

Artigo original



Sofrimento psíquico: a experiência de pessoas que abandonaram o cuidado no CAPS

Intense psychological suffering: the experience of people who abandoned care in CAPS

Sufrimiento psicológico: la experiencia de personas que abandonaron el cuidado en CAPS

Noemi Bandeira¹ Rosana Teresa Onocko-Campos² ¹Autor para correspondência. Universidade Federal de Rondonópolis (Rondonópolis). Mato Grosso, Brasil. noemi@ufr.edu.br²Universidade Estadual de Campinas (Campinas). São Paulo, Brasil. rosanaoc@unicamp.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço público de saúde, aberto e comunitário, destinado a prestar cuidado a pessoas com sofrimento psíquico grave no Brasil. **OBJETIVO:** Esse artigo objetiva caracterizar a experiência de sofrimento psíquico de usuários/as que abandonaram o cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **MÉTODO:** Trata-se de pesquisa qualitativa, com entrevistas em profundidade. Os/as participantes da pesquisa foram oito pessoas que deixaram de frequentar o CAPS. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados mostraram que os sujeitos apresentavam o sofrimento desde a infância, mas que só foram reconhecidos como tal após a emergência de crises na adolescência e na idade adulta. Foram encontradas diferenças de gênero nas vivências de sofrimento. Foi evidenciado que os sujeitos tentaram nomear o mal-estar através de sintomas conhecidos no discurso científico e psiquiátrico vigente. No entanto, isso mostrou-se insuficiente, conforme denunciavam os sintomas corporais e os acting outs, provando que algo escapa ao reconhecimento simbólico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que, diante da necessidade de reconhecimento para o sofrimento psíquico, os serviços de saúde e a sociedade apresentaram respostas alienantes, capturadas pela racionalidade instrumental, com a objetificação das pessoas com uso de psicofármacos e com a tentativa de redução das subjetividades a identidades determinadas. Como consequência, o resultado foi a recusa, o abandono do tratamento e dos medicamentos, numa tentativa de preservar o singular.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Psicologia.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The Psychosocial Care Center (CAPS - Centro de Atenção Psicossocial) is an open, community-based public health service designed to provide care to people with severe psychological distress in Brazil. **OBJECTIVE:** This article aims to characterize the experience of intense psychological suffering of users who abandoned mental health care in CAPS. **METHOD:** This is qualitative research, through in-depth interviews. The research participants were eight people who stopped attending CAPS. For data analysis, the content analysis proposed by Bardin was used. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The results showed that the subjects presented severe psychological suffering since childhood, but which were retroactively recognized as such only after the emergence of crises in adolescence and adulthood. Gender differences were found in the experiences of mental illness. It was evidenced that the subjects tried to name the malaise through symptoms known in the current scientific and psychiatric discourse. This naming strategy, however, proved to be insufficient, as the bodily symptoms and acting-outs denounce, proving that something escapes symbolic recognition and does not fit in this narrative. **FINAL CONSIDERATIONS:** We conclude that, given the need for recognition of intense psychological suffering, health services and society presented alienating responses, captured by instrumental rationality, with objectification by experiences with psychotropic drugs, and with the attempt to flatten subjectivities in reductionist names and determined identities. Therefore, refusal and abandonment of treatment and medications appear, in an attempt by users to preserve their uniqueness.

KEYWORDS: Mental Health. Psychosocial Care Center. Psychology.



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: El Centro de Atención Psicosocial (CAPS - Centro de Atenção Psicossocial) es un servicio público de salud, abierto y comunitario, destinado a prestar cuidado a personas con sufrimiento psicológico grave, que se localiza en Brasil. **OBJETIVO:** Este artículo tiene como objetivo caracterizar la experiencia de sufrimiento psicológico de usuarios/as que abandonaron el cuidado de salud en los Centros de Atención Psicosocial. **MÉTODO:** Se trata de investigación cualitativa, con entrevistas en profundidad. Los/as participantes de la investigación fueron ocho personas que dejaron de frecuentar los CAPS. Para el análisis de datos, fue utilizado el análisis de contenido propuesto por Bardin. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Los resultados mostraron que los sujetos presentaban sufrimiento desde la infancia, pero que solo fueron reconocidos como tal después del surgimiento de crisis en la adolescencia y en edad adulta. Fueron encontradas diferencias de género en las experiencias de sufrimiento. Fue evidenciado que los sujetos intentaron nombrar el malestar a través de síntomas conocidos en el discurso científico y psiquiátrico actual. Sin embargo, eso resultó insuficiente como es demostrado por los síntomas corporales y los acting outs, lo que indica que algo escapa al reconocimiento simbólico. **CONSIDERACIONES FINALES:** Concluimos que, frente a la necesidad de reconocer el sufrimiento psicológico, los servicios de salud y la sociedad presentaron respuestas alienadas, capturadas por la racionalidad instrumental, con cosificación de las personas mediante la administración de psicofármacos y así reduciendo las subjetividades a identidades determinadas. Como consecuencia, en un intento de preservar su individualidad, surge el rechazo, el abandono del tratamiento y del medicamento en los usuarios/as.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental. Centro de Atención Psicosocial. Psicología.

Introdução

O mundo contemporâneo traz desafios às teorias utilizadas para se fazer uma leitura do mal-estar e do sofrimento humano. Não é possível compreender as formas como o sofrimento psíquico se apresenta na atualidade sem considerar o que [Foucault](#) (1984) chamou de “modos de subjetivação”, isto é, fenômenos discursivos de natureza social, moral e historicamente constituídos para legitimar saberes e poderes. Atualmente, nota-se formulações em torno de uma subjetividade autocentrada, cujo valor, paradoxalmente, vem da exterioridade, moldada pela cultura do narcisismo ([Lasch](#), 1983) e sociedade do espetáculo ([Debord](#), 2000), configurado por uma estética e performance social midiática que estaria inclusive na chave para a leitura da psicopatologia ([Birman](#), 2009).

Nessa perspectiva, emergem, no campo das ciências humanas, hipóteses para pensar essas formas de subjetivação atual com implicações importantes, como a ausência de projetos sociais compartilhados, perdas nas experiências de trocas humanas, dificuldade de reconhecimento do outro em sua diferença e singularidade, ou seja, perdas significativas no campo da alteridade ([Birman](#), 2009). [Pacheco](#) e Onocko-Campos (2018), apoiando-se em Walter Benjamin, indicam a mudança na forma de narratividade da sociedade capitalista fragmentada, com a perda da figura do narrador tradicional e com a expulsão do tema da morte como fronteira. Os autores apontam a necessidade de resgatar formas de narratividade que propiciem a restituição do laço social.

A valorização do sintoma como fenômeno passou a ocupar o interesse primordial da psiquiatria, que desconsidera cada vez mais as narrativas existenciais. Há uma degradação do olhar clínico, das hipóteses clínicas construídas a partir da escuta, e uma crescente valorização da sintomatologia como se esta fosse neutra, puramente neuronal, química ou física, sem a dimensão subjetiva ([Birman](#), 2009). Não devemos esquecer que esse fato está articulado à função social da ciência na atualidade, enquanto uma forte influência nos modos de subjetivação, que oferece sentidos para o sofrimento, através de discursos “acadêmico-empresariais”, mormente com exclusão do sujeito das causas do que o aflige ([Silva-Junior](#), 2017). Este autor desenvolveu hipóteses sobre como a psiquiatria avançou com uma ênfase na técnica em detrimento da teoria, alterando o modo de narração do sofrimento, com a supressão do destino das narrativas autobiográficas do sujeito e a ascensão das marcas corporais.

Tendo em vista essas questões sobre subjetividade e sofrimento psíquico, esse artigo buscou dar visibilidade às narrativas sobre o mal-estar de pessoas que por algum motivo abandonaram seu tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Entendemos por abandono do tratamento a situação em que a pessoa não compareceu mais ao serviço por um período superior a três meses e não respondeu mais a nenhuma tentativa de contato da equipe do CAPS. No entanto, não encontramos consenso sobre a terminologia para designar essa situação. Utilizamos aquela que mais aparecia nos prontuários: abandono, alta administrativa por abandono do tratamento e/ou não adesão. A maioria dos casos de abandono era de pessoas com dificuldades de adesão às formas propostas de tratamento, mas pode ter havido casos de baixa adesão por um tempo determinado e depois o abandono. Como critério, independente do que constava no prontuário, nesse estudo, consideramos todos os que não estavam mais frequentando e que não obtiveram alta clínica como abandono.

As questões que se colocaram foram: Como as pessoas nomeavam e explicavam os seus sofrimentos? Será que ainda estavam em sofrimento psíquico? Existe associação, na perspectiva desses usuários, entre a forma como foi tratado o sofrimento e o abandono do cuidado no CAPS?

Pouquíssimos estudos foram encontrados sobre a experiência de sofrimento psíquico sob a perspectiva dos próprios sujeitos do sofrimento, definição dada por [Costa-Rosa \(2011\)](#). Aliás, a expressão “sofrimento psíquico” nem existe nos descritores em saúde. O mais próximo disso que se encontra na busca são os termos: estresse psicológico, transtornos mentais e transtorno de estresse pós-traumático. Esse simples fato já evidencia o encurtamento das narrativas sobre o sofrimento psíquico que está em voga atualmente no campo da saúde, em nome de uma redução às categorias nosográficas da psiquiatria.

Este estudo derivou-se de uma pesquisa multicêntrica, que realizou um censo com usuários dos 06 CAPS para adultos com sofrimento mental grave de Campinas/SP. Após a fase quantitativa, verificou-se que 41,8% (n=394) das pessoas cadastradas nesses serviços não foram localizadas. Constatou-se que, destes, 72 casos eram descritos pelos serviços como abandono ou não adesão ao tratamento, o que levou à necessidade de investigar as causas desse fenômeno. Nesse artigo, o objetivo foi analisar a experiência desses usuários com relação ao sofrimento psíquico.

Metodologia

Utilizou-se metodologia qualitativa. Foram realizadas oito entrevistas em profundidade com sujeitos que haviam abandonado o tratamento no CAPS. Na pesquisa realizada anteriormente, foi levantado o número de usuários cadastrados nos CAPS no período de três anos e que não estavam frequentando o serviço há mais de três meses, embora não estivessem em situação de alta. Através dos prontuários, identificou-se que a maioria dos casos era descrita como abandono ou não adesão ao tratamento. Após esse levantamento, foi empreendida uma busca dessas pessoas, primeiramente por telefone e, depois, por endereço. Foram buscadas 72 pessoas, das quais 48 não foram identificadas informações de telefone ou endereço válidas. Das outras 24, houve 4 recusas por telefone e 20 foram procuradas pelo endereço. Destas, apenas 8 foram encontradas nos domicílios e aceitaram participar da pesquisa. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram realizadas nos domicílios, gravadas e, posteriormente, transcritas.

No quadro abaixo, apresenta-se breve caracterização dos entrevistados, com nomes fictícios.

Quadro 1. Caracterização dos/as participantes

Sujeitos	Gênero	Idade	Tempo de adoecimento (autorreferido)
Nádia	Feminino	50 anos	18 anos
Jéssica	Feminino	30 anos	Aprox. 15 anos
Camila	Feminino	31 anos	2 anos
Manuela	Feminino	51 anos	8 anos
Miguel	Masculino	21 anos	7 anos
Augusto	Masculino	60 anos	3 anos
Murilo	Masculino	26 anos	9 anos
Eduardo	Masculino	52 anos	Aprox. 5 anos

Fonte: as autoras (2024).

Utilizou-se entrevista aberta, com escuta baseada na associação livre, conceito psicanalítico, procurando não introduzir significantes que não foram trazidos claramente pelos entrevistados. No entanto, os entrevistados sabiam que a pesquisadora era psicóloga e que estava ali para ouvir sobre sua experiência com sofrimento mental e com os serviços de saúde, através do TCLE lido e assinado no início, o que configurou o campo da entrevista. Não houve uma pergunta disparadora no início, os entrevistados começaram a falar por onde escolheram, a partir de uma conversa espontânea sobre qualquer tema, como o cansaço depois de um dia de trabalho, ou a dificuldade de sair de casa. Deste modo, as continuidades, descontinuidades, rupturas e pausas foram introduzidas, majoritariamente, pelos entrevistados. A pesquisadora interrompia apenas para pedir esclarecimentos sobre algo que já tinha sido abordado pelo/a participante. Todas as entrevistas duraram entre uma hora e meia e duas horas. Essa abordagem foi escolhida para alcançar o máximo de espontaneidade possível, uma vez que a intenção era de que a/o participante construísse uma narrativa sobre o sofrimento com suas próprias palavras, com o mínimo de interferência da pesquisadora.

Após a transcrição integral das entrevistas, procedeu-se a leituras flutuantes sobre o material, buscando impressões e orientações que, posteriormente, pudessem propiciar a emergência de hipóteses. Em seguida, o material foi explorado e analisado com o auxílio do *Software Maxqda Analytics Pro 2020*. Foi elaborada a codificação por temas. Os temas foram escolhidos por serem unidades de significação que se desprenderam espontaneamente das entrevistas, conforme os “núcleos de sentido”, ou seja, unidades cuja presença ou frequência, no texto, foram consideradas pertinentes para o objetivo da análise (Bardin, 2016). Pode-se evidenciar, com o auxílio do *Software Maxqda*, quais temas foram mais frequentes nas entrevistas, pois o software fornece a frequência numérica dos temas codificados em todo o material. Esse aspecto é interessante se considerarmos que a entrevista foi aberta, sem roteiro, pois ele ilustra os temas que mais foram abordados pelos entrevistados, isto é, repetidos de maneira espontânea.

O passo seguinte consistiu na categorização por acervos, ou seja, as unidades de registro foram reagrupadas, em distintos conjuntos, com o objetivo de fornecer a condensação de unidades para uma categoria mais abrangente, cujo título conceitual só foi elaborado no final. Seis grandes categorias se formaram: primeiras experiências de sofrimento na infância/adolescência; a experiência de sofrimento psíquico na vida adulta; relação com os medicamentos; relações afetivas; rotina, trabalho e vida social; e atendimentos nos serviços de saúde. Nesse artigo abordaremos exclusivamente a experiência do sofrimento psíquico, considerando a infância e adolescência. A análise das demais categorias foi apresentada em outros artigos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas por meio do parecer técnico nº 2.225.109. Sua realização se deu atendendo as normas e diretrizes brasileiras de regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução CNS 466/2012 e garantindo-se o anonimato dos sujeitos, pois todos os nomes utilizados na descrição dos resultados são fictícios.

Resultados e discussão

Em primeiro lugar, com maior frequência, como era de se esperar, dada a configuração do campo da entrevista, apareceram narrativas sobre a experiência com o sofrimento, os sintomas, as sensações e dificuldades, principalmente dos momentos mais agudos. Em segundo, tomaram lugar as falas sobre a experiência com medicamentos. Em terceiro lugar, ficou a experiência com os serviços de saúde. Logo abaixo disso, classificaram-se as sequências sobre vida familiar, trabalho, interesses pessoais, lazer, estudos. Os temas que apareceram menos foram estigma, vida social, sonhos e moradia. Cabe destacar as baixas frequências de assuntos como vida afetiva, social e religião. Um aspecto positivo é que as falas sobre internações psiquiátricas também foram poucas, reduzidas a três pequenos trechos. Nessa amostra de entrevistados, apenas três passaram por internações em hospital geral e nenhum deles passou por hospital psiquiátrico.

Um tempo: páginas (in)felizes da história

Os entrevistados trouxeram suas memórias da infância, da adolescência e sobre a percepção dos primeiros sinais de sofrimento psíquico. Nota-se uma diferença de gênero nas narrativas das vivências. Os sujeitos do sexo masculino citaram experiências escolares, ou de brincadeiras na rua, jogar futebol, sem muitos detalhes, algumas delas descritas positivamente. Também relataram problemas como isolamento social, medo das pessoas, problemas de comportamento de birra, e vontade de chorar. “Desde quando eu tinha sete anos, que me dava um choro, vontade de chorar, e foi crescendo assim...” (Eduardo, 2019).

Sempre fui isolado. Minha mãe falou que eu me afastava do povo, que eu ficava na minha [...] me distanciava por causa do medo, medo das pessoas novas, de gente nova aparecer, ficava meio agitado, mas qualquer ser humano eu ia ter medo, de qualquer maneira (Miguel, 2019).

As entrevistas com as mulheres mostraram algo bem diferente do conteúdo dos homens. Os relatos se focaram em memórias de vivências domésticas e conflitos nas relações familiares.

A minha infância, eu só trabalhava. Trabalhava de babá, trabalhei muito na roça para ajudar eles, a minha mãe trabalhava na roça também. O meu pai judiava muito da minha mãe. O meu pai bebia muito, judiava muito da gente. [...] Chegava final de semana, nós não dormia dentro de casa, a gente dormia tudo pra fora... ele não deixava. Um dia, ele rachou a cabeça dela, assim, sabe, ela ficou quase cega... a gente vê tudo, sabe? (Nádia, 2019).

A minha família, meu pai bebia muito, quando eu era criança, ele bebia demais, chegava em casa daquele jeito, né, quebrava tudo [...]. Às vezes ele chegava, a gente fingia que tava dormindo, aí ele ia, pegava a faca e ia pro quarto da gente, aí a gente tinha de sair correndo, de madrugada e se esconder até chegar de manhã cedo, porque aí a bebida já tinha passado e ele tava mais calmo. Então, acho que eu me sentia mais mal por causa disso mesmo (Jéssica, 2019).

Dois temas prevaleceram no discurso das mulheres: trabalho na infância e violência intrafamiliar.

Emergem narrativas de famílias extensas, com vários filhos, pobreza, violência e alcoolismo em contextos de vida bastante difíceis. Uma das entrevistadas discorreu pouquíssimo sobre sua infância, apenas trouxe a lembrança de ter perdido a mãe subitamente, de um pai ausente e que fora criada pelas tias. Quando eram meninas, essas mulheres cuidavam de outras crianças, bem como de seus próprios irmãos, ou trabalhavam fora de casa para ajudar na renda da família. Nas narrativas das mulheres que sofreram violência aparecem duras passagens relacionadas com agressões oriundas de seus pais.

A partir dos relatos, emergiu a questão de diferença de gênero nas vivências da infância. Evidentemente resulta difícil fazer inferências apenas por lembranças da infância, mas esse aspecto se destaca, e vem engrossar as fileiras de estudos que apontam para a necessidade de incorporar elementos de gênero nos estudos sobre sofrimento psíquico, considerando fatores sociais que engendram formas de sofrimentos diferentes para cada gênero (Santos, 2009; Zanello & Silva, 2012). A experiência de adoecimento e o sentido do sofrer são vividos de forma distinta por mulheres e homens, sendo que, para elas, estava mais ligado a deveres domésticos, trabalho e violência, enquanto para eles tinha a ver com problemas de comportamento e isolamento social. Os estudos mostraram ainda que, o adoecimento feminino está marcado por experiências de repressão sexual e violência, além da invisibilidade do papel social da mulher, enquanto que, para o homem, o sofrimento aparece permeado por experiências de exclusão do espaço público, perda da identidade de trabalhadores e de provedores e da capacidade de desempenho sexual (Santos, 2009; Zanello & Silva, 2012).

Além disso, ficou evidente neste estudo que os sintomas que emergiram na infância e adolescência, como isolamento social, choro, tristeza, birra demasiada, sofrimento com a violência, com o trabalho e a pobreza na infância, cutting, nervosismo, agressividade e pensamentos suicidas foram subestimados, explicados como provação religiosa ou simplesmente nem foram reconhecidos pelos familiares como sofrimento, como indicado na fala de Eduardo (2019): “Eu tinha aqueles problemas, sabe, daí meu pai ia na igreja, só que não resolvia nada. Não falavam também porque que eu tava com aquilo. Mas porque que eu tô sofrendo? Na cabeça deles [...] Deus que tava provando”.

Há estudos que apontam para a busca por explicações fantasiosas ou místicas, pela família, como decorrência da falta de reconhecimento para o sofrimento psíquico da criança ou do adolescente (Vicente, Marcon, & Higarashi, 2016; Vieira & Pegoraro, 2020).

Rupturas: a emergência do mal-estar

Em todos os casos analisados, as crises agudas foram situadas depois da adolescência. Em que pese os relatos de problemas na infância, os entrevistados identificaram o quadro de sofrimento quando pioravam muito, na adolescência ou na idade adulta.

Na verdade eu não me lembro quantos anos eu tinha, mas eu me cortava, começou na adolescência, só que aí ninguém nem dava ligância, normalmente minhas irmãs falavam que era pra chamar a atenção. Me cortava com gilete, um tempo foi no braço, só que aí como muitas pessoas viam, aí eu comecei na perna, que ninguém via. [...] Aí fiquei um tempo ruim assim, e ninguém imaginava assim, o que era. Aí passou um tempo eu me enforquei, ele [o namorado] me achou enforcada (Jéssica, 2019).

Na verdade, aconteceu assim: eu tinha dezessete anos, me alistei no exército e fui servir. Só que lá, pra mim, eu não aguentei a pressão, que foi muita pressão psicológica, você sentia muita fome, muita sede, muita raiva, correria, cansaço, tudo ao extremo. E esse extremo que eu vivi no quartel, eu não aguentei, acabei tendo um surto psicótico (Murilo, 2019).

Um dos entrevistados apresentou dificuldade de situar no tempo cronológico o início de seu sofrimento psíquico e narra os sintomas misturando o passado com o presente. No lugar do cronológico, sua localização temporal, do início dos problemas, é marcada com acontecimentos, como a morte dos pais, que ele não diz quando foi. Destaca-se que esse sujeito, aparentemente, ainda está com intenso sofrimento psíquico e não parece ter clareza do seu quadro. Isso transparece de sua fala descontínua, confusa, repetitiva e contraditória, em que ele, ora diz que está bem, ora reconhece estar mal.

Eu ainda, às vezes, tenho esse problema... mas sobre isso eu tô curado. Às vezes eu passo ainda nervoso, às vezes eu chorava por dentro e saía aquele... sabe? Eu perdi meu pai [...] e isso se agravou um pouco [...]. Eu tava muito mal, eu tinha vontade de fazer besteira,

de... sei lá... de sair, tinha vezes que dava vontade de bater meu carro num poste. Jogar... eu pensava essas coisas, hoje eu não penso mais, entendeu? Eu não gosto de ficar lembrando, né, que eu fico também pensando no meu pai, tudo. [...] Na verdade até hoje eu sinto aquela vontade de não viver, entendeu? Eu sinto esses problemas ainda, mas fico pra mim, né? (Augusto, 2019).

Miguel não se recorda de crises. Ele se lembra de ter ido a uma profissional quando criança e de ter feito desenhos. Ele não se identifica com o diagnóstico que lhe deram, sente estranheza e nega ter tido problema de saúde mental. Um caso do que a psiquiatria chama de falta de crítica sobre o seu quadro. Ao mesmo tempo, ele parece ter dado atenção ao que disseram, pois repete o que falaram, mas de forma cindida. Ele parece ter vivido experiências de corte, rupturas temporais não narrativizadas, apenas com alguns indícios dessas discontinuidades. Isso transparece através da forma como ele contrapõe a rapidez de saber ter chegado ao ponto atual de sua vida e a sensação de um longo tempo anterior, que ele não sabia que tinha esquizofrenia, mas tem poucas memórias, refere sobre a infância como “um flash assim de repente na cara da pessoa”.

Se eu tive algum problema de saúde mental? Não, eu não tive nenhum problema não. Não cheguei a ter crise não. Antes do remédio, não vi ninguém falar que eu tava com crise não. Eu só achei estranho eu sofrer de esquizofrenia. Foi direto e foi rápido, saber que eu tenho esquizofrenia e... eu não sei o que pensar. É difícil saber por que eu tenho esquizofrenia, do ponto de vista de cada um... complicado! [...] Eu tive, só! Esquizofrenia! E outro nome que eu não sei. Mas eu não sei se isso foi normal ou se foi bom pra mim, ter ouvido isso de esquizofrenia. É meio diferente. Do nada. Eu achei que eu não tinha mesmo. Eu tava com essa idade mesmo. Recente. Faz bastante tempo sem eu saber que eu tinha esquizofrenia. Só agora mesmo que eu descobri que eu tenho. Antes eu pensava que era autismo, acho que não tinha nada a ver, por causa do meu jeito de ser, de se isolar, no próprio mundo, como o autismo é. Mas agora veio a esquizofrenia e fugiu a ideia de ter autismo... (Miguel, 2019).

Camila buscava compreender o que aconteceu com ela. Estudante de letras, falou de modo bem articulado e questionador. Contou que começou a ir à psicanalista e, depois de duas sessões, teve a crise. Ela situou o início das crises por volta dos 29 anos, quando estava no trabalho.

No começo, eu até achei que fosse por causa de alguma coisa que a psicanalista começa a cavar em mim e me desestabiliza, entendeu, porque das duas vezes foi bem no começo da psicanálise. Só que na primeira vez eu procurei porque eu já não estava bem. [...] Então, não sei se mexe em alguma coisa que me desestabiliza, que eu acredito que pode ser também, ou porque eu me pergunto muito, sabe? “Por que que pode ter acontecido isso? O que será que aconteceu na minha infância? Por que que eu entro nesse delírio?” (Camila, 2019).

Embora o mal-estar esteja presente desde a infância, em todos os casos estudados, o desencadeamento de uma crise aguda se deu no final da adolescência e início da idade adulta, quando o sofrimento foi incrementado por problemas ligados às situações de alistamento no exército, trabalho, dificuldades com os cônjuges ou com filhos e luto. Esse momento é marcado com rupturas, como crise psicótica e tentativas de suicídio. Nem sempre foram feitas associações entre esses desencadeantes externos e as crises.

Narrativas do sofrimento

Para abordar a experiência com o sofrimento, fez-se necessário refletir sobre como as pessoas narraram suas vivências. Iniciamos pelo modo como os sujeitos nomearam o mal-estar. A nomeação, o autodiagnóstico, é o ato “que capta e localiza a série aberta de expectativas, incertezas e indeterminações que cerca sua situação de sofrimento” (Dunker, 2015, p. 24). O autor postula que, se o mal-estar é inerente à nossa condição humana diante da norma social, conforme já apontava Freud em 1930, em seu texto *Mal-estar na civilização* (Freud, 2010), o sofrimento tem uma gramática que o coloca em uma condição de reconhecimento intersubjetivo, partilhado, que o determina como tal. Já o sintoma como ato de designação cria uma nova unidade de discurso, inscrevendo o mal-estar e o sofrimento em uma narrativa. Iniciamos com a nomeação. O que disseram nossos sujeitos sobre o que eles têm? Como cada um se nomeou? Quais os semblantes do sofrer? Que nomes davam às perturbações que os incomodavam?

Na maioria dos casos, os nomes vieram daquilo que ouviram sobre o diagnóstico psiquiátrico, ou seja, modos de inscrever seus sofrimentos em um quadro clínico socialmente reconhecido, uma gramática social do sofrimento (Safatle, 2018). Mas não só isso. Apesar da autonomação com nomes psiquiátricos, os entrevistados descreveram sensações, percepções, pensamentos e situações que iam além dessa autonomação, mas que configuravam modos de sofrer particulares, como ilustrado nos trechos a seguir.

Eu sei que eu não aparento ter o Transtorno Afetivo Bipolar que eu tenho. Assim, teve uma época que eu percebi que eu tava mal, eu fiquei muito... ah, detalhe, eu tive depressão também... A depressão é horrível! Eu lembro muito bem que tudo o que eu fazia, eu só queria deitar e fechar meu olho, o dia inteiro, porque quando eu dormia eu não sentia, mas quando eu acordava, parecia que era um negócio que ligava, a mesma coisa, eu acho, se você pegar um... alguma coisa que te incomoda, e fica incomodando o dia inteiro, uma farpa assim, alguma coisa, incomoda, o dia inteirinho, aquilo ali, me deixou muito mal (Murilo, 2019).

Eu tinha síndrome do pânico. Só de abrir o portão, nossa, morria de medo! Daí eu trabalhei de cobrador aqui uns dois meses, o cara me assaltou no ônibus, aí, aquele trauma, né? Daí que eu ficava com síndrome do pânico, tipo, se eu via gente no ônibus, na rua dava aquele medo, tipo, por exemplo, tinha duas pessoas conversando, na minha cabeça, eles tavam falando de mim. [...] Antes, já tinha sinais, depois desse assalto, piorou, né? Quando a gente tá assim, a gente fica... se preocupando, né, com as coisas: “aí agora, o que vai ser de mim? E se acontecer alguma coisa com minha família? E se eu ficar sozinho?” Eduardo, 2019).

Comecei a ficar estranha, meio depressiva, mas ao mesmo tempo agitada, tava perdendo um pouco do controle, não sabia se tava comendo, ficava sem dormir, começou mais ou menos assim, um cansaço daquilo ali, um estresse que foi acumulando, acumulando até que eu tive um surto, fiquei meio desacreditada, achando que tudo era uma mentira, que os meus amigos e minha família queriam me estudar, sabe, entrei numa neurose mesmo (Camila, 2019).

Esses recortes de falas apresentam o mal-estar através de signos bem reconhecidos atualmente. Nota-se o efeito do ato diagnóstico, isto é, a nomeação normativa de sintomas em quadros regulares, clínicos, uma operação “terrivelmente redutiva em relação ao domínio da experiência que ela comprime e generaliza” (Dunker, 2015, p. 26). Isso acontece graças à racionalidade diagnóstica, que cifra, reconhece e nomeia o mal-estar conferindo legitimidade ao sofrimento e estabelecendo as formas do sintoma (Dunker, 2015). Gonçalves e Onocko-Campos (2017) também encontraram na sua pesquisa a tensão entre a construção e reprodução dessa identidade de doente, um lugar legitimado socialmente e que dá acesso a alguns direitos, em contraposição à legitimação da singularidade da experiência. Além da perda da dimensão histórica do sujeito, há outros dois problemas em se conformar a essa identidade de doente: um é que o foco passa a ser a doença, os diagnósticos e sintomas, em detrimento da singularidade do sujeito, e o outro é o estigma que acompanha ainda o discurso sobre a loucura (Gonçalves & Onocko-Campos, 2017).

Um ponto interessante foi perceber que nomear os sintomas, autodiagnosticar-se, dar nomes ao mal-estar criando um enredo narrativo para o sofrimento é imanente à experiência. Só se sofre de algo que tem algum nome no campo social. Antes de saber o que eles tinham, isto é, antes de receber um diagnóstico, os entrevistados não tinham o reconhecimento daquilo como problema, fato que só ocorreu retroativamente. Ou seja, se o mal-estar esteve lá o tempo todo, o sofrimento é uma narrativa que só pode ser reconhecida pela metáfora do sintoma. Nesse sentido, esse estudo corrobora as hipóteses de Dunker (2015) sobre o nome estar para o mal-estar assim como a narrativa está para o sofrimento e o sintoma para a metáfora. Aparece claramente aqui a característica da narrativa, conforme o resgate que Onocko-Campos e Furtado (2008) fazem de Ricoeur: sobre a narrativa, como histórias não (ainda) narradas, mediação entre a experiência e o discurso, ou seja, por meio da narrativa se articulam linguagem, experiência e ação. Dessa forma, podemos ver a narrativa como a interseção de uma experiência com os discursos sociais.

Assim, articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana (Onocko-Campos & Furtado, 2008, p. 1093).

Aprofundando mais nas descrições, percebe-se que elas levam a sensações e percepções singulares, que ultrapassam a essa nomeação rasa da psiquiatria e que proporciona a reflexão de que, embora esses nomes possam apaziguar um pouco a angústia e oferecer certa âncora para identificação, os sujeitos escutados aqui, nesse estudo, em geral, foram além disso, descreveram sintomas corporais. Pode-se dizer até que ensaiaram uma narrativa para o sofrimento um pouco mais abrangente, que não se limitava aos nomes dados pelos profissionais ou pelo saber psiquiátrico, mas incluindo metáforas corporais.

Às vezes eu via imagens, ou vultos, como dizem, me chamando, ouvia vozes. E aí quando eu tava dormindo assim, eu levantava assustado, alguém tipo, querendo me pegar. [...] Aí eu fui sentindo, como se diz, tontura, nervoso [...] dava vontade de agredir, de sair gritando, falar alto. [...] Só que começou, minha barriga, parece que tinha alguma coisa, sabe quando você tá com ponto? Mas aqueles pontos por dentro, parecendo que tava [...]. Aqui na minha barriga eu sinto, parecendo que tá queimando, dor, sinto muita dor. E falei pro médico: doutor, eu tô sentindo um negócio aqui... (Augusto, 2019).

Augusto não consegue localizar direito de onde veio esse “negócio” que tomou seu corpo. Ele ouviu que sofria de “nervoso” e de ansiedade, mas a todo tempo ele localiza algo no corpo, principalmente em sua barriga, que parece ter sido costurada com pontos por dentro. “Esses dias eu parei no médico, muita dor novamente, dor, no meu corpo, sentia dor de cabeça”. Além disso, ele acusa a insônia que o atormenta e para a qual ele busca um alívio, sem fazer conexão com a ansiedade. “Não consigo. Se eu dormir, é uma hora, quarenta minutos, acho que não chego a dormir duas horas por noite. Sempre... há muitos anos. (...) Eu queria um tratamento pra mim (sic) dormir” (Augusto, 2019).

Para os vultos, as vozes, os desejos de agressão, de se matar ou para a tontura, o nervoso, ele não procura remédio, não aceita nem ingerir os que lhe foram recomendados, diz que nunca pensou em tratar da ansiedade. Esses fenômenos para ele parecem desconectados, fragmentos sem uma nomeação específica, sensações que o invadem sem que ele possa construir um enredo encadeado. Parecem episódicos. Pode-se inferir que a dificuldade de nomear o mal-estar está na origem de uma grande angústia que transparece em suas falas. Nesse caso, não se trata de recorrer a uma nomeação normativa de sintomas, como a psiquiatria faz, mas sim de ele mesmo poder encontrar modos expressivos que reúnam a experiência de mal-estar e de sofrimento em signos que possam ser reconhecidos. O mais paradoxal da situação é que o sujeito precisa encontrar seus significantes singulares, mas para que eles sejam reconhecidos, precisam se inserir numa normatividade discursiva, sem o qual seu sofrimento não é escutado. Como ele hesita em aceitar uma nomeação psiquiátrica e não encontra outra narrativa, sua angústia transborda pelo corpo, sem contorno. Afinal, “o pesadelo de não ter seu sofrimento reconhecido é proporcional à dificuldade de nomeação do mal-estar” (Dunker, 2015, p. 25).

Eu sou uma pessoa assim... muito baixo astral de verdade. Eu encuco muito. [...] Essa coisa que dá em mim, assim, sabe, aquela coisa ruim que dá, aquela aflição, aquela vontade de morrer, aquela vontade de nada... Às vezes eu fico até... nem me reconheço. Se te dá a crise, aquilo vai te sufocando, vem a tristeza, chora, aquela angústia, aquele mal-estar, é horrível! [...] Não é que eu pensei, sabe uma voz? Uma voz que vem assim e fala pra você assim: [...] “Você tá vendo que sua vida é uma porcaria? Porque você vive? Pra quê? Você não tem mais filho pequeno”. É assim! Essa voz é nítida, entendeu? [...] Depressão, é um problema mental, e a pessoa fica com a cabeça fraca (Nádia, 2019).

Nádia se descreve como pessoa baixo-astral, encucada e de cabeça fraca. Não se reconhece na “coisa que dá nela”, nem na voz que a invade questionando a razão de sua existência. Esse modo dela expressar seu mal-estar abre espaço para abordarmos um aspecto

trazido por Dunker (2015) sobre a problemática do sintoma como expressões particularizadas e naturalizadas das possibilidades universais do sujeito, isto é, individualizações do sofrimento social que não podem ser reconhecidos. “Em outras palavras, um sintoma é um fragmento de liberdade perdida, imposto a si ou aos outros” (Dunker, 2015, p. 32).

A reflexão que se abre é o quanto essa narrativa é, em si, elucidativa da demanda de reconhecimento intersubjetivo em que o sofrimento se insere. Ao mesmo tempo em que Nádia produz uma descrição de algo que lhe parece irreconhecível, está falando de si mesma e é ela própria a autora, demonstrando o não reconhecimento da alteridade em si e a exteriorização do que não pode ser reconhecido como próprio. Como afirma Dunker (2015, p. 224), “todo sofrimento contém uma demanda de reconhecimento e responde a uma política de identificação”.

O que ela nomeia como os sintomas tem conexão direta com o desejável, o normativo, como “identificações negadas, abolidas ou aposentadas” (Dunker, 2015, p. 36). Ter baixo-astral, encucar, ter cabeça fraca são negatividades reconhecidas pela gramática do patológico, como aquilo que é o anormal, o que se diferencia, aquilo que o social quer colocar para fora, fora do normal. Dessa maneira, Nádia expressa uma forma de manifestação da patologia social, no sentido formulado por Safatle (2018) como o desejo alienado e socializado, ligados entre si pela produção de identidades subjetivas cuja característica é a inter-nalização de fantasias e normas.

Não sei te dizer, na verdade, de onde vem essa tristeza, na realidade, não sei, só vem, só fico triste, fico sem querer falar, sem querer conversar. [...] E aí você só quer acabar mesmo [...] Eu fazia cortes, só que, na realidade, eu nunca fiz pra me matar, era só pra machucar. Se eu tô muito ruim, às vezes, é uma dor, uma dor que não tem nem como explicar. Aí, tipo, você só quer tirar essa dor ou pelo menos tirar o foco dessa dor, então eu quero sentir outra dor, entendeu? Ou me cortava ou às vezes, eu começava a bater minha cabeça na parede, ou ficava puxando o cabelo aqui, arrancando o cabelo, pra causar outro tipo de dor (Jéssica, 2019).

Fomos impelidas a pensar, a partir dessa fala de Jéssica, sobre como o sofrimento, chamado psíquico, não é sem corpo. Cortar-se, sentir uma dor sem explicação, bater a cabeça na parede, arrancar o cabelo, descrições de atuações que dizem respeito a uma forma cada vez mais comum de expressão dos sintomas no mundo atual, exteriorização através de acting out ou passagem ao ato, característica de um déficit narrativo, da dificuldade de inscrição da angústia na linguagem, levando a uma “redução do mal-estar à dor sensorial” (Dunker, 2015, p. 33). A dor no corpo vem como substituta da dor psíquica, para apaziguá-la, como “uma espécie de jogo simbólico no domínio da dor, opondo a dor ao sofrimento, a ferida física ao dilaceramento da alma.” (Fortes & Macedo, 2017, p. 356).

Não querer falar com ninguém, só entrar lá dentro, fechar a porta e ficar lá. Não sinto vontade de conversar, quero ficar sozinha. [...] Às vezes, você senta pra conversar com alguém e a pessoa começa a te criticar, começa a falar, aí você fala assim: “quer saber? Eu vou ficar pior!” Então, mais fácil não falar. Só não falar! (Jéssica, 2019).

Do trecho acima, extraímos aspectos como o isolamento e da falta de interlocutor com quem compartilhar o sofrimento. Jéssica afirmou que ninguém se importava com sua dor, “ninguém nem dava ligança” e isso fazia com que ela buscasse o isolamento e acabasse fazendo cortes cada vez mais profundos.

“Se tiver alguém ainda pra conversar: puxa tô me sentindo assim, não tô legal, nossa tá apertando... e quando você não tem? Você fica naquela agonia, dentro de casa, sozinha, não tem ninguém pra conversar, nossa, é horrível!” (Nádia, 2019). Essas falas nos levaram à reflexão sobre a precariedade no campo da alteridade, através do estreitamento da relação com o outro, como se não houvesse interlocutor, a sensação de ausência da presença do outro (Fortes & Macedo, 2017).

Se, por um lado, não há um outro para receber a mensagem da dor, por outro há uma dificuldade do próprio sujeito de admitir para os outros que está triste, sofrendo ou angustiado. No entanto, a ausência do outro reforça a impossibilidade de encontrar palavras para a dor, já que a ressonância daquele é condição necessária para que o sofrimento psíquico se constitua como tal (Fortes & Macedo, 2017, p. 357).

Desta forma, não basta que o saber médico lhe dê um nome para o mal-estar. Se, conforme Dunker (2015, p. 278), “o nome está para o mal-estar assim como a narrativa está para o sofrimento e o sintoma está para a metáfora”, é justamente a falta de testemunhas e de narrativas para o sofrimento que faz com que prevaleçam essas formas de descargas da dor no corpo, sem anteparo (Birman, 2012). Dunker (2015) aponta para um dos metadiagnósticos da modernidade, qual seja, o excesso de experiências improdutivo de determinação, uma forma de empobrecimento da experiência de autodeterminação, uma colonização por instituições, discursos e ideais alienantes, hipertrofia das identidades, dos sistemas e de dispositivos disciplinares, no sentido da biopolítica de Foucault, com a captura da vida e da experiência por uma racionalidade instrumental, técnica. Essas experiências de determinação improdutivo não geram reconhecimento social simbólico significativo (Dunker, 2015).

A dificuldade de encontrar palavras para expressar o sofrimento através de uma narrativa, de encontrar interlocutor para essa empreitada, que lhe confira o devido reconhecimento social, está na mesma proporção da necessidade de fazê-lo. Essa é a sensação que tivemos ao realizar as entrevistas, tarefa que se mostrou bastante delicada, por tentar criar um campo transferencial onde pudesse vir à tona algo que as pessoas não estavam habituadas a fazer, isto é, nomear o mal-estar, criar um enredo para contar seu sofrimento, indo além dos nomes dos sintomas. Embora com dificuldades, os entrevistados estavam dispostos a falar. Em determinado ponto, uma das participantes afirma que ela estava falando mais do que falou para os profissionais dos serviços de saúde mental em que ela frequentara, principalmente psicólogos. “Porque normalmente eu não falava, deixava só o tempo correr pra acabar o tempo logo” (Jéssica, 2019). Outro entrevistado também com sintomas expressos maciçamente no corpo falou sobre sua falta de interlocutor: “Não, nunca falei desses problemas, só dentro de mim mesmo. E, também, não perguntaram na época...” (Augusto, 2019).

Outro aspecto importante a ser destacado é a explicação que os entrevistados deram para a origem do sofrimento que os acometeu. Após o sujeito ter reconhecido sua experiência como sofrimento, eles buscaram explicações causais. Algumas falas trazem hipótese de hereditariedade, ou de disfunções no corpo, que foram disparadas por situações externas.

Ah eu acredito que é de família, né? Minha tia tem esse problema, minha tia... Ela ficou fora de si. Depois que ela ficou com aquele medo, nunca mais ela voltou ao normal. Ela ficou esquizofrênica. Minha irmã teve uma crise de transtorno de pânico (Eduardo, 2019).

Pode ter sido alguma coisa hormonal, como foi falado também, às vezes hormonal ou alguma coisa não tava indo bem e pode desencadear aquilo, ou externo mesmo, pode ser tanto interno como externo, enfim... (Camila, 2019).

Outra explicação dizia respeito a problemas advindos do trabalho em excesso, ou a falta de trabalho, nesse caso o fato de ter ficado desempregada e sem conseguir nova colocação no mercado de trabalho. Entendemos que esse é trazido como um elemento a mais, dentro do quadro de vários outros problemas que contribuíram para o adoecimento.

Não sei precisamente quando começou a insônia. Dormia na infância e na adolescência. Faz tempo... eu não sei também, devido ao trabalho, porque eu trabalhava muito também. Muito. Cheguei a trabalhar, quando eu tava com quinze, dezesseis anos, cheguei a trabalhar 240 horas a mais, quer dizer, eu trabalhei em um mês, dois meses. Acho que tudo isso, sei lá... ganância, né? Hoje eu... na época arrependi do que fiz essas coisas assim, que aí hoje reflète na saúde (Augusto, 2019).

Sabe o que é, na realidade, essa coisa aí, pra mim te falar a verdade, essa depressão, assim, foi muita coisa que eu passei, entendeu? (...) eu trabalhava dia e noite e não dormia, entendeu? Chegava na quinta feira eu trabalhava quinta, sexta e sábado de dia, de noite. Eu trabalhava na merenda e saía de lá ia trabalhar de segurança à noite. Trabalhava a noite inteira... (Nádia, 2019).

É engraçado que não aconteceu nada demais, eu só queria voltar a trabalhar e não achava serviço, acho que foi isso, fiquei triste porque eu fui demitida do último serviço que eu tava, eu fiquei muito triste né, que eu não queria, não esperava ser demitida, depois comecei a procurar serviço e não achava mais nessa área, né? E isso me deixou triste (Manuela, 2019).

As falas dos entrevistados trouxeram também problemas de luto, adoecimento físico, perdas importantes que foram se acumulando de forma avassaladora, produzindo o incremento do mal-estar.

E isso aí deu depois que... sei lá, eu tive problemas familiares, [...] eu sofri muito, eu perdi minha mãe e eu não estava presente. Tudo isso acarretou na minha cabeça... foi recente (a morte do pai) foi mais a minha mãe, né? Eu tomei muitos remédios que eu acho que não era pra eu ter tomado e acarretou outros problemas. Eu fiz uma cirurgia na minha perna, depois tive problema, tive que operar de novo. [...] Depois, uma bateria estourou no meu olho, eu tô com a visão quase perdida... então, tudo isso você vai pondo na minha cabeça, isso tudo tá me deixando estressado, de verdade (Augusto, 2019).

Então, quando eu fui no médico, ele falou pra mim: o que aconteceu com você foi o seguinte: você passou por tantas coisas, tantas coisas, que é um copo de água que fica embaixo de uma torneira. Ele vai pingando, vai pingando, vai pingando, tem hora que ele transborda. [...] Eu perdi minha mãe no dia nove de abril, no dia dezoito de abril eu perdi meu filho [...]. Às vezes, é uma coisa que já tá vindo, vem vindo há muito tempo, né, e agora que saiu esse negócio, que explodiu... [...] É porque assim, pra ser sincera, eu nunca tive uma paz na minha vida (Nádia, 2019).

Marcas dolorosas de experiências de violência vividas no passado, desde a infância, também foram relatadas como associadas ao sofrimento atual. Uma observação a ser feita é que as mulheres que relataram ter sofrido violência na infância com pais agressivos e que eram também alcoolistas, acabaram repetindo a mesma situação com seus maridos, também agressivos e alcoolistas. Na fala, nem sempre essas mulheres fazem uma conexão entre os fatos, nem sempre se dão conta dessa repetição. Na entrevista, pelo menos uma delas, se deu conta do que ela chamou de "sina", a repetição de situações de violência e desamparo vividas com a mãe: "Você vê que sina? Repetiu a história, veio de mãe pra filha" (Nádia, 2019).

Considerações finais

A análise dos relatos mostrou que experiências de sofrimento psíquico não foram reconhecidas como tal na infância e na adolescência. Encontramos diferenças nas formas de experimentar o sofrimento por homens e por mulheres, o que aponta para a necessidade de incorporar estudos de gênero nas pesquisas sobre saúde mental e sofrimento psíquico, considerando os fatores sociais, culturais e econômicos que influenciam nas formas de sofrimentos diferentes para cada gênero.

A pesquisa evidenciou que os sujeitos tentavam nomear o mal-estar através de sintomas conhecidos do discurso científico e psiquiátrico atual. Essa estratégia de nomeação, no entanto, mostrou-se insuficiente, conforme denunciam os sintomas corporais e os acting outs, descritos como transbordantes, fora de controle, e que escapavam a um reconhecimento simbólico, isto é, não se inseriram na narrativa.

Quando a narrativa é capturada pela norma, demonstra-se o excesso de experiências improdutivas de determinação, conforme [Dunker](#) (2015), levando ao empobrecimento no campo subjetivo. Aquilo que escapa, através das fugas sintomáticas corporais, por exemplo, pode ser entendido como o que a gramática social do sofrer não inclui, não reconhece, emblemático do que [Safatle](#) (2018) chama de patologias do social. A narrativa pode se constituir como movimento de resistência à captura das práticas pela biopolítica, somente se ela for fruto de invenção de novas formas de narrar, que recuperem a função nomeante, de criação, de experiência-narrativa, conforme sintagma criado por [Pacheco](#) & Onocko-campos (2018).

Inferimos que, ao mesmo tempo em que as pessoas demandavam o reconhecimento para o seu sofrimento, havia uma precariedade no campo da alteridade, que levou a uma falta de interlocutor qualificado para ser testemunha dessas narrativas existenciais singulares, o que levou ao malogro das experiências de cuidado e a um incremento do desamparo. Isso porque a singularidade é abolida quando a nomeação do seu sofrimento vem somente através dos signos já reconhecidos socialmente.

Portanto, concluímos que, diante da necessidade de reconhecimento para o sofrimento psíquico, os serviços de saúde e a sociedade apresentaram respostas alienantes capturadas pela racionalidade instrumental, com a objetificação pelas experiências com psicofármacos, e com a tentativa de aplainamento das subjetividades com nomes reducionistas e identidades hipertrofiadas ([Dunker](#), 2015). Como consequência, o resultado é a fuga, a recusa, a resistência, o abandono do tratamento, dos medicamentos, dos “cuidados” propostos, numa tentativa de preservar o singular. Mas isso tem alto preço, que são os transbordamentos sintomáticos pelo corpo, mal-estar silencioso, sofrimento sem nomeação. Esse sofrimento advém de uma situação paradoxal, isto é, se

o sofrimento só ganha visibilidade quando inscrito dentro de formas engessadas e normatizadas de sofrer - o que o reduz a uma planificação sem singularidade, fora disso, ele acaba por não ser reconhecido como sofrimento, o que aumenta o mal-estar. Defendemos a hipótese, apoiada em [Cardoso-Junior](#) (2005), de que a subjetividade pode oferecer uma resistência a esse modo de subjetivação, “através de uma plasticidade advinda do movimento do corpo em sua relação com o tempo e com a heterogeneidade, produzindo processos de singularização, criando uma estética da existência” ([Cardoso-Junior](#), 2005, p. 345). Resta saber de que maneiras poderiam esses corpos bancar a resistência, abrindo-se para as forças heterogêneas, fazendo delas criação, ao invés de negatividades a serem abolidas.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Contribuições das autoras

As autoras declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Birman, J. (2009). *Mal-estar na atualidade: as psicanálise e as novas formas de subjetivação* (7. ed.). Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Civilização Brasileira.
- Cardoso-Junior, H. R. (2005). Para que Serve uma Subjetividade? Foucault, Tempo e Corpo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 343–349. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18818308>
- Costa-Rosa, A. (2011). Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde E Sociedade*, 20(3), 743–757. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300018>
- Debord, G. (2000). *A sociedade do espetáculo*. Contraponto.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. Boitempo.
- Fortes, I., & Macedo, M. M. K. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38), 353–367. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>
- Foucault, M. (1984). História da sexualidade, vol. II; *O uso dos prazeres*. (M. T. da C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, Orgs.). Edições Graal.
- Freud, S. (2010). *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos* (1930-1936). (P. C. de Souza, Org.). Companhia das Letras.
- Gonçalves, L. L. M., & Onocko-Campos, R. T. (2017). Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cadernos de Saude Publica*, 33(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>
- Lasch, C. (1983). *A cultura do Narcisismo*. Imago Editora.
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1090–1096. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008005000052>
- Pacheco, R. A., & Onocko-campos, R. (2018). Experiência-narrativa como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. *Physis Rev. de Saúde Coletiva*, 28(2), 1–19. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280212>
- Resolução N. 466 de 12 de dezembro de 2012. (2012). Em Vigor: Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Safatle, V. (2018). Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs.), *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero : dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177–1182. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Silva-Junior, N. (2017). Um ponto cego de O Mal-estar na Cultura: a Ciência na era da Instalação. *Estudos Avançados*, 31(91), 173–192. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.3191014>
- Vicente, J. B., Marcon, S. S., & Higarashi, I. H. (2016). Convivendo com o Transtorno Mental na infância: Sentimentos e reações da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e0370014–e0370014. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>
- Vieira, N. R. S., & Pegoraro, R. F. (2020). Explicações De Familiares Sobre O Sofrimento Psíquico: diversidade e integralidade em questão. *Psicologia em Estudo*, 25(e41796), 1–13. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.41796>
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde Mental, Gênero e violência estrutural. *Rev. bioét (impr.)*, 20(2), 267–279. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/745