultório, fechado, rígida, num formato, eu acho que o paciente com esquizofrenia é um paciente que te desafia, então às vezes você vai conseguir trabalhar com ele não exatamente dentro do consultório, sabe, às vezes você vai trabalhar com ele de outras formas. (...) um esquizofrênico em surto por exemplo, você não vai conseguir, num consultório, então às vezes você vai trabalhar com ele, você vai no quarto, então é muito comum lá assim né. Então eu vou atender paciente no quarto, ou eu vou almoçar com um paciente, ah vamos almoçar junto, ou então vou participar de alguma atividade, então a gente vai andar, fazer uma caminhada, e aí na caminhada a gente

vai conversando né, pra fora, fora do consultório né, que é essa noção de clínica ampliada, então eu acho que a esquizofrenia desafia muito você a pensar outras formas de intervir, de abordar assim, pra além de um setting mais estruturado, sabe assim? (Marina, profissional da PHC).

Para finalizar esses instrumentos que potencializam a intervenção e mediação profissional em casos graves de usuários com o diagnóstico de esquizofrenia, retomamos o Guia da Gestão Autônoma da Medicação, que aborda a relação autoguiada e da medicação como uma ferramenta que promove a autonomia e estratégias para lidar com dificuldades em momentos de crise. Por fim, também salientamos a importância do trabalho da psiquiatra Nise da Silveira, que por meio do uso terapêutico de técnicas artísticas, inovou as formas de tratamento no século XX, visando a construção de sentido pessoal com a objetivação das expressões de sofrimento que não conseguem se expressar de outras formas. Parte de seu trabalho está exposto no Museu do Inconsciente no Rio de Janeiro. Consideramos que esses e outros exemplos caminham em propostas alternativas, complementares ou substitutivas à medicação psiquiátrica, que em regra, é a principal e muitas vezes única forma de intervenção com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. São também exemplos de como o acompanhamento com pessoas em sofrimento psíquico pode ser rico ao explorar possibilidades que promovam trocas sociais e fomento à interação cultural. Camila, profissional da Psicologia Histórico-Cultural enfatiza que: “Ainda está muito dado que o único lugar possível do esquizofrênico é o CAPS, que não existe outro lugar na saúde, na comunidade que possa prestar acolhimento, que a pessoa possa estar”. Consideramos essencial rever essa noção fomentando que pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia se coloquem e ocupem demais esferas da sociedade para que desenvolvam as ricas possibilidades do desenvolvimento humano. Relembramos o exemplo de Oto, que não gosta de ir ao CAPS, e o quanto isso é marcante em sua trajetória:

Aí aqui no CAPS ele só ficou enquanto ele era obrigado, pela justiça a vir, quando ele era obrigado a vir três dias por semana. Aí foi assim, aí foi onde que eu deixei, que ele não queria mais ir, ele detesta vir pro CAPS, ele não gosta de vir pro CAPS, ele não gosta de participar, que ele fala que ele não precisa de CAPS. Foi meu marido mesmo que falou, que quando eu interditei ele, que ele tava indo, que ele ficou preso muito tempo, aí quando ele saiu, ele saiu em condicional mas ele

tinha que estar no CAPS, ele tinha que vir no CAPS, daí ele vinha, mas depois que terminou a condicional dele, ele não veio mais no CAPS. Ele só vem aqui dia de consulta. (...) Ele fala que ele não é doido, porque eu não sou doido, não vou participar daquilo lá não, aquele povo sambando lá, diz que o povo aqui vive sambando. E, não adianta, ele vem, aí em vez de ele ficar, toda hora ele vive saindo pra fumar lá fora sabe? Ele não firma, daí ele não participa das terapias direito, aí ele reclamava muito também por causa disso que ele vivia saindo pra fumar, aí eu fui falar com ele, ele achou ruim, aí ele disse que não vinha mais, aí ele não veio mesmo. E aí ele não veio mais mesmo. (...) Não, não teve nenhum benefício, eu não achei nenhuma melhora no tempo que ele ficava aqui. Eu não achei melhora nenhuma. Mesmo porque ele vinha só pra vir, ele não participava né? Elas me falava, que ele vem só pra vim, só pra falar que ele tava aqui, só pra cumprir horário, ele não participava de nada. E sem participar fica difícil né, pra melhorar alguma coisa (Mãe de Oto).

A profissional do CAPS entrevistada faz ponderações importantes sobre a ausência de Oto no CAPS e sobre os avanços e retrocessos em seu acompanhamento:

Eu percebo assim que ela deposita todas as esperanças dela sempre nas internações. Pra mãe a internação assim, essa opção é o refúgio dela no momento. E ela não consegue assim, enxergar que a gente pode tentar trabalhar fora, ela não acredita, ela acha que sempre vai dar BO igual sempre deu, assim, do ponto de vista dela né? Então assim, trabalhar com ela um fato assim, aí vamos trabalhar quando der as recaídas, é difícil, esse convencimento assim, com ela (Profissional do CAPS).

É necessário refletir sobre essas dificuldades pois Oto não se adapta ao CAPS e nem vê sentido nessa forma de atendimento, porém, também não vem apresentando melhoras em suas longas jornadas de internação em comunidades terapêuticas. Por isso, seria necessário repensar seu PTS e as possibilidades de vínculo com ele e seus familiares, buscando estabelecer combinados que fossem benéficos e geradores de sentido.

O trecho que destacamos de Marina, que trata da clínica ampliada, nos traz reflexões acerca da importância do atendimento individual, ou singularizado, em especial em situações de crise, com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Situações como

a de Augusto exigem mais dos profissionais pois devido à gravidade de seu quadro no momento das entrevistas, não era possível que ele estivesse presente em um grupo coletivo. Em especial na última entrevista, Augusto estava muito agitado, com necessidades alteradas, como a de tomar diversos banhos em poucos minutos, não estava se alimentando adequadamente e considerava que o estavam perseguindo. Porém, mesmo nos outros momentos, negou o interesse pelo atendimento coletivo, relacionando com sua revolta de que todos ao seu redor queriam fazer algo ruim com ele, que não aceitaria ser vítima de abuso sexual. Augusto não participa de espaços com outras pessoas há muitos anos. Consideramos um quadro que necessitava de mediações e intervenções individualizadas para que pudesse desenvolver vínculos e confiança na equipe, para então poder ser inserido em atividades coletivas. De forma semelhante Marina, profissional da Psicologia Histórico-Cultural salienta: “(...) tinha experiências assim de usuário que demorou pra conseguir chegar no grupo, então teve usuário que eu fiquei um ano em atendimento individual pra ele ir no grupo”. Julia também pontua a especificidade de alguns casos que necessitam de atendimentos individualizados:

Aí depois a gente começou a ver que a gente precisava de uma escuta individual também, que alguns casos precisavam de psicóloga, psicoterapia né, mesmo que fosse breve e tal, que fazia a diferença essa escuta. Eu acho que o individual ele auxilia a dar uma integridade mesmo, eu acho que o grupo abre coisas, inclusive importantes pro individual, mas às vezes precisa desse lugar individual pra articular, pra auxiliar, conceitos mais científicos mesmo, que o grupo traz, mas às vezes fica solto, é muita gente, então eu acho que é uma unidade mesmo, a gente precisa de momentos individuais e grupais. (Julia – profissional da PHC).

Apesar de refletir sobre esses casos que exigiam um acompanhamento mais intensivo devido ao grau de desorganização da conduta do indivíduo, Julia reforça a importância dos grupos terapêuticos e demais modalidades oferecidas pelo CAPS e a importância de os sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia participarem desses espaços:

Assim, grupo pode ter vários problemas, de precarização, de pessoas que não sabem manejar, mas pra mim é a grande, assim, de saber que é um barateamento, de não fazer uma escuta singularizada, mas assim eu tenho muito mais, muito mais

potencialidades, não consigo imaginar a saúde, território, comunidade, Psicologia Histórico-Cultural sem grupo, pra mim não existe, não consigo imaginar sem grupalização. Que o lugar da grupalização é o lugar de semelhanças e diferenças, é o lugar de construção de humanidade, de quebra de moral, porque essas pessoas têm ou a igreja, ou o bar, agora tem as academias também, que agora tá tendo uma coisa bombadona de academia, então em comunidade você vê isso, eu vejo que são esses os lugares que as pessoas têm para vínculos comunitários e grupalização. E acho que o CAPS, ele cumpre essa função, de não ter a droga, não ter a religião como fundadora, e mesmo a academia, que é a padronização, então é um lugar que quebra a padronização e é um lugar que é pra ser laico né, então as pessoas podem falar, desmoralizar coisas que é muito importante, tenho experiências muito interessantes de grupos que conseguiram sustentar o sigilo, conseguiram falar mesmo sendo super religiosas, ou tendo pessoas super religiosas de coisas que não são religiosas, tipo casos, enfim. Então assim eu acho que grupo é o caminho (Julia – profissional da PHC).

Schuhli (2020) estuda sobre o impacto dos processos grupais e apresenta que há contradições nesse espaço pois é uma expressão de valores e práticas sociais em uma sociedade de classes antagônicas. Além disso, destaca que o grupo pode não fornecer instrumentos adequados e/ou que proporcionem o desenvolvimento humano, podendo inclusive construir e reproduzir processos destrutivos, como preconceitos, opressões, ideologias que acarretam em sofrimento psíquico. Acerca do trabalho dos profissionais que organizam o grupo, o autor pondera duas dificuldades: em promover atividades que não sejam adaptativas à estrutura da sociedade e que reforçam o adoecimento, e a dificuldade que os trabalhadores enfrentam nas tentativas de organizar o serviço com pouco tempo de estudo, planejamento, apropriação de conhecimentos técnicos e de teorias críticas que ofereçam respaldo adequado.

Piza (2022) realiza um trabalho acerca das contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o processo grupal realizado em CAPS com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Para a autora, o diagnóstico não deve definir a composição dos grupos, porém, é importante salientar que essas pessoas têm direito e devem usufruir pois em diversos espaços da saúde mental, pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são consideradas incapazes de desfrutar os benefícios dessa troca. Ela enfatiza que o potencial do grupo está justamente em promover as potencialidades entre os indivíduos que compõe

a atividade por meio das trocas de histórias de vida e reconstrução da própria história pessoal. Dessa forma, Piza (2022) salienta a importância de os grupos promoverem humanização e reabilitação, apesar de que isso diversas vezes caminhe no sentido oposto dos interesses do capitalismo, em especial para pessoas da classe trabalhadora:

Isso porque, não é interessante e nem necessário para o capital uma reabilitação destes sujeitos para serem inseridos no mercado de trabalho; é mais “interessante” a medicalização do sofrimento psíquico, que irá movimentar e gerar lucros ao setor farmacêutico, por exemplo, do que investir em pesquisas e políticas públicas para o desenvolvimento do psiquismo humano, aumentando a autonomia e o nível de consciência dos indivíduos sobre as contradições sociais que estão colocados (Piza, 2022, p. 118).

Para Piza (2022), a peculiaridade e cronicidade que envolve o estigma do diagnóstico de esquizofrenia é resultado das dificuldades de comunicação e desorganização do comportamento/pensamento, aliado ao uso abusivo de medicamentos. Dessa forma, a autora elabora algumas contribuições específicas para a reabilitação de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia inseridas em um processo grupal. Salienta que essas atividades não devem ser apenas para cumprir um cronograma ou para ocupar o tempo livre, mas devem conter atividades com intencionalidade, programadas para promover o desenvolvimento. As mediações realizadas podem oferecer vias compensatórias visando construir alternativas para as principais dificuldades identificadas. O grupo deve, por meio da convivência, mostrar as semelhanças e diferenças entre os participantes pois é um espaço em que o estigma deve ser combatido e as experiências e violências vivenciadas podem ser compartilhadas. Destacamos o exemplo de um grupo conduzido por Marina, que nos pareceu uma rica experiência e, por isso, vale a pena ter os resultados apresentados:

Além desses grupos que eu falei a gente fazia uma oficina de música (...), que foi uma experiência muito rica também, que a gente começou como uma oficina de atenção e memória, que era uma queixa muito comum no CAPS, e aí a gente começou a trabalhar com a música como atividade pra trabalhar atenção e memória, a música começou a ocupar um lugar maior, e aí a gente começou a trabalhar com música, então, criar instrumentos, cantar, tocar, se apresentar,

enfim, e aí a gente conseguiu muitos avanços, que só foram possíveis a partir da experiência de grupalização (...) era um grupo que a gente desenvolveu outra relação com os pacientes, os pacientes que eram desse grupo a gente tinha um outro tipo de vínculo, porque a gente tinha uma proximidade (...) a gente foi crescendo o grupo, a gente foi fazendo parceria, primeiro a gente fez instrumentos, fez camisetas, de um jeito bem precário, com o que tinha, depois a gente foi conseguindo doação de instrumento, aí a gente começou a se apresentar em atividades da luta antimanicomial, a gente fez um evento no calçadão no 18 de maio, daí o grupo foi crescendo, foi ficando conhecido, a gente participou de vários eventos, na cidade, na região, então a gente foi pra congresso, a gente fez oficina em congresso aqui, a gente propôs oficina, junto com os usuários (...) era muito interessante porque eles se colocam num outro lugar assim, essa coisa de se apresentar, apresentar o que eu faço, o que a gente ensaiou tal, ser aplaudido, era muito rico, porque aí eles se colocavam ali, numa pegada tipo assim, como artista, e não mais como paciente, era um outro lugar que eles tavam ocupando assim, de destaque, tipo assim, eu também posso cantar, também posso fazer coisas bonitas, posso aprender, eu quero mostrar pra minha família, eu quero convidar, eu quero que as pessoas vão me assistir, e tudo isso a partir do grupo, os vínculos criados entre eles né, eles chamavam o grupo como segunda família, aí tipo aqui é nossa segunda família, eles criaram vínculos muito importantes, então de pessoas que tinham pouquíssimos vínculos e a partir do grupo, então assim desse grupo saiu casamento, usuário começou a namorar e casou, tá junto até hoje, saíram amizades que extrapolaram muito pra além da relação com o serviço. Então a partir do grupo eles criaram vínculo e assim, uma ia na casa da outra, ajudar quando a mãe, por exemplo, a mãe ficava doente precisava de uma cuidadora eles se revezavam, faltava remédio na rede eles viam entre eles, até pra sair, aí vamos se encontrar, ir pra uma balada, fazer um bolo, um café da tarde, fazer um almoço, isso tudo a partir do grupo, eles ampliaram pra além do serviço e tal, esses vínculos até hoje se mantêm, alguns. (Marina – profissional da PHC).

Consideramos esse um exemplo positivo a respeito dos diversos potenciais que o processo de grupalização pode alcançar pois possibilita a construção de uma nova sociabilidade, imersa em um contexto particular, mas que se vincula com diversas fontes de conhecimento, arte, parcerias. Piza (2022) também elenca o papel do coordenador do

grupo, que deve presar pela convivência, planejar teórica e tecnicamente as possibilidades e atentar para as limitações. Para isso, é importante conhecer as histórias de vida e a identidade do grupo. Outro aspecto que nos mostra a importância de o profissional conhecer os membros do grupo e suas necessidades, é que essas permitem a organização das atividades de forma que cumpram um papel motivador e que o processo ocorra de forma coletiva com espaço para questionamentos, avaliações e propostas: “No processo grupal, em termos de reconstituição das funções há de se conectar os aspectos volitivos com o significado social das atividades, propiciando a ampliação dos motivos da atividade para fora do CAPS” (Piza, 2022, p. 130). No trecho a seguir, Camila, profissional da Psicologia Histórico-Cultural, aborda o período da pandemia de Covid-19 e as dificuldades decorrentes desse período histórico em que o isolamento social era necessário enquanto uma medida de controle e saúde pública:

É eu acho que um empobrecimento muito grande do nosso potencial terapêutico de reabilitação psicossocial, porque a cidade tava inteira fechada, eu acho que uma tendência à medicalização muito maior, se antes a gente conseguia barrar um pouco isso, depois sem chance porque não tendo a oferta de grupo, o que que a gente faz? A gente faz o acolhimento, define o TR [técnico de referência] já faz a consulta médica, como se a consulta médica fosse uma das premissas, e antes não, antes era avaliado mesmo se precisa, se não precisa, era conversado com o médico né, se fazia sentido agendar já, ou se a pessoa realmente precisava do olhar do médico pela consulta né, pela medicação (Camila – profissional da PHC).

Nesse trecho, Camila enfatiza a centralidade que a medicação assumiu durante a pandemia, e podemos refletir como ela ocupou um espaço quando outras alternativas de suporte estavam comprometidas. De forma geral, isso se relaciona com a crítica que apresentamos no primeiro capítulo acerca do uso incontido da medicação, justamente o que nomeamos como o processo de medicalização social. Consideramos importante ressaltar os conflitos com as explicações biomédicas e apresentar práticas e ferramentas atuais que não utilizam a medicação como recurso. Compreendemos que é necessário se opor às práticas de medicalização pois são praticamente as únicas medidas que têm sido propostas, o único recurso que a população com o diagnóstico de esquizofrenia da classe trabalhadora tem acessado.

(...) é importante ponderar que mesmo que os fármacos não tivessem nenhum efeito direto (benéfico ou deletério), que funcionassem como placebo, ainda assim, contribuiriam para a cronificação, visto que, ao se estabelecerem como única alternativa, ocultam os verdadeiros processos que precisariam ser enfrentados. Mantidos esses processos e os limites dos sujeitos enfrentarem-nos, mantém-se as alterações na personalidade. A cronificação da doença como reflexo da cronificação da vida (Almeida, 2018, p. 341).

Esse trecho contribui na análise da medicalização social, questionando quais seriam as possibilidades de um efeito benéfico em uma medida que isola outras alternativas e prevê o uso contínuo e indeterminado de medicamentos. De forma semelhante, Julia questiona um possível efeito placebo da medicação, apresentando inclusive o que seria um efeito colateral positivo com o atendimento médico individual:

(...) eu acho que a medicação ela é muito mais do que a resposta química né, ela é um vínculo, ela é um placebo em várias coisas, um placebo social, digamos. Porque assim, pra acertar na medicação o médico faz escuta, é uma escuta individual, então muitas vezes era o espaço que a pessoa tinha de falar de várias coisas. Então tem essa coisa, autoridade médica, ser escutado pelo médico, pode discutir naquele espaço, eu acho que a medicação ela cumpre esse papel de vínculo com profissional que tem uma autoridade, que auxilia a pessoa a se organizar. Eu acho que a maioria das medicações não contém sintomas, ou muito pouco, essa é a real. A maioria das pessoas não tomam na forma que são orientadas, isso é real também. Mas eu acho que a medicação ela cumpre um papel de vinculação com profissionais, muitas vezes, e um papel de assistência, porque é pela via da medicação que a pessoa às vezes tem porta de entrada pra assistência em vários sentidos, mas ela também tem seu lugar de cronificador digamos, porque enfim, traz embotamento, traz uma estabilidade que pra sociedade é uma contenção mesmo, que pro sujeito muitas vezes perde a sua personalidade, a sua vida, enfim. (Julia – profissional da PHC).

Salientamos que a crítica à medicalização social não é realizada somente pela Psicologia Histórico-Cultural, e nem mesmo é de autoridade técnica dessa abordagem. Porém, consideramos relevante discutir quais são nossas ferramentas e estratégias, como

vamos oferecer escuta e acolhimento a uma pessoa em sofrimento sem uma noção que a culpabiliza, biologiza e manicomializa. Defendemos que sejam de amplo conhecimento os benefícios e prejuízos dos medicamentos, que os indivíduos tenham acesso ao que estão tomando, por que, e quais as consequências, como propõe a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação. Salientamos que Augusto, apesar da seriedade de seu quadro, afirmou ler a bula dos medicamentos e apresentou queixas de que já foi medicado incorretamente. Sua mãe confirmou que não é todo medicamento que ele aceita tomar, que só toma se ele vê o remédio na cartela e sabe o que está ingerindo. Também destacamos que, se não é dada uma alternativa para a pessoa, se seu diagnóstico é uma condenação, o uso do medicamento é uma determinação para o resto da sua vida. É muito provável que essa pessoa se ampare em qualquer solução que lhe apareça, como a religião, o pensamento e ideiação suicida, entre outros. Entre as profissionais da Psicologia Histórico-Cultural, observamos que há posicionamentos diferentes a respeito da função da medicação, com algumas posições mais ponderadas, conforme discutimos no capítulo dois. Apresentamos dois trechos a seguir, com opiniões distintas:

Eu acho que nos casos de transtornos mental grave, na esquizofrenia por exemplo, a medicação é um elemento importante né, eu sempre falo que não pode ser o único, não pode ser só a medicação, mas a medicação ela é muito importante né, tem muitos casos a pessoa tá muito desorganizada, muito psicótica, você não consegue estruturar alguma coisa ali né, então assim, a medicação é importante, até pra que a gente consiga organizar algumas coisas, então acho que ela é um elemento essencial, em se tratando de diagnósticos como a esquizofrenia, mas ela não pode ser o único. Agora depende muito assim, acho que depende muito da aceitação, da compreensão, do quadro, de ter uma abertura pra pensar sobre isso (Marina – profissional da PHC).

Eu sou bem crítica em relação à questão de medicação, a gente buscava essas outras formas mesmo de, pela via da linguagem, pela via de apropriação de cultura, pela via de apropriação da própria história deles, pra eles terem ideia do que eles passavam e assim conseguir regular um pouco mais o que eles passavam (Laura – profissional da PHC).

Observamos na fala de Marina uma posição ponderada, que considera a relevância da medicação. Já em Laura, a profissional afirma optar por outros meios. Consideramos que não são análises completamente opostas e que também varia muito a realidade que cada profissional encontra em seu local de trabalho. Porém, salientamos as sínteses realizadas no primeiro capítulo, em que discorremos a respeito das denúncias realizadas em torno das medicações psiquiátricas. Freitas e Amarante (2015), Whitaker (2017) e Moncrieff (2022) sinalizam o papel que a medicação psiquiátrica está ocupando enquanto um mecanismo cronificador, substitutivo e complementar ao manicômio, bem como a disseminação, banalização e romantização desse fenômeno social.

Enfatizamos aqui a discussão realizada no primeiro capítulo sobre os contornos da nova cronicidade que a esquizofrenia vem adquirindo. Abordamos que a nova cronicidade é um resquício das práticas manicomiais que perduram em nossa sociedade, devido à predominância do modelo biomédico e que os serviços substitutivos e territoriais assumem uma postura preventivista, gerando a contínua necessidade de manicômios. Isso é reforçado por meio de resoluções de decretos, como a resolução 32/2017, que incluiu os hospitais psiquiátricos como um serviço da rede de atenção psicossocial e o decreto 11.392/2023, que prevê o financiamento de comunidades terapêuticas. Almeida (2018, p. 65) destaca dois processos da cronificação:

Para nós, portanto, parece importante considerar que no sofrimento psíquico estão presentes dois processos que cursam para a cronificação: os próprios processos destrutivos e de ruptura da unidade da pessoa, que apresentam obstruções que levam à estagnação; e a ineficácia – por desinteresse, incapacidade ou insuficiência – do meio social de lidar com os processos que levaram ao sofrimento e suas implicações subjetivas, o que leva a um prolongamento da situação de sofrimento em si.

Papa (2021, p. 57) discute a esquizofrenia e a nova cronicidade. Para a autora, a medicação enquanto aspecto central da estratégia de cuidado e a ausência de atividades e ofertas terapêuticas territoriais afastam os sujeitos da superação do sofrimento psíquico:

Disso decorre a importância de um modelo de cuidado que favoreça o desenvolvimento da pessoa, a promoção de autonomia, de consciência sobre si, de autoconsciência e de uma autoimagem positiva, em detrimento dos

pressupostos da lógica manicomial sobre a ausência de valor à pessoa em sofrimento psíquico, o que limita suas possibilidades de desenvolvimento.

É importante mencionar que ocorrem situações, em especial no diagnóstico de esquizofrenia, que são muito desorganizadoras e que geram grandes impactos à família e cuidadores. Situações de crise são difíceis de lidar, porém, gostaríamos de discutir aqui a importância de construir alternativas à internação psiquiátrica que gerem resultados e que possam trazer segurança, tanto para o usuário, familiares e para a equipe de saúde. O trecho a seguir é uma fala da mãe de Augusto em sua entrevista, momento em que Augusto estava passando por uma crise:

Isso, vê, você é a psicóloga você vê, vê se é um quadro de internar, a gente vai tentar internar, porque, eu não sei o que que tá acontecendo, eu sei que ele tá ficando doente, ele toma banho toda hora, que a gente sabe já né? Toda hora ele entra no banheiro, toda hora ele tá no banheiro, fica duas três horas dentro do banheiro. (...) Não, daqui uns dias ele não come mais também, ele fala que tá vendo bicho na comida, que tem porcaria na comida, vira aquele rolo. Tá conversando a noite inteira, a noite inteira, não deixa ninguém dormir também com o barulhão, e faz tempo que esse menino não tá tendo muita melhora não, controla, mas agora (Mãe de Augusto).

O quadro de desorganização de Augusto já era de conhecimento da sua mãe, de forma que ela antecipava o que viria a seguir. Consideramos relevante desse trecho ela mencionar que faz tempo que ele não melhora, que por vezes a situação controla por um período, mas que não observam progressos. Augusto é um dos casos que só faz acompanhamento medicamentoso e periodicamente precisa de internações psiquiátricas, sendo que sua mãe também comentou que ele já chegou a voltar da internação de forma semelhante ao estado em que foi. Salientamos que a construção de alternativas para além da internação e de medicamentos é imperiosa, em especial para pessoas que só acessam esses mecanismos. Julia enfatiza a importância da escuta qualificada: “(...) a história que a pessoa conta é um sofrimento real, é muito vívido (...) tem que entrar no conteúdo delirante, conseguir negociar com a pessoa, validar aquilo, mas ao mesmo tempo diminuir o peso que às vezes tem” (Julia – profissional da PHC). Luna também discorre a respeito da importância da escuta, de dar espaço para o usuário expressar e explicar o conteúdo

dos seus pensamentos e as alterações, sejam ou não reconhecidas por ele, buscando oferecer o apoio que a pessoa precisa em um momento crítico de sofrimento, apontando para a superação dessa crise:

Eu acho que é o manejo, o manejo que é diferente, igual, por exemplo, se a pessoa tá num momento em que ela tá ouvindo muita voz, por exemplo né, tem uma necessidade muito maior de manejo do que sei lá, um usuário que tá fissurado porque quer usar crack. Por exemplo, é muito diferente o manejo, e acho que tem formas e formas né, geralmente a equipe recorre mais à contenção química, tipo ah, vamos medicar, mas o que eu tento fazer geralmente é dar lugar pro sintoma quando dá né, quando tem como, porque na dinâmica do trabalho às vezes a gente não tem, mas quando é possível ir explorando, tipo, ah você tá ouvindo voz, o que que a voz tá te falando? Né, você tá vendo essa pessoa com o machado na sua frente, o que ela tá fazendo? Vamos tentar lidar com isso, e bancar muito, uma atuação muito no sentido de enfrentar a crise, e tem pessoas que bancam isso junto, em algumas situações a gente consegue manejar dessa forma né. Não, você está em crise eu vou passar pela crise junto com você e a gente vai passar por ela, ela vai acabar. Mas muito esse cuidado de estar perguntando e deixar a pessoa muito confortável de falar, tipo ó, se a voz te falar alguma coisa e você ficar em dúvida se é real ou não você pergunta pra gente, a gente vai vinculando a pessoa no sentido dela ter confiança pra dizer, ah a voz me falou isso daqui, isso é verdade ou não? De ir dando esse outro lugar. Eu acho que é todo um processo de, não é de desnormatização né, mas ok você ouve vozes e é isso né, que as pessoas ficam muito, ai meu deus eu ouço voz eu sou doido, mas tipo assim, você ouve né? E como a gente vai trabalhar em cima disso? Eu acho que é esse cuidado mais no sentido de abrir espaço pra fala, e o manejo da crise também, que é o que às vezes precisa também (Luna – profissional da PHC).

A seguir vamos apresentar alguns casos destacados pelas profissionais da Psicologia Histórico-Cultural que nos auxiliam na reflexão sobre situações de crise, e sobre os recursos que podem ser usados além da internação. Camila nos relata uma situação de manejo de crise que ocorreu em um momento de grupalização:

Eu acho que teve um grupo que foi bem interessante, que assim a gente tá sempre estimulando que eles tomem a frente assim mesmo, consigam organizar de forma autônoma esses processos, e eu lembro que teve uma vez, uma sessão que o grupo, que eu chamei né um paciente que tá lá no CAPS de longa data, tem diagnóstico de esquizofrenia, na época que ele tava em crise assim, uma crise mais aberta e no grupo ele tinha muito essa questão de não conseguir ficar sentado, isso tem bastante assim no grupo, que às vezes os pacientes não conseguem ficar sentados por muito tempo e eles ficam meio que mudando de cadeira e tal, e ele tava nessa coisa da agitação, de falar de maneira mais agressiva, e de se sobrepor assim na fala do outro e tal. Mas pra mim me marcou que a gente conseguiu, a gente enquanto grupo, conseguiu sustentar a participação dele, mesmo num estado mais desorganizado, e mais desorganizado em relação aos outros ali, e eu pude contar com a ajuda dos outros usuários do grupo, que estavam no grupo. Então tinha um outro usuário, que inclusive na semana anterior ele tava no leito, ele tava num estado de desorganização maior, e que melhorou assim né, e a partir do momento que ele melhorou, ele conseguiu cumprir a função de alguma forma traduzir o que esse usuário mais desorganizado tava falando, tava querendo falar, pro resto do grupo. Então no sentido de, eu não me lembro muito bem sobre o que ele tava falando mais, ele tava um pouco com essa questão assim, ah persecutória, falando muito, eu falei sobre a questão do combinado do sigilo, e ele falou é, acho que isso é uma coisa muito importante, inclusive quando a gente tá na rua vocês não precisam cumprimentar a gente, por que ninguém precisa saber que eu tô aqui. Falando num tom bastante agressivo, e aí esse outro usuário mais organizado conseguiu pegar esse gancho, meio que validando o que ele tava falando, mas também traduzindo de forma mais dialogável com o resto do grupo assim né, então eu acho que esses pequenos movimentos assim né, deles se cuidarem, deles se, fazerem esse esforço pra entender o outro, pra criar uma certa identificação, pra se respeitar a partir das diferenças, acho que esse foi um encontro bem legal assim. (Camila – profissional da PHC).

Nesse relato, nos chama a atenção o manejo coletivo de uma situação causada por um momento mais impactante para um dos usuários, inclusive com marcas de pensamento persecutório, conforme menciona Camila. A participação de outro usuário, não somente comentando de uma forma mais pacífica, mas mediando o sofrimento do

colega com o mal-estar do grupo, é um exemplo de como as relações podem contribuir com acolhimento e humanização do sofrimento psíquico. Também destacamos aqui a opção pelo acolhimento em leito do CAPS, o que é possível em cidades maiores com uma estrutura de CAPS que abarque essa demanda. O acolhimento no leito do CAPS ocorre em serviços de CAPS III e IV, e é uma das medidas substitutivas à internação psiquiátrica. Possui o potencial de ser em um serviço com profissionais e usuários em que o sujeito já tem abertura tendo um impacto menor do que um hospital psiquiátrico e sua estrutura manicomial. Julia também apresenta um caso que atendeu em sua prática profissional:

Ele era trabalhador do terceiro turno, de uma multinacional, e ele teve crise no local de trabalho, e ele psicotizou enfim, ele teve um internamento, mas ele não internou mais, tinha a maior fobia disso, e a família sustentou, mais especificamente a mãe. Assim, você escutava irmã, irmão, fui tentando aproximar, era tipo violência pura, manicomialização alto grau, e a mãe sustentando ali, mãe hipertensa, idosa, sustentando aquele manejo, o que ela falava era muito resgatar o que ele era antes. Ele falava, cara com 20 anos, 23 acho, ele teve a crise com 24 anos, ele já tinha uma casa, quitada, que é a casa que ela tem, ele tem aposentadoria por invalidez, ele trabalhou, ele foi importante, o que a gente tem foi construído por ele, meu lugar é cuidar, então, muito assim, tinha um ah essa mãe é simbiótica e tal, podia ter isso também, eu acho que tem essa fusão, enfim. É um lugar que a gente precisa entender melhor, o que que é essa fusão né, quando os motivos se fundem, a pessoa se perde, que a atividade acaba sendo a mesma, mas os motivos não são os mesmos as pessoas se fundem, então assim não tem outras atividades né, pra diferenciar e gerar autonomia, mãe e filho vai ficar a mesma coisa, ou cuidador, enfim. Podia ter isso, mas tinha muito de validar a historicidade daquela pessoa, eu consegui estabelecer muitas coisas com ela, sustentar várias crises no CAPS, não foi internado, nunca mais, desde, esses cinco anos assim, digamos né, ele só foi internado uma vez, foi naquele CAPS inclusive que ele foi internado (...) então alguns lugares ele não aceitava ser atendido, demorei anos mesmo, um ano e meio, dois, pra ele aceitar fazer a escuta no consultório, na sala, era sempre na ambiência assim né, no jardim, no quarto, ele entrava muito na sala da equipe, ele circulava, na cozinha, ele super circulava. (Julia – profissional da PHC).

Nesse caso apresentado por Julia, destaca-se que o sujeito, mesmo sendo acolhido no CAPS, sofreu muito, tem o suporte da equipe e de sua mãe para que isso não volte a acontecer (ela usa o termo internado, porém, optamos por diferenciar devido à lógica das diferentes instituições). A profissional menciona a fusão de motivos, que já apareceu anteriormente, quando ocorre uma aproximação muito grande entre as atividades do filho e mãe ou cuidadora. Observamos aspectos semelhantes na história de Augusto, Caetano, Francisco e Oto conforme discutimos no capítulo quatro, ao debater o grau de dependência que possuem da relação materna/com a avó, no caso de Francisco. Outro aspecto que já salientamos neste tópico é a respeito das formas de manejo para além de uma clínica individual. É uma atenção voltada às necessidades da pessoa, até que se desenvolvam vínculos, confiança e avanços no acompanhamento que permitam que o usuário possa compartilhar de espaços mais coletivos. Luna nos descreve um caso também significativo:

(...) ela é uma senhora de sessenta e poucos anos, dona de casa, mãe, ela tem muita, muita, muita alteração de senso-percepção auditiva, então ela ouve muitas vezes falando pra ela matar a filha, pra ela matar o marido, o conteúdo principal é esse. Teve uma vez que ela matou um frango, porque as vozes falaram pra ela matar o frango, porque se não ia acontecer uma coisa muito ruim, e ela é muito, ela é muito preocupada, e geralmente intensifica os sintomas dela quando ela se preocupa, igual, por exemplo, teve um vizinho dela que morreu de Covid, aí os sintomas psicóticos dela saltaram, ela ficou muito preocupada, tava ouvindo muita, muita, muitas voz, e daí ela fica com medo, ela fala: “Ai Luna, imagina se eu mato a minha filha, como que eu vou fazer porque a minha filha é tudo pra mim”, aí eu falo, você acha que você mataria sua filha? Daí ela: “não, eu acho que não”. Ela fica a flor da pele, ela briga com o marido, só que é tudo muito, faz muito sentido a partir da forma que ela pensa, igual ela fala, aí eu briguei com meu marido porque ele não quis fazer isso, daí eu fui lá e briguei com ele, e tudo faz muito sentido. E ela tem muito isso, ela tem muito medo das vozes, só que quando a gente dá lugar, coloca ela em CAPS dia, conversa, eu tinha colocado ela em psicoterapia com uma psicóloga, ela se organiza, ela se organiza, ela consegue manejar o sintoma, ela continua ouvindo, continua tendo alteração visual, também ela vê algumas coisas às vezes, mas ela consegue manejar. (Luna – profissional da PHC).

Nesse caso, uma ferramenta importante destacada por Luna é a inserção da usuária em atividades do CAPS, mesmo que aumentando a quantidade de atividades na semana, ou seja, uma forma de manter um acompanhamento intensificado em períodos de crise. Também nos chama a atenção a gravidade do conteúdo de suas vozes, em que a senhora sofre por medo de matar ou machucar sua própria filha, conforme o comando das vozes. Consideramos importante resgatar o que debatemos no capítulo quatro, pois ao compreendermos as alterações senso-perceptivas como uma possível expressão da linguagem interior, estaríamos afirmando que em uma esfera não conscientizada essa mãe possa estar desejando matar sua própria fala. Compreendemos que não é essa análise que contribui para o cuidado em saúde. Por mais que o conteúdo efetivamente seja resultado de uma expressão psíquica dessa senhora, ele pode expressar não um desejo e sim um medo que essa senhora construiu dela mesma, da falta de controle e autonomia sobre sua vida, sua rotina, seus desejos e do medo, ou até pavor, das próprias alterações senso-perceptivas. Essas mediações e análises realizadas em conjunto com os usuários pode promover desenvolvimento, autonomia e autocontrole na contramão do que produz a medicalização ao silenciar os sintomas ou ao menos tentar silenciá-los.

Venturini (2016, citado por Silva, 2023) reforça a importância de discutirmos a contenção de pessoas em crise em sofrimento psíquico, em especial no diagnóstico de esquizofrenia. Para o autor, as tentativas de silenciar e suprimir as expressões do sofrimento imperam como a única possibilidade, assim a contenção física, seja por uma corda ou por uma cela, é uma medida eficaz que envolve custos mais baixos. Porém, essa saída denota a incapacidade dos profissionais em apresentar outra solução para uma situação complexa, a perda de esperanças em resultados positivos. Para Venturini (2016, citado por Silva, 2023), a capacidade de apresentar soluções que não usem de força para conter crises é um desafio para profissionais pois precisam conquistar a confiança do usuário, dialogar a respeito de seu sofrimento, muitas vezes na contramão do tempo estipulado pela instituição.

As dificuldades que as profissionais da Psicologia Histórico-Cultural que participaram da pesquisa enfrentam em seus cotidianos de trabalho ficaram muito explícitas nesta pesquisa. Relembramos que das seis profissionais, três haviam pedido exoneração do serviço, devido às dificuldades enfrentadas, conforme Marina destaca:

(...) foi bastante difícil assim, pra mim sair do CAPS, porque assim, eu gostava muito do que eu fazia, fazia muito sentido pra mim, não tinha nenhuma questão com isso, (...) fazia total sentido pra mim estar ali, as atividades que compunham a minha rotina né, mas algumas limitações do serviço público, muito estruturais, algumas questões particulares em relação à equipe como eu falei, uma equipe antiga, adoecida, enrijecida, isso tudo foi me causando muito sofrimento. (...) Mas aí eu fui entrando num processo de adoecimento assim, num Burnout, acho que eu fiquei uns dois anos assim num Burnout, sofrendo muito, muito desestimulada assim, principalmente nessa coisa com a equipe, de identificar que precisava de um trabalho em equipe, mas que não tinha muito com quem contar, que eu tava sozinha, e foi isso um pouco que me fez sair (...) E aí eu comecei a ver que tinham outras experiências possíveis, que tinham outros agenciamentos possíveis que eu podia fazer, que assim, que eu precisava elaborar meu luto com o CAPS assim, eu precisava, apesar de fazer muito sentido pra mim, de eu gostar muito, mas de que aquele espaço tava um pouco esgotado, que eu precisava ir construir parcerias em outros lugares, então foi nessa pegada que eu saí. E não me arrependo. Super continuo defendendo a política pública, mas todas as amigas que eu tenho que estão na política pública, que trabalham em CAPS, ou na Assistência assim, cada vez mais, têm tido muitos limites, tem um tempo limite pra gente sobreviver assim. (Marina, profissional da PHC).

A demanda explicitada por Marina também apareceu nas entrevistas da Camila e da Julia, que pediram exoneração por motivos semelhantes, e ainda esteve presente nos relatos das demais profissionais. Ressaltamos aqui a importância dessas pessoas nos serviços de saúde, inclusive para discutir as limitações dos serviços públicos, que estão longe de só oferecer potencialidades. Enfatizamos que apesar das barreiras, a construção de políticas públicas de qualidade é uma disputa social e coletiva. Não estamos afirmando que as reformas no campo das políticas públicas são suficientes para superar as contradições decorrentes do capitalismo em nossa sociedade, porém é necessário nos movimentarmos em torno disso. Ao contrário de uma intervenção qualificada, Yamamoto (2009, p. 50) discute que a atuação profissional da psicologia no campo da saúde pública tem se alinhado à prática convencional do modelo biomédico, com: "(...) escassa ou nenhuma problematização dessa forma de intervenção, reforçando um dos aspectos mais dramáticos da prática dos profissionais que atuam no setor social público: o acesso

desqualificado por parte de parcelas cada vez maiores da população aos serviços básicos”. O autor enfatiza a necessidade da construção de alternativas que atendam as demandas da classe trabalhadora, ampliando a dimensão política da ação profissional. Com isso, não estamos julgando que uma ou outra profissional, pertencente à classe trabalhadora tem responsabilidade sobre uma demanda histórica e coletiva, mas sim demarcando que essa é uma tarefa coletiva, que deve ser encampada por toda a sociedade.

Para finalizar este capítulo, retomamos o que temos destacado acerca da importância de promover ações, discussões e técnicas que favoreçam a organização da consciência, personalidade e fortalecimento dos motivos geradores de sentido, visando a autonomia das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Ressaltamos a síntese de Kinoshita (2010, p. 57) sobre o assunto:

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

Para o autor, nossa autonomia se constrói essencialmente nas relações de dependência que constituímos, e quanto mais relações e vínculos se fortalecerem, maior nossa capacidade de lidar com as expressões do sofrimento psíquico que nos afetam na vida cotidiana. Apresentamos no primeiro capítulo a elaboração de Kinoshita (2010) de que as pessoas em processo de adoecimento possuem uma negatividade anunciada, o que as torna inválidas para estabelecer suas relações, afetos e atividades, tendo em vista que a doença assume o centro de suas vidas, anulando o valor da pessoa como sujeito social. Consideramos que essa contribuição se relaciona com a análise realizada no capítulo três e quatro, acerca da linguagem interior negativada, pois a própria pessoa em sofrimento psíquico se dirige a si mesma de forma a se invalidar e não acreditar em seu potencial, devido às consequências das situações críticas e dos processos críticos destrutivos. Destacamos alguns trechos das profissionais da Psicologia Histórico-Cultural que

reforçam a importância de construir múltiplas relações de dependência e de direcionar a pessoa em sofrimento para formas mais autônomas:

Difícil pensar essa pergunta, eu acho que eu iria muito, eu vou muito por esse ponto da autonomia, da emancipação, das possibilidades de desenvolver autonomia, consciência crítica e emancipação, a partir do que é possível, o máximo de autonomia possível, a partir da realidade do sujeito. Agora eu acho que trabalhar com saúde mental, você precisa muito dialogar com outras áreas (Marina – profissional da PHC).

Estela apresenta um caso em que a família se propõe a dividir responsabilidades visando a manutenção de um espaço seguro e que forneça organização para o usuário:

(...) um paciente de esquizofrenia, bem crônico inclusive, mas assim, bem estabilizado né, ele consegue ter a vidinha dele, ele não tem mais o pai e a mãe, e ele tem mais três irmãs, e as três irmãs se organizaram pra passar um período cada uma com ele. É bem interessante, elas brigam entre elas claro né, mas assim, elas conseguem se organizar, tipo, esse mês é da [irmã 1], esse mês é da [irmã 2], e elas vão se organizando. Uma fica responsável, ele fica na casinha dele, e elas que vem e ficam ali. (...) eu acho muito interessante essa relação familiar. Daí que eu vejo a diferença que faz esse acompanhamento na vida da pessoa também né, na dinâmica dela, então esse é um exemplo bem interessante, bem legal, que a família se reorganiza, se movimenta, pra dar esse respaldo (Estela – profissional da PHC).

Por fim, Camila ressalta as inseguranças da equipe no atendimento de um usuário em situação de rua/andarilho, mas que demonstrou um ótimo vínculo e a consolidação do CAPS como um espaço de auxílio e segurança para quando necessita:

(...) um paciente com o diagnóstico de esquizofrenia, foi bem engraçado assim, também em situação de rua, um paciente jovem, ele vem do Rio Grande do Sul, ele já chegou com um calhamaço de cópias de prontuários, de todo tratamento que ele fez ao longo da vida, apesar dele ter trinta anos acho, ele fez tratamento desde o começo da adolescência, e faz um relato de que ele começou a ter sintomas, a primeira voz que ele ouviu foi aos seis anos, e que isso produziu um grande

impacto na vida dele. Me marcou bastante que a gente passou uma boa trajetória com ele, a gente pegou várias fases, as fases que ele procura o CAPS e aí ele tem, ele tinha uma tendência meio andarilho, as vezes ele sumia, e aí depois a gente descobria que ele tinha voltado pro estado dele, ou então tinha ido pra outro estado do Brasil, e no começo isso dava muita angústia porque dava uma sensação de que tava descontinuando o tratamento, ou que a gente, não sei, a gente acaba entrando nessa coisa de querer ter um tipo de controle sobre as pessoas, mas apesar disso, apesar dessa característica dele, de volta e meia precisar, sair e andar pra outros lugares, ele sempre acabava voltando, e acabou demonstrando um vínculo muito grande com a gente e com o CAPS como um ponto de ancoragem assim. E essa ideia da ancoragem me trouxe muito qual que é o papel do CAPS assim né. Não é prender a pessoa ali, não é fazer que ela ter um estilo de vida único, ou remitir sintomas, mas é estar ali quando a pessoa precisa e deseja (Camila – profissional da PHC).

Neste tópico, buscamos articular alguns pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial com conceitos da Psicologia Histórico-Cultural por intermédio de discussões teóricas e das contribuições das profissionais que norteiam sua prática por meio dessa abordagem. Este tópico apresenta reflexões e alternativas pontuais do campo da determinação social do processo saúde-doença. Destacamos a necessidade de novos estudos para a construção coletiva de alternativas do cuidado em saúde mental, que tenham a autonomia dos sujeitos como princípio e prática social. Salientamos a necessária demarcação de uma posição que não tome as pessoas como um somatório de sintomas, desconsiderando suas reais necessidades.

A atenção psicossocial precisa avançar na demarcação de um manejo que não tome as pessoas como um somatório de sintomas, considerando suas reais necessidades e que operacionalize práticas em saúde mental que desenvolvam possibilidades, capacidades e autonomia em detrimento do isolamento e silenciamento. As estratégias mencionadas neste trabalho: do grupo de ouvidores de vozes, diálogo aberto, gestão autônoma da medicação, clínica ampliada, e também as possibilidades de grupos terapêuticos, de atendimentos individuais, apontam para essa visão humanizadora dos sujeitos em sofrimento psíquico. São estratégias que auxiliam na formação de práticas de cuidado que não se amparam prioritariamente no tratamento farmacológico e que oferecem potenciais, tanto para a contraposição à cronicidade da esquizofrenia, quanto

para fomentar alternativas à internação psiquiátrica mesmo em situações de crises agudas. Nossa crítica não é voltada para uma ou outra intervenção profissional ou dificuldades pontuais em serviços e suas estruturas, mas uma necessária contraposição à lógica e aos paradigmas do modelo biomédico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, tivemos por objetivo investigar a expressão do sofrimento psíquico na esquizofrenia e discutir as estratégias de cuidado em saúde mental direcionadas às pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. A pesquisa de campo, com usuários do CAPS, familiares, profissionais de saúde, além das entrevistas com as profissionais da Psicologia Histórico-Cultural, forneceu elementos da realidade concreta que possibilitaram novas elaborações. As análises foram fundamentadas a partir da perspectiva teórica da Psicologia Histórico-Cultural com contribuições da reforma psiquiátrica, da saúde coletiva, além de propostas de instrumentos e ferramentas que constroem alternativas de cuidado que não se amparam fundamentalmente nos princípios do modelo biomédico.

Abordamos a centralidade que o diagnóstico da esquizofrenia assume para os estudos da psiquiatria baseados no modelo biomédico. As hipóteses da esquizofrenia são amparadas majoritariamente em aspectos orgânicos e que cindem as características humanas em polos biológicos e sociais. A hipótese dopaminérgica da esquizofrenia, que compõe o grupo das causas bioquímicas, apesar de receber críticas sobre a ausência de dados que a verifiquem enquanto um marcador confiável, segue sendo a norteadora da principal, e muitas vezes única, forma de tratamento oferecido, por meio da medicação psicotrópica (Penteado, 2018). Na contramão de corrigir um desequilíbrio químico, Freitas e Amarante (2015), Whitaker (2017) e Moncrieff (2022) apontam que a psiquiatria está criando um desequilíbrio, danificando as vias neurotransmissoras. E ainda, que a medicação contribui no curso da cronificação da doença, ocupando o lugar e desempenhando o papel do manicômio ao conter o sujeito e restringir suas possibilidades. Whitaker (2017) destaca a importância de a psiquiatria reconhecer a fragilidade das hipóteses biológicas para verificar as possibilidades de utilizar os medicamentos de uma forma que eles contribuam no alívio dos sintomas em curto prazo. Discutimos ainda que as formas clássicas da psiquiatria e do modelo biomédico, do manicômio ao enclausuramento medicamentoso, têm construído uma iatrogênese social com impactos e consequências indesejadas resultantes da intervenção da medicina.

Em contraposição às hipóteses etiológicas da esquizofrenia, o campo da Saúde Coletiva discute, sem negar a dimensão biológica, como os aspectos histórico-sociais do processo saúde-doença estão alicerçados na estrutura da sociedade. A organização social forma determinados perfis de adoecimento, conforme a reprodução da vida, sendo a saúde

um processo determinado socialmente (Laurell, 1982 e Breilh, 2013). Essa concepção se alinha ao que temos ressaltado acerca da importância da unidade biológico-social e da prioridade em tomar o sujeito em sua integralidade para compreender a gênese da esquizofrenia. Para Leontiev (2004) e Vigotski (2012b), a constituição dos sistemas psicológicos humanos partem do aparato biológico, mas se encontram em outra relação com a hereditariedade e as funções psicológicas elementares.

A conceituação de Breilh (2006) acerca dos processos críticos protetores e destrutivos e de Ratner (1995) sobre as práticas sociais destrutivas, nos fornecem ferramentas para discutir acerca da natureza contraditória da realidade, formada por relações que nos humanizam, mas também por elementos destrutivos que nos privam de uma vida integral. Os autores demarcam diversos aspectos que caminham na contramão do desenvolvimento humano: as desigualdades estruturais que incidem em vulnerabilidades, a baixa remuneração da força de trabalho, a concentração do poder em determinadas classes, os gêneros, os grupos étnico-raciais e o acesso desproporcional a condições de saúde. Observamos que o capitalismo produz processos críticos destrutivos de contornos permanentes, em especial nas classes mais baixas, sendo a classificação diagnóstica da esquizofrenia e seu aspecto cronificador, exemplos desse processo.

Se nos opomos às hipóteses tradicionais da esquizofrenia e defendemos a determinação social dessa forma de adoecimento, quais são os impactos nos tratamentos clássicos? Porque não é suficiente refletir sobre a origem do adoecimento na esquizofrenia, precisamos fomentar intervenções que se amparem em outros princípios e pressupostos. Enfatizamos a importância histórica e política da reforma psiquiátrica em seus desdobramentos atuais pois discutimos como os princípios da atenção psicossocial se distanciam em diversos momentos do modelo biomédico como uma expressão da resistência que o legado da reforma psiquiátrica nos oferece. Reconhecemos que existem limitações nos princípios e práticas que se apresentam na atenção psicossocial, porém há um espaço estratégico de construção e disputa frente ao cenário da hegemonia biomédica. Com isso, ressaltamos a importância das pesquisas e práticas no campo da saúde mental que construam alternativas para a desmedicalização das manifestações do sofrimento psíquico.

Com base nos princípios da Psicologia Histórico-Cultural acerca do desenvolvimento do psiquismo, discutimos a predominância das unidades biológico-social, afetivo-cognitiva nos sistemas psicológicos, na formação da linguagem e nas desorganizações/desestruturações que ocorrem em situações de sofrimento psíquico de

peessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Sintetizamos a análise da pesquisa de campo com os usuários do CAPS em seis eixos que apresentaremos a seguir. O primeiro foi a respeito da análise dos estudos de caso, com as mutações do sofrimento psíquico nas histórias de vida. Discutimos o diagnóstico da esquizofrenia como a expressão de um sofrimento psíquico marcado por alterações de características tipicamente humanas e que, determinadas rupturas, impedimentos, desorganizações da atividade principal acarretam em formas agudizadas do sofrimento psíquico, intensificando quadros que já estavam abalados.

O segundo eixo é o do papel da linguagem nos sistemas psicológicos e os impactos sobre a consciência e personalidade. Analisamos os impactos da desorganização do pensamento conceitual, como uma perda da organização, mas que mantêm certa coesão do psiquismo e a desestruturação, com o rompimento do pensamento conceitual, que, em casos mais graves afeta a estrutura do pensamento e dos sistemas psicológicos. Observamos ainda como as alterações na capacidade de generalização e o impacto no significado das palavras afetam a vida dos sujeitos, conferindo maior centralidade às formas elementares, de caráter imediatista, frente a funções psicológicas superiores no pensamento da pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia. Outra consequência das alterações da linguagem simbólica e dos impedimentos e rupturas da vida social ocorre nos impactos da linguagem interior. Apresentamos duas hipóteses, de que a linguagem interior na pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia fica comprometida, em especial em situações de crise, em que observamos um retorno de aspectos da linguagem interior para a linguagem sonora, além da construção de um negativismo na linguagem interior, com impacto na personalidade. E, também, aspectos concretos e/ou sincréticos presentes nas funções psicológicas da imaginação e fantasia com confusões em especial nos casos mais graves na compreensão de conceitos concretos e abstratos.

O terceiro eixo é referente à construção dos sistemas de significação e impactos gerados no processo de adoecimento. Temos discutido que nossas atividades se amparam nas relações com o meio social, sendo o sistema de significações constituído pelas relações objetivas nas quais o sujeito está inserido, que ele se adapta e/ou questiona esses sistemas, formando traços da personalidade que se consolidam socialmente. Os valores e costumes são essenciais na formação da personalidade, porém algumas vezes contribuem na agudização do sofrimento psíquico, potencializando os sintomas apresentados. Problematizamos três sistemas de significação que se apresentam na sociedade e que por

vezes contribuem no adoecimento: a religião, as relações de gênero e constituição familiar, e a atividade profissional.

No quarto eixo discutimos, as repercussões da ruptura da unidade afetivo-cognitiva na esquizofrenia, retomamos o que Monteiro e Facci (2023) abordam, acerca da unidade afetivo-cognitiva como uma expressão da totalidade, que contém a relação entre atividade e consciência humana. A fragmentação dessa unidade afeta a formação de sentidos e significados para o indivíduo, o que gera um impacto também na sua orientação na realidade, devido à desagregação da atividade, consciência e personalidade. Vigotski (2004) discute que essa cisão acarreta em um isolamento social e no afastamento do sujeito dele mesmo, o que para nós reforça a importância de o indivíduo ser inserido em contextos de trocas sociais para não agudizar esse quadro. Porém, conforme Almeida (2018), a sociedade capitalista se estrutura em rompimentos entre a atividade e consciência, o sentido e o significado, limitando nossas capacidades de troca, de domínio sobre nossas emoções e sentimentos.

No quinto eixo, abordamos as situações críticas, em que podemos também considerar os processos críticos destrutivos de Breilh (2006) e as práticas sociais destrutivas de Ratner (1995), e como essas situações impactam a estrutura da personalidade, as formas como os sujeitos se percebem e também como são vistos em sociedade. Observamos que frente a essas situações críticas, a personalidade, que é um produto histórico do psiquismo, é afetada. O afastamento de atividades produtoras de sentido pessoal, rompimento com a atividade de trabalho, com tarefas da vida cotidiana contribuem para neoformações patológicas, como a falta de pertencimento social, a improdutividade. Sobre o assunto destacamos o trecho de Basaglia (1979, p. 89):

(...) um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; ele é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político.

Observamos que o diagnóstico de esquizofrenia resulta justamente na retirada das características que humanizam o sujeito, e que conferem sentido em sua existência social. Classificar as pessoas como cidadãos tutelados, improdutivos, definidos por marcadores orgânicos e deterministas resulta em um afastamento da real origem dos problemas e impossibilita que a pessoa supere suas dificuldades.

Por fim, no último eixo da análise, acerca do processo de sofrimento psíquico na esquizofrenia, realizamos uma breve interpretação da expressão dual da esquizofrenia, dos sintomas e contra-sintomas, conforme apresentado por Vigotski (1987). Para o autor, os processos que resultam na destruição da personalidade, das relações e conexões da linguagem e da consciência não ocorrem sem a resistência, sem traços que se oponham a essa reorganização. Os sintomas da esquizofrenia apresentam reações da personalidade aos processos destrutivos vivenciados. Assim, o sujeito não é um ser passivo em seu adoecimento, mas sim que busca formas de reorganização. Isto conflui com a discussão que apresentamos acerca do papel dos fenômenos senso-perceptivos e de alteração do pensamento: não são eles que desorganizam os indivíduos, mas sim a falta de oportunidades para lidar com eles, espaços para compreender e se necessário superar esse conteúdo. Para sintetizar essas análises, apresentamos as conclusões de Almeida (2018, p. 380) acerca da determinação social dos transtornos de humor:

(...) pudemos concluir que a depressão e a bipolaridade têm sua raiz nos processos críticos da vida social – tais como a aceleração e intensificação do ritmo de trabalho e da vida em geral, combinada à diminuição de espaços de restauração – que se intrincam com a unidade biológico-social da personalidade, produzindo alterações na hierarquia de atividades e motivos; as quais rompem com as barreiras funcionais alterando centralmente a esfera afetivo-volitiva da atividade, mas com repercussões sobre a totalidade da personalidade e seus processos psicológicos.

Consideramos que essa análise se aproxima de nossas investigações acerca do sofrimento psíquico na esquizofrenia pois o que a caracteriza é tomado como um produto de gênese social. Destacamos ainda a necessidade histórica da oposição às práticas biomédicas e de medicalização social: o tratamento psicofarmacológico é o único recurso que pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia têm acessado, em especial as da classe trabalhadora e também salientamos a necessária construção de alternativas terapêuticas que acolham e suportem situações de crise, em alternativa substitutiva à internação psiquiátrica, visando sua completa superação. Essas são disputas necessárias a uma visão humanizada das expressões do sofrimento psíquico, aliada à promoção de práticas que potencializem a autonomia e o desenvolvimento humano dos usuários. Se nos humanizamos nos processos de trocas sociais, é por meio deles, do fomento a novos

interesses e à interação cultural, do suporte às demandas e necessidades, que construímos coletivamente a superação dos processos críticos destrutivos e práticas sociais debilitadoras: tendo por objetivo a socialização de espaços que ofereçam vínculos, ampliando as capacidades para lidar com as expressões do adoecimento, com múltiplas relações de dependência, em direção a processos protetores que possibilitem a reorganização de funções especificamente humanas.

Entende-se que esta pesquisa é o começo de um longo caminho a ser percorrido. Esperamos que dela, outras pesquisas dediquem-se à realização de atividades produtoras de sentido para as pessoas que recebem o diagnóstico de esquizofrenia, tanto individuais como coletivas. Entendemos que novas pesquisas precisam acompanhar longitudinalmente grupos de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, sistematizando formas de reorganização e/ou reabilitação de funções que foram precarizadas pela sintomatologia ou mesmo agudizadas por processos intensificadores de sofrimento. Como todo fenômeno complexo da existência humana, cada pesquisa que se conclui abre inúmeras outras possibilidades de investigação em um trabalho coletivo na direção de afirmar dentre os processos destrutivos e desintegradores intensificados na sociedade capitalista, aqueles que possam ser capturados e potencializados na direção da humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, A. A. (2012). *Periodização do desenvolvimento psíquico*. Tabela. Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências, UNESP – campus Bauru.
- Acioli, M. L. & Amarante, P. D. C. (2013). O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(4), 964-975.
- Almeida, M. R. (2018). A formação social dos transtornos de humor. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo.
- Almeida, M. R., Carvalho, B. P. & Tuleski, S. C. (2019). Psicologia Histórico-Cultural e sofrimento psíquico: superando as concepções hegemônicas sobre a esquizofrenia. In S. C. Tuleski & A. F. Franco. (2019). *O processo de desenvolvimento normal e anormal para a psicologia histórico-cultural: estudos contemporâneos*. Maringá: PR. Eduem.
- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, n 23 (6), p. 2067 – 2074.
- Amarante, P. D. C. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. D. C. (2013). (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- APA (2014). American Psychiatric Association. *DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Em: Ayres, J. R. C. M. (2009) *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. (pp. 41-73). Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Basaglia, F. & Basaglia, F. (2005). Loucura/delírio. In: Basaglia, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 259-298.
- Basaglia, F. (1979). As técnicas psiquiátricas como instrumento de libertação ou de opressão. In: Basaglia, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, p. 13-27.

- Bellenzani, R. & Souza, L. S. (2021). A hegemonia do modelo biomédico na psicopatologia e sua funcionalidade no capitalismo. In R. Bellenzani & B. P. Carvalho. (2021) *Psicologia Histórico-Cultural na Universidade: Pesquisas Implicadas*. Vol I. Campo Grande: MS. Editora UFMS.
- Boarini, M. L. (2003). Higienismo, eugenia e naturalização do social. Em: M. L. Boarini (org.) *Higiene e Raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. (pp. 19-44). Maringá: Eduem.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Portaria no 336, de 19 de fevereiro de 2002.
- Brasil (2008a). Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 15 de maio de 2008.
- Brasil (2008b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª ed. Brasília. Ministério da Saúde. 60p.
- Brasil (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Organizadora: Dulce Helena Chiaverini, et al. Brasília – DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236p.
- Brasil (2013a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental Cadernos de Atenção Básica, nº 34*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013b). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017.
- Brasil. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Breilh, J. (2006). *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: RJ. Editora Fiocruz.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Carvalho, B. P. & Piza, H. C. T (2016). A história da loucura numa perspectiva marxista. *Dialéktiké*, v. 1, 18-35.
- Castro, L. (2023). *A determinação social do consumo de drogas: tecendo considerações acerca do cuidado em saúde segundo o materialismo histórico-dialético*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.
- CFP (2018). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP.
- Cheniaux, E. (2008). *Manual de Psicopatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P., org. (2000) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003) Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. Em: Amarante, P. Org. (2003) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ, Nau.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt
- Desviat, M. (2002). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Dhar, A. (2019). Como a raça e a classe afetam o diagnóstico de esquizofrenia e de uso de substâncias. *Mad in Brasil: ciência, psiquiatria e justiça social*. (on-line), 2019.
- Dias, M. J. F. (2017). Open Dialogue: uma experiência no Brasil. *Diversitates*. 09(3), 97-110.
- Ferreira, G. F. (2017). Um estudo à luz da Psicologia Histórico-Cultural sobre a desagregação do pensamento conceitual na esquizofrenia e suas repercussões na estrutura da personalidade. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná.
- Florence A. C. & Yasui S. (2019). Abordagem Open Dialogue na Finlândia: entrevista com Jaakko Seikkula. *Interface (Botucatu)*.

- Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: SP. Perspectiva.
- Freitas (2021). Mulheres que ouvem vozes. Produtora Roberta Machado, plataforma YouTube, publicado em 28/04/2021, 13'24''. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=l-h8-bAMnCU&t=1s>
- Freitas, F. & Amarante P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (s.d.). Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos. Grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces. Campinas, São Paulo.
- Gotzsche, P. C. (2016). *Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica [recurso eletrônico]*. Tradução: Ananyr Porto Fajardo; revisão técnica: Daniel Knupp Augusto. – Porto Alegre : Bookman.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. In: *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. n. 02
- Hobsbawm, E. (2004). Do feudalismo para o capitalismo. In: Sweezy, P. (1977) *A transição do feudalismo para o capitalismo*. Editora paz e terra – 5ª edição – São Paulo.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 3ª edição.
- Intervice Brasil (2017). *Manual de como montar um Grupo de Ouvidores de Vozes*. Intervice Brasil. São Paulo.
- Kantorski, L. P. & Cardano M. (2017). Diálogo aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde Debate* n. 112, 23-32.
- Kantorski, L. P. & Cardano, M. (2019). O diálogo aberto e os desafios para sua implementação: análise a partir da revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 24(1), 229-246.
- Leontiev, A. N. (2021). *Atividade consciência e Personalidade*. Bauru: SP. Mireveja
- Kinoshita, R. T. (2010). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 3. ed. São Paulo. Editora Hucitec.

- Kinoshita, R. T. (2016). *Autopoiese e reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud, México*, 2, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes
- Leontiev, A. N. (2004). *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Leontiev, A. N. (2021). *Atividade consciência e Personalidade*. Bauru, SP: Mireveja
- Lessa, S. & Tonet, I. (2004) *Introdução à filosofia de Marx.* – São Paulo: Editora Expressão Popular.
- Lewontin, R. C., Rose, S. & Kamin, L. J. (2013). No está en los genes: racismo, genética e ideología. [1984]. Barcelona: Crítica, Colección Booket.
- Luria, A. R. (1979a). *Curso de psicologia geral I – Vol. I*. Civilização Brasileira.
- Luria, A. R. (1979b). *Curso de psicologia geral II – Vol. II*. Civilização Brasileira.
- Luria, A. R. (1984) El lenguaje interior y la organización cerebral de la función reguladora del lenguaje. In: Luria, A. R. *Conciencia y lenguaje*, 2ª edición. Trad. Marta Shuare. Madrid: Visor Libros, pp. 122-132. Tradução Katharsis.
- Martins, L. M. (2001). *Análise sócio-histórica do processo de personalização de professores*. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2001
- Martins, L. M. (2011). *O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica*. Tese (Livre Docência) Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, campus de Bauru – SP.
- Marx, K. (1858). *O crescimento da loucura na Gran-Bretanha*. New-York. *Jornal “Daily Tribune”*, nº 5407.
- Marx, K. (1973). *Contribuição para a crítica da economia política*. Lisboa: Estampa.
- Marx, K. (1975). *O Capital*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira
- Minayo, M. C. S. (2010) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.
- Molon (2008). *Questões metodológicas de pesquisa na abordagem sócio-histórica. Informática na educação: teoria e prática*. Porto Alegre, v. 11, n. 1, jan/jun. 2008.
- Moncrieff, J. (2020). O que significa ‘Recaída’? Definições usadas em pesquisas com antipsicóticos não são claras. *Madinbrasil*. <https://madinbrasil.org/2020/01/o-que-significa-recaida-definicoes-usadas-em-pesquisas-com-antipsicoticos-nao-sao-claras/>

- Moncrieff, J. (2022a). Como aceitar a notícia de que não foi demonstrado que a depressão seja causada por um desequilíbrio químico? Madinbrasil. <https://madinbrasil.org/2022/07/como-aceitar-a-noticia-de-que-nao-foi-demonstrado-que-a-depressao-seja-causada-por-um-desequilibrio-quimico/>
- Moncrieff, J. (2022b). Como o lucro e os interesses profissionais nos enganaram em relação aos antidepressivos. Madinbrasil. <https://madinbrasil.org/2022/08/como-o-lucro-e-os-interesses-profissionais-nos-enganaram-em-relacao-aos-antidepressivos/>
- Monteiro, P. V. R. & Facci, M. G. D. (2023). A base afetivo-cognitiva do sofrimento psíquico: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. In R. Bellenzani & B. P.
- Nunes, M. O., Lima Jr, J. M., Portugal, C. M. & Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, n 24 (12), p. 4489-4498.
- OMS (2002). Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- OMS (2012). Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão. São Paulo: EDUSP.
- OMS (2019). Organização Mundial de Saúde. CIE-11 para las estadísticas de mortalidade y morbilidad (CIE-11 EMM). <https://icd.who.int/browse11/Help/es>
- OPAS (2018). - Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa - Transtornos mentais. Brasil. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839
- Papa, C. O. (2021). A cronicidade da esquizofrenia: considerações a partir da reforma psiquiátrica brasileira. Monografia de conclusão de curso – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.
- Penteadó, V. O. B. & Tuleski, S. C. (2023). Análise histórico-cultural das hipóteses etiológicas da esquizofrenia. In R. Bellenzani & B. P. Carvalho. (2023) *Psicologia Histórico-Cultural na Universidade: saúde mental, sofrimento psíquico e psicopatologia*. Vol II Campo Grande, MS: Editora UFMS.
- Penteadó, V. O. B. (2018). *Origem e formação das hipóteses etiológicas da esquizofrenia: uma reflexão à luz da Psicologia Histórico-Cultural*. Dissertação

- de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Maringá, Paraná.
- Piza, H. C. T. (2022). *Contribuições da psicologia histórico-cultural para o processo grupal com usuários com esquizofrenia nos Centros de Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica), Universidade Federal de São Carlos - SP.
- Ratner, C. (1995). A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: Aplicações contemporâneas. Trad. Lólio Lourenço de Oliveira. Artes Médicas
- Roteli, F. (2001). A instituição inventada. In: Roteli, F., Leonardis, O. e Mauri, D. Desinstitucionalização. Org: Fernanda Nicário. 2ª ed. Editora Hucitec. São Paulo.
- Santos, A. C. V. (2019). *Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural acerca da esquizofrenia*. Relatório de Iniciação Científica. Departamento de Psicologia. Universidade Estadual de Maringá.
- Santos, et. al. (2020). A esquizofrenia é determinada biologicamente? apontamentos acerca das consequências da fragmentação da unidade biológico-social. In: A. F. Franco, S. C. Tuleski & F. W. Mendonça (2020). *Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença*. Goiânia, GO, Phillos.
- Schraiber (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev. Saúde Pública, 9(1), 63-74.
- Schuhli, V. M. (2008). Cronicidade e Reabilitação na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba.
- Schuhli, V. M. (2020). Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental: uma análise a partir de dois Centros de Atenção Psicossocial. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo.
- Seikkula, J., Olson, M. E. (2003). A abordagem do diálogo aberto na psicose aguda: sua poética e micropolítica. *Family Process*, 42(3), 403-418.

- Silva, F. G. (2022). *Inconsciente e adoecimento psíquico na psicologia soviética*. Curitiba, PR: Appris
- Silva, L. (2023). *A hipótese esquizofrênica da antipsiquiatria inglesa: uma análise da gênese social da esquizofrenia à luz da Psicologia Histórico-Cultural*. Monografia de conclusão de curso – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.
- Silva, M. A. S. (2014). *Compreensão do adoecimento psíquico: de L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental de Bluma V. Zeigarnik*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. v. 9 (1). p. 25 - 59. Manguinhos, Rio de Janeiro.
- Tonet, I. (2013). *Método científico – uma abordagem ontológica*. São Paulo: Instituto Lukács.
- Trevisan, J. V. S. & Baroni, D. P. M. (2020). Uma análise de um grupo de ouvidores de vozes enquanto movimento social e potência política. *São João Del Rei: Saúde em Debate*, v. 44, pp. 70-81.
- Tuleski, S. C. (2002). *Vygotski: A construção de uma psicologia marxista*. Maringá: EDUEM.
- Tuleski, S. C. (2019). A Unidade do Psiquismo Humano para Vigotski e a Desagregação desta na Esquizofrenia. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 35, e35424. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35424>
- Vasconcelos, E. M. (2016). *Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo, SP: Hiutec
- Venturini, E. (2016). Saúde mental e direito: a contenção em psiquiatria. In: VELOSO, T. M. G.; Eulálio, M. C. (Orgs.). *Saúde mental: saberes e fazeres*. Campina Grande: EDUEPB, p. 23-65.
- Vigotski, L. S. & Luria, A. R. (1996). *Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo, e a criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vigotski, L. S. (1987). The psychology os schizophrenia. *Soviet Psychology*, 72-77.
- Vigotski, L. S. (2004). *Teoria e método em psicologia*. Tradução Claudia Beliner. – 3ª. ed. – São Paulo: Martins Fontes.

- Vigotski, L. S. (2010). *A construção do pensamento e da linguagem*. Trad. Paulo Bezerra. 2ª edição – São Paulo. Editora Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2012a). *Imaginação e Criatividade na Infância*. Tradução João Pedro Fróis. Portugal: Dinalivros.
- Vigotski, L. S. (2012b). *Obras escogidas*. Tomo III. Madrid: Visor y A. Machado Libros.
- Vigotski, L. S. (2012c). *Obras escogidas*. Tomo IV. Madrid: Visor y A. Machado Libros.
- Vigotski, L. S. (2018a). *As Sete Aulas de L. S. Vigotski sobre o fundamento da pedologia*. organização e [tradução] Zoia Prestes, Elizabeth Tunes; tradução Claudia da Costa Guimarães Santana. 1ª ed. Rio de Janeiro: E-papers.
- Vigotski, L. S. (2018b). Desintegration and Schizophrenia. In: ZAVERSHNEVA, E; VEER, R. V. D. (Ed). *Vygotsky's Notebooks. Perspectives in Cultural-Historical Research*. p. 319-352. https://doi.org/10.1007/978-981-10-4625-4_20.
- Vigotski, L.S. (1994). Thought in schizophrenia. In J. Valsiner, & R. Van Der Veer (Eds.). *The Vygotsky reader*. Oxford, UK; Cambridge USA: Basil Blackwell. Tradução instrumental para fins didáticos por Achilles Delari Junior]. Recuperado em 16 de novembro, 2011, de http://www.4shared.com/file/50287419/9ebb7f5b/Traduo_de_Vigotski_O_Pensamento_na_Esquizofrenia.html?s=1
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o assombroso aumento da doença mental*. [2010] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- Whitaker, R. (2022). *O Holocausto, a psiquiatria biológica e uma mudança para uma psiquiatria mais humana hoje*. Trad. e edição Fernando Freitas. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2022/08/o-holocausto-a-psiquiatria-biologica-e-uma-mudanca-para-uma-psiquiatria-mais-humana-hoje/>
- Yamamoto (2009). *Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia*. In: Bock, A. M. B. (ORG.). (2009) *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Zeigarnik, B. V. (1979). *Introducción a la patopsicologia*. La Habana: Científico Técnica.
- Zeigarnik, B. V. (1981). *Psicopatologia*. Madrid: Akal Editor.

Zeigarnik, B. V. (2016). Patopsikholgiya, Moscou: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, Publicada no site do Kátharsis, disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1KgD-tvM2fan-LngLzRZWOfEWCOjkTl0L/view>

APÊNDICE A

Roteiro para entrevistas presenciais semi-estruturadas dos usuários em situação de sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia

- Explicação a respeito das entrevistas, participação, combinados de número de encontros e de tempo de cada encontro.
- Apresentação dos objetivos propostos pela pesquisa e dos objetivos com cada entrevista.
- Assinatura do termo de anuência.

Dados pessoais

- Idade, identidade de gênero, orientação sexual, escolaridade, profissão, estado civil, religião, naturalidade, renda familiar, composição familiar.

Histórico de vida/familiar

- Indagar sobre a história da pessoa, qual a composição familiar, com quem convive. Quais aspectos de sua história marcaram sua infância/adolescência/vida adulta. Quais hábitos, costumes, características que são marcantes ao longo de seu desenvolvimento. Como classifica a convivência familiar, indagar a respeito de pessoas, locais, instituições marcaram sua história de vida. Situação socioeconômica, principais barreiras na história de vida.

Interesses pessoais

- Atividades que tem prazer em desempenhar (infância, adolescência, vida adulta), lazer, relação com novos aprendizados e interesses.

Território

- Quais cidades, locais viveu, quais vínculos que teve com cada local de moradia, costumes relacionados com o território, passeios, vida em comunidade, discriminação, adaptações.

Processo de escolarização

- Quais as primeiras lembranças da vida escolar, como compreende seu processo de pré-alfabetização, de alfabetização, de ensino médio e superior (se houver). Relação com

professores, colegas, dificuldades de aprendizagem. Quais as maiores dificuldades e em quais disciplinas mais se destacava. Questionar quais emoções as lembranças escolares evocam.

Vida profissional

- Quais atividades profissionais já desempenhou e quais mais se identificou. Se hoje tem alguma atividade profissional. Quais atividades profissionais são de seu interesse hoje.

Cuidados com a saúde/problemas de saúde

- Quais problemas relacionados à saúde já vivenciou e quais tratamentos realizou, cirurgias, internações (não psiquiátricas).

Primeiros sintomas de sofrimento psíquico

- Quais foram os primeiros sintomas relacionados à saúde mental, com que idade eles iniciaram, quais percepções teve quando iniciaram esses sintomas, quais aspectos da vida estavam em destaque quando houve a percepção dos primeiros sintomas.

Qual/quais foi/foram a/as primeira/as crise/es relacionada/as à saúde mental, com que idade ocorreu/ocorreram, quais percepções teve, quais aspectos da vida estavam em destaque quando ocorreu a/as primeira/as crise/es.

Desenvolvimento dos sintomas/crises

- Como foram os sintomas e crises sequenciais, quais cuidados que foram buscados, quais acompanhamentos foram realizados. Como se consolidou o diagnóstico de esquizofrenia, há quanto tempo. Como lida com os sintomas e crises quando elas ocorrem.

Acompanhamento multiprofissional

- Quais locais realiza acompanhamento, com quais profissionais tem contato. Benefícios identificados ao longo do acompanhamento em saúde. Quais as principais dificuldades encontradas no cuidado em saúde. Com que frequência tem acompanhamento, se houve períodos de maior autonomia ou dependência do acompanhamento.

Internação psiquiátrica

- Se já foi internado em hospital psiquiátrico, quantas vezes, como foi cada uma das internações, com que idade, quais os benefícios e/ou prejuízos das internações. Se a/as

internações foram voluntárias, involuntárias ou compulsórias. Qual motivo desencadeou a crise em cada uma das internações.

Comprometimento da vida social

- As principais mudanças na vida cotidiana após as primeiras crises/consolidação do diagnóstico de esquizofrenia. Se houve alterações na dinâmica de vida após o diagnóstico. Quais os principais comprometimentos, principais dificuldades, perdas decorrentes do sofrimento psíquico. Se já teve momentos em que estava menos comprometido socialmente após o diagnóstico ou não, o que estava acontecendo de marcante na vida pessoal cotidiana nos momentos de maior comprometimento e de maior autonomia.

Relações de amizades, vínculos familiares e afetivos

- Quais são seus principais vínculos afetivos, como classifica essas relações, qual a característica dessas relações. Mudanças das relações ao longo da vida. Principais dependências, autonomia, conflitos, rompimentos e novas construções de vínculos.

Cotidiano

- Quais tarefas desempenha no cotidiano, como é a rotina, atividades que mais gosta de desempenhar, lazer, atividades mais penosas.

Pandemia da COVID-19

- Como lidou/percepções a respeito do início da pandemia do COVID-19, quais os principais impactos na vida pessoal, principais dificuldades. Se houve alteração da vida cotidiana. Se houve mudanças no acompanhamento de saúde. Se houve aumento ou diminuição nos sintomas relacionados ao diagnóstico da esquizofrenia, se houve alguma crise no período da pandemia.

Perspectivas de vida/futuro

- Projetos em desenvolvimento, abertura para novos planejamentos, quais sonhos, metas consegue visualizar para sua vida.

APÊNDICE B

Roteiro para entrevistas presenciais semi-estruturadas dos familiares/pessoas de referência dos usuários em situação de sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia

- Explicação a respeito das entrevistas, participação, combinados de número de encontros e de tempo de cada encontro.
- Apresentação dos objetivos propostos pela pesquisa e dos objetivos com cada entrevista.
- Assinatura do termo de anuência.

Dados pessoais – relacionados ao familiar/pessoa de referência do usuário

- Idade, identidade de gênero, orientação sexual, escolaridade, profissão, estado civil, religião, naturalidade, renda familiar, composição familiar.

Dados pessoais – relacionados ao usuário

- Idade, identidade de gênero, orientação sexual, escolaridade, profissão, estado civil, religião, naturalidade, renda familiar, composição familiar.

Histórico de vida/familiar – relacionados ao usuário

- Indagar sobre a história da pessoa, qual a composição familiar, aspectos da história que marcaram a infância/adolescência/vida adulta. Quais hábitos, costumes, características que são marcantes ao longo de seu desenvolvimento. Situação socioeconômica, principais barreiras na história de vida.

Interesses pessoais – relacionados ao usuário

- Atividades que demonstra prazer em desempenhar (infância, adolescência, vida adulta), lazer, relação com novos aprendizados e interesses.

Território – relacionados ao usuário

- Quais cidades, locais viveu, quais vínculos que teve com cada local de moradia, costumes relacionados com o território, passeios, vida em comunidade, discriminação, adaptações.

Processo de escolarização – relacionado ao usuário

- Relatos a respeito do processo de pré-alfabetização, de alfabetização, de ensino médio e superior (se houver). Relação com professores, colegas, dificuldades de aprendizagem.

Vida profissional – relacionado ao usuário

- Quais atividades profissionais já desempenhou e quais mais se identificou. Se hoje tem alguma atividade profissional.

Cuidados com a saúde/problemas de saúde – relacionados ao usuário

- Quais problemas relacionados à saúde já vivenciou, quais tratamentos realizou, cirurgias, internações (não psiquiátricas).

Primeiros sintomas de sofrimento psíquico – relacionados ao usuário

- Quais foram os primeiros sintomas relacionados à saúde mental, com que idade eles iniciaram, quais percepções (o familiar) teve quando iniciaram esses sintomas, quais aspectos da vida estavam em destaque quando houve a percepção dos primeiros sintomas. Qual/quais foi/foram a/as primeira/as crise/es relacionada/as à saúde mental, com que idade ocorreu/ocorreram, quais percepções (o familiar) teve, quais aspectos da vida estavam em destaque quando ocorreu/ocorreram a/as primeira/as crise/es.

Desenvolvimento dos sintomas/crises – relacionados ao usuário

- Como foram os sintomas e crises sequenciais, quais cuidados que foram buscados, quais acompanhamentos foram realizados. Como se consolidou o diagnóstico de esquizofrenia, há quanto tempo. Como lida com os sintomas e crises quando elas ocorrem.

Acompanhamento multiprofissional – relacionado ao usuário e ao familiar

- Quais locais realiza acompanhamento, com quais profissionais tem contato. Benefícios identificados ao longo do acompanhamento em saúde. Quais as principais dificuldades encontradas no cuidado em saúde. Com que frequência o usuário tem acompanhamento, se houve períodos de maior autonomia ou dependência do acompanhamento.

Internação psiquiátrica – relacionada ao usuário

- Se já foi internado em hospital psiquiátrico, quantas vezes, como foi cada uma das internações, com que idade, quais os benefícios e/ou prejuízos das internações. Se a/as

internações foram voluntárias, involuntárias ou compulsórias. Qual motivo desencadeou a crise em cada uma das internações.

Comprometimento da vida social – relacionado ao usuário

- As principais mudanças na vida cotidiana após as primeiras crises/consolidação do diagnóstico de esquizofrenia. Se houve alterações na dinâmica de vida após o diagnóstico. Quais os principais comprometimentos, principais dificuldades, perdas decorrentes do sofrimento psíquico. O que estava acontecendo de marcante na vida pessoal cotidiana nos momentos de maior comprometimento e de maior autonomia.

Relações de amizades, vínculos familiares e afetivos – relacionados ao usuário

- Quais são os principais vínculos afetivos. Mudanças das relações ao longo da vida. Principais dependências, autonomia, conflitos, rompimentos e novas construções de vínculos.

Cotidiano – relacionado ao usuário

- Quais tarefas desempenha no cotidiano, como é a rotina, atividades que mais gosta de desempenhar, lazer, atividades mais penosas.

Pandemia da COVID-19 – relacionados ao usuário e ao familiar

- Como lidou/percepções a respeito do início da pandemia do COVID-19, quais os principais impactos na vida pessoal, principais dificuldades. Se houve alteração da vida cotidiana. Se houve mudanças no acompanhamento de saúde. Se houve aumento ou diminuição nos sintomas relacionados ao diagnóstico da esquizofrenia, se houve alguma crise no período da pandemia.

Perspectivas de vida/futuro – relacionados ao usuário

- Projetos em desenvolvimento, sonhos e metas relatadas aos familiares.

APÊNDICE C

Roteiro para entrevistas presenciais semi-estruturadas dos profissionais de saúde de referência dos usuários em situação de sofrimento psíquico com o diagnóstico de esquizofrenia

- Explicação a respeito das entrevistas, participação, combinados de número de encontros e de tempo de cada encontro.
- Apresentação dos objetivos propostos pela pesquisa e dos objetivos com cada entrevista.
- Assinatura do termo de anuência.

Histórico do usuário ao longo do acompanhamento realizado no CAPS

- Com auxílio dos registros do usuário, quando iniciou o acompanhamento, avanços e retrocessos desde então, processo de consolidação do diagnóstico, evolução do quadro clínico, sintomas mais presentes, situações de crise, se houve internações psiquiátricas.

Atual acompanhamento do usuário com o CAPS

- Qual a frequência com que o usuário frequenta o serviço, se houve desvinculação do serviço em algum momento, adesão às atividades propostas, principais dificuldades, principais avanços observados pela equipe.

Contato com a família/pessoas de referência

- Como é a relação com a família do usuário, se há acompanhamento conforme as orientações realizadas por profissionais do CAPS.

Pandemia da COVID-19 e os impactos no acompanhamento multiprofissional

- Quais os impactos no acompanhamento do usuário após o início da pandemia de COVID-19.

Perspectivas futuras relacionadas ao acompanhamento do usuário

- Quais as perspectivas dos profissionais em relação ao usuário em relação ao futuro, quais atividades são desempenhadas para fomentar o desenvolvimento de novos projetos/planejamentos.

APÊNDICE D

Roteiro para entrevistas virtuais semi-estruturadas dos profissionais de psicologia, amparados pela abordagem da Psicologia Histórico-Cultural, que atuam/atuaram em CAPS no cuidado em saúde de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia

- Explicação a respeito das entrevistas, participação, combinados de número de encontros e de tempo de cada encontro.
- Apresentação dos objetivos propostos pela pesquisa e dos objetivos com cada entrevista.
- Envio da assinatura do termo de anuência.

Histórico do profissional em CAPS no cuidado em saúde com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia

- Formação acadêmica, início da atuação profissional em CAPS, se ainda esta atuando com este público, há quanto tempo.

Psicologia Histórico-Cultural e o manejo no cuidado em saúde com pessoas diagnosticadas com o diagnóstico de esquizofrenia

- Quais as principais dificuldades, limitações que observou na trajetória profissional, como avalia as ferramentas e contribuições teóricas da Psicologia Histórico-Cultural no cuidado em saúde de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

Contato com a família/pessoas de referência

- Qual o papel da relação com a família do usuário, o quanto está presente no cotidiano do atendimento.

Pandemia da COVID-19 e os impactos no acompanhamento multiprofissional

- Quais os impactos no acompanhamento do usuário após o início da pandemia de COVID-19, no caso de o profissional ter atuado com o público desejado durante a pandemia.