

5.1 MANUSCRITO 1: ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL E A INTERRUPTÃO DA EXPERIÊNCIA DO OUTRO: UM OLHAR MERLEAU-PONTYANO

Resumo

Estudo qualitativo que objetiva descrever como os operadores de desinstitucionalização, *autonomia, empoderamento e reinserção social*, aparecem na intersubjetividade com famílias que vivenciam o sofrimento mental, à luz da ontologia da experiência de Maurice Merleau-Ponty. Desenvolvido em uma cidade do estado da Bahia, Brasil, no período de julho de 2017 a junho de 2018, com famílias que vivenciam o sofrimento mental, por meio de entrevistas fenomenológicas e rodas de intersubjetividade, cujas descrições foram submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade. Os resultados revelam o estigma da doença mental no contexto familiar e social como vivência ambígua que produz (des)institucionalização. O estudo demonstra a necessidade do diálogo com as famílias para o reconhecimento de práticas institucionalizantes e de enfrentamento ao estigma.

Palavras-chave: Família; Sofrimento mental; Desinstitucionalização.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira instituiu-se, essencialmente, como um movimento de luta pela desinstitucionalização, no sentido de responder às necessidades de liberdade e emancipação das pessoas com sofrimento mental, de todas aquelas que, de algum modo, sentem os efeitos das práticas manicomiais, e dos estigmas que continuam presentes, em menor ou maior intensidade, nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, ou mesmo no contexto da família (Amarante & Torre, 2017).

Esse movimento surgiu no Brasil em um período de grande mobilização social pela redemocratização do país, e foi fortemente influenciado pela experiência italiana, iniciada por Franco Basaglia em Trieste, Itália (Venturini, 2016). Desde então, vários pesquisadores brasileiros têm buscado desconstruir saberes, discursos e práticas que sustentam o modelo manicomial, o que resultou em uma transformação das relações com a loucura e na produção de um novo lugar social para as pessoas com sofrimento mental (Yassui, 2012; Bezerra, Morais, Paula, Silva, & Jorge, 2016; Amarante & Torre, 2017; Nunes & Marques, 2018).

Ao serem reconhecidos como sujeitos de direitos, essas pessoas passam a ter vozes ativas e tornam-se protagonistas de suas histórias, que podem ser redescobertas, ressuscitadas e reinventadas mediante processos de desinstitucionalização (Amarante, 2018). Essas

mudanças configuram-se como construção de autonomia e de empoderamento, e são necessárias para enfrentar o movimento de idas e vindas, que ora se mostra como avanço e ora como retrocesso (Venturini, 2016).

As discussões sobre o direito de as pessoas vivenciarem a liberdade e a cidadania começaram a ganhar notoriedade em 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se tornou, posteriormente, Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), combateu a violência, a discriminação e a segregação do manicômio, em parceria com os “próprios ‘loucos’ e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos” (Amarante & Nunes, 2018).

O MLA se fortaleceu a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, e das Conferências Nacionais de Saúde Mental que a sucederam (Amarante & Nunes, 2018). Para esses autores, apesar de o MLA possibilitar o desenvolvimento do pensamento crítico à institucionalização da loucura, e ter impulsionado a implantação de dispositivos territoriais, substitutivos ao hospital psiquiátrico e ao frágil modelo ambulatorial, o institucionalismo e o poder institucionalizante continuaram presentes nos discursos e nas práticas de muitos profissionais que atuam em pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O poder institucionalizante presente nas ações dos profissionais de saúde mental contribui para a manutenção de um saber-fazer pautado no discurso da incapacidade do louco e do seu lugar de alienação na enfermidade, na perda das relações pessoais com o outro e consigo mesmo, na objetificação e identificação com as regras e com o esquema da instituição (Basaglia, 2005).

Na perspectiva de avançar na efetivação do modelo psicossocial, era preciso integrar à RAPS dispositivos capazes de contemplar outras dimensões e demandas de vida, tais como moradia, lazer, trabalho, espiritualidade, cultura, entre outros (Amarante & Nunes, 2018). No entanto, esses autores evidenciam que, apesar da importância da RAPS, as mudanças ocorridas na conjuntura política do país, a partir do ano de 2015, e que afetaram o Ministério da Saúde, fizeram com que a Reforma Psiquiátrica se tornasse alvo de importantes retrocessos.

O retrocesso atingiu seu ápice no ano de 2017, após a publicação da Portaria GM nº 3588, que inclui o hospital psiquiátrico na RAPS, revisa valores pagos pelo SUS por cada leito psiquiátrico e aumenta o repasse financeiro às comunidades terapêuticas (Portaria 3.588, 2017; Amarante & Nunes, 2018). A suspensão do repasse de custeio mensal destinado aos serviços que integram a RAPS, por ausência de registros de procedimentos no Sistema de

Informação do SUS, pela Portaria GM 3659/2018 (2018), somada à autorização de compra de aparelhos de eletrochoque para o SUS, a internação de crianças em hospitais psiquiátricos, e o incentivo à abstinência como tratamento de dependentes de drogas (Brasil, 2019), mostram que o “tempo de retrocessos da reforma psiquiátrica já se consolidou, abrindo campo para uma nova fase: a da contrarreforma” (Pinho, 2019).

Em tempos de contrarreforma, surge uma preocupação com relação ao lugar que a família passará a ocupar no cuidado, já que no modelo manicomial ela foi excluída do cenário de tratamento e no modelo psicossocial foi evidenciada e inserida como protagonista do cuidado (Silva & Monteiro, 2011). Entretanto, esse processo não ocorre sem tensões e contradições, muitas famílias referem despreparo para o cuidado e expressam sentimento de abandono no contexto dos serviços de saúde mental, e, portanto, reafirmam a necessidade da manutenção de serviços hospitalares que acolham seus familiares, sobretudo, em situações de crise (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016).

A vivência como docentes no curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em disciplina do campo da Saúde Mental, bem como em pesquisas e outras experiências com famílias que vivenciam o sofrimento mental, tem nos mostrado que o processo de desinstitucionalização se mostra de forma ambígua.

O presente artigo constitui uma tentativa de responder a questionamentos relacionados aos avanços e retrocessos no percurso de consolidação do modelo psicossocial, os quais mobilizam modos de ver, pensar e agir de famílias que vivenciam o sofrimento mental, a saber: como os operadores de desinstitucionalização, *autonomia*, *empoderamento* e *reinserção social*, se evidenciam na relação dialógica com famílias que vivenciam o sofrimento mental? Para responder a essa pergunta, estabelecemos como objetivo: descrever como os operadores de desinstitucionalização, *autonomia*, *empoderamento* e *reinserção social*, aparecem na intersubjetividade de famílias que vivenciam o sofrimento mental, à luz da ontologia da experiência de Maurice Merleau-Ponty.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na *ontologia da experiência* de Maurice Merleau-Ponty, construída a partir da noção de que o *ser* é sempre maior do que é subjetivamente apreendido (Merleau-Ponty, 2014). Para o autor, o ser visto e o ser percebido estão entrelaçados e, sendo assim, o *ser* não pode satisfazer-se em apresentar o que se manifesta, mas precisa refletir, também, o que se oculta. Esses modos de ser no mundo revela

a forma como nossa percepção opera, qual seja, como *corpo próprio*, fenômeno capaz de permitir à pessoa, a cada instante, tornar-se outra, como diz o autor, um *eu mesmo*, ou um *eu posso* (Merleau-Ponty, 2006; Merleau-Ponty 2014).

Esse referencial possibilitou-nos escrever os três artigos que apresentam os resultados da tese de doutorado intitulada “Operadores de desinstitucionalização na percepção de famílias que vivenciam o sofrimento mental”. Este artigo, que constitui um recorte dessa tese, permitiu-nos compreender a forma como ocorre o processo de (des)institucionalização no contexto das famílias que vivenciam a experiência do sofrimento mental, seja no que diz respeito aos avanços da reforma psiquiátrica, seja nos retrocessos ocorridos.

O estudo foi desenvolvido em domicílios de uma cidade do estado da Bahia, Brasil, no período de julho de 2017 a junho de 2018, após a apresentação do projeto de tese em reunião do Grupo de Ajuda Mútua (GAM), que consiste em uma ação de extensão universitária que coordenamos no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II). O GAM se reúne quinzenalmente, com a participação de usuários, familiares, trabalhadores do serviço e acadêmicos da UESB. No momento em que apresentamos o projeto, deixamos claro que o usuário seria indispensável ao grupo participante, por fazer parte da família e ser o membro que nos vincula a ela. Dos dezoito usuários presentes na referida reunião, apenas dez indicaram suas famílias para participar da pesquisa.

A seleção das famílias ocorreu com base nos seguintes critérios de inclusão: ter um usuário do CAPS II entre seus integrantes; ter entre um e três familiares indicado(s) pelo usuário (em virtude da última etapa da pesquisa de campo, que reuniu as famílias participantes na UESB e foi preparada para um grupo entre dez (mínimo) e trinta (máximo) participantes); todos serem maiores de 18 anos; e, autorizarem a realização das visitas domiciliares.

No sentido de promover ambientação e maior aproximação às famílias, conversamos por telefone com um dos participantes para agendarmos a primeira visita domiciliar, com o propósito de localizar o domicílio no território, apresentar a proposta para quem não estava presente na reunião em que o projeto foi apresentado, e, por fim, agendar os momentos subsequentes.

Desse modo, o grupo participante foi formado por dez famílias, compostas da seguinte maneira: três usuários indicaram um familiar; um usuário indicou três familiares; e, seis usuários indicaram dois familiares. Apesar do grupo ter sido composto por vinte e oito pessoas, inseridas nas dez famílias, os resultados desse artigo não incluem descrições de todos

os participantes, mas somente daqueles cujas falas foram relacionadas às categorias aqui discutidas.

A produção vivencial ocorreu nos domicílios por meio de dois procedimentos: entrevistas fenomenológicas e rodas de intersubjetividade.

A entrevista fenomenológica constitui uma estratégia de construção de intersubjetividade fundamentada na empatia, na ressignificação de experiências, na relação dialógica e no encontro, como oportunidade para fazer ver o vivido por meio de um movimento de compreensão (Paula, Padoin, Terra, Souza & Cabral, 2014; López, 2014). As entrevistas foram iniciadas a partir das seguintes solicitações: conte-nos sobre os lugares que você frequenta no território onde vive; e, comente sobre seu relacionamento com as pessoas, os lugares e as coisas presentes em seu território.

O caráter relacional e intersubjetivo da entrevista abriu possibilidades para os participantes refletirem sobre o território onde vivem e suas necessidades básicas (Bolsoni, Heusy, Silva, Rodrigues, Peres & Morais, 2016; Almeida & Mazzaia, 2018), além da sua participação em redes sociais e da busca por ajuda formal e informal.

Após cada entrevista, realizávamos o que chamamos de síntese *peripatética*, que consistiu pequenos textos contendo o retrato de como as famílias participantes do estudo percebem o território e as possibilidades de inserção social. Essa construção sintética teve como base a Clínica Peripatética, desenvolvida por Antônio Lancetti, psicólogo militante da Luta Antimanicomial no Brasil, a partir de suas experiências clínicas de inserção junto aos sujeitos na comunidade, buscando valorizar as vivências das pessoas, na perspectiva do exercício da cidadania e da coparticipação na produção do cuidado em saúde mental (Lancetti, 2014).

A roda de intersubjetividade foi uma estratégia que construímos para oportunizar a circularidade do diálogo e deixar aflorar a sensibilidade que constitui o fundo sob o qual se assenta a linguagem. Essa inspiração surgiu de outras vivências em que participamos de rodas de conversa, com a finalidade de produzir uma ressonância coletiva a partir dos espaços de diálogo e expressão, favorecendo a escuta de outros e de si mesmos (Messias, 2013; Melo & Cruz, 2014).

Nessa perspectiva, cada vez que um participante expressava sua percepção na roda de intersubjetividade em relação aos espaços de inserção existentes no território, abria-se a possibilidade de a família retomar vivências e transcender, na perspectiva de ampliar o exercício do ir e vir, bem como da vivência da liberdade.

As rodas desenvolvidas nos domicílios ocorreram da seguinte forma: acolhimento e interação entre pesquisadoras e famílias; apresentação da síntese *peripatética*; construção do mapa do “*eu posso*” (disposição de imagens que expressavam as possibilidades de inserção social no território geográfico e existencial da família); jogo das redes (dinâmica de grupo em que a família foi convidada a pensar em sua rede de cuidados e na escolha ou não de um determinado ponto de atenção (Caminhos do Cuidado: caderno do aluno, 2013), identificado no mapa do “*eu posso*”); encerramento (todos avaliaram os pontos positivos e negativos do encontro).

Realizadas as transcrições referentes às rodas de intersubjetividade, que constituíram as descrições vivenciais dos participantes, procedemos à compreensão por meio da Analítica da Ambiguidade (Sena, Santos, Subrinho & Carvalho, 2018), técnica efetuada por meio dos seguintes passos: leituras minuciosas das descrições, com o intuito de reconhecer as ambiguidades emergentes da experiência perceptiva como um campo fenomenal, resguardando-se de explicá-las; olhar figura-fundo, entendendo que os fenômenos se impõem a nós independente de nossa vontade, o que significa dizer que durante as leituras das descrições sempre reconhecemos algo que nos é próprio, uma generalidade intercorporal; objetivação dos eixos temáticos correspondentes às ambiguidades, as quais se desvelam mediante o entrelaçamento de sentimentos (intuições fenomênicas) e reflexões (pensamentos mobilizados pelas interações socioculturais) (Lima et al., 2017; Sena, Santos, Subrinho, & Carvalho, 2018).

Para as autoras, essa técnica, além de ser adequada para os estudos fenomenológicos, contribui para compreender o outro como um igual e, ao mesmo tempo, em sua singularidade. Essa percepção aproxima-se da máxima da enfermagem, que é reconhecer o ser humano em sua integralidade e, portanto, como ser no mundo, situado em sua totalidade de vida.

O estudo atendeu às diretrizes da Resolução nº 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, segundo o parecer de nº 1.634.377/2016. Com o consentimento dos participantes, utilizamos gravador digital para registrar as descrições vivenciais desveladas durante as entrevistas fenomenológicas e as rodas de intersubjetividade, com vistas a garantir a transcrição na íntegra.

Em respeito ao anonimato, os participantes do estudo receberam codinomes, a saber: aves, para os usuários; animais de estimação, para os familiares; e, árvores, para os profissionais da saúde e outras pessoas citadas nas descrições. A escolha desses codinomes foi sugestão de uma usuária do CAPS II em nosso primeiro encontro.

Resultados

Por tratar-se de um recorte da tese de doutorado, os resultados deste artigo não apresentam descrições de todos os participantes, mas, somente, daqueles que evidenciaram o estigma da doença mental em duas dimensões. A primeira, se refere à vivência de situações estigmatizantes que ocorrem no contexto da própria família, as quais constituem, essencialmente, um obstáculo à experiência da pessoa com sofrimento mental de tornar-se autônoma e empoderada; e, a segunda, relaciona-se às situações de discriminação que acontecem no contexto social, que revelam, tanto o silenciamento da família frente à luta contra as marcas da institucionalização, quanto a disposição de duas usuárias do CAPS para fortalecer processos de desinstitucionalização.

A compreensão das descrições vivenciais das famílias que participaram do estudo originou duas categorias temáticas, a saber: Estigma da doença mental no contexto familiar como obstáculo à “experiência do outro”; e, Estigma da doença mental no contexto social como vivência ambígua que produz (des)institucionalização.

Estigma da doença mental no contexto da família como obstáculo à “experiência do outro”

A percepção da família de que o sofrimento mental configura-se como um “problema” que incapacita e desqualifica a pessoa para estabelecer relações afetivas, corrobora que o estigma da doença mental está presente no contexto da própria família, seja na experiência de conviver com o outro como um diferente, seja produzindo interrupções ao potencial humano de transcender-se a um *outro eu mesmo*, como mostram as falas:

[...] tenho vontade de namorar [...]. (Cisne) [...] está difícil para ele arrumar, está com problema [...], só faz xingar, fazer coisas sem saber o que está fazendo [...], quebra as coisas [...]. (Poodle) (F1)

[...] porque eu tenho preconceito dentro de mim, do semblante de especial [...], aproveitam da minha doença e eu tenho um pouco de preconceito [...]. (Galinha) [...] como estou com ela eu tenho demonstrado o amor [...], apesar dos problemas dela [...]. (Rottweiler)

As descrições dos participantes mostraram que o processo de cuidar da pessoa com sofrimento mental por parte dos familiares, constitui uma vivência ambígua. Ora com impaciência, nervosismo e irritabilidade; ora reconhecendo a demonstração de afeto da pessoa

cuidada, não obstante esta sentir-se privada de liberdade no contexto familiar, como observamos nas falas:

[...] falta paciência, me dá um nervosismo, que não é fácil lidar com gente assim [...], até brigo com ele porque não me dá uma ajudinha em casa, não joga o lixo fora [...]. (Lagartixa) [...] porque aqui (em casa) eu vivo preso, lá (no CAPS) eu vivo solto. (Gavião) [...] no convívio da família, às vezes dá umas irritadinhas [...], tem que estar monitorando o tempo todo, [...] escova os dentes [...], lava as mãos para comer (risos) [...], é assim, uma pessoa amorosa, carinhosa, humilde e, às vezes, brigo com ele, reclamo com ele e ele não responde nada [...]. (Lagartixa)

O medo relacionado à reação social a comportamentos inadequados e, até mesmo, à presença da pessoa com sofrimento mental em determinados espaços sociais, fazem com que a família se recuse a participar de eventos culturais, de lazer e outras formas de interação social, como percebemos nas descrições:

[...] reunião de nós todos, a gente faz mais em casa por causa dele, porque pode ter alguém que não vai entender o problema dele [...], ele tem sempre a mania de ficar encarando a pessoa. (Coelho) [...] é assim o tempo todo. (Pinscher) [...] e o medo é esse. (Coelho) Teve um dia que ele me falou que no ônibus uma mulher levantou para não sentar, não ficar perto dele. [...] mas, é porque ele encara as pessoas. (Pinscher) [...] eu também não vou criticar isso, porque tem pessoas que tem medo. (Coelho) [...] Eu falo também para que vocês venham sentar do meu lado, quero estar junto, com vocês do meu lado também. Ninguém gosta de mim. Falei e perceberam que eu falei a verdade. (Tucano)

Nas descrições em que a família relaciona a agressividade de Tucano ao “problema mental”, percebemos que se trata de uma reação à carência afetiva pelo fato de as irmãs deixarem de frequentar sua casa. Quando a família volta a visitá-lo, percebe que ele se encontra mais tranquilo. As descrições mostram também que a família reconhece o potencial do diálogo e da comunicação para cuidar do “problema”:

[...] Estava surtado, veio aqui e me disse um monte de coisa porque eu tinha parado de ir lá, agora, eu voltei de novo [...], está mais tranquilo. (Coelho) [...] ele já almoçou lá no restaurante. (Pinscher) [...] a gente procurou se dedicar, receber esse problema e tentar resolver [...], começou a fazer esse círculo, melhorar a comunicação [...]. (Coelho) [...] eles (“surtos”) pararam. (Tucano)

Ao desqualificar a pessoa para gerir seus recursos financeiros, a família revela outra face do estigma da doença mental, a da dependência com relação ao que comer, ao que vestir,

com quem namorar, entre outras. Por outro lado, a fala de Cisne faz ver a possibilidade de ele tornar-se mais independente, quando diz que “*precisava de conselhos*”, conforme podemos ver nas descrições:

[...] Ele faz o que ele quer, vai para onde ele quer, na hora que ele quer. Só mulher que a gente também não vai deixá-lo pegar qualquer uma [...], ele é uma pessoa que depende de alguém, porque não sabe ligar nem um fogão [...], pode aprender, mas está difícil porque na idade dele é complicado. (Poodle) [...] precisava de conselho. (Cisne) [...] se der R\$ 500,00 a ele agora, ele sai e gasta tudo com besteira [...] não pode dar dinheiro na mão dele. O negócio é cuidar dele, dar comida, dar roupa [...]. (Poodle)

Estigma da doença mental no contexto social como vivência ambígua que produz (des)institucionalização

O silenciamento da família frente às situações que deveriam mobilizá-la para enfrentar o preconceito social direcionado a seus integrantes, a exemplo da negação de atendimento à pessoa com sofrimento mental em Unidade de Saúde, mostra a presença marcante do estigma social da doença mental. Embora a família reconheça à pessoa com sofrimento mental como sujeito de direito, parece confundir uma reação de indignação desse sujeito diante de atitudes preconceituosas por parte de trabalhadores da saúde, o que ocorreria com qualquer pessoa, como sendo um episódio de crise do transtorno mental, conforme percebemos nas descrições:

[...] teve um episódio no posto de saúde [...], Tucano precisava de receita [...] o pessoal achou ruim. Do nada, ele já surtou. [...] enfermeiro, médico, ninguém quis atender ele, dizendo que ali não era o local para ser atendido [...], que ele tinha que ter um local específico para ele, porque tinha o problema. (Coelho) [...] acho que é discriminação. (Pinscher) [...] ele tem esse problema e é um ser humano. [...] independente do problema dele, deve ser tratado ali, porque é um posto de saúde. (Coelho) [...] a gente teve que voltar para casa e aceitar o sistema. (Pinscher)

A tentativa de Ursa expressar a importância de os profissionais da saúde atenderem as pessoas com sofrimento mental do mesmo modo que atendem outros usuários dos serviços, desvelou a distinção dicotômica entre normal e patológico, mente e corpo, como percebemos nas descrições: “*No CAPS, [...] tem acompanhamento médico, tem o psicólogo, tem as pessoas para ajudar [...], não falam: está doente, vai tratar como doente, não. Trata como*

peessoas normais, para levar aquela vida normal, para serem eles mesmos. Tem oficina para poder trabalhar na mente, trabalhar o corpo [...]. (Ursa)

Enquanto líamos a descrição de Cachorro, na qual relaciona a ociosidade como causa do adoecimento, ocorreu-nos a tese de que a “doença mental” está localizada na mente da pessoa, o que nos remeteu ao ditado popular: “mente vazia, oficina do diabo”. Vejamos a descrição: “[...] a mente dela fica ocupada, já não ficou fazendo besteira. [...] levo para o CAPS porque sempre quando eu posso, eu estou com ela lá no CAPS, passando por Sapucaia [...]” (Cachorro).

As descrições evidenciaram também que a busca da família por atendimento, em decorrência da crise psíquica ou outro problema de saúde, em Unidades Básicas ou no CAPS, está pautada na necessidade do medicamento, na tese de que “tem remédio, tem tudo”. A supervalorização do médico em detrimento dos demais membros da equipe também parece estar entrelaçada à importância que as famílias dão aos remédios:

[...] independente do problema toda a vida ela disse que vai ao posto porque ela se sente bem, que tratam ela muito bem [...] lá tem remédio, tem tudo, ela se sente bem. (Gata)

[...] começou a dar as crises, chamou o SAMU [...] o único lugar que vai acolhê-lo para dar um remédio é lá no hospital [...]. O CAPS não funciona à noite [...], medicaram ele, deram injeção, comprimido e mandaram para casa [...]. Toda vez que chega lá dizem: ele é medicação [...], se surgir vaga, pode leva-lo para a psiquiatria, se não, só dá medicação e manda embora (Periquita) [...] queria voltar para casa porque eu gosto, sinto felicidade. (Cisne)

O sentimento de dependência do CAPS também apareceu nas descrições de Avestruz, tanto em função do vínculo construído com Sapucaia e Oliveira, quanto por sua dificuldade financeira para custear consultas particulares. O desejo de Avestruz de permanecer no CAPS fez ver a angústia referente à necessidade da manutenção do diagnóstico de esquizofrenia para obter o laudo médico e continuar lutando pela aposentadoria, como mostram as descrições:

[...] Sapucaia me deu alta para eu não ir nem lá (CAPS II) [...], que eu tenho que ser transferida para uma unidade ambulatorial [...] tu achas que eu gostei? (riso sarcástico) [...] meu santo começou a saltar naquela hora [...], todo histórico de vida [...] (Disse à Bambu) se você sabe que eu não estou preparada, não estou bem para você me dar alta [...] eu não tenho condição de pagar [...] Aí ela disse: eu não posso dizer que eu posso te dar alta. Sapucaia lhe deu, mas eu não. Então, pronto! [...] (Pitangueira disse:) está certo, mas não fomos nós, foi ele que decidiu [...], me pegou

de surpresa, [...] a gente não pensa em tudo, mas agora já estou pensando no laudo, será que o psiquiatra vai me dar o laudo? Porque eu estou com processo na justiça para aposentadoria [...] Eu venho dando esse laudo na justiça federal, [...] porque esquizofrenia não tem cura [...]. (Avestruz)

Por fim, as descrições em que Beija-Flor reconhece o potencial da pessoa com sofrimento mental para tornar-se uma pessoa autônoma e empoderada revelam a necessidade de desconstruirmos a tese desvelada por Avestruz, de que o doente mental não vê, não pensa e não tem raciocínio, com vistas à aceitação da existência do sofrimento como uma potência de vida, como mostram as descrições:

[...] Você está entendendo como é que choca? Não é porque eu quero estar esquizofrênica. Eu quero estar boa, sim, mas só que eu estou lutando por uma causa, não é de agora. É complicado. [...] Ninguém vai ser retirado, só eu. Essa cisma foi só comigo, por quê? Porque eu vejo, escuto, raciocino, e, de certa forma, sou um perigo para elas. Elas querem aquelas pessoas de mente demente, que não vejam, não escutem, não reivindicuem nada lá. (Avestruz)

[...] De casa vou para a UESB, onde fui à primeira vez para uma conferência. A mulher disse que ia buscar a gente e não foi, [...] eu fui. Eu disse: agora vou saber o que é [...], tinha um papel, e me disse que eu tinha que pegar lá fora, [...] eu disse: só porque sou do CAPS vocês não querem me dar o papel, [...]. Me colocaram em um grupo de discussão. [...] eu disse: não coloca pano quente na minha boca, [...] a gente que é doente mental sofre muito, querem colocar panos quentes em nossa boca. (Beija-Flor)

Discussão

O texto proveniente das descrições vivenciais das famílias que participaram do estudo apresenta um conjunto de teses que, conforme o pensamento do filósofo Maurice Merleau-Ponty, se caracteriza como *impensado*, no sentido de não se reduzir àquele quadro visual que foi constituído pelas figuras que se mostraram inicialmente (Merleau-Ponty, 2014). A análise das descrições foi feita como quem contempla uma paisagem, de onde emergem imagens ocultas, horizontes, sentimentos, significados e desejos, entre outros aspectos. Esses perfis se mostraram como ambiguidades, próprias do contato intercorporal, característica da relação dialógica estabelecida com as famílias que vivenciam o sofrimento mental, durante o desenvolvimento da pesquisa.

As descrições desvelaram que os avanços e retrocessos que têm ocorrido no campo da saúde mental nos últimos anos podem tornar-se visíveis e invisíveis no contexto da família, que parece ainda não ter se apropriado da ideologia do modelo de atenção psicossocial, sobretudo, aquela que orienta a necessidade de resgatar a cidadania e a inclusão social da pessoa cuidada e de sua família, em consonância com o processo histórico de construção de uma nova cultura da saúde mental, que propõe colocar a doença entre parênteses, para focar no sujeito e na sua existência (Basaglia, 2005; Venturine, 2016).

A sensibilidade foi a dimensão que nos permitiu identificar o estigma como um visível, pois, mesmo quando as famílias pareciam não ter se dado conta do seu entrelaçamento aos comportamentos preconceituosos e discriminatórios, ele se mostrou para nós como uma fundação originária da coisa vista; assim como um invisível foi percebido como algo relativo ao visível, algo inatual, mas que apareceu por meio do sensível e da reflexão (Merleau-Ponty, 2014).

Esse raciocínio nos permitiu compreender a preocupação da família com o “problema” da pessoa com sofrimento mental como um “visível”, constituído por atributos como desviante, irracional, incapaz, entre outros, que foram utilizados, mas, que não foram reconhecidos pela família como vivências de discriminação que podem conduzir ao isolamento social. Ao mesmo tempo, há por trás um “invisível”, como em uma relação figura-fundo, que nos fez perceber o estigma da doença mental aparecendo como resquícios do modelo clássico da psiquiatria presente no seio da família (Pande & Amarante, 2011; Venturine, 2016; Oliveira & Azevedo, 2014; Amarante & Torre, 2017; Furtado, Sousa, Martinez, Rabelo, Oliveira & Simon, 2017).

As descrições das famílias que participaram do estudo também revelaram sentimentos de medo, nervosismo e irritabilidade em meio à vivência do sofrimento mental no contexto familiar e social, ao mesmo tempo em que desvelaram rótulos, estereótipos, enfim, marcas do modelo psiquiátrico, associadas ao estigma da doença mental, o que confirma o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, teses são incorporadas e mobilizam sentimentos e condutas humanas (Merleau-Ponty, 2014).

O estigma, desde a civilização grega, aparece de modo ambíguo; visto, originalmente, como uma forma de marcar um escravo, um criminoso ou um traidor, com uma gravação no corpo, de modo a denunciar sua menos valia, ele passou a caracterizar um ritual para marcar um indivíduo impuro, que por ferir a harmonia social, devia evitar lugares públicos. Posteriormente, na era cristã, foram adicionados dois níveis metafóricos, um que simbolizava

a manifestação da graça divina, e, outro, que se referia a um sinal corporal de desordem física (Goffman, 2004).

As descrições das famílias que vivenciam o sofrimento mental corroboram o pensamento do autor acerca do estigma ao retomarem atributos que identificam a pessoa cuidada com o “problema”, como diferente de outras que “se encontram numa categoria em que pudesse ser – incluída, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca” (Goffman, 2004). No campo da saúde mental, o estigma aparece entrelaçado ao isolamento social e à negação de direitos, fundamentados na tese de que as pessoas com doença mental são perigosas, imprevisíveis e limitadas (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013).

Essa tese encontra eco nas ideias da psiquiatria clássica, que teceu a cultura manicomial e construiu o discurso da incapacidade do louco para buscar seu lugar de alienação na enfermidade, na perda das relações pessoais com o outro e consigo mesmo. Nessa perspectiva, o louco foi impelido a objetificar-se e a identificar-se com as regras e com o esquema da instituição (Basaglia, 2005; Goffman, 1992; Goffman 2004). A psiquiatria, encarregada pela sociedade de tratar os doentes mentais, ao utilizar-se do poder da linguagem, passou a exprimir signos e significações referentes ao caráter crônico, incurável e degradante da doença mental (Pande & Amarante, 2011).

Nesse contexto, a imagem do institucionalizado, do homem petrificado, imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar (Basaglia, 2005), foi sendo incorporada pelas famílias e pela sociedade em geral, de tal maneira que “a despeito das aparências, um grande discurso se desenvolve, no interior do qual se fundem as palavras de cada um, porque [...] são colhidas no mesmo impulso de linguagem e destinadas ao mesmo sentido” (Merleau-Ponty, 2014).

As descrições dos participantes do estudo mostraram vários perfis da incorporação da cultura manicomial no contexto familiar, a exemplo do silenciamento e aceitação da família frente à recusa da equipe da Estratégia de Saúde da Família de prestar atendimento a um dos seus membros, justificando que, devido ao sofrimento mental, ele deveria ser encaminhado para o CAPS, quando deveria ter sido garantido atendimento integral e de qualidade (Oliveira & Azevedo, 2014). Além disso, percebemos a influência dessa cultura na ênfase dada pela família aos atendimentos médicos e à prescrição de remédios cada dia mais potentes, revelando também a “produção social, hegemônica e mercadológica da saúde” (Bezerra et al., 2016; Weber & Juruema, 2017).

As descrições das famílias que revelam a tese de que a ocupação da mente é terapêutica iluminam a possibilidade de que, até mesmo nos serviços substitutivos, existe o risco de institucionalização, principalmente, se as atividades ditas terapêuticas são utilizadas como entretenimento, como uma forma de manter-se dentro da cultura manicomial (Saraceno, 2016, Furtado, Sousa, Martinez, Rabelo, Oliveira & Simon, 2017).

A percepção dos participantes do estudo de que a ocupação da mente tem efeitos terapêuticos, nos levou a perceber que seria impossível à família imitar a língua da psiquiatria clássica sem retomar alguma coisa da sua fisionomia. Ao referir-se à língua como algo que nos move para além de nosso pensamento, o autor faz menção à capacidade de colocarmos significado na fala, e cita diversos exemplos demonstrando que, embora conheçamos os significados de muitos signos, eles só conseguem exprimir algo quando isto tem a ver com nossa existência (Merleau-Ponty, 2002).

Esse pensamento de Merleau-Ponty nos fez compreender as descrições em que a família de Tucano desvelou o potencial do diálogo para o conhecimento do “problema” porque tinha a ver com a existência dela. Por outro lado, percebemos a necessidade de as famílias valorizarem mais o diálogo, e utilizá-lo melhor, de modo a beneficiar-se do seu potencial para transformar práticas, construir sujeitos e produzir conhecimentos (Bezerra, Morais, Paula, Silva, & Jorge, 2016). Isso implica não apenas defender a pessoa cuidada da violência que o estigma da doença mental representa, mas reconhecer a singularidade da pessoa, com vistas a promover emancipação, cidadania, capacidade de trocas sociais e formas de reprodução das subjetividades (Basaglia, 2005; Amarante & Torre, 2017).

A mudança conceptual, incluindo a noção da existência do sofrimento, transcende a ideia de individuação do adoecer e possibilita a identificação e a generalização do *corpo do outro*, por meio da universalidade do sentir, a propriedade mais fundamental que caracteriza o ambiente ambíguo e anônimo no qual se veicula a impessoalidade (Merleau-Ponty, 2002, 2006, 2014). Assim, ocorrem *intercorporalidade*, *coexistência*, impacto do mundo sobre nós, e o efeito de nossos gestos sobre o mundo, significação transferível que “torna possível uma ‘situação comum’ e, finalmente, a percepção de *um outro*” (Merleau-Ponty, 2002). Para o autor, o diálogo favorece a coexistência quando a fala do outro nos descentra e nossa fala, através de respostas e questionamentos, toca em suas significações, ou seja, quando ocorre uma invasão de um ao outro, visto que a percepção irrefletida se move à vontade, impossível de constituir, sempre constituinte.

O pensamento merleau-pontyano, assim como a fala de Cisne de que, por meio de conselhos, é possível aprender novos hábitos, nos conduziu à percepção de que medidas anti-

estigma, tais como a inserção de pessoas com sofrimento mental em conselhos comunitários e outros espaços sociais, podem ajudá-las e às suas famílias a desenvolverem capacidades e competências que contribuam para a construção da autonomia e do empoderamento (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013), e vivenciarem a experiência do *outro eu mesmo* ou a vivência do *eu posso* (Merleau-Ponty, 2006).

O obstáculo à experiência do *outro eu mesmo* apareceu como invisível nas descrições que revelaram o preconceito e a discriminação presentes nas relações familiares, como limitantes às possibilidades de a pessoa cuidada tornar-se mais autônoma e empoderada (Merleau-Ponty, 2006; Reis, Sena & Menezes, 2016). O pensamento merleau-pontyano de que algumas palavras fazem conosco o mesmo que o gesto de atear fogo numa lareira, em que basta acender o fósforo para ocorrer “um encantamento mágico, um apelo do semelhante ao qual o semelhante responde com afã” (Merleau-Ponty, 2002), fundamenta nossa percepção de que o estigma da doença mental, presente nos gestos, nas atitudes, na fala da família produz uma interrupção na experiência do *outro* que atinge a todos. A nosso ver, até mesmo a recusa de participar de eventos sociais, percebida nas descrições das famílias que participaram do estudo, reduz as oportunidades de encontro, de diálogos, de intersubjetividade, ou seja, de construção de autonomia, empoderamento e reinserção social.

A vivência do estigma da doença mental no contexto social apareceu sob duas perspectivas. A primeira mostrou-nos a alienação das famílias com relação ao processo de desinstitucionalização, evidenciado pelo isolamento social, pela supervalorização do psiquiatra e do uso de medicamentos (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013; Bezerra, Morais, Paula, Silva, & Jorge, 2016; Weber & Juruena, 2017), além da busca de Avestruz por um laudo médico para garantir a aposentadoria, que, se por um lado, garante o acesso à alguns bens e serviços, por outro, também, pode constituir um fator limitante ao potencial reabilitativo do trabalho, que produz contratualidade e valorização da pessoa humana, a exemplo das iniciativas de geração de renda, tais como cooperativas sociais e outras formas de economia solidária que surgiram no Brasil nos últimos anos (Saraceno, 2016; Amarante & Torre, 2017).

A segunda perspectiva do estigma da doença mental no contexto social revela a percepção das usuárias Avestruz e Beija Flor de que é preciso superar os estereótipos e continuar na luta pelos direitos de cidadania (Arboleda-Florez & Stuart, 2012; Corrigan, 2012; Corrigan & Rao, 2012; Xavier et al., 2013; Weber & Juruena, 2017). As descrições de Avestruz e Beija Flor confirmam a necessidade dos profissionais de saúde ajudarem as famílias e a sociedade em geral a aumentar o nível de conhecimentos sobre o processo de

saúde e doença mental, além de incentivar a participação social e ajudar na luta pelos direitos civis e contra a discriminação, entre outras ações voltadas ao desenvolvimento das potencialidades e à plena cidadania das pessoas com sofrimento mental (Arboleda-Florez & Stuart, 2012; Corrigan, 2012; Weber & Juruena, 2017).

A naturalização do preconceito, da violência e da segregação, demonstrada nas descrições das famílias, conforme percebemos neste estudo, deve constituir um elemento mobilizador para a construção de ações anti-estigma, tais como educação em saúde sobre os transtornos mentais, formas de tratamento, luta antimanicomial e outros temas que podem ser desenvolvidos pelos profissionais de saúde mental, sobretudo, os da enfermagem, que podem demonstrar uma disposição para desenvolver o cuidado na perspectiva intersubjetiva, para planejar suas ações com base na existência das pessoas e dos grupos sociais “de um modo ativamente interessado no “outro”, entendido não como meio ou destinatário passivo das nossas aspirações, por mais nobres e necessárias que possam parecer, mas como co-construtor de tudo o que possamos chamar de vida humana” (Ayes, 2017).

Do mesmo modo, servem de motivação para nosso trabalho, as descrições vivenciais das usuárias Avestruz e Beija Flor que demonstram a percepção de que o estigma da doença mental não as incapacita para a vida em sociedade, ao confirmarem o pensamento de que “o empoderamento é, em certo sentido, o outro lado do estigma, envolvendo poder, controle, ativismo, indignação justa e otimismo” (Corrigan & Rao, 2012). Para esses autores, a chave para desafiar o auto-estigma é promover o empoderamento pessoal, o que pode ser feito através da divulgação da decisão estratégica de deixar que os outros saibam sobre a sua luta pela desinstitucionalização, como revela a vivência de Beija Flor.

Considerações Finais

O estudo mostra que as famílias que vivenciam o sofrimento mental parecem não conhecer devidamente o principal lema da Reforma Psiquiátrica, o de colocar a doença entre parênteses para pensar no cuidado ao sujeito de direitos e de cidadania, pensamento basagliano que se incorporou aos saberes e práticas de todos aqueles que defendem os ideais da desinstitucionalização.

As descrições dos participantes do estudo revelam, por um lado, a percepção do estigma da doença mental no contexto familiar como obstáculo à experiência *do outro*, à transcendência no que refere à autonomia e ao empoderamento, contribuindo para a institucionalização de seus integrantes em serviços de saúde ou no próprio domicílio; e, por

outro lado, mostram a dimensão do estigma da doença mental no contexto social como vivência ambígua que evidencia a necessidade de tornar a família consciente da presença de práticas institucionalizantes no âmbito dos serviços de saúde e outros espaços sociais, ao mesmo tempo em que faz ver a percepção das usuárias Avestruz e Beija-flor com relação ao potencial dos próprios estigmatizados para trocar de identidades, assumir um novo lugar social e construir desinstitucionalização.

O estudo revela um perfil do cuidado de enfermagem que diz respeito à sensibilidade para a construção de intersubjetividades no contexto da família, que é capaz de mobilizar o olhar desse grupo social ao reconhecimento da potencialidade de seus integrantes para transformar sentimentos de indignidade, incapacidade e inutilidade, consolidados pela cultura manicomial, em sentimentos de valorização e reconhecimento da pessoa, necessários para a (re)construção de projetos de vida e felicidade.

Nesse sentido, consideramos necessário que o cuidado desperte a ajuda mútua na família como oportunidade de estreitamento de vínculos, bem como identificação e respeito das singularidades dos modos de existir, com vistas a aumentar a aceitação, o acolhimento das diferenças, o senso de pertencimento e a diminuição do estigma relacionado ao sofrimento mental. Para tanto, sugerimos a realização de intervenções grupais tanto nos domicílios como nos serviços, no intuito de mobilizar o diálogo e a abertura ao outro, além de provocar reflexões sobre as infinitas possibilidades de cuidado.

A limitação do estudo decorre da impossibilidade de conhecermos todos os perfis relacionados ao tema que se mostram à percepção humana, de modo que, a cada retorno a esse texto teremos a sensação de estarmos vendo algo novo, assim como os demais leitores. Porém, a necessidade de finalizá-lo nos levou a objetivar alguns perfis que ora apresentamos, cientes de que o conhecimento é criativo e inacabado. Assim, o nosso estudo evidencia a necessidade de realizar novas pesquisas que se proponham a ouvir outros atores sociais envolvidos no processo de desinstitucionalização.

Referências

Almeida, P.A., & Mazzaia, M. C. (2018). Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 5), 2154-2160.

Amarante, P., & Torre, E.H.G. (2017). Loucura e Diversidade cultural: Inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*, 21(63),763-74.

Amarante, P. (2018). Desinstitucionalizar a nós mesmos. In: Nunes, Mônica; MARQUES, Tiago. (org.). Legitimidades da loucura: sofrimento, luta, criatividade e pertença. Salvador: EDUFBA.

Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*, 23(6), 2067-2074.

Arboleda-Florez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57 (8), 457-463.

Ayres, J. R. C. (2017). Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(1).

Basaglia, Franco. (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. por Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.

Bezerra, I. C., Morais, J.B, Paula, M. L., Silva, T. M. R. & Jorge, M. S. B. (2016). Uso de psicofármacos na Atenção Psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde Debate*, 40 (110), 148-161.

Bolsoni, E.B., Heusy, I.P.M. Silva, Z.F., Rodrigues, J., Peres, G.M., & Morais, R. (2016). Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 12 (4), 249-59.

Brasil. Caminhos do Cuidado: caderno do aluno. (2013). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Portaria 3.588/GM, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, DF: Gabinete do Ministro.

Brasil. Portaria 3.659/GM, de 14 de novembro de 2018. (2018). Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Gabinete do Ministro.

Brasil. Nota técnica nº 11/CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 04 de fevereiro de 2019. (2019). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde, Brasília, DF: Gabinete de Ministro.

Corrigan, P.W., & Rao D. (2012). On the Self-Stigma of mental Illness: stages, disclosure and strategies for change. *Can J Psiquiatria*, 57 (8), 464-469.

Corrigan P.W. (2012). Research and the elimination of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 201 (1), 7-8.

Furtado, R.P., Sousa, M. F., Martinez, J. F.N., Rabelo, N. S., Oliveira, N. S. R., & Simon, W. J, (2017). Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física do CAPS de Goiânia em intervenções no território, *Saúde Soc*, 26 (1), 183-195.

Goffman, E.(2004). Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada (4ª ed). Cidade: Tradução Mathias Lambert.

Lancetti, A. (2014). *Clínica peripatética* (9º ed) São Paulo: Hucitec.

Lima J. L., Carvalho, P. A. L., Santos, V. T. C. , Oliveira, M. A. F. , Malhado, S. C. B. , Santana, E. M., & Sena, E. L.S . (2017). Percepção de consumidores de drogas sobre família: um estudo fenomenológico. *Reben - Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2220.

López, S.M. (2014). La entrevista Fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicoLogía y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, 20 (1), 71-76.

Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324216.

Merleau-Ponty, M. (2002). *A prosa do mundo*. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify.

Merleau-Ponty, M. (2006). *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Merleau-Ponty, M. (2014). *O visível e o invisível*. Tradução: José Artur Gianotti e Armando Moura d'Oliveira. 4. ed. São Paulo: Perspectiva.

Melo, M. C. H., & Cruz, G. C. (2014). Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. *Imagens da Educação*, 4 (2), 31-39.

Messias, P.P. (2013). Vivenciando novas práticas em psiquiatria e saúde mental. *Rev. Saúde. Com*, 9 (3), 179-187.

Nunes, M. & Marques, T. (2018). *Legitimidades da loucura: sofrimento, luta, criatividade e pertença*. Salvador: EDUFBA.

Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*, 30 (4), 227-234.

Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(4) , 2067-2076.

Paula, C. C., Padoin, S. M. M., Terra, M. G., Souza, I. E. O., & Cabral, I. E. (2014). Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 468-472.

Pinho, L. (2019). Saúde mental: contra-reforma?. *Radis – Comunicação em Saúde*, (196).

Reis, C. C. A., Sena, E.L.S., & Menezes, T.M.O. (2016). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3).

Saraceno B. (2016). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). *Reabilitação psicossocial* (4. ed.). São Paulo: Hucitec.

Sena, E. L. S. Gonçalves, L.H.T. Granzotto, M.J.M., Carvalho, P.A.L., & Reis, H.F.T. (2010). Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, 31 (4), 769-75.

Sena, E. L. S. Santos, V. T. C., Subrinho, L. Q., & Carvalho, P. A. L. (2018). Percepção da família de adolescentes sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20, 1-9.

Silva, K. V. L. G. & Monteiro, A. R. M. (2011). A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 45 (5), 1237-42.

Venturini, E. (2016). *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Weber, C.A.T. & Juruena, M.F. (2017). Paradigmas de Atenção e estigma da doença Mental na Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18 (3), 640-56.

Xavier, S., Klut, C., Neto, A, Ponte, G., & Melo J.C. (2013). O Estigma da Doença Mental: que caminho percorremos?, *PsiLogos*, 11(2), 10-21.

Yasui, S. (2012). Entre o cárcere e a liberdade: aposta na construção cotidiana de modos diferentes de cuidar. *Polis e Psique*, 2 (3), 5-15.