

**UM LUTO SEM PERDAS: EXPERIÊNCIA DE ALTA EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**THE DISCHARGE EXPERIENCE OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: A
GRAVE WITHOUT LOSS**

**UN DUELO SIN PÉRDIDAS: EXPERIENCIA DE ALTA EN UN CENTRO DE
ATENCIÓN PSICOSOCIAL**

João Vitor da Cunha Xavier

Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

E-mail: joaovcunhax@gmail.com

Maria Clara Soares Salengue

Doutora em Educação, Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

E-mail: mariaclara.salengue@gmail.com

Myriam Siqueira da Cunha

Doutorado em Engenharia da Produção, Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Sul-Rio-Grandense, Brasil.

E-mail: mscpel@gmail.com

Márcia Giusti Miller

Mestre em Educação, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-
Rio-Grandense, Brasil.

E-mail: marciagiustimiller@gmail.com

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) visam promover cuidados, autonomia e inclusão social para pessoas com transtornos mentais severos. No contexto de um CAPS no Sul do Brasil, este estudo teve como objetivo compreender a experiência de alta de uma usuária, investigando os significados atribuídos a essa experiência. Optou-se por uma pesquisa fenomenológica hermenêutica, com abordagem qualitativa e a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista em profundidade. A análise revelou duas unidades de significado - “sem ganhos” e “sem cura” - que resultaram no tema fenomenológico “Um luto sem perda”. Esse tema reflete a experiência da participante ao vivenciar sua alta, expressando sentimentos de ambiguidade e a sensação de uma continuidade do sofrimento, sem a resolução esperada. O estudo revelou a complexidade do processo de alta no contexto desse CAPS, onde o cuidado e a autonomia convivem com o luto por expectativas não alcançadas.

Palavras-chave: Processo de alta; Centro de Atenção Psicossocial; Saúde mental; Psicologia; Fenomenologia hermenêutica.

Abstract

The Psychosocial Care Center (CAPS) aims to promote care, autonomy, and social inclusion for people with severe and persistent disorders. This study aimed to understand the discharge experience of a user of a CAPS in southern Brazil, investigating the meanings attributed to this experience. A hermeneutic phenomenological research was chosen, with a qualitative approach and data collection through in-depth interviews. The analysis revealed two units of meaning: “No gains” and “No cure,” which were combined in the central theme: “Grief without loss.” This theme reflects the experience of the participant when experiencing her discharge, expressing feelings of ambiguity and the sensation of continued suffering, without the expected resolution. The study reveals the complexity of the discharge process in the context of the CAPS, where care and autonomy coexist with grief over unfulfilled expectations.

Keywords: Discharge process; Psychosocial Care Center; Mental health; Psychology; Hermeneutic Phenomenology.

Resumen

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) tienen como objetivo promover cuidados, autonomía e inclusión social para personas con trastornos mentales severos. En el contexto de un CAPS en el sur de Brasil, este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de alta de una usuaria, investigando los significados atribuidos a esta experiencia. Se optó por una investigación fenomenológica hermenéutica, con enfoque cualitativo y la recolección de datos se realizó mediante entrevista en profundidad. El análisis reveló dos unidades de significado - “sin ganancia” y “sin cura” - que dieron lugar al tema fenomenológico “Un duelo sin pérdida”. Este tema refleja la experiencia de la participante al vivir su alta, expresando sentimientos de ambigüedad y la sensación de una continuidad del sufrimiento, sin la resolución esperada. El estudio reveló la complejidad del proceso de alta en el contexto de este CAPS, donde el cuidado y la autonomía conviven con el duelo por expectativas no alcanzadas.

Palabras clave: Proceso de alta; Centro de Atención Psicosocial; Salud mental; Psicología; Fenomenología hermenéutica.

1. INTRODUÇÃO

O processo de alta em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) diz respeito a desvinculação de um usuário do serviço após resgatar suas potencialidades e autonomia capturadas pelo adoecimento psíquico. Entretanto, observamos que todo esse modo de cuidado é recente, resultado de um movimento que inicia nos anos 70 e preza pelo cuidado em liberdade.

Mesmo com o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica, ainda nos deparamos com inúmeros desafios. Sob a perspectiva da clínica ampliada, ao falar em cuidado nos delimitamos a minimização dos riscos de internação, controle de sintomas e a promoção de uma escuta qualificada do sofrimento psíquico, de fatores sociais e econômicos. Nesse sentido, percebemos a saúde mental não restrita apenas aos aspectos biomédicos e aos tradicionais modelos de atenção.

Os CAPS surgem no início dos anos 2000 propondo uma nova rede de atenção aos transtornos mentais, propondo um rompimento com a lógica tradicional de atenção, que se direcionava apenas ao saber biomédico. Na visão de cuidado psicossocial encontramos equipes multidisciplinares de profissionais envolvidos como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores e outros.

Com o objetivo de acompanhar sujeitos com transtornos graves, persistentes e em situação de risco, o usuário do CAPS é acompanhado por tempo indeterminado, entendendo o serviço como uma instituição passageira. A alta não significa desassistência, e sim reflete a possibilidade de articulação com os demais serviços da rede de saúde mental que atendam o usuário em suas necessidades, no momento que ele deixa de necessitar do atendimento intensificado e especializado do CAPS, sendo esse, um dispositivo do processo terapêutico. Quando o cuidado intensivo não se faz mais necessário, a alta se apresenta como uma transferência de cuidados no acompanhamento em liberdade (GUEDES et al., 2017).

A partir desses elementos, o estudo buscou compreender como a experiência de alta foi vivida sob a perspectiva de uma usuária usuário de um Centro de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul.

2 CARACTERIZANDO OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornaram-se dispositivos com papel de extrema importância para a concretização das ações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, foi inspirada pela experiência italiana liderada por Franco Basaglia, que partia do pressuposto de que “[...] quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação”. Amarante (2015) aponta que a reforma psiquiátrica italiana traz o conceito de desinstitucionalização como sinônimo de desconstrução. Não se refere apenas à saída da instituição, mas da negação da própria psiquiatria como instituição que aprisionou a loucura no conceito de doença mental e fundamentou cientificamente as práticas excludentes que são conhecidas (AMARANTE, 1998; BASAGLIA, 1982, p. 29).

O processo de Reforma Psiquiátrica inicia com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, a partir da denúncia, por médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, de abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos. Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que acontece no contexto internacional de mudanças relacionadas à superação da violência ocorrida nos manicômios. Esse movimento passa a protagonizar denúncias de violências nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, fazendo crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Com o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, surgem avanços e processos de intervenção depois de uma era marcada por mitos, maus-tratos e mortes. Diante dessa realidade emergiu um novo paradigma de assistência em contraposição ao modelo “hospitalocêntrico”, sendo que no ano de 1986 é criado o primeiro CAPS no Brasil, amparado pela Lei 10.216/02, resultado de uma luta social que durou doze anos. No II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, inicia-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (BERNDT, 2017). Segundo Amarante (2015), “[...] o compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada” podendo ser “identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre a um só tempo e articuladamente nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 2015, p.75-76).

Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS são definidos como organizações destinadas a acolher os usuários com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Sua principal característica é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

Como serviço aberto de atenção diária da rede ambulatorial, os CAPS são destinados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, com tratamento personalizado, realizado por equipe multidisciplinar, gerido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e normatizado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dessa forma os CAPS têm como objetivo serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. Para isso, segundo o Ministério da Saúde, devem: gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; prestar atendimento em regime de atenção diária; promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental em seu território (BERNDT, 2017; BRASIL, 2004).

Os CAPS são o resultado desse movimento, demonstrando avanço

significativo no modo de cuidar a loucura, apresentando-se como lugar que leva em conta a subjetividade de cada sujeito inserido. Além de visar a reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental, traduz um espaço de resistência e luta aos preconceitos ainda existentes sobre os transtornos mentais. Com eles, a ideia de que é possível cuidar sem aprisionar, de que não precisamos esconder os ditos diferentes é exaltada, organizando e regulando a rede de cuidados de um território com a diversidade de possibilidades e de intervenções terapêuticas.

Os CAPS I e II são destinados ao atendimento diário de adultos, em sua população do território de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes; os CAPS III contemplam atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos severos e persistentes; CAPSi atendem diariamente crianças e adolescentes com transtornos mentais; por fim, os CAPSad para atendimento diário a usuários de álcool e outras drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência dessas substâncias psicoativas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

A atenção psicossocial, como uma instância de produção de cuidados, oferece diversos tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além de consultas e uso de medicamentos, caracterizados pelo conceito de Clínica Ampliada. A ideia e a prática desta clínica vêm provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais (BRASIL, 2004). Apontamos a seguir as atividades desenvolvidas nesses centros de saúde.

Atendimento individual contempla a prescrição de medicamentos, psicoterapia e orientação. O atendimento em grupo inclui as oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização, culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas e de suporte social, grupos de leitura e debate, entre outros. O atendimento para a família comporta o atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino e lazer. As atividades comunitárias são desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Por último, temos as assembleias ou reuniões de organização do serviço, que são instrumentos importantes para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. (BRASIL, 2004)

Berndt (2017) ressalta a necessidade de compreender que o trabalho na Reforma Psiquiátrica não é uma solução mágica ou definitiva, sendo imprescindível concebê-la a partir de uma lógica de rede, com vários pontos de cuidado em seus diferentes processos. Para compreendê-la como um processo revolucionário, é preciso considerar a advertência de Oliveira (2006): o trabalho/cuidado emancipatório, característico da atenção psicossocial, não se realiza pelo uso de uma determinada técnica, nem pela realização num determinado lugar, ou pela qualificação profissional de quem o realiza, ou pela especificidade de quem é atendido. Ele ocorre pela desalienação de todos os envolvidos (usuários e profissionais), pelo reconhecimento de que somos, todos, sujeitos e cidadãos com direito à liberdade e com responsabilidade “pelas escolhas livres que fazemos, livres na medida em que dizem sobre a nossa participação social” (OLIVEIRA, 2006, p. 701).

Para a efetivação da reforma, temos em questão um campo marcado por tensionamentos da esfera econômica, política e cultural. Nesse sentido, deve-se retomar o movimento da Luta Antimanicomial, como movimento social que se posiciona em relação à loucura, ao cuidado e sobretudo à cidadania e à liberdade. A implementação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa por diversos desafios, que devem ser pensados e discutidos em conjunto, pelos diferentes atores que participam dessa construção, incluindo profissionais, usuários, familiares, gestores e governantes. É de conhecimento que a maneira como os serviços estão organizados dependem de inúmeros fatores, que vão desde os limites, capacidades, perspectivas e visões de mundo dos sujeitos que compõem essa rede, até as questões relacionadas a processos sociais complexos, alicerçados no modo de produção capitalista. As propostas devem partir da análise e reflexão sobre a realidade da população atendida, possibilitando avanços concretos em serviços que atendam às necessidades dos usuários, demandando, assim, uma abordagem interdisciplinar e intersetorial (BERNDT, 2017).

2.1 A ALTA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os CAPS preconizam a reabilitação psicossocial e a retomada da autonomia daqueles que têm algum sofrimento psíquico. A ideia desse serviço é que os usuários frequentem por algum período de tempo e que recebam alta. Para pensar a alta, Berndt (2017) atenta que se deve refletir sobre os vários fatores implicados nessa questão, tais como o vínculo criado com a instituição, a insegurança em relação à rede social e assistencial de cada usuário e também o fato de muitos transtornos psíquicos terem a possibilidade de cronificação (BERNDT, 2017).

Guedes (2014) trabalha a questão da alta entendendo, não como fim do tratamento, mas como um processo que dá continuidade ao acompanhamento do cuidado em saúde mental. A alta, dentro do contexto da atenção psicossocial, não ocorre no sentido biológico, o qual remete à cura da doença e ao desaparecimento da patologia psiquiátrica. As equipes profissionais dos CAPS são interdisciplinares, entendidas como estruturais, havendo reciprocidade e enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos envolvidos, focados na reabilitação psicossocial. Portanto, não é centrada na figura médica e nem no saber biomédico. Ao contrário do que é visto nos hospitais psiquiátricos, o cuidado é proporcionado por uma equipe técnica composta por profissionais de diversas áreas (GUEDES, 2014).

Nessa perspectiva, a alta não se refere não somente à prescrição médica, como a palavra remete, mas considera todos os conhecimentos e vontades, incluindo a participação de usuários e familiares. Logo, temos um cuidado horizontal, ou seja, todos estão implicados nesse processo.

De acordo com Pinheiro (2009), a alta implica o risco de evocar características do tratamento manicomial, porque, quando oferecida ao usuário, sem sua efetiva participação, está mais ligada à tutela do que à produção de autonomia, afinal é o outro quem decide, quem direciona. Por outro lado, quando ocorre dentro de um processo que privilegia o modo de atenção psicossocial, pode favorecer a avaliação dos resultados alcançados, bem como se constituir um

dispositivo que retrata o movimento do usuário para além da vida no CAPS, demonstrando o papel ativo de uma rede de serviços que dê suporte e continuidade ao acompanhamento (PINHEIRO, 2009).

Destaca-se que não é a alta, em si mesma, um procedimento antimanicomial a ser defendido a qualquer custo. Pelizzaro (2006) comenta que existiriam fatores favoráveis e desfavoráveis à alta do CAPS. No primeiro caso, a autora destaca o fato de a alta ser incluída nos Projetos Terapêuticos Singulares como uma possibilidade desde o princípio do tratamento, de forma a ajudar o usuário a se responsabilizar pelo cuidado que lhe é dedicado. Além disso, aspectos como a produção da autonomia do usuário e sua convivência com outras pessoas favoreceriam à alta. Por outro lado, a falta de rede de apoio para o usuário, as dificuldades relacionadas à continuidade do cuidado na atenção básica e à falta de territorialização do CAPS são aspectos desfavoráveis para a efetivação da alta (PELIZZARO, 2006).

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A opção metodológica deste estudo foi pela pesquisa fenomenológica hermenêutica de abordagem qualitativa, conforme por Van Manen (2018), na medida em que o principal objetivo foi investigar, descrever e interpretar experiências vividas.

Para Byrne (2001), a fenomenologia é um tipo de pesquisa qualitativa que examina essas experiências e busca entender sua essência. Logo, é fenomenologia porque trata-se de um estudo descritivo dessas experiências, na tentativa de enriquecê-las pela descoberta do seu significado; e hermenêutica porque é um estudo interpretativo das expressões e objetivações do que se vive, no esforço de determinar o significado nelas expresso (Van Manem, 2018).

Para a realização do estudo foi entrevistada uma mulher com mais de 60 anos de idade. No primeiro contato, a participante foi informada sobre os objetivos e o devido sigilo implicado no estudo, sobre as gravações das entrevistas e sobre o direito de desistir da participação em qualquer etapa da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizada entrevista em profundidade, segundo Seidman (2019), com o propósito de compreender a experiência vivida e os significados a ela atribuídos.

A entrevista em profundidade consistiu em conduzir uma série de três momentos distintos com a participante (SEIDMAN, 2019). O primeiro teve como foco principal a trajetória de vida da participante, com o intuito de contextualizar a experiência vivida. O segundo foi destinado à reconstrução de detalhes da experiência vivida. O terceiro visou estimular a participante à reflexão sobre o significado de sua experiência. A entrevista foi direcionada para que fossem feitas as conexões emocionais e intelectuais entre a experiência vivida e os significados atribuídos à alta.

Cada momento forneceu elementos que colaboraram com o encaminhamento do encontro seguinte. Foi indispensável seguir a estrutura sugerida e o senso do foco de cada entrevista, pois cada uma delas teve uma finalidade dentro da série (SEIDMAN, 2019).

As entrevistas ocorreram de forma presencial, totalizando três encontros com cerca de uma hora destinada a cada entrevista. O armazenamento do conteúdo foi feito por meio de gravações e anotações durante e após a realização. Buscou-se captar tudo o que foi dito para analisar e interpretar, bem como, monitorar o processo de coleta de dados (MERRIAM, 1998). A descrição da experiência vivida foi realizada após as transcrições das entrevistas, focalizando os dados biográficos e da história da entrevistada. Esses níveis representaram em parte, os diferentes momentos das entrevistas, mas, sobretudo, a essência do fenômeno estudado, a partir da experiência de alta de um Centro de Atenção Psicossocial.

Houve um fluxo constante indissociável entre as fases da coleta e análise de dados (TRIVIÑOS, 2015). Todo o material coletado foi transcrito após cada encontro para dar sentido aos dados. Reduziu-se o volume de informações e foi construída uma estrutura para alcançar a essência da experiência vivida (PATTON, 2002), ou seja, fazer o que Miles e Huberman (2014) descrevem como redução de dados.

Desse modo, houve inúmeras leituras e releituras do material para identificar declarações e falas marcantes que revelassem a experiência vivida pela participante. Assim, a abordagem detalhada permitiu entender o que uma simples sentença ou palavra revelou sobre o fenômeno do estudo. Nesse momento alguns temas foram descartados ou reagrupados e outros emergiram, fazendo nascer o andamento do próprio processo analítico e estrutura do estudo (VAN MANEN, 2018).

A construção da essência do que os dados revelaram (PATTON, 2002) e a redução dos dados (MILES; HUBERMAN, 2014) foram alcançadas na elaboração do texto fenomenológico. Obteve-se a confiabilidade pela explicitação de cada passo dado na abordagem com a participante, no detalhamento da análise e interpretação das falas e pela documentação de todo o material coletado.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Com a finalidade de atender aos requisitos éticos, decidiu-se atribuir um nome fictício Mel à participante, pensado a partir da abreviação de “melancolia”, devido a esse sentimento ter forte representação em sua trajetória.

4.1 TRAJETÓRIA DE MEL

E se não tivesse o amor?
E se não tivesse essa dor?
E se não tivesse o sofrer?
E se não tivesse o chorar?

(Caetano Veloso, 1972, música: It's a Long Way)

Mel tem 62 anos, filha única de um casal natural de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Teve a infância marcada por um vazio existencial,

manifestado em suas falas:

[...] eu tinha que ficar sentada num banquinho, pra não incomodar [...] meu pai me batia, e eu vim com isso pra cá. Eu vim com isso pra minha idade agora, não sai da minha cabeça, então... é um trauma que fiquei. A minha infância foi assim, não podia brincar, apanhava muito e é assim. Não era uma coisa que tinha amor, que tinha carinho, não. Era bem nítido (Mel).

Esse vazio perdurou pela adolescência e pelo início da vida adulta. Aos 19 anos conheceu o atual marido, conforme relata: “[...] da minha adolescência pra vida adulta foi com o meu namorado. Aos 19 anos me casei, não tive uma vida muito de adulto. Em seguida veio os filhos[...]” (Mel).

O casal teve três filhos e vive junto até hoje. Mel é dona de casa desde então e teve poucas experiências de trabalho. Um dos filhos é muito importante para ela, o descreve como essencial para enfrentar seus problemas, ao mesmo tempo que aponta conflitos em relação ao marido.

[...] esse meu filho de 36 anos, quando eu estou triste, chateada, ele vai lá e me abraça, coisa que eu mais adoro, abraço [...] pra mim é a coisa mais amorosa que tenho. Mas os outros não me ouvem, eles só me condenam. [...] Meu marido que diz que eu estou fingindo, que estou me fazendo que tô doente, meu marido diz isso (Mel).

Aos 30 anos de idade passou a sentir medos e tristezas inexplicáveis, quando procurou ajuda psiquiátrica, sendo diagnosticada com depressão: “[...] eu não conseguia parar de chorar, chorava o dia inteiro, com medo, chorava por qualquer coisa, se me dissessem alguma coisa, que nem era tão importante, eu já chorava. Só queria ficar deitada” (Mel). O médico procurado prescreveu muitos medicamentos, a ponto de acarretar a perda da concentração. Por essa razão, procurou uma Unidade Básica de Saúde que a encaminhou para o CAPS aos 49 anos.

4.2 A EXPERIÊNCIA DE MEL

Após permanecer por 10 anos em acompanhamento no CAPS, Mel viveu a experiência de alta. Ela relata ter ficado empolgada e contente com essa indicação pelo seu técnico de referência, porém com sentimentos ambíguos, de satisfação e insegurança: “[...] eu tava insegura. Eu não tava esperando, mas aí quando o técnico de referência disse que eu tinha condições de dar alta, aí eu fiquei bem empolgada” (Mel).

A participante expressa em suas falas que o cuidado do serviço se pautou principalmente no acompanhamento psiquiátrico e sobre o momento da alta, relata:

[...] eu queria ficar mais um tempinho, achava que precisava, mas não, até porque não me dei bem com a última psiquiatra daqui. Os remédios dela não me faziam bem, não me faziam efeito. No momento da alta eu tava bem, vem sentimento de que eu já tinha cumprido aquela meta, que eu tinha que ficar aqui, que não precisava mais (Mel).

Percebe-se que o processo de alta de Mel foi marcado por sentimentos contraditórios que, em alguma medida, resultaram em sensação de luto e perda pela ruptura, ainda que experienciando a gratificação pela alta.

4.3 UM LUTO SEM PERDA

A partir do detalhamento da análise e interpretação das falas de Mel, foi possível extrair a estrutura nuclear da sua experiência vivida. Desse processo emergiram duas unidades de significado - “sem ganhos” e “sem cura”- que são as estruturas do tema fenomenológico “Um luto sem perda”.

4.3.1 Sem ganhos

A alta é considerada frequentemente como um ganho, um avanço, um sinal de que a autonomia do usuário do CAPS foi retomada e o sujeito está pronto para desvinculação dessa abordagem de cuidado. Portanto, a alta, no contexto da atenção psicossocial, não ocorre apenas no sentido biológico, o qual remete à cura da doença e ao desaparecimento da patologia psiquiátrica. Mel descreve esse momento com sentimentos negativos: “Ah, eu fiquei com sentimento de piorar muito, de voltar tudo, esse sentimento que veio, que eu fiquei. Eu fiquei com medo. Significava que eu ia ficar sozinha, que não ia ter mais lugar nenhum pra eu ir desabafar” (Mel).

Diante da possibilidade da alta, sentiu-se com medo de reviver o sofrimento decorrente do adoecimento psíquico, da piora dos sintomas vividos antes do ingresso no CAPS: “Eu fiquei com medo que voltasse tudo de novo, por isso que tava insegura, no momento da alta. [...] Não poder contar com ninguém mais. Não poder desabafar com ninguém. Sentimentos de desespero” (Mel).

Esses sentimentos vividos por Mel são resultantes da perda da condição de segurança proporcionada pelo acolhimento institucional, e de sua resistência em efetivar a ruptura, conforme se pode perceber na sua fala: “Não, eu pensava que ainda tava necessitada do CAPS, aí o técnico de referência me disse que não, tu é que sabe, claro, como está se sentindo, mas já faz 10 anos que estás aqui, já tem condições de dar alta” (Mel).

No entanto, Mel relatou ter ficado contente ao pensar que seu quadro teria evoluído no sentido da cura: “Foi bem, eu fiquei bem empolgada, bem contente, e achei que tinha dado uma evoluída, bastante” (Mel).

Desviat (1993) aponta que os serviços de saúde mental também podem criar efeitos de cronicidade na medida em que seu cotidiano se converte em uma atuação ritualizada com conteúdo estereotipado e frequência inalterada. Nessa perspectiva, o autor destaca o risco de os CAPS eventualmente reproduzirem o modelo hospitalocêntrico que se propuseram a superar.

Nesse sentido, Guedes (2017) situa o CAPS como um serviço transitório para os usuários, e não como um local de permanência extensa, sendo que quando estão estáveis, deveriam seguir sua trajetória em outros pontos da rede de saúde e social (GUEDES et al., 2017).

No que diz respeito ao processo de alta, Mel relata que não foi elaborada em conjunto, constituindo-se uma surpresa para ela: “[...], foi uma decisão deles. [...] eu precisava mais um tempo do CAPS, mas como o técnico de referência disse que eu tava bem, eu procurei esquecer e melhorar” (Mel).

Para Mel, a alta foi um processo sem ganhos, tendo sua experiência

marcada pelo medo e pela insegurança.

4.3.2 Sem cura

Mel atribuiu o alívio do seu mal-estar exclusivamente aos medicamentos psiquiátricos, dos quais faz uso há aproximadamente 30 anos. Imaginava que o momento da alta significaria um sinal de uma melhora de seu transtorno, podendo deixar de lado esse tratamento medicamentoso. Sua relação com as medicações tem forte importância na sua trajetória: “É a minha bengala, como diz o outro, minha muleta. Consigo só raciocinar com as minhas medicações. Bom, sentimento bom” (Mel).

Embora o cuidado da instituição transcenda a medicalização, incluindo também a promoção de oficinas e grupos terapêuticos, a participante descreve a sua participação nessas dinâmicas muito brevemente, dando maior relevância à prescrição medicamentosa, conforme destaca:

Tem muito significado, tem a maneira de eu me acalmar, de ficar bem. É bom, gosto de falar sobre minha medicação, porque é importante pra mim [...] O CAPS foi muito bom pra mim, no início assim, uma psiquiatra ótima (Mel).

Em tratamento medicamentoso contínuo é referido por Mel como de extrema importância até mesmo para induzir seu processo fisiológico natural, à exemplo da indução ao sono, que passou a ocorrer somente mediante administração de substância artificial. Mel menciona que só se mantinha bem com uso de medicação: “Se eu estava com remédio, estava bem, agora sem o remédio, não. Ah, o sono só com remédio, senão eu não dormia toda noite. Sem os remédios, não. Com remédio durmo muito bem, acordo só no outro dia” (Mel).

Mel destaca, ainda, a relevância da medicação na manutenção de seu bem-estar, relacionando a sua felicidade a esse tratamento: “Com os remédios eu saio, ando pouco na rua, mas ando. Sou mais alegre, mais feliz” (Mel).

No entanto, ao descrever o que significa felicidade, expressa:

A felicidade é... não sentir, não sentir vontade de chorar, não sentir infeliz, não sentir que as coisas não mudam [...] não sei, eu não sinto nada. Vem que eu não sinto nada, que felicidade é uma coisa passageira, a gente sente um pouquinho e daqui a pouco já não sente mais. Significa que eu tô feliz, mas falta alguma coisa, não tô completa. Não sei dizer, alguma coisa falta para eu ficar feliz, completa. Vem a revolta (Mel).

Constata-se que, para Mel, a felicidade, assim como o efeito do remédio, passa. Nesse sentido, a alta gerou uma expectativa frustrada para ela e seus familiares que acreditavam que estaria curada, em condições de suspender o tratamento medicamentoso: “Foi feliz, ficaram bem contentes. Acharam que eu estava bem, que estava melhor, em condições de parar a medicação, coisa que não podia” (Mel).

Para Tavares (2010) a tentativa de cura para o sofrimento tem como base, na maioria das vezes, as intervenções psicofarmacológicas, as quais são alicerçadas em pressupostos de “normatização” dos indivíduos. O autor destaca, ainda, que esse percurso produz a alienação do sujeito em seu processo de desenvolvimento, de forma que os símbolos passam a significar suas sensações;

então, no percurso da cura, o sujeito passa a (ex)-istir subjetivamente, dada a alienação produzida por meio de um discurso outro (diagnóstico e medicação), nesse trajeto comum às práticas em saúde (TAVARES, 2010). Nessa perspectiva, Mel sente-se triste pelo fato de não conseguir curar-se sozinha:

Pra mim é muito triste, porque eu não posso me curar sozinha, não tenho condições disso, sei disso. [...] Eu acho que é uma coisa que eu preciso, não querer negar, porque é preciso tomar remédio. Eu queria que eu me curasse, que eu parasse com os remédios. Eu não sei, não sei te explicar (Mel).

Mel não acredita em uma melhora longe dos remédios, tampouco em uma cura. Bolguese (2004) comenta que, com os antidepressivos, as pessoas tiveram a oportunidade de se sentirem melhores. Porém, a partir do aumento do uso dessas substâncias, os sujeitos foram sendo gradativamente condenados a uma nova forma de alienação, pois se busca curar o sujeito de sua condição humana, prometendo o fim do sofrimento através de pílulas, que apenas fazem suspender os sintomas para reorganizá-los de outro modo em seguida (BOLGUESE, 2004).

Em relação às suas relações ineterpessoais, Mel expõe outras preocupações para além do abandono das substâncias e sintomas:

Porque eu incomodo muito com essas coisas que tenho que comprar remédio, tudo eles se incomodam comigo, eles não, meu marido, se incomoda muito [...] E minha consciência fica pesada de ter que ficar pedindo remédio, e a gente não tem dinheiro, e eu fico culpada de ter que estar pedindo dinheiro pra comprar remédio. Sentimento de culpa (Mel).

Mel vive a experiência de culpa pela limitação financeira como se esta fosse um problema próprio da sua existência, e não decorrente do contexto em que está inserida. Nesse sentido, Bolguese (2004) refere que especificamente a depressão adquire importância na medida em que passa a representar a resposta aos impasses de natureza social evidente. A cristalização das estruturas sociais e a tentativa de adaptação e confinamento do homem a uma existência alienada e alienante são características próprias da sociedade capitalista, na medida em que circunscreve, no âmbito individual, as tensões e angústias que o sujeito passa a viver como próprias (BOLSEGUESE, 2004).

Mel expressa em suas falas sentimentos negativos, permeados por angústias e sofrimentos. Depois de ter vivido a alta e entendido que não haveria cura, Mel expressa:

A vida é boa, mas com certas coisas que não consigo superar, mas ela é boa. Uma coisa, assim, que eu não consigo sentir alegria, aquela alegria que todo mundo tem, de dar risada [...] nunca mais dei risada, assim, mas é boa. Graças a Deus, como me dizem, não tenho doença nenhuma, grave. Então, eu tenho que ficar feliz (Mel).

Destaca-se que Mel atribuiu à alta o significado de cura do adoecimento psíquico e uma oportunidade para interromper a medicação, acarretando sentimento de frustração e tristeza, na medida em que assim como não teve ganhos perceptíveis com a alta, também não teve a cura idealizada.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo entender como se deu a experiência de alta de um Centro de Atenção Psicossocial, vivida pela participante da pesquisa. Revisando os conceitos acerca do serviço, por meio das falas de Mel percebe-se que ela viveu essa experiência como um luto, porém sem perdas, pois ao longo das entrevistas descreve que a relação da melhora do seu sofrimento se deu por meio das medicações.

Os relatos da usuária permitem inferir sua gratificação com a experiência, classificando sua participação nos grupos e oficinas terapêuticas como breves, mas positivas, destacando que se relacionava bem com seus pares, porém identificando a medicação como o principal valor no processo terapêutico. Logo, no momento da alta, a expectativa de ganhos e cura, idealizada por ela e por seus familiares, resultou frustrada, gerando tristeza e angústia diante dos desafios de lidar com os sintomas persistentes sem o amparo institucional.

A análise dessa experiência vivida instiga a reflexão sobre o trabalho da Psicologia nesses centros de saúde. Por meio da voz de Mel, percebem-se os limites da experiência de alta no que se refere a recuperação plena da autonomia pelo usuário, após a institucionalização passageira em um CAPS, tendo em vista a persistência dos sintomas psíquicos.

Embora o serviço oferecido pelos CAPS não preconize a cura do transtorno mental, revela-se imprescindível a desmistificação das expectativas sociais acerca do acolhimento psiquiátrico nesses centros, por meio da problematização e divulgação de seus propósitos, potencialidades, limitações e abordagens terapêuticas, de forma a asseverar sua relevância e suas inegáveis contribuições à saúde pública.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed., 1998.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

BERNDT, D. P. **O processo de "alta" dos usuários do CAPS Escola**: contribuições para a reforma psiquiátrica em Pelotas. 2017. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002** (2002). Estabelece as modalidades de CAPS.

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

BOLGUESE, M. S. **Depressão e doença nervosa moderna**. São Paulo: Via Lettera; Fapesp, 2004.

BYRNE, M. M. Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. Association of Operating Room Nurses - **AORN Journal**. v. 73, n. 4, April, 2001. p. 830-832.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Tradução: José Gabriel Rego, Instituto Piaget, Lisboa, 1993.

GUEDES, A. C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43794>.

GUEDES, A. C. **Avaliação do processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial**. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2014.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: a methods sourcebook**. Thousand Oaks – California: SAGE Publications Inc, 2014.

OLIVEIRA, A. G. B. **Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 2006.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park: Sage, 2002.

PELIZZARO, F. **A alta de usuários nos serviços substitutivos/CAPS na região da grande Florianópolis – SC**. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça – SC, 2006.

SEIDMAN, I. **Interviewing as qualitative research: a guide for researches in education and the social sciences**. Teachers College Press: New York, 2019.

TAVARES, L. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação - o positivismo; a fenomenologia; o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2015.

TUNDIS, S.; COSTA, N. (org). **Cidadania e Loucura políticas de saúde mental**

no Brasil. Vozes: Petrópolis, RJ. 2000.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience:** human Science for na action sensitive pedagogy. London, Ontario, Canadá: The Althouse Press, State University of New York Press, 2018.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social** – O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental:** a construção de um processo participativo. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 113-160. Loucura & Civilização collection. 2010.