

CLECIUS RAFAEL SANTOS FERNANDES

CRISE, SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO:

Uma abordagem fenomenológica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Área de Concentração: Saúde Mental e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília – DF

2021

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia– IP

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PsiCC-UnB

Dissertação intitulada “**CRISE, SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO: Uma abordagem fenomenológica**”, de autoria do mestrando Clecius Rafael Santos Fernandes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Presidente

Instituição: PsiCC/PCL/IP/UnB

Prof^a. Dra. Larissa Polejack Brambatti

Membro

Instituição: PsiCC-UnB/PCL/IP/UnB

Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda

Membro Externo

Instituição: PPGPSI-UFPR

Prof. Dr. Mauricio Neubern

Membro Suplente

Instituição: PsiCC/PCL/IP/UnB

Brasília-DF, 28 de maio de 2021

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília, DF, CEP: 70910-900.

DEDICATÓRIA

Aos inumeráveis mortos pela Covid-19 no Brasil e no mundo.

E aos sobreviventes que ficam, o desejo de superação da crise!

Inscrição para um Portão de Cemitério

Na mesma pedra se encontram,

Conforme o povo traduz,

Quando se nasce - uma estrela,

Quando se morre - uma cruz.

Mas quantos que aqui repousam

Hão de emendar-nos assim:

"Ponham-me a cruz no princípio...

E a luz da estrela no fim!"

Mario Quintana

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao espírito humano, aos que desde sua aurora, buscaram incansavelmente o bom, o belo e o verdadeiro e tudo que transcende sua existência.

Ao professor Dr. Ileno Costa, pelo incentivo no momento mais difícil, pela escuta paciente, pela orientação nesta dissertação, por todo o legado do GIPSI e por cuidar de toda a comunidade acadêmica de forma incansável e inspiradora.

Aos GIPSI e a todos os clientes ao longo de sua história. Aos participantes desta pesquisa, sem os quais ela não existiria, e especificamente, a todas as famílias e indivíduos que tive a honra e oportunidade de realizar atendimentos clínicos como membro do GIPSI.

Aos membros da banca examinadora: Professor Dr. Adriano Furtado Holanda, onde tive a oportunidade de assistir às aulas instigantes no período da graduação, a Dra. Larissa Polejack Brambatti e Dr. Mauricio Neubern. Meu agradecimento por aceitar o convite e se disponibilizarem na leitura dessa dissertação. A contribuição valiosa, apontamentos, correções e comentários para que eu continuasse a aprimorá-la. O percurso profissional de todos é um grande exemplo e me honra tê-los como examinadores nessa etapa da minha vida.

À amada esposa Dra. Suellen Wallace, por todo carinho, paciência, apoio e incentivo quando me dedicava à realização desta dissertação. Agradeço também pelas leituras desde o pré-projeto até a conclusão de todo o trabalho. Já falei que te amo hoje?

As minhas filhas Ana Luisa, Maria Flor e Maitê, por me fazerem sorrir e continuar...

Aos meus queridos pais Ester e Kleber, avós Olivia, Clarice, Jason e Silvio, irmãos Klaus, Gabriel, Allan, Elvira, Alline, Artur, Tiago, Allice pelo cuidado, carinho e amor.

A Dra. Fabricia Wallace pela revisão criteriosa, comentários e discussões enriquecedoras, incentivos e disposição na leitura da dissertação. Muito obrigado ‘*cumadi*’.

As minhas psicoterapeutas de Brasília, Teoma Romão e de Campo Grande, Giovana Guzzo Freire pelo apoio e suporte emocional durante o mestrado, dando direção às angústias e dúvidas profissionais e existenciais. E a Dra. Raquel de Paiva, que além de contribuições à dissertação, também me socorreu nos momentos de crise.

A Doutoranda Daniela Martins Machado pelo suporte fundamental na elaboração da documentação ao comitê de ética e a Plataforma Brasil, e também as ricas discussões nas disciplinas durante o semestre.

As doutorandas Ana Cláudia Almeida Machado e M^a. Cristina Hoffmann pela representação discente nas reuniões de colegiado, obrigado pela dedicação, empatia, luta e altruísmo no apoio aos alunos do programa de pós-graduação e por melhores condições de ensino na UnB.

A Doutoranda Thais Ramos pela escuta das ideias e incentivo e trabalhos publicados em parceria.

A Dra. Hayanna Carvalho, pela atenção e leitura à dissertação com preciosas contribuições.

Aos auxiliares de pesquisa Caio de Velasco Araújo, Artur Lancini Brigido e Yan Siqueira Santiago pelo apoio no levantamento de dados.

A secretaria do CAEP pelo apoio no levantamento dos dados.

Ao secretário Antonio Marcolino e Priscila Mamede pelo auxílio administrativo e orientações, sempre solícitos e prestativos.

EPÍGRAFE

Mas não se pode curar a cabeça separadamente. Os bons médicos tratam o "todo", e é "tratando o todo que eles se aplicam a tratar e curar a parte doente". Depois, pretendendo inspirar-se num médico trácio, "um desses discípulos de Zalmoxis que, diz-se, sabem tomar as pessoas imortais", Sócrates mostra que o todo do corpo só pode ser curado na fonte — a alma — de todos os seus bens e males. "Ora, o remédio da alma são certos encantamentos (*epōdaístisin*). Estes consistem nos belos discursos que fazem nascer na alma a sabedoria (*sōphrosúnēn*). Quando a alma possui por uma vez a sabedoria e a conserva, é fácil então dar saúde à cabeça e ao corpo inteiro." (157 a) E passa-se então ao diálogo sobre a essência da sabedoria, o melhor *phármakon*, o remédio capital. (Derrida, 2019, p.73)

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo compreender as vivências dos clientes dos serviços oferecidos pelo grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, após uma crise psíquica grave, identificando os elementos que promovem as mudanças positivas. Para tanto, foi necessária uma revisão do conceito de vivência e sofrimento e sofrimento psíquico grave a partir da abordagem fenomenológica, buscando também identificar os fatores de superação e mudança positiva após as crises de sofrimento psíquico grave, relacionando a discussão à conceituação do crescimento pós-traumático. Em seguida, foram analisadas as contribuições teóricas e práticas no atendimento ao sofrimento psíquico grave do GIPSI. Por fim, buscamos verificar a percepção dos clientes a respeito de sua crise e do atendimento ofertado pelo grupo. Realizamos uma pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica, por meio de pesquisa documental, questionários e entrevista semiestruturada. Como resultados da pesquisa, apontamos os principais achados e reflexões sobre o tema, indicando a crise de sofrimento psíquico grave como uma vivência traumática, conflituosa, complexa e radical a ponto de gerar ideias suicidas. Entretanto, o acolhimento, o cuidado e a continência da crise foram importantes para a elaboração de conteúdos psíquicos. O processo psicoterapêutico foi um espaço de escuta, apoio e catarses, gerando insight sobre a crise e a vida, e contribuindo com a resolução das angústias psicológicas, ao impulsionar melhorias na qualidade de vida, vivências espirituais e aperfeiçoamento dos relacionamentos interpessoais, promovendo, portanto, mudanças positivas após a crise.

Palavra-chave: Crescimento Pós-traumático, Primeiras Crises Psíquicas Graves, Fenomenologia, Sofrimento Humano; Sofrimento psíquico grave

ABSTRACT

This dissertation aims to understand the experiences of clients of the services offered by the group of Early Intervention in the First Psychotic Crises - GIPSI, after a severe psychic crisis, identifying the elements that promote positive changes. Therefore, it was necessary to review the concept of experience, suffering, and severe psychological suffering from the phenomenological approach, also seeking to identify the factors of overcoming and positive change after the crises of severe psychological suffering, relating the discussion to the conceptualization of post-traumatic. Then, the theoretical and practical contributions in attending to the severe psychological distress of the GIPSI were analyzed. Finally, we seek to verify the perception of customers regarding their crisis and the service offered by the group. We conducted qualitative research of phenomenological inspiration, through documentary research, questionnaires, and semi-structured interviews. As a result of the research, we point out the main findings and reflections on the theme, indicating the crisis of severe psychological suffering as a traumatic, conflicting, complex, and radical experience to the point of generating suicidal ideas. However, the reception care, and continuity of the crisis were important for the development of psychic content. The psychotherapeutic process was a space for listening, support, and catharsis, generating insight into the crisis and life and contributing to the resolution of psychological anxieties, by promoting improvements in quality of life, spiritual experiences, and the improvement of interpersonal relationships, thus promoting, positive changes after the crisis.

Keyword: Post-traumatic Growth, First Serious Psychic Crisis, Phenomenology, Human Suffering; Severe psychological distress

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Lista dos grupos de pesquisa em primeiras crises do tipo psicótica	88
Tabela 2 - Respostas da participante 01 sobre o encerramento do atendimento	153
Tabela 3 - Respostas da participante 02 sobre o encerramento do atendimento	155
Tabela 4 - Respostas da participante 03 sobre o encerramento do atendimento	156
Tabela 5 - Respostas da participante 04 sobre o encerramento do atendimento	158
Tabela 6 - Respostas da participante 05 sobre o encerramento do atendimento	159
Tabela 7 - Estrutura Geral de Significados Psicológicos variantes e invariantes	175

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Exemplar de uma peça de Kintsukuroi	09
Figura 2 - Esquema de auto-regulação afetiva e crescimento pós-traumático	67
Figura 3 - Território triangular do surgimento da Psicologia	82
Figura 4 - Total de publicações dividida por tipo até 2018	91
Figura 5 - Gráfico das publicações do GIPSI entre 1990 até 2018	92
Figura 6 - Gráfico das principais abordagens metodológicas	93
Figura 7 - Gráfico dos principais temas abordados pelo GIPSI	94
Figura 8 - Principais paradigmas teóricos e filosóficos	97
Figura 9 - Métodos e Procedimentos mais utilizados no GIPSI	98
Figura 10 - Principais instrumentos de pesquisa utilizados no GIPSI	99
Figura 11 - Afunilamento da seleção dos participantes da pesquisa	148
Figura 12 - Seleção final dos participantes da pesquisa	149
Figura 13 - eixo ortogonal do sofrimento humano	185

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01 - Carta convite para participação de pesquisa	220
Anexo 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	221
Anexo 03 - Carta convite para participação de pesquisa - parte 02.....	222
Anexo 04 - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	2223
Anexo 05 - Comprovante de Envio do Projeto	224
Anexo 06 - Parecer Consubstanciado do Cep - versão inicial.....	225
Anexo 07 - Parecer Consubstanciado do Cep - versão final.....	232
Anexo 08 - Termo de autorização para utilização de imagem e som.....	236

LISTA DE SIGLAS

- ASAS - Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos
- BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
- CAEP – Centro de Atendimento Estudos Psicológicos da UnB
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS - Centro de atenção psicossocial
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CPT - Crescimento pós-traumático
- DEX - Decanato de Extensão/UnB
- DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição
- GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas
- IEPA – Early Intervention in Mental Health
- NEPASD - Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Saúde Mental e Drogas
- PCL - Departamento de Psicologia Clínica / UnB
- PEP - Primeiros episódios de psicose
- PEP - Programa de Primeiro Episódio Psicótico
- PIENSA - Programa de Estudos Neuropsiquiátricos e de Imagem em Adolescentes
- PRIP - Programa para o Reconhecimento e Intervenção Precoce em Psicose;
- PRISMA - Programa de Reconhecimento e Intervenção para Indivíduos em Estados Mentais de Risco
- PEAC - Programa de Extensão de Ação Contínua
- RAPS - Rede de Atenção psicossocial
- SciELO - Scientific Electronic Library Online
- SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
- PTGI - Posttraumatic Growth Inventory
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
EPÍGRAFE	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
LISTA DE SIGLAS	xii
SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	4
Problematização e Justificativa	10
Objetivos e apresentação dos capítulos	15
Cuidados éticos	17
Capítulo 1 - Uma Visão Fenomenológica Sobre o Sofrimento Psíquico Grave	18
1.1. Sobre o método fenomenológico	19
1.2. A Psicologia Fenomenológica	23
1.3 O conceito de vivência e sofrimento na Fenomenologia	25
Capítulo 2 - Vivências em sofrimento psíquico grave: transformações possíveis	40
2.1. Os domínios do crescimento pós-traumático	46
2.2 Pesquisas sobre o crescimento pós-traumático e o sofrimento psíquico grave	49
2.2.1 A crise do tipo psicótica e trauma	50
2.2.2 Mudanças positivas após vivências em sofrimento psíquico grave	55
2.2.3 A questão da espiritualidade no CPT	57
2.2.4. Sobre os serviços de Saúde Mental	59
2.2.5 Discussão terminológica sobre crescimento pós-traumático	60
2.2.6 Preditores e Facilitadores de Crescimento Pós-Traumático	63
2.4 Epistemologia sobre o crescimento pós-traumático	66
Capítulo 3 – O GIPSI e sua contribuição acadêmica – Histórias e Metamorfoses	71

3.1 - O Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) e a sua História	72
3.2 - A produção Acadêmica do GIPSI	76
3.2 Principais contribuições Acadêmicas	86
3.2.1 - Sofrimento Psíquico Grave	86
3.2.2 - Reforma Psiquiátrica	94
3.2.3 - Arte e Sofrimento Psíquico Grave	100
3.2.4 - Família	104
3.2.5 - Intervenção Precoce nas Psicoses	106
3.2.6 - Religião e Espiritualidade	111
3.2.7 - Psicodiagnóstico	113
3.3 Em Busca de Evidências de CPT em Pesquisas Conduzidas pelo GIPSI	115
3.4 A metamorfose do Constructo Sofrimento Psíquico Grave	120
Capítulo 4 - Vivências e transformações dos clientes do GIPSI	129
4.1 Dados Coletados na Pesquisa	130
4.1.1 Processo inicial de seleção dos participantes	131
4.1.2 Procedimentos da pesquisa	132
4.1.3 Instrumentos	136
4.2.4 Metodologia	137
4.2 Análise do crescimento pós-traumático nas primeiras crises do tipo psicótica no GIPSI	138
4.2.1 Processo metodológico de análise	147
4.2.2 Síntese descritiva das narrativas de apreciação da vida	149
4.2.2 Sínteses descritiva das narrativas das relações interpessoais	151
4.2.3 Síntese descritiva das narrativas de novas possibilidades	154
4.2.4 Síntese descritiva das narrativas da potencialidade pessoal	156
4.2.5 Síntese descritiva das narrativas das mudanças na espiritualidade	159
4.3 Estrutura Geral de Significados Psicológicos	161
5.3 Discussão geral sobre os resultados da pesquisa	168
5. Considerações finais	175
6. Bibliografia	181
7. ANEXOS	206
Anexo 01 - Carta convite para participação de pesquisa	206
Anexo 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	207
Anexo 03 - Carta convite para participação de pesquisa - parte 02	208

Anexo 04 - Roteiro de entrevista semiestruturada	209
Anexo 05 - Comprovante De Envio Do Projeto	210
Anexo 06 - Parecer Consubstanciado Do Cep	211
Anexo 07 - Parecer Consubstanciado Do Cep - versão final	217
Anexo 08 - Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa	222

INTRODUÇÃO

Há momentos na vida em que, para subir, se faz mister descer e entrar em crise. E para permanecer o mesmo, precisa-se mudar. Porém, se compreendermos que a crise é o nicho generoso onde se prepara o amanhã melhor e a penumbra que antecede o nascer do sol e aí ficarmos firmes, aceitando o desafio e esperando contra toda a esperança, então temos a oportunidade de amadurecer e de dar um salto para dentro de um horizonte mais rico de vida humana e divina. A superação da crise não se faz, comumente, pelo ativismo e pela excitação exterior, mas na reflexão e meditação sérias, onde as forças se recolhem para uma decisão e purificação libertadora. Nada é então obstáculo para a caminhada. Mas tudo pode transformar-se em degrau para subir mais, lembrados das sábias palavras de Platão, que, em tempos de crise e de incertezas como nos anos 30 na Alemanha, foram recordadas pelo grande filósofo M. Heidegger, então Reitor da Universidade de Friburgo i.B: "*ta megála pánta epifále*", ou seja, "todas as coisas grandes acontecem na crise, no turbilhão". (Boff,2002 p.47)

O conceito 'crise' possui desdobramentos nos mais diversos campos da existência humana e já foi amplamente pesquisado e documentado ao longo do tempo. Trata-se de um conceito complexo e multifacetado, podendo ser utilizado para referenciar dimensões corporais, psicológicas, sociais, econômicas, políticas, ecológicas, filosóficas e espirituais. Entretanto, é possível observar uma característica comum em todas essas referências: todos os seus significados perpassam o ser humano de alguma forma, sendo admissível considerar a crise como um fenômeno essencialmente humano. (Costa 2006,2014, 2017; Costa & Ramos, 2018; Holanda ,2014; Boff ,2002,2004, Minkowski, 2000 e Morin & Viveret, 2013).

Vinculada à área da saúde, a definição do dicionário Michaelis (2010) revela que o termo crise é bastante utilizado sendo representado por um momento decisivo de uma doença, quando ela toma o rumo da melhora ou do desenlace fatal. Na área da saúde mental, de forma geral, poderíamos considerar a crise como um estado psíquico de súbito desequilíbrio em que os sintomas de um sofrimento se manifestam com maior intensidade.

Para sintetizar os possíveis significados da palavra crise, enumeramos as seguintes definições: como alteração no ciclo vital (Hegenberg, 1996; Miermont, 1994; Costa, 2006; Jansen, 2007; Carvalho, 2008 e Erikson, 1976); como situação de tensão (Tavares, 2004; Greenstone & Leviton, 1993, Montenegro e Tavares, 2014 ; Caplan, 1980); como desequilíbrio emocional (DiTomasso & Kovnat, 1995); como falta ou escassez de algo (Gondim, 2007; Dattilio & Freeman, 2004); como situação existencial (Ribeiro, 2011; Goto, 2015; Costa, 2006, 2010, 2014, 2017, 2018); como questão psicossocial (Jardim & Dimenstein, 2007; Dell'Acqua & Mezzina, 2005), como necessidade de intervenção (Botega, 2015; Costa, 2007, 2013; Chaves, 2007; Sterian, 2000; Sá *et al.*, 2008; McGorry & Edwards, 2002).

Gerald Caplan (1980) estabelece as quatro fases da crise psíquica: 1) Elevação inicial de tensão causada por um estímulo externo ou interno; 2) aumento da tensão devido à ineficácia para solução do problema; 3) modificação interna e externa no indivíduo provocada pela tensão e; 4) surgimento de uma cisão causada pela tensão elevada, podendo levar o sujeito a um estado de desorganização grave. Estas fases estão dispostas num relacionamento imbricado entre o meio interno e externo ao indivíduo.

Nesse contexto, para Slaiku (1990) e Wainrib e Bloch (2000), as crises podem ser evolutivas ou circunstanciais. As crises evolutivas dizem respeito às etapas de desenvolvimento do indivíduo e as dificuldades oriundas da passagem de uma etapa à outra (fatores internos); já as crises circunstanciais são aquelas decorrentes de situações encontradas principalmente no ambiente (fatores externos), advindas de eventos extraordinários, nos quais o sujeito não pode prever ou controlar. Dessa forma, as crises evolutivas ou circunstanciais, podem demandar uma espécie de mudança em prol de um equilíbrio (homeostase) mas em casos específicos, estas mudanças podem gerar angústia, inadequação e em casos mais graves, sofrimento.

Assim, ampliando os horizontes, é necessário compreender a crise do ponto de vista ontológico, discutindo seu conceito a partir de diferentes perspectivas. Conforme salienta Santos (2017), a palavra crise tem origem grega (*krisis*), e significa separação, abismo e ao mesmo tempo, juízo, decisão. De *krisis*, derivam o termo Síncrise (reunião) e Diácrise (separação). Daí, filosoficamente, na *krisis* há uma separação, e separar é abrir distância entre partes, aumentando o diastema. Para (Santos 2017, p.44), “ reunião e separação vão fazer parte da existência de todo ser, não somente no mundo físico-químico, mas também no mundo psíquico. Tanto na esfera psicológica, como na social, a personalidade surge de um separar-se constante, de uma crise que se abre entre o indivíduo e os seus semelhantes e o meio ambiente”. Ainda de acordo com Santos, não podemos viver sem a crise, contudo, não podemos viver com ela indefinidamente; o ideal é que toda crise leve o indivíduo a uma crítica, pois os períodos de crise são frequentemente considerados aqueles em que a diácrise aumenta.

Tais crises, em geral, podem revelar a frágil condição humana associada a algum sofrimento a qual alguns indivíduos estão endereçados. A crise do tipo psicótica manifesta-se como uma situação-limite, como uma catástrofe psíquica, onde o que é considerado real escapa de uma compreensão geral. Todavia, outros sentidos e significados são possíveis para a palavra *katastrophé*. De acordo com Nascentes (1955), etimologicamente, o radical ‘*strophein*’ pode ser empregado como: ‘virar’ ou ‘reviravolta’; revertendo o sentido da crise em uma outra perspectiva que se abre perante situações extremas, permitindo definir o termo ‘do tipo psicótica’ a partir de novos pontos de vista. As chamadas primeiras crises ‘do tipo psicótica’ (Costa, 2003) podem apresentar-se como uma experiência extremamente estressante, tanto para os indivíduos que estão passando por este processo, quanto para seus familiares, como afirmam Jordan et al (2017).

Costa (2003, 2010, 2014, 2017, 2018), diante da imprecisão epistemológica sobre o que é psicose, esquizofrenia ou “loucura”, propôs desconstruí-las em um outro constructo denominado de sofrimento psíquico grave, no intuito de ampliar a visão sobre os transtornos mentais, principalmente os transtornos do tipo psicótico e transtornos correspondentes de igual gravidade, mudando o foco dos sintomas para o ser humano. Ao longo de suas pesquisas e reflexões, embasadas pela filosofia fenomenológica e pela psicopatologia fenomenológica, Costa afirma que, “partimos do princípio que a crise psíquica é vivência basilar da angústia do existir” (Costa e Ramos, 2018, p. 252). Dessa forma, é possível se libertar da visão estritamente psiquiátrica e cartesiana, para promover mudanças em todos os envolvidos no processo, tanto os cuidadores, quanto os sujeitos em sofrimento psíquico grave e seus familiares. Nesse sentido, Costa (2014, 2017, 2018) entende o sofrimento psíquico como sendo algo essencialmente humano, construído e expresso nas relações afetivas, sociais e culturais; como um fenômeno singular frente a toda pluralidade, necessitando, portanto, de um cuidado único, de modo que proporcione continência e apoio.

Nesse sentido é preciso compreender que as crises derivadas do sofrimento psíquico grave, sobretudo em seus primeiros episódios, podem significar mudanças positivas naqueles acometidos por essa situação. Para explicar essas mudanças, usaremos o constructo “posttraumatic growth”, traduzido como crescimento pós-traumático, de Tedeschi e Calhoun (1995), que passaram a investigar as mudanças positivas em indivíduos após momentos de crises, trauma e situações de estresse agudo. Segundo esses autores, a percepção de mudanças positivas, e em certos casos, drásticas e profundas, em indivíduos que vivenciaram situações de crise e trauma é tema crescente nas mais recentes pesquisas acadêmicas e tem raízes em diversas áreas do conhecimento, como a filosofia, literatura e mesmo na mitologia e textos sagrados.

Como exemplos dessas tradições seculares sobre situações trágicas e as mudanças positivas provocadas por essas situações de sofrimento, podemos elencar na Literatura¹ uma das peças mais famosas de William Shakespeare “Hamlet” (Shakespeare, 2020), onde o personagem principal, após um evento traumático ligado ao falecimento de seu pai, passa por uma crise existencial que o leva a um crescimento e amadurecimento, ainda que leve ao desenlace fatal.

Além da literatura, há exemplos também na Mitologia. No mito de Quíron, vemos a ferida incurável motivar a busca de panaceias. No complexo mito de Orfeu, há uma constante superação de desafios em busca de sua amada, até a catábase ao reino de Hades. O monomito proposto por Campbell (2004) relata a estrutura de um mito universal, no qual o herói passa por etapas de provações até seu grau máximo, para então buscar seu elixir. Conforme relata Toral (1992), na mitologia Karajá vemos o conto de um peixe que transpassa o paraíso do rio frio e profundo para viver a liberdade e as belezas da terra seca, mas como troca, perderia sua imortalidade concedida pelo grande Deus, passando sentir dor e sofrimento.

Nas religiões, também existem muitos os exemplos e teses já bem estabelecidas, como podemos citar o livro Jó ou a Paixão de Cristo na religião judaico-cristã, ou ainda as quatro nobres verdades do Budismo como um caminho ético para a superação do sofrimento. Já na alquimia, temos a cosmovisão através do labor e da oração (laboratório) para alcançar a transformação do chumbo em ouro, através de solventes químicos, biológicos, térmicos, quiçá psíquicos, em um frasco denominado até os dias atuais de crisol.

¹ A lista de exemplos pode ser muito longa, portanto, citamos outras obras como o conto “Sonho de um Homem Ridículo” de Fiódor Dostoiévski; “Fausto” de Johann Wolfgang von Goethe; o romance “O lobo da estepe” de Hermann Hesse e “A hora da estrela” de Clarice Lispector.

Em culturas como a japonesa, existe uma forma de arte chamada kintsukuroi que significa “reparar com ouro”. De acordo com Doyle & Saying (2015), quando um pote ou tigela de cerâmica quebra, o artesão junta as peças novamente usando laca de ouro ou prata para criar algo mais forte, considerado mais bonito do que era antes. O objeto quebrado não precisa ser descartado ou que a obra de arte esteja arruinada ou sem valor por ser diferente do que foi planejado. Kintsukuroi é uma forma de vida que abraça todas as falhas e imperfeições. Cada fenda faz parte da história do objeto e ficando mais bonito e valorizado, justamente por ter sido quebrado. Na psicologia, Bucher, (1989), de forma análoga ao kintsukuroi, retoma a noção de cristal partido, metáfora criada por Freud para explicar a constituição psíquica e a forma como ocorre o adoecimento psíquico do sujeito indo além do significado superficial da psicopatologia puramente sintomatológica, o anormal passa a ser visto como o indivíduo que se quebrou diante de si mesmo, colocando em suspensão o conceito de normalidade ideal e estatístico.

Figura 1

Exemplar de uma peça de Kintsukuroi



Imagem ilustrativa [imagem online]. <https://chado.com.tr/kintsukuroi-sanati/>

Calhoun e Tedeschi (2014) afirmam que esse foco sistemático em pesquisas sobre as possibilidades de crescimento através da luta contra a crise é relativamente recente na psicologia e vem ocorrendo em diversas partes do mundo, necessitando ainda mais de estudos sistemáticos. É neste eixo que se situa o tema desta dissertação, partindo do sofrimento psíquico grave nas primeiras crises do tipo psicótica, mas enfocando as vivências após essa crise inicial, e nas possibilidades de mudanças positivas após a superação destas.

Problematização e Justificativa

Esta dissertação parte da inquietação a respeito do que leva um indivíduo a superar suas crises, traumas e sofrimentos após sua “catábese ao Hades”. Ela é fruto do desejo pessoal deste pesquisador, germinado lentamente desde a graduação em psicologia e na realização dos estágios clínicos no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, do Instituto de Psicologia – IP, da Universidade de Brasília – UnB.

Dessa forma, a pesquisa enfoca as vivências de sujeitos em crise psíquica grave acolhidas pelo GIPSI, que oferece atendimento psicológico tanto individual quanto familiar, por meio de avaliação, acompanhamento, intervenção e atuação no contexto social. Para tanto, é necessário compreender as concepções de crise do tipo psicótica e sofrimento psíquico grave, construídas pelo GIPSI, reconhecendo que embora o fenômeno denominado ‘crise’ abarque uma série de aspectos, significados e contingências, foi privilegiada a abordagem de somente um desses aspectos: a investigação do momento posterior a uma crise do tipo psicótica.

Sendo o sofrimento psíquico grave uma expressão aguda frente a angústia humana (Costa, 2013), nos anos iniciais de atendimento do GIPSI à comunidade percebeu-se que uma

das possibilidades de cuidado desse sofrimento, inicialmente, seria por meio da intervenção precoce, baseado no paradigma internacional de Intervenção Precoce nas Psicoses, proposto por McGorry & Edwards (2002), e posteriormente pela IEPA – Early Intervention in Mental Health. Sobre a influência deste paradigma internacional nos anos iniciais do GIPSI, Costa (2003) comenta que um dos objetivos da intervenção precoce seria a confirmação da hipótese diagnóstica de uma possível psicose se estruturando, sendo identificada pela observação dos primeiros sinais apresentados pelo indivíduo, denominados de pródromos, mesmo que não qualificados como sintomas propriamente ditos.

Os pródromos podem (ou não) evoluir para uma psicose, e só então demandaria um tratamento efetivo. A detecção deste tipo de sofrimento o quanto antes apresenta uma série de benefícios. Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave, Costa (2006) buscou sistematizar algumas reflexões sobre primeiras crises do tipo psicótica, a partir da práxis de casos atendidos no GIPSI, listando os benefícios que já foram validados pela literatura internacional, como por exemplo a diminuição de recaídas, diminuição do risco de suicídio, diminuição do impacto da crise nas esferas jurídicas, sociais, laboral e pessoal, diminuição do uso de medicação, dentre outros benefícios.

Mesmo reconhecendo diversos benefícios neste modelo, com o passar do tempo, o GIPSI foi se afastando do paradigma da intervenção precoce e passou a utilizar uma abordagem mais fenomenológica sobre o sofrimento psíquico grave, buscando colocar o sujeito à frente de seus sintomas, que são simbólicos por natureza, como aponta Martins (2007). Dessa forma, a nova abordagem faria frente aos modelos atuais de atenção à saúde mental, tais como o biomédico. Pode-se afirmar que o GIPSI se baseia em um outro modelo, o psicossocial, que se opõe ao modelo biomédico, caracterizando-se pela composição de equipes horizontais e

multiprofissionais e disciplinares, aplicando diversos recursos terapêuticos, mais humanizados e eficazes com o objetivo de reinserção do sujeito na sociedade, envolvendo o sistema familiar e social neste processo e promovendo o uso de dispositivos e tecnologias que vão além do hospital (Almeida & Rouquayrol, 2002; Castellanos, 1990; Sousa, Maciel & Medeiros, 2018).

Sendo assim, o GIPSI é um dos poucos grupos de pesquisa que não faz uso de termos baseados no modelo da biomedicina, utilizando outros mais próximos do modelo psicossocial e fenomenológico. Entretanto, nesta dissertação buscaremos conciliar o termo sofrimento psíquico grave aos termos psicose, esquizofrenia, intervenção precoce e derivados, como primeiros episódios psicóticos (PEP), tendo sempre como norte a conceituação e o paradigma propostos por Costa (2003).

Isto posto, Jordan, Malla, & Iyer (2016) apontam que os primeiros episódios de psicose (PEP) (isto é; sofrimento psíquico grave) já foram bem investigados e documentados, porém, as etapas seguintes aos PEP 's têm sido pouco investigadas. Jordan *et al* (2017) inclusive indicam que a pouca literatura sobre CPT após PEP não está clara e que o fenômeno pode ser resultado de uma série de conexões mais complexas. Jordan *et al* (2017) e Jordan, MacDonald, Pope, Schorr, Malla, & Iyer, (2018) apontam um senso comum que há uma percepção negativa da vida após os primeiros episódios do tipo psicótico, e pesquisas têm focado em sintomatologia e psicopatologia, levando mais em consideração aspectos objetivos como, por exemplo, a cognição ou resultados funcionais e menos em processos subjetivamente definidos, como o CPT. Também apontam para uma questão epistemológica e semântica em torno do construto CPT, que é relatado em pesquisas usando conceitos similares porém com interpretações e usos em diferentes contextos, em termos como: resiliência, recuperação ou autorrealização, além do crescimento relacionado ao estresse e descoberta de benefícios. Por último, avaliam que o CPT

não foi extensivamente estudado no domínio da psicose, ou, o CPT pode ter sido estudado, mas não recebeu grande atenção em relatórios de pesquisa ou periódicos de grande impacto. Jordan et al (2018) relatam que pouco se sabe sobre se, e como as pessoas experimentam mudanças positivas após um primeiro episódio de psicose e ainda menos se sabe sobre quais fatores facilitam essa mudança positiva.

Neste contexto, abre-se para a problematização: existe alguma percepção de mudanças positivas em alguma dimensão vivida pelo sujeito - seja ela corpórea, psíquica, existencial, social ou espiritual - após os primeiros episódios de psicose? Caso exista essa percepção, quais seriam os fatores que influenciam essas mudanças advindas de uma crise do tipo psicótica? Uma intervenção psicológica precoce pode contribuir na promoção dessas mudanças?

Em uma investigação preliminar sobre o tema, utilizando os repositórios de pesquisa SciELO, PubMed e Wiley Online Library, foram encontrados diferentes estudos, conforme organizado a seguir:

1) Crescimento Pós-Traumático: Nesses artigos foram observadas a conceituação do constructo e sua aplicação na área da saúde mental, bem como a validação de inventários e métodos de pesquisa (como por exemplo, Calhoun e Tedeschi, 2004; Tedeschi e Calhoun, 1996; Calhoun, Cann, Tedeschi, e McMillan, 2000 e Medeiros et al, 2017).

2) Intervenção Precoce na Psicose: No segundo grupo de estudos foram encontrados artigos sobre as características do serviço de intervenção precoce, conceitos sobre intervenção e psicose e relatos de experiências tendo como base pesquisas qualitativas (como exemplo têm-se Corcoran et al 2007; Brabban & Dodgson, 2010; Birchwood, 2014 e Ndeti, 2008).

3) Crescimento Pós-Traumático e Psicose: No terceiro grupo de pesquisas foram selecionados artigos que visavam identificar o crescimento pós-traumático após diagnóstico de

psicose através de estudos quantitativos, qualitativos, meta-análise e estudos mistos. Alguns exemplos são: Dunkley & Bates (2015) Mazor, Gelkopf & Roe (2018), Jordan, Malla & Iyer (2016), Jordan et al (2017).

Sobre o terceiro grupo de estudos, apesar de poucas publicações sobre o tema, observa-se um crescente interesse a respeito do Crescimento Pós-Traumático e Psicose, principalmente na tentativa de compreender o que leva à recuperação após uma crise do tipo psicótica, mas ainda carece de aprofundamento. Um viés identificado nos artigos selecionados indica que a maioria dos estudos foi conduzida por psiquiatras em hospitais e centros de saúde mental. Segundo Jordan et al (2018), nessas pesquisas eles fazem uso do termo recuperação clínica, que é embasado no pressuposto filosófico pós-positivista (biomédico).

Por seu turno, o constructo do sofrimento psíquico grave é pesquisado nos mais diversos temas, áreas, abordagens e teorias utilizados pelo GIPSI. Desde que o grupo foi criado, muitas teses e livros foram publicados, abordando o sofrimento psíquico grave em seus múltiplos aspectos: sintomatologia, método de Rorschach aplicado, psicoterapia familiar, etapas de desenvolvimento humano, análise do discurso, fenomenologia das primeiras crises do tipo psicótica, reforma psiquiátrica, vivências espirituais e religiosas, ambiente de cuidado, surdez e sofrimento psíquico grave, multidisciplinaridade, recursos clínicos, qualidade de vida, pródromos e por último a intervenção precoce, citando somente alguns. Entretanto, ainda não foram investigados o fim do processo psicoterapêutico dos clientes de serviços oferecidos pelo GIPSI, incluindo possíveis mudanças positivas, e a percepção do usuário a respeito da sua crise e de seu respectivo tratamento, compreendendo o significado e o impacto desta experiência em sua vida.

Objetivos e apresentação dos capítulos

Esta pesquisa adotou o tipo exploratório que de acordo com Gil (2002 p.41), tem o objetivo de “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, pode-se dizer que estas pesquisas têm um objetivo principal: o aprimoramento de ideias”.

Com este norte, e partindo do pressuposto estabelecido pelo GIPSI e por Costa (2003,2010,2017,2018) é de que a crise e o sofrimento são inerentes ao ser humano e devem ser vistos como fenômenos altamente complexos e singulares. E que para o grupo, o atendimento precoce nas crises de sofrimento psíquico grave é essencial, utilizamos a hipótese levantada pelo GIPSI de que o acolhimento e as relações de cuidado oferecidas nas intervenções das primeiras crises do tipo psicótica contribuem positivamente para o crescimento pós-traumático.

Diante uma diversidade de informações sobre crise, discussões extensas ao redor da existência de uma sintomatologia psicótica e todo um arcabouço teórico no campo da psicologia e filosofia sobre o sofrimento humano, foi necessário um recorte teórico, que será apresentado através de capítulos. Para cada um deles, procuramos abordar uma dimensão pontual que conduz e direciona os objetivos e hipótese da pesquisa, entretanto, cada dimensão abordada em cada capítulo está interconectada, buscando criar uma integração da dissertação como um todo, portanto, não como recorte isolado, mas como uma rede de relações e complementaridade desses saberes. Deste modo, na presente introdução, apresentamos a proposta da pesquisa, bem como o contexto na qual será executada, tal qual a problematização, hipótese e **objetivo principal** que buscou compreender as vivências dos clientes dos serviços oferecidos pelo GIPSI, após uma crise psíquica grave, identificando os elementos que promovem as mudanças positivas.

Para tanto, no **capítulo 1** foi necessária uma revisão do conceito vivência, sofrimento e mesmo o de sofrimento psíquico grave a partir da abordagem fenomenológica adotada pelo GIPSI, sendo assim todo o primeiro capítulo desta dissertação faz uma incursão sobre os principais conceitos da fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938), e um breve contexto histórico para justificativa do seu surgimento, discorrendo também sobre o método fenomenológico utilizado durante a pesquisa.

Para alcançar o objetivo principal, como **um dos objetivos secundários**, buscamos identificar os fatores de superação e mudança positiva após as crises de sofrimento psíquico grave, relacionando a discussão ao crescimento pós-traumático, apresentado no **capítulo 2**. Neste capítulo, realizamos uma reflexão sobre essas vivências, através da conceituação do crescimento pós-traumático, sua relação com termos correlatos e ainda apresentamos uma revisão crítica de pesquisas no estado da arte sobre esses temas e suas bases epistemológicas.

Também se fez necessário analisar as contribuições teóricas e práticas do GIPSI no atendimento ao sofrimento psíquico grave; portanto, **outro objetivo secundário** apresentado no **capítulo 3**. Fez-se nele uma importante revisão teórica sobre a produção científica realizada pelo GIPSI no período de 20 anos de existência, buscando observar a metamorfose do constructo sofrimento psíquico grave, bem como realizar uma síntese sobre as pesquisas realizadas ao longo desses 20 anos de existência do grupo, apontando os principais achados, resultados e conclusões destas pesquisas.

O **último objetivo secundário**, foi o de verificar a percepção dos clientes a respeito de sua crise, bem como o atendimento prestado pelo GIPSI, apresentamos o **capítulo 4**, onde abordamos o caminho metodológico percorrido, incluindo as etapas de coleta de dados, análise e

resultados, efetuando buscou responder ao objetivo geral e em específico o último objetivo secundário. No **capítulo 5** minhas considerações finais sobre a pesquisa.

Cuidados éticos

A presente dissertação está pautada na resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos. Neste sentido, foi garantido aos participantes da pesquisa a participação esclarecida e por livre vontade; a comunicação dos objetivos do estudo, descrito aos participantes; a garantia do sigilo anonimato e a privacidade das informações levantadas; o esclarecimento de toda e qualquer dúvida; o direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo; sem qualquer prejuízo ou risco para suas atividades voluntárias, laborais ou acadêmicas.

A proposta dissertação foi submetida ao comitê de ética, no qual uma junta revisou até que ponto o estudo proposto exporia as pessoas ao risco. Por tratar-se de estudo qualitativo, durante a fase de coleta de dados, foi informado o risco de haver recordação de momentos marcantes, difíceis e angustiantes, fazendo respeitar os termos da resolução nº 466/2012, oferecendo acolhimento e, em casos mais graves, encaminhamento para processo de avaliação psicológica no CAEP, ou dependendo da gravidade, para o próprio GIPSI.

O projeto de pesquisa foi registrado com o código de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 21694619.1.0000.5540, enviado ao Instituto de Ciências Humanas/UNB com status da Situação da Versão do Projeto aprovada conforme comprovante de envio do projeto (anexo 06) e parecer consubstanciado do CEP (anexo 7 e 8).

Capítulo 1 - Uma Visão Fenomenológica Sobre o Sofrimento Psíquico Grave

Por causa de seu objetivismo, a psicologia não consegue incluir em seu tema de reflexão a alma, ou seja, o eu, que age e sofre, em seu sentido mais próprio e mais essencial. Husserl (1995 p.61)

Ser ou não ser... Eis a questão.
Que é mais nobre para a alma:
suportar os dardos e arremessos do fado sempre adverso,
ou armar-se contra um mar de desventuras
e dar-lhes fim tentando resistir-lhes?
Morrer... dormir... mais nada...
Imaginar que um sono põe remate aos sofrimentos do coração
e aos golpes infinitos que constituem a natural herança da carne,
é solução para almejar-se.
Morrer..., dormir... dormir...
Talvez sonhar...
- Shakespeare(2020)

Neste capítulo será apresentado uma síntese da visão de Edmund Husserl (1859-1938) que forma as bases epistemológica e metodológicas que direcionaram a realização desta pesquisa como um todo. Buscaremos evidenciar os estudos mais recentes sobre a fenomenologia perante o sofrimento psíquico grave, bem como suas contribuições para o entendimento deste fenômeno.

Husserl a conceitua da seguinte forma: “a fenomenologia é a doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento”. Husserl (1989, p.22) em complemento, afirma que:

A Fenomenologia – designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas; mas, ao mesmo tempo e acima de tudo, ‘fenomenologia’ designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico. Husserl (1989, p. 46).

1.1. Sobre o método fenomenológico

Sabe-se que o método é um mapa que aponta um caminho a ser seguido, partindo de uma premissa, cercado de procedimentos, técnicas e processos sistemáticos para chegar ao destino. No caso da fenomenologia, o destino apontado por Husserl é paradoxalmente um caminho de volta, como observa-se em um de seus axiomas, “voltar às coisas mesmas”, conforme Sala(2005). O método proposto busca através das vivências esse retorno, permite olhar o que é revelado pela experiência para alcançar sua essência. Segundo Sala(2005), voltar às coisas mesmas é o oposto de reflexão, pois refletir é retornar a si mesmo. E acrescenta:

Um retorno às coisas significa, antes de tudo, uma eliminação de pressupostos para poder se libertar das próprias coisas, pois é uma questão de "deixar as coisas falarem"; é por isso que a primeira condição a ser alcançada, obviamente em um processo coextensivo e assintótico com a própria fenomenologia. (Sala,2005 p.24)

Sala (2005) afirma que voltar às coisas em si exige esforço, à primeira vista, impossível, porém necessário. Ignorar toda a tradição, cultura e pressupostos e direcionar tudo para a fundação nas próprias coisas seriam algumas das dificuldades encontradas. Isso demanda esforço justamente porque é necessário reduzir todo o conjunto de opiniões, julgamentos e crenças, que impedem de ver as coisas em si mesmas. Neste retorno, como aponta Sala(2005), ocorre um momento negativo, denominado por Husserl de *epoché* ou “ter sobre”, que é justamente essa supressão do julgamento e da razão.

Para Goto (2015 p.76) “a *epoché* constitui-se em uma espécie de colocação de parênteses nas coisas, promovendo, propositalmente, uma suspensão da nossa atitude natural”. Segundo Goto (2015), a *epoché* é o caminho que viabiliza a separação entre a atitude natural e a atitude

fenomenológica, já que suspende o conhecimento prévio e os pressupostos sobre a coisa em si. Mas somente a *epoché* não garante chegar a coisa em si com segurança, segundo Goto (2015), “Husserl acrescentou a *epoché* uma redução, cuja tarefa é retirar os elementos naturais (individuais e contingentes) das vivências ainda presentes na volta às coisas mesmas e chegar às suas essências” (p. 79).

Com esse propósito, a fenomenologia permitiria direcionar as vivências dos fenômenos, podendo ser classificada como uma ciência *a priori*, como afirma Goto (2018, p.81) “cuja finalidade principal é descrever os fundamentos da filosofia e da ciência para restabelecer o sentido delas, buscando assim reformulá-las metodologicamente.” Entretanto, o projeto da fenomenologia de Husserl não pretendia substituir as ciências naturais, como afirma Goto (2015), “fenomenologia não surgiu para substituir a psicologia, a lógica ou a epistemologia no geral, mas para explicar de uma maneira totalmente nova e fundamentada o problema do conhecimento e, conseqüentemente, das ciências em geral.” O projeto da fenomenologia é fundamentar uma ciência das essências, buscando transcender o positivismo e o naturalismo, no propósito de chegar “às coisas mesmas” .

Goto (2015 p.82) aponta que para realização de tal projeto é importante ressaltar a diferença entre fato e essência, justamente para delimitar o que cada ciência é capaz de alcançar e assim construir um alicerce seguro. Goto (2015) aponta que para Husserl, a essência (*eidos*) é o que constitui os fenômenos, tudo aquilo que é universal e geral. Neste caso, a redução eidética busca revelar como a consciência percebe os fenômenos e a partir deles, como são constituídos dentro de nós. Para Goto:

(...) com a redução, temos a passagem da atitude natural, e assim da ciência dos fatos, para a atitude fenomenológica, a qual permitirá descrever os universais que a consciência intui quando são apresentados os fenômenos. Goto (2015 p.83)

A seguir, continua Goto (2015), é necessário “fundamentar rigorosamente todo esse processo de subjetivação a fim de construir uma ciência da subjetividade, ou como o próprio Husserl denominou: uma filosofia primeira.” Para Tanto, três operações são fundamentais nesta fundamentação rigorosa da subjetividade: a) Adotar uma atitude reflexiva para se desvincular da atitude natural b) realizar a *epoché* ou suspensão do juízo; e c) realizar a redução fenomenológica transcendental. (Goto, 2015 p.84)

Sokolowski (2004, p.71), ao refletir sobre a importância da redução transcendental, alerta para que não ocorra o julgamento de que a fenomenologia é apenas a execução da elaboração de uma teoria sobre o conhecimento, mais que isso, vai além. Não é só chegar à essência das coisas, ou se podemos tentar estabelecer a verdade ou alcançar o mundo real e concreto. Em um de seus apontamentos sobre as contribuições da redução fenomenológica, Sokolowski afirma:

A mais importante contribuição que a fenomenologia fez para a cultura e para a vida intelectual foi validar a verdade, a experiência, a vida e o pensamento pré-filosóficos. Ela insiste que os exercícios da razão exercidos na atitude natural são válidos e verdadeiros. A verdade é efetivada antes de a filosofia chegar em cena. As intencionalidades naturais alcançam satisfação e evidência, e a filosofia nunca pode substituí-las no que fazem. A fenomenologia é parasita da atitude natural e de todas as efetividades dela. A fenomenologia não tem acesso às coisas e manifestações do mundo exceto através da atitude natural e suas intencionalidades. A fenomenologia chega somente mais tarde. Tem de ser

modesta; ela deve reconhecer a verdade e validade das efetividades da atitude natural, nos seus exercícios prático e teórico. Então, contempla essas efetividades e suas atividades subjetivas correlatas, mas se as efetividades não estivessem lá não haveria nada para a filosofia pensar. Deve haver opinião verdadeira, deve haver doxa prévia, se há de ser filosofia. A fenomenologia pode ajudar as intencionalidades naturais a esclarecer o que elas buscam, mas nunca substituí-las.

Através do método proposto por Husserl, podemos concluir que a fenomenologia busca, de certa forma, chegar a essência das **coisas** que se pretende conhecer, é permitir que essa **coisa** se mostre como simplesmente é, sem juízo preliminar, além disso, a fenomenologia permite explicitar como esse conhecimento se constrói. (Bello, 2006; Goto, 2015).

Cabe ressaltar que o método fenomenológico aplicado à psicologia ainda está em aperfeiçoamento, como apontam Espíndula & Goto (2019) e que a aplicação do método proposto por Husserl em sua forma mais autêntica ainda é um desafio para as pesquisas empíricas, ocorrendo a possibilidade de desviar a atitude fenomenológica no processo de investigação em uma hermenêutica, fato bem comentado e pesquisado por Goto e colaboradores. Espíndula & Goto (2019), apontando sobre a proposta metodológica elaborada por Giorgi e Sousa (2010), citam três passos essenciais nas pesquisas fenomenológicas em psicologia, como dito no início desta sessão, 1) suspensão do juízo do que se quer investigar (epoché), 2) observar o fenômeno como se mostra e descrevê-lo 3) identificar a essência do fenômeno observado.

Espíndula & Goto (2019) ressaltam a necessidade de inclusão de um último passo, que seria justamente a análise e identificação das vivências psíquicas dispostas nos significados da experiência. Sobre esse ponto, veremos a seguir algumas contribuições da fenomenologia à

psicologia e como algumas pesquisas em psicologia têm utilizado o método fenomenológico para o entendimento de questões ligadas às vivências e à subjetividade.

1.2. A Psicologia Fenomenológica

Buscaremos posicionar a psicologia perante a fenomenologia sob duas óticas, da crítica do método fenomenológico nas pesquisas em psicologia e o desvio tomando pela psicologia ao naturalizar e objetificar a vida psíquica com a pretensão de observar, compreender, prever e controlar a subjetividade através de métodos positivistas.

Sobre a primeira ótica, apresentamos os artigos propostos por Feijoo & Goto (2016) e Feijoo & Mattar (2014) sobre as pesquisas em psicologia que utilizam o método fenomenológico e questionam sua aplicação, frisando a necessidade de se manter fiel ao processo proposto por Husserl. Feijoo & Mattar (2014) fazem um alerta ao risco de afirmar que se faz pesquisa fenomenológica em psicologia, sem utilizar de forma criteriosa o método fenomenológico. Para Feijoo & Mattar (2014):

Toda psicologia deve ser precedida de uma psicologia fenomenológica, no sentido de um esforço reflexivo pelo qual, no contato com a nossa própria experiência, elaboramos as noções fundamentais de que a psicologia se serve a cada momento.

Husserl deu suma importância à psicologia e em algumas de suas obras, o termo psicologia é muito mais citado que o próprio termo fenomenologia², como afirma Goto(2013). Portanto, compreender a importância da psicologia na obra de Husserl ajuda a compreender o caminho à subjetividade transcendental.

² Citação da Palestra sobre Psicologia e Fenomenologia. Ver referências bibliográficas.

Goto, Holanda, & Costa (2018) partem dessa premissa ao redigir o artigo revisando as bases da Psicologia Fenomenológica proposta por Husserl através da consciência intencional para alcançar uma psicologia mais próxima do ser humano. Goto *et al* (2018) apontam três caminhos possíveis na aplicação dos conceitos e métodos fenomenológicos dos quais destacamos a via psicológica como uma trajetória necessária para alcançar a fenomenologia transcendental.

Feijoo & Mattar (2014) ressaltam a importância do rigor metodológico nas investigações psicológicas afirmando a necessidade de manter no mínimo “a redução eidético-fenomenológica, descrição dos vetores internos ao fenômeno psíquicos, a explicitação e a descrição das vivências psíquicas”. Mais especificamente, em relação às vivências psíquicas Feijoo & Goto (2016) afirmam:

Por fim, o terceiro momento consiste na explicitação e descrição das vivências.

Ao acompanhar o fenômeno psíquico tal como ele acontece no seu campo de mostraçã, sem nenhuma determinação aprioristicamente dada, torna-se efetivo aquilo que se dá ali. Importa alcançar o ponto em que as coisas significam o que significam. O investigador, então, descreve o fenômeno a partir dos sentidos que aparecem na própria experiência. Por fim, o pesquisador deve descrever cuidadosamente a essência da descoberta, ou seja, os vetores internos ao fenômeno.

Goto *et al* (2018) explicitam que a psicologia proposta por Husserl reorganizaria a psicologia positivista a uma psicologia fenomenológica por buscar a essência de conceitos tradicionalmente utilizados pela psicologia, tais como emoções, sentimentos, percepções, pensamento, imaginação, dentre outros por um aspecto novo, a partir do fenômeno em si e como

esses fenômenos se constituem através dos processos psicológicos. Goto *et al* (2018) afirmam que:

A psicologia fenomenológica, pois, se afirmar propedêutica, analítica e eidética, tomando os fenômenos psicológicos como fenômenos puros, indicando aquilo que se conhece – na psicologia moderna – como os "processos psicológicos básicos", mas que foram acolhidos pela cientificidade natural, a partir de suas manifestações, e não de sua essência fenomênica. (p.51)

Diante do exposto, Goto *et al* (2018) fazem uma ressalva, na qual a atitude fenomenológica não deve ser confundida com uma atitude de neutralidade absoluta. E, ainda segundo Goto *et al* (2018) e também Orengo, Holanda & Goto (2020), cabe ressaltar que a proposta para uma psicologia fenomenológica ainda está em aberto, em construção, entretanto, não devemos abrir mão do rigor científico necessário nem tão pouco utilizar uma miscelânea de técnicas fenomenológicas.

1.3 O conceito de vivência e sofrimento na Fenomenologia

Dada a apresentação inicial de alguns conceitos e uma síntese sobre o método de investigação fenomenológico bem como a impossibilidade de abarcar toda a dimensão e profundidade teórica da fenomenologia em um único capítulo, nesta seção, buscaremos nos ater ao tema da pesquisa. Deste modo, abordaremos o conceito de vivências do sofrimento psíquico grave a seguir.

A expressão vivência, conforme apontado por Holanda (2004), Galindo (2016) e Bello (2006), foi uma derivação do castelhano proposta pelo filósofo espanhol Ortega y Gasset (1883-1955) ao traduzir o termo equivalente em alemão *Erlebnis*, uma derivação da palavra *Erleben* em

alemão. Holanda (2004), realizou uma investigação sobre o conceito de vivência destacando que na obra *Verdade e Método* (2003), Hans-Georg Gadamer indica que o termo vivência passou a ser utilizado na filosofia a partir do fim do século XIX. Viesenteiner (2013), em complemento, afirma que sua utilização antes desse período era aplicada como uso linguístico geral na literatura, principalmente às de carácter biográfico. Viesenteiner (2013) destaca que deste uso, em geral, vão surgir três aspectos: 1) um carácter de ligação imediata da vivência com a vida 2) o que é vivenciado deve transformar num sentido amplo a existência devido a intensidade do significado do que foi vivido e 3) uma impossibilidade de determinar o conteúdo da vivência. Sobre esse último aspecto, Viesenteiner (2013) diz que:

O anseio por uma relação imediata entre o homem e o mundo, cuja linguagem fosse capaz de exprimir a abundância de sentimento dessa *Erlebnis* não permite o uso de meios racionais que expliquem tal conteúdo. As reflexões sobre a “particularidade da poesia e da estética na época do *Sturm und Drang* e do romantismo alemães” exerceram, como se vê, papel decisivo na incomensurabilidade do conceito *Erlebnis*. Desde o século XVIII os poetas já buscavam uma palavra que pudesse expressar a totalidade da vida e seu cortejo de sensações. Trata-se de encontrar uma linguagem que, além de ultrapassar os limites da racionalidade, seria também responsável por trazer à luz a linguagem dessa Totalidade através de um duplo papel: a) expressar imediatamente a relação homem-mundo, cujo substrato remonta exclusivamente às vivências atravessadas pelo autor, sob pena de esvaziar o conteúdo dessa linguagem, bem como b) indicar o carácter estritamente autobiográfico do autor, na medida em que a

expressão das suas vivências através de tal linguagem ganharia o aspecto “de uma grande confissão”. Viesenteiner (2013, p.144)

A tentativa de expressar a totalidade da vida mediante as vivências não é uma exclusividade das artes em geral, compreender sobre nossas percepções, sobre a imaginação, como sentimos, desejamos, pensamos, nos motivamos, como atribuímos valores morais e éticos, ou mesmo lidar com questões pragmáticas, em outras palavras, ter uma atitude reflexiva sobre a vida. Isto é, uma reflexão sobre a realidade, como se dá nossa relação com o mundo, que se expressa por uma via fenomenológica. É pelo intermédio das vivências que refletimos sobre a realidade que através da consciência, “dando conta do constante, incessante, imenso fluir destas vivências, de suas efluências, afluências, influências, confluências, refluxos, enfim, da fluência da vida como de um manancial inesgotável, nunca igual a si mesmo” Fernandes (2010 p.30). O que Fernandes (2010) quer dizer é que a vivência é um fluxo, um vir-a-ser, um devir, nunca sobre um objeto isolado, mas sim, como e em relação com o mundo da vida, um mundo onde se pode existir, num objeto não há vida, e sim, no mundo.

O termo vivência é um elemento importante no contexto da pesquisa, utilizado em muitos títulos de publicações acadêmicas de base fenomenológica, pois buscam alcançar algo de essencial na vivência na qual se investiga, conforme Espíndula & Goto (2019) apontam:

(...) A Fenomenologia tem possibilitado uma maior compreensão dos processos psicológico-subjetivos e oferece aportes teórico-metodológicos que definem o caráter universal das vivências psicológicas, considerando a singularidade, a individualidade e a comunidade para a ciência psicológica. Espíndula & Goto (2019, p.32)

De acordo com Espíndula & Goto (2019), a investigação das vivências pode apresentar um papel importante nas pesquisas de cunho fenomenológico, pois permite captar como o indivíduo vivencia suas experiências, possibilitando chegar à essência de cada vivência particular e específica.

Vivência, num sentido amplo, pode ser definido como um processo de viver, ou estar simplesmente vivo, remete também a ideia de experiência e conhecimento que foi adquirido ao longo da vida. Mas para filosofia, mais precisamente para a fenomenologia, podemos encontrar uma reflexão mais profunda percebendo que vivência é algo fundamental e ocupa um lugar de destaque na fenomenologia. Espíndula & Goto (2019), citando Husserl, alertam para essa diferenciação necessária.

Husserl (1900-1901/2007), em suas Investigações, descreve a consciência em vários sentidos: como unidade de vivências (fluxo de vivências); como percepção interna das vivências (o ser-consciente) e, por fim, como vivência intencional. Todavia, é imprescindível ressaltarmos que o sentido fenomenológico de vivência não significa viver no sentido da experiência, pois como observou o filósofo: “(...) o nosso conceito de vivência [fenomenológico] não está em consonância com o popular”, como um “complexo de acontecimentos externos, e o viver de percepções, ajuizamentos e outros atos, nos quais esses acontecimentos se tornam uma aparição objetiva e, frequentemente, objetos de certo ato de posição referido ao eu empírico” (HUSSERL, 1900-1901/2007, p.383 citado por Espíndula & Goto (2019, p.35)

Dentro desta perspectiva, Bello (2006) apresenta uma definição clara e didática do conceito de vivência, afirmando que temos consciência das sensações e percepções por nós

captadas, portanto, vivências. Entretanto, ao se falar em consciência, precisamos distinguir seus níveis, pois no ato de perceber ou sentir, ao ver um quadro de um artista ou ao escutar uma música, por exemplo, não necessitamos afirmar que estamos vendo ou ouvindo apesar de ter a consciência do que vemos ou ouvimos, este seria o nível os atos perceptivos. Ao nos ater ao ato perceptivo, passamos para um novo nível, ao refletir sobre a pintura do quadro que se vê, ou ao refletir sobre a música, sua harmonia e ritmo, a reflexão sobre um ato perceptivo se transforma em um novo ato, um ato reflexivo como uma consciência de segundo nível. Bello (2006) afirma que o ato reflexivo é uma vivência genuinamente humana representada pela capacidade de aperceber-se de seus atos, registrá-los e se dar conta que está vivendo o que está percebendo. Desde modo, Bello (2006) discute sobre a definição de vivência da seguinte forma:

O termo ato está também em Husserl expresso pela palavra alemã de raiz latina, *akt*. Ele usa também uma outra palavra que só existe em alemão, *Erlebnis*, formada de três partes e cuja a raiz interna *leb* se parece com a palavra *life*, que em inglês significa vida. O ver e o tocar são atos, mas são chamados de *Erlebnis*, que é um substantivo, e que na nossa língua pode ser traduzido por vivência.

Vivência quer dizer aquilo que nós estamos vivendo.

Bello (2006 p.34) afirma que “a consciência é a dimensão com a qual nós registramos os atos” e indica que o sujeito pode realizar atos corpóreos, muito ligados aos instintos em geral como fome-comer, por exemplo, mas além desses atos, temos reações, emoções e sentimentos denominados de atos reflexivos, e por último, possuímos atos espirituais, relacionados a reflexões, avaliações, decisões, julgamentos e controle sobre os demais atos.

Na tentativa de buscar uma outra definição para o conceito de vivência, verificamos que a proposta por Holanda (2004) atribui seu significado à “consciência imediata do objeto”, explicando essa afirmação, Holanda (2004) diz:

O dado na sua imediaticidade, a situação na qual sujeito e objeto são ainda indistintos. A vivência tem sempre um resultado (*Ergebnis*), e este resultado tem um significado que permanece. A vivência é sempre imediata, anterior a qualquer interpretação. Na fenomenologia a vivência ganha o caráter de relação intencional, amplificando assim um aspecto teleológico - já presente na filosofia de Dilthey - que Husserl designa o fato que “somente existem vivências na medida em que nelas algo se experimenta ou é intencionado (Gadamer, 1998: citado por Holanda, 2004 p.173)

Dada essa definição, outro importante aspecto deve ser mencionado, as vivências ocorrem em uma delimitação temporal e espacial, seguindo uma espécie de fluxo. Moura (2005) afirma que antes de Husserl, a filosofia tratava o tempo como uma sucessão de instantes descontínuos, porém, Moura (2005) indica que Husserl vê essa definição de tempo sem a relação com a experiência, citando o exemplo da impossibilidade de ouvir uma melodia se assim fosse o tempo. Para (Moura, 2005), a vivência, ou a sucessão de fluxos que constitui a consciência será marcada por duas intencionalidades que Husserl denominou de “retenção”, onde o passado imediato ainda é recente, e a “propensão”, um tipo de intencionalidade que permite uma conexão com um futuro próximo. Sobre o fluxo das vivências, Espíndula & Goto (2019) fazem essa reflexão retomando Husserl:

Todas essas vivências não eliminam a unidade do fluxo de vivências que se forma, que se desenvolve em período de tempo determinado. Não separadamente,

mas um fluxo unitário de uma vivência pode desencadear o surgimento de outra em seguida. Cada vivência se liga a outra, numa sucessão de vivências, um fluxo de vivências (HUSSERL, 1900-1901/2007 citado por Espíndula & Goto (2019 p.44)

Do ponto de vista metodológico, conforme evidencia Espíndula & Goto (2019), a contribuição da Fenomenologia à Psicologia seria fornecer um caminho para apreender as vivências e o significados das vivências para o indivíduo por meio da redução fenomenológica, com a meta de descrever o fenômeno como ele aparece buscando compreendê-lo e não tentar explicá-lo determinado leis de causa e efeito. Sobre este aspecto Espíndula & Goto (2019), apontam que:

Entendemos que o objetivo da análise das vivências psicológicas (eu empírico) é compreender como uma pessoa vivencia algo específico, como isso está fundado em sua constituição essencial de ser humano, ou seja, apreender o que é essencial em cada vivência singular. Por intermédio do caminho da análise dos atos vividos (registrados na consciência), em Stein, é possível explicitar que o ser humano é constituído de três dimensões dinamicamente entrelaçadas: material, psíquica e espiritual (Bello, 2004; 2017 citado por Espíndula & Goto, 2019 p.44)

Neste sentido, as aproximações das vivências de sofrimento psíquico grave serão abordadas nesta pesquisa, mais especificamente, as vivências percebidas pelos clientes do GIPSI após a superação de uma crise de sofrimento psíquico grave, buscando descrever e compreender como foi esse processo de superação e quais foram as vivências desse processo. Retomando algumas questões apontadas por Costa (2017), Puchivailo, Costa & Holanda (2019), Holanda (2004), Minkowski (2000) e Costa & Ramos (2018) sobre as vivências em sofrimento psíquico

grave, observamos que as crises psíquicas graves são uma vivência particular, subjetiva e intersubjetiva fundamental, que parte da angústia de existir como ser humano, lançado no mundo. Costa e Ramos (2018).

As primeiras crises psíquicas graves são um sentir vivendo e existindo com angústias intensas (fundamentais) que demandam compreensão como uma das manifestações genuínas de existir do humano, no sentido de “possibilidades de ser”, e não como anormalidade ou enfermidade *a priori* (COSTA, 2017). Um sofrer primitivo ou o sofrimento originário ou uma tonalidade fenomenológica originária da vida.

Holanda (2014), buscando apresentar uma fenomenologia do sofrimento, atualiza a discussão sobre saúde mental, psicopatologia e sofrimento psíquico. Para Holanda (2017):

Fazer uma *fenomenologia do sofrimento* é reconhecer, recuperar os sentidos múltiplos desse sofrer, na multiplicidade de suas manifestações, em seu caráter *presentacional*; recuperando, assim, o sentido patológico não mais como “objeto”, mas como expressão de um sujeito. (Holanda 2014 p.148).

Uma pergunta fundamental sobre o sofrimento humano ainda sem uma resposta definitiva, baseado na exposição de Bello (2006) sobre os atos corpóreos, psíquicos e espirituais se dá justamente na primazia destas vivências, se pode ser vista como um fenômeno espiritual por estar relacionada às reflexões, decisões e controles ou se é um fenômeno psíquico, ligado a sentimentos e emoções dos atos de primeiro nível, ou, partindo de uma lógica biomédica, se a base para o sofrimento é única e exclusiva dos atos corpóreos. Como a questão ainda está em aberto, Minkowski (2000 p.156) apresenta uma interessante visão sobre o sofrimento, afirmando ser “parte integrante da existência humana”, será um destino que todos irão enfrentar e deste

modo, está ancorado ao existir. Fenomenologicamente, não existe uma valência para o sofrimento, como afirma Minkowski (2000):

O sofrimento não é certamente um bem, mas não é também um mal no sentido banal do termo. Não é nem um e nem outro, ou os dois de uma vez. Dói, e como! mas a partir dele, o homem depara-se com problemas que sua existência coloca diante de si e o reconhece. Em si mesmo, o sofrimento não tem nenhum sentido – também, como teria ele um sentido? –, mas por meio dele coloca-se o problema do sentido da vida. Minkowski (2000 p.157)

Viktor Frankl (1905-1997), o criador da Logoterapia, aprofundou suas pesquisas sobre o sofrimento humano e a busca do sentido existencial da vida, e apresenta uma proposta antropológica sobre o ser humano, em sua obra *O Sofrimento Humano* (2019), considerando a intencionalidade dos atos espirituais como possibilidade de abertura do ser humano no mundo, estabelecem oito fundamentos que o constituem. O primeiro fundamento está relacionado a uma ontologia dimensional, ou seja, uma visão sobre os múltiplos modos de ser, dentro da dimensão biopsicossocioespiritual. O segundo fundamento é uma afirmação que o ser humano é um ser espiritual, partindo da ideia de “ser junto a”, isto é, um ser de relação. O terceiro fundamento remete a liberdade humana, o quarto fundamento, sobre a responsabilidade por esta liberdade. O quinto fundamento, diz que o ser humano se encontra numa tensão entre Ser e Dever-ser, numa tensão que remete a ideia de vir-a-ser, um eterno tornar-se (devir). O sexto fundamento diz que o ser humano busca um sentido para a vida, como uma característica humana inata. Consequência deste último fundamento, temos o sétimo fundamento, com a afirmação de que a vida tem sentido em virtude dessa busca, porém, “o sentido não pode ser dado, deve ser encontrado.”

Frankl (2019 p.29), e por último, o oitavo fundamento, o ser humano é um *homo patiens*.

Segundo Frankl:

A existência se faz transparente, o homem olha através dela, ao ser que sofre se abrem perspectivas que vão até o fundo. Frente a frente com o abismo, contempla o homem o fundo e o que lhe é dado ver é a estrutura trágica da vida. O que lhe é revelado é que a existência humana, no que tem de mais profundo, é a paixão, a essência do homem é ser um sofredor - *Homo Patiens*. Frankl (2019 p.303)

A proposta de Frankl sobre o *Homo Patiens* reabre a discussão sobre psicopatologia, e para ser mais exato, sobre a *psicopathologia* e o pathos como um radical que denota uma concepção de doença e sofrimento. Martins (2005 p.36) aponta Heidegger como pensador que buscou restabelecer o conceito original da palavra *pathos* com o retorno a ideia de “disposição (Stimmung) originária do sujeito que está na base do humano”. Em seguida, Martins (2005 p.37) aponta “*pathos* como manifestação de uma realidade existencial, um modo de ser momentâneo, duradouro ou permanente, carregado de subjetividade e capaz de comunicação intersubjetiva.”

Já Santos (2020), buscando um significado sobre o sofrimento, expõe seu ponto de vista que é compartilhado pelos autores já citados, partindo da perspectiva daquele que sofre, vê o sofrimento como algo que incomoda, causa desconforto e mal-estar (estar em um lugar não desejado). Retomando a definição de *pathos* como sofrimento, mas também como “passividade frente a algo ou alguém”, essa passividade, cria um paradoxo, pode paralisar ou pode suscitar um desejo de transposição. Segundo Santos (2020):

Portanto destacamos o paradoxo inerente à vivência do sofrimento: de um lado estou sujeito a algo que quero superar. Portanto nem todos sofrem da mesma maneira as mesmas circunstâncias e que o atributo interno de sofrimento depende

do que imaginariamente o sujeito quer superar, no sentido de projeção do futuro, eu entendo como possibilidade para além do sofrer.

Discorrendo sobre a etimologia da palavra latina sofrimento, Santos (2020) aponta que “su – estar por debaixo; frere – como as coisas vão, como são”, traz a ideia de estar sob algo. Santos (2020) parte do princípio que o sofrimento necessita de um sentido interno e externo, ou seja, depende de atribuições pessoais de um sujeito, em determinado local, em um determinado tempo, em uma determinada cultura. Essa visão apontada por Santos (2020) gera algumas interrogações sobre o lugar do sofrimento em nossa sociedade, pela perspectiva científica de um lado, e pela perspectiva clínica de outro. Coloco aqui duas reflexões que partem dessas perspectivas. Para Martins (2005):

Seja de forma simpática, empática, antipática e até patética, a clínica não se faz da mesma forma que uma pesquisa experimental científica. O epíteto de que se faz ciência aplicada no caso da clínica tende a desqualificar uma atividade eminentemente humana, que existe desde que se pensou em *cuidar e tratar*. Tanto cuidado quanto o tratamento são atividades diferentes do fazer ciência, arte e outras modalidades de trabalho. (Martins, 2005, p.46)

Santos (2020) alerta para o risco que a perspectiva científica direciona o sofrimento, partindo de experimentos, fatos e teorias gerais e generalizantes, muitas vezes iluminado pela erudição, que ofusca e limita a compreensão fenomenológica sobre o sofrimento de quem sofre.

Santos afirma:

Assim perdemos muito tempo adivinhando o sofrimento alheio mais do que entendendo o sofrimento como fenômeno em si mesmo. Essa compreensão, desde o ponto de vista por nós defendido, para que se aproxime do vivido dos pacientes,

deve ser multidimensional, considerando os aspectos vitais, existenciais, sociais e políticos como partes da existência. Defendemos assim que é urgente rever a clínica da saúde mental, transformá-la em existencial, no sentido mais amplo possível, considerando mais a qualidade do sofrimento do que as categorias nosológicas e ontológicas na compreensão do que comumente chamamos quadros patológicos. Santos (2020 p.5)

Retomando as reflexões iniciais sobre crise e sofrimento psíquico grave, Costa (2014) aponta uma análise necessária indicando que o sofrimento psíquico grave pode ser compreendido “como uma das manifestações genuínas de existir do humano (“todos nós somos de alguma forma loucos”)”. Essa afirmação de Costa (2014) busca inverter a lógica entre normal e anormal, assim como Machado de Assis faz na obra *O Alienista*³(2007). A intenção dessa nova forma de enfrentar o sofrimento psíquico grave é encará-lo como uma possibilidade existencial, não como um transtorno ou doença. Costa (2014), partindo dessa “possibilidade de ser”, questiona se é possível generalizar o sofrimento humano argumentando que somos uma espécie totalmente dependente ao nascermos, necessitando de cuidados por outros indivíduos, que permitem nossa sobrevivência, caso contrário, morreremos. Este fato remete a um sofrimento fundamental, no qual a falta de cuidado nos coloca numa frágil e delicada condição. Ainda sobre a possibilidade de generalização do sofrimento humano, Costa (2014) afirma:

O sofrimento é a condição mais democrática do ser humano: não escolhe cor, raça, gênero ou classe social. Portanto, o sofrimento possui nuances, contextos, linguagens, sentidos, histórias e estruturações muito próprias para cada ser humano, não podendo ser, sequer, generalizável. O que o torna, um dos enigmas

³ O protagonista da história - Simão Bacamarte - conduz o leitor a uma reflexão sobre normalidade ou anormalidade tecendo uma crítica aos critérios nosográficos estritamente positivistas e naturalistas do século XIX.

ou questões fundamentais da própria vida humana. Se abstrairmos as demais questões filosóficas e fundamentais da vida ("quem somos", "de onde viemos", "para onde vamos" etc.), podemos dizer que o sofrimento é o elo entre elas. Assim, o sofrimento é complexo, multifacetado, abrangente, complexo, global e possui múltiplas dimensões: psíquicas, emocionais, mentais, físicas, relacionais, sociais, espirituais, existenciais... O sofrimento, portanto, é um dos fenômenos humanos polissêmicos por natureza, é uma experiência única, própria, intransferível, difícil, ela mobiliza profundamente, requer superação, aponta para crescimentos, riscos ou oportunidades. (Costa,2014 p. 21)

Outro aspecto importante sobre o sofrimento é sua diferenciação com o fenômeno da dor, um sinal importante em uma patologia. A dor nesse sentido pode servir de base para o sofrimento ou o contrário, podemos afirmar que o sofrimento precede a dor? Numa metáfora gramatical, se o sujeito é aquele que sofre a ação do verbo, quando pacificado, inevitavelmente vira um objeto que unicamente sente dor objetiva e racional. Como afirma Magaldi Filho (2009), na abordagem terapêutica para dor física, cujo objetivo é combater suas causas, a dor pode ser enfrentada a fim de aumentar a capacidade de suportar a dor, à moda espartana ou estoica. Isto é, pode-se diminuir a sensibilidade com anódinos, levando a uma diminuição da capacidade de suportar a dor, que por sua vez reduz a tolerância para dor, gerando um grande círculo vicioso: dor, medicação, diminuição da sensibilidade, aumento da susceptibilidade a dor, mais dor, mais remédio e assim por diante. Algumas técnicas psicoterápicas tendem para essa direção.

Holanda (2014) e Costa (2014) resgatam o texto do filósofo Paul Ricoeur (1994) "*La souffrance n'est pas la douleur*" (O sofrimento não é a dor). Discutindo sobre as fronteiras entre dor e sofrimento, Ricoeur (1994 p.1) afirma que o termo dor está ligado aos "efeitos sentidos

como localizados nos órgãos particulares do corpo ou o corpo inteiro, e o termo sofrimento aos efeitos suscitados sobre a reflexividade, a linguagem, a relação a si, a relação ao outro, a relação ao sentido”. Partindo desta colocação, Ricoeur afirma existirem duas semiologias ou duas formas de enfrentar o problema, abrindo uma discussão sobre a questão da mente versus corpo, com nosografias ou explicações causais distintas, logo, dificuldades e complexidades metodológicas e epistemológicas distintas, propõe uma divisão dos fenômenos do sofrer em dois eixos ortogonais que se interceptam de forma perpendicular; num eixo encontra-se o sofrimento relacional eu-outro, noutro, o do agir-sofrer. E Ricoeur completa:

Poder-se-ia falar de um terceiro eixo, transversal de alguma forma, em que o sofrimento se manifesta distendido entre a estupefacção muda e a interrogação mais veemente: porquê? Porquê eu? Porquê o meu filho? Perfila-se no horizonte a questão tremenda de saber o que é que o sofrimento dá a pensar, se mesmo educa, como quer Ésquilo ao terminar o seu Agamémnon com o conselho do corifeu: *pathei mathos*, aprender através do sofrer. Mas aprender o quê? (Ricoeur, 1994 p.2)

Como contexto, citamos a obra de Ésquilo sobre *pathei mathos* quando é anunciada a *hybris* do protagonista Agamémnon pelo coro (personagem coletiva que compunha a estrutura teatral com a função de cantar partes significativas da trama): “Ele [Zeus] abriu aos homens as vias da prudência dando lhes como lei: ‘Sofrer para aprender’ [*pathei mathos*]. Quando no meio do sono, sob o olhar do corpo, o doloroso remorso retorna, a sabedoria neles, apesar deles, penetra. E eis aí, creio, a violência benfazeja dos deuses sentados no timão celeste!”.

(Ésquilo,2004). A proclamação da *hybris* cometida por Agamémmon é um alerta à plateia. É necessário reconhecer o que faz parte do mundo humano e o que faz parte do panteão, buscar um equilíbrio entre aquilo que nos é permitido ter consciência e o que faz parte exclusivamente do universo dos deuses, ultrapassar essa medida (*métron*), a desmedida, o excesso de se tornar um

deus, por conseguinte, ser castigado por estes. Esta é uma dimensão trágica dos nossos desejos. Neste contexto, Jung (1977, p.43) afirma “os deuses se tornaram doenças”.

Dantas (2009), retomando a questão do trágico na sociedade contemporânea, aponta que para Aristóteles, McLeish (2008), durante o desenvolvimento do enredo (*mythos*), pretende-se desencadear na plateia o temor (*phobos*) e a compaixão (*eleos*) com o objetivo de alcançar uma purificação ou libertação das paixões (*pathos*) através da catarse (*katharsis*). Sem perceber, ao colocar-se numa provável desmedida (*hybris*), na qual ainda não temos dimensão das consequências. Seguindo os passos indicados por Aristóteles para construção de uma tragédia (como falta de trajetória ou sentido da vida) temos: 1) o sujeito é fundamentado num contexto de imitação (*mimesis*); 2) está determinado, predestinado a ser e a fazer cumprir o seu destino (*moira*). 3) a ação trágica que desencadeia o sofrimento se articula a um reconhecimento (*anagnorisis*); 4) O contexto em que o sujeito está inserido, sua história de vida, o leva até a morte simbólica ou real. Temendo seu fim (*phobos*), não realiza sua purgação, sua catarse (*katharsis*).

Pathei mathos, a abertura feita (Ricoeur, 1994) sobre o quê se aprende com o sofrimento ainda precisa de mais investigação e, a discussão sobre a questão do trágico, ainda se mostra necessária na atualidade. Deste modo, concluo temporariamente a discussão sobre uma possível visão fenomenológica sobre o sofrimento humano e mais especificamente sobre o sofrimento psíquico grave. Posto que a discussão será realizada ao longo de toda a dissertação, percebe-se que o tema não se esgota, porém, chancela a proposta fenomenológica de abertura. Seguiremos então para o capítulo seguinte, no qual discorreremos sobre o conceito de crescimento pós-traumático e o sofrimento psíquico grave.

Capítulo 2 - Vivências em sofrimento psíquico grave: transformações possíveis

A alquimia representa a projeção de um drama ao mesmo tempo cósmico e espiritual em termos de laboratório. A *opus magnum* tinha duas finalidades: o resgate da alma e a salvação do cosmos.... Esse trabalho é difícil e repleto de obstáculos; a *opus alquímica* é perigosa. Logo no começo, encontramos o "dragão", o espírito ctônico, o "diabo" ou, como os alquimistas o chamavam, o "negrume", a nigredo, e esse encontro produz sofrimento... Na linguagem dos alquimistas, a matéria sofre até a *nigredo* desaparecer, quando a aurora será anunciada pela cauda do pavão (*cauda pavonis*) e um novo dia nascerá, a *leukosis* ou *albedo*. Mas neste estado de "brancura", não se vive, na verdadeira acepção da palavra; é uma espécie de estado ideal, abstrato. Para insuflar-lhe vida, deve ter "sangue", deve possuir aquilo a que os alquimistas denominam de *rubedo*, a "vermelhidão" da vida. Só a experiência total da vida pode transformar esse estado ideal de *albedo* num modo de existência plenamente humano. Só o sangue pode reanimar o glorioso estado de consciência em que o derradeiro vestígio de negrume é dissolvido, em que o diabo deixa de ter existência autônoma e se junta à profunda unidade da psique. Então, a *opus magnum* está concluída: a alma humana está completamente integrada.

Jung, C.G. (1977)

ॐ मणिपद्मे हूँ

Oṃ maṇi padme hūṃ

"Da Lama Nasce a Flor de Lótus"

Neste capítulo, será explorado o constructo de crescimento pós-traumático (CPT), mais especificamente relacionado às vivências de primeiras crises do tipo psicótica. Apresentaremos as categorias analíticas que fundamentam o CPT, bem como pesquisas sobre os primeiros episódios do tipo psicótico e CPT; iremos investigar também alguns achados em pesquisas realizadas pelos integrantes do GIPSI similares ao crescimento pós-traumático, para enfim, discutir os paradigmas epistemológicos do constructo CPT, suas críticas e contribuições.

O conceito de crescimento pós-traumático ("Posttraumatic Growth", Calhoun e Tedeschi, 1990) foi elaborado por Tedeschi e Calhoun em meados da década de 1990 e pode ser

compreendido como uma percepção de mudanças psicológicas positivas vivenciadas pelo enfrentamento de circunstâncias traumáticas ou altamente desafiadoras, conforme Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku & Calhoun (2018). Segundo os autores, cabe frisar que não é viável pesquisar o crescimento pessoal após um evento traumático ignorando os aspectos negativos e de sofrimento intrínseco, pois eventos negativos geralmente produzem consequências negativas, porém, paradoxalmente, em alguns casos, tem-se verificado esse tipo de fenômeno manifestando-se das mais diversas formas, variando de indivíduo para indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 2014). Têm-se observado tipos específicos de crescimento em dimensões relacionadas à melhoria dos vínculos relacionais, abertura para novas possibilidades, descoberta de pontos fortes que antes nem eram imaginados e, por fim, o crescimento espiritual, bem como atribuição de significado e novos sentidos para a vida. Estes aspectos serão melhor detalhados posteriormente.

Tedeschi et al (2018) afirmam que após alcançarem maturidade na pesquisa e na elaboração teórica, puderam especificar o que compreendem sobre cada palavra que compõe a expressão crescimento pós-traumático. Sobre o conceito de trauma, diante da hipótese levantada sobre o crescimento pós-traumático, este possibilitaria quatro caminhos possíveis: o primeiro levaria o sujeito a sucumbir ao trauma; o segundo levaria o sujeito a se recuperar, porém, com sequelas; no terceiro caminho, o sujeito voltaria ao estado anterior ao trauma; e a última possibilidade, o trauma poderia levar ao caminho do crescimento, conforme aponta Calhoun e Tedeschi (2014). Os mesmos autores apontam para divergências sobre a definição do termo trauma e demonstram como este vem sendo alterado ao longo das versões do manual de diagnóstico DSM, apresentando divergências sobre a definição de trauma, inclusive, em sua última versão, o DSM-V.

Tedeschi, et al (2018), buscando uma alternativa de definição que ultrapassasse os critérios nosográficos, descrevem o trauma como:

Circunstâncias que desafiam significativamente ou invalidam componentes importantes do mundo do indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 2006). Nessa perspectiva, para ser considerado um evento traumático, não precisa ser necessariamente um risco de vida ou uma definição restrita e causal como os dos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TSPT). Nós nos concentramos nas qualidades subjetivas e objetivas ao definir o trauma, ao contrário do DSM-5, em que as avaliações das respostas subjetivas após um evento traumático não são mais necessárias ao diagnosticar o TSPT. Além disso, o DSM-5 define trauma como um evento aversivo envolvendo morte real ou ameaçada de morte podendo ser violenta ou acidental, enquanto definimos trauma como um momento de vida altamente estressante ou em eventos de mudanças que são desafiadores. Tedeschi, et al (2018 p .4)

Um aspecto importante para Tedeschi, et al (2018) é que não é possível determinar com previsibilidade quais eventos serão traumáticos e quais provocaram mudanças pessoais significativas. Outro aspecto que deve ser considerado sobre o significado do trauma é sua variabilidade ao longo do tempo, localização geográfica, fatores sociais e culturais. Além disso, o trauma (no sentido do CPT) deve ser diferenciado de um evento estressante ou de situações cotidianas que podem gerar incômodos ou aborrecimentos. As situações traumáticas podem causar mudanças fundamentais e transformadoras; nesse sentido, os autores passaram a adotar o termo "abalo sísmico". Aprofundo a analogia da seguinte forma: nossas vivências formam "placas tectônicas" que se movimentam constantemente de acordo com a interação com o meio;

neste movimento entre o meio interno e externo, pode haver um choque dessas “placas” que produzem uma “onda sísmica” de energia capazes de causar um abalo na superfície, gerando um dano estrutural demarcado por um “epicentro” (onde a “onda sísmica” foi identificada primeiramente, algo similar aos pródromos e sintomas de primeiras crises do tipo psicótica). Um abalo sísmico, no sentido psíquico, pode destruir todo o entendimento que o sujeito possui sobre sua realidade, precisando ser significativamente forte a ponto de colocar em xeque todas as suposições, crenças, motivação e visão de mundo, principalmente suas previsões e planejamentos sobre o futuro.

Portanto, produz ansiedade maciça e dor psíquica difíceis de controlar.

Inerentes a essas experiências traumáticas estão as perdas, como a perda de entes queridos, de funções e capacidades preciosas ou de formas

fundamentais e aceitas de compreender a vida. Tedeschi et al (2018 p. 2)

Para Tedeschi et al. (2018), as situações traumáticas consideradas para o CPT não são circunstâncias facilmente descritas e claras em termos de um evento singular. Algumas dessas circunstâncias ocorrem como um processo, ao longo de um período de tempo, não sendo exclusivamente causadas por um único evento; como, por exemplo, vivências em um período ou em zona de guerra, ou passar por uma catástrofe natural, ou um caso de doença terminal de alguém com um vínculo afetivo muito íntimo. Nesse sentido, os autores consideram ser difícil identificar um único evento traumático. Para tanto, buscam aprofundar sobre qual sentido do termo pós-traumático na teoria do CPT, conforme abaixo:

A construção do CPT é focada nas mudanças nas pessoas após um evento, ao invés de suas respostas durante um evento. Além disso, o crescimento pós-traumático não se concentra nas mudanças imediatamente após o evento, quando

as pessoas podem estar reagindo sem qualquer consideração cuidadosa, mas quase instintivamente. Em vez disso, o CPT está focado em mudanças de longo prazo que ocorrem após uma reflexão mais cuidadosa. O pós-trauma geralmente é um período de tempo prolongado, de dias a anos, em que as pessoas desenvolvem novas formas de pensar, sentir e se comportar, porque os eventos que vivenciaram não permitem o retorno ao funcionamento inicial. Esta é uma maneira crucial pela qual o CPT também se distingue de resiliência, um retorno à linha de base ou resistência ao trauma e "recuperação", que tem conotações semelhantes. Tedeschi et al (2018 p. 5)

A respeito de como o termo "crescimento" é utilizado no constructo, ele pode ser interpretado como uma mudança positiva na vida psíquica, que afeta e direciona o comportamento individual no domínio cognitivo, emocional e comportamental. Para Tedeschi et al (2018), o crescimento não se refere ao desenvolvimento do ciclo vital do indivíduo, o crescimento relacionado ao CPT pode ser semelhante ao desenvolvimento humano, ou ocorrer durante uma fase específica do ciclo vital, porém, a diferença de um para o outro é como essa mudança ocorre. Para Tedeschi et al (2018 p.5), o CPT ocorre como consequência de um enfrentamento de uma situação extremamente crítica; logo, esse enfrentamento “não é, a princípio, uma luta para crescer ou mudar, mas sim para sobreviver ou enfrentar.” Para os autores, o crescimento nesse sentido não está ligado a etapas do desenvolvimento da vida previsíveis ou desejadas, pelo contrário, ele não é esperado ou planejado. O termo crescimento, traduzido livremente da palavra *growth*, está relacionado ao crescimento de tamanho ou importância de algo, segundo o dicionário Oxford⁴. Julgamos ser relevante citar a diferenciação

⁴ <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/growth> acessado em 13/02/2021

entre a palavra crescimento e desenvolvimento, na psicologia e outras áreas do conhecimento, em que a primeira estaria ligada a ideia de quantidade e a segunda de qualidade e quantidade. Entretanto, é relevante compreender que essa diferenciação leva a objetivos diferentes.

Há também uma relação próxima entre as mudanças ocorridas através de experiências desafiadoras auto impostas e o CPT. Tedeschi, et al (2018), afirmam que o CPT pode ser resultado de processos iniciados por um desafio significativo auto-imposto, como por exemplo, sujeitos que se submetem a uma viagem espacial, circunavegações à vela sozinho ou exploração a locais geograficamente extremos.

Tedeschi & Calhoun (1995) reconhecem que antes do início de pesquisas sistemáticas sobre CPT, o fenômeno havia sido abordado por várias disciplinas, entretanto, a partir da abordagem investigativa sobre CPT e suas evidências, percebeu-se a necessidade de ampliação do CPT em pesquisas multidisciplinares (nas áreas da enfermagem, medicina, antropologia, militar, antropológica, sociológica e sobre gênero), bem como pesquisas intradisciplinares. No campo da psicologia, por exemplo, os autores utilizam a psicologia cognitiva, psicologia do desenvolvimento, psicologia existencial e humanista, psicologia da saúde e hospitalar, psicologia narrativa e construcionista, psicologia da personalidade, psicologia do trauma, psicologia social e psicologia clínica nas suas pesquisas. Tedeschi, et al (2018); Tedeschi, Park e Calhoun, (1998).

De forma sintética, Tedeschi, et al (2018) definem a experiência do CPT como um conjunto de mudanças positivas que resultam de uma combinação complexa de processos cognitivos, emocionais e sociais (Tedeschi & Blevins, 2015). E complementam que, embora o modelo conceitual de CPT seja às vezes categorizado com o foco no resultado, ele ainda é “um processo contínuo, não um resultado estático” (Tedeschi & Calhoun, 2004b, p. 1). O processo pode assumir várias formas, como uma espiral, indo e voltando em interações com outros

sistemas. Pessoas que passaram pelo CPT podem relatar um longo período de ajustamento e reconstituição em suas vidas, outras podem relatar um instante de epifania sobre o que ocorreu e desenvolver CPT. Para os autores, seria difícil distinguir o processo do resultado, sendo importante ater-se ao contexto geral.

2.1. Os domínios do crescimento pós-traumático

Os primeiros estudos sobre CPT buscaram evidências sobre como o fenômeno ocorreu, identificando seu resultado, conforme apontam Calhoun & Tedeschi (1989). Com base nesses estudos qualitativos iniciais, os autores criaram um instrumento capaz de medir de forma quantitativa o CPT, denominado de ‘Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)’, (Tedeschi & Calhoun, 1996). Shakespeare-Finch, Martinek, Tedeschi e Calhoun (2013) conduziram uma pesquisa buscando evidências de que o PTGI estava de fato medindo o que presumia medir, direcionaram entrevistas semiestruturadas com pessoas que passaram por traumas após as mesmas pessoas terem respondido o PTGI. Shakespeare-Finch et al (2013) utilizaram análises temáticas para examinar o conteúdo das entrevistas e concluíram que os itens do PTGI estavam de fato sendo compreendidos da maneira como deveriam ser. É importante ressaltar que o inventário PTGI, apesar de ser utilizado como medida quantitativa em sua maioria de pesquisas, foi desenvolvido a partir de pesquisas qualitativas. Segundo Tedeschi et al (2018), os itens originais do PTGI são citações ou citações adaptadas de pessoas que foram entrevistadas que pareciam representar um funcionamento particularmente adaptativo após o trauma.

Após a criação da ferramenta PTGI, diversos estudos quantitativos, qualitativos e mistos foram publicados desde então. Antes do desenvolvimento do PTGI, os resultados do crescimento foram descritos em três áreas gerais: mudanças nos relacionamentos com os outros, filosofia de

vida e visões de si mesmo (Tedeschi & Calhoun, 1995). Posteriormente, com o desenvolvimento do PTGI e aplicação de análise fatorial, foi refinado em cinco domínios de CPT: valorização da vida, força pessoal, novas oportunidades, relacionamento com os outros e mudança espiritual (Tedeschi & Calhoun, 1996). Uma discussão mais detalhada da medição do CPT se concentra nesses cinco domínios.

O primeiro deles é o domínio **Força pessoal**, indicado no inventário como os itens "Estou mais vulnerável do que pensava, mas muito mais forte do que jamais imaginei", Calhoun & Tedeschi 2006, p. 5). Neste sentido, o CPT pode ser experimentado por um maior senso de autossuficiência, um senso de força e confiança e uma percepção de si mesmo como sobrevivente ou vencedor, em vez de vítima. Também pode envolver a ideia de ter sobrevivido ao evento traumático - uma sensação que não há nada que uma pessoa sinta que não possa fazer. De acordo com Shakespeare - Finch & Barrington, (2012), isso pode levar a mudanças comportamentais, que se relacionam e promovem o engajamento em novos desafios de aprender algo completamente novo.

O domínio do **relacionamento com os outros** reflete a experiência de mudanças positivas nos relacionamentos com outras pessoas (por exemplo, itens do PTGI como: "ser mais compassivo", "sentir uma maior conexão com os outros"). Não apenas o relacionamento em si, mas as atitudes ou comportamentos de alguém nos relacionamentos podem ser mudados de maneira positiva (por exemplo, itens do PTGI "mais vontade de expressar emoções"; "mais vontade de aceitar a ajuda de outros") ou refletem uma decisão consciente de gastar mais tempo com a família e amigos e dizer a eles o quanto os amos e os valorizamos, conforme aponta Shakespeare-Finch & Barrington (2012). Mudanças nos relacionamentos também são evidentes em relatos de CPT que incluem decisões de deixar relacionamentos que não são mais vistos

como positivos ou benéficos. Este domínio também se inter-relaciona com outros, como por exemplo, as mudanças relacionais podem refletir mudanças na força pessoal.

O domínio de **novas possibilidades** pode ser visto na identificação do indivíduo de novas possibilidades de vida ou da possibilidade de seguir um caminho novo e diferente (Tedeschi & Calhoun, 2004). Também pode ser experimentado por meio do desenvolvimento de novas atividades de interesse, ou hábitos, ou da construção de uma nova carreira que não faria parte da vida de alguém se não tivesse havido um evento desencadeador em primeiro lugar.

O domínio **da valorização da vida** inclui uma melhor apreciação para todas as coisas que a vida tem a oferecer, como uma maior valorização das coisas que as pessoas ainda têm em suas vidas. Por causa do evento traumático ocorrido, algumas pessoas podem ver a vida como um presente ou uma segunda chance que deve ser valorizada. Segundo Tedeschi et al (2018) as pessoas podem relatar, por exemplo, ter que lidar com um grande estressor as fez gastar mais tempo em seus relacionamentos íntimos, perceber que isso é mais importante que compras no shopping, levar a vida com mais facilidade e simplicidade, apreciar o dia a dia de forma mais consciente. Tedeschi et al (2018) afirmam que milhares de relatos com pessoas que passaram por eventos traumáticos indicam claramente que um tema comum no CPT é sobre perceber coisas que, para a maioria das pessoas, são simplesmente incidentes sobre a existência diária - um pôr do sol, um céu azul claro, uma bela flor ou outras coisas do tipo.

O último domínio, de **mudanças espirituais ou existenciais**, reflete não só a experiência de pessoas religiosas, mas também a experiência de pessoas declaradas agnósticas e ateias. Segundo Tedeschi et al (2018), no inventário original, apenas duas perguntas refletiam essa dimensão, uma sobre mudanças espirituais e outra sobre mudanças religiosas. Os pesquisadores Weiss & Berger (2010) realizaram pesquisas subsequentes em todo o mundo e indicaram a

necessidade de aumentar e ampliar os itens que avaliam este domínio para refletir um conceito mais amplo de mudanças espirituais e existenciais. O PTGI foi recentemente expandido para mostrar um conjunto de itens mais extenso e transculturalmente aplicável em relação a este fator. Os itens agora incluem os aspectos existenciais dessas mudanças e também reflexões sobre as interconexões com os outros, harmonia e mortalidade e foram apresentados na pesquisa ‘*The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change*’. Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun (2017).

2.2 Pesquisas sobre o crescimento pós-traumático e o sofrimento psíquico grave

Como apresentado acima, o CPT pode ser avaliado em diversos domínios, dimensões, situações e contextos. Neste sentido, foi realizada uma revisão narrativa de literatura ⁵ que, segundo Rother (2007), busca “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual”.

Os 19 artigos selecionados foram classificados em áreas temáticas baseadas nos principais achados de pesquisa. Os temas mais recorrentes identificados foram: A crise do tipo psicótica e trauma, crescimento pós-traumático e primeiros episódios do tipo psicótico, promoção do CPT, discussão entre os constructos CPT e Recuperação, Serviços de Intervenção precoce e a dimensão espiritual no processo do CPT.

⁵ Para a operação deste tipo de revisão, estabelecemos como descritores os termos ‘crescimento pós-traumático’, ‘recuperação’ e ‘primeiros episódios psicóticos’ (cientes dos paradigmas vinculados aos termos PEP e Recuperação) tendo o levantamento bibliográfico executado nas bases de dados: Springer, Taylor & Francis, psycnet.apa.org, frontiersin.org, Elsevier, PubMed, Wiley Online Library e Taylor & Francis com publicações ocorridas entre 1995 e 2020. No total foram encontrados 120 artigos, dos quais foram selecionados apenas 19, seguindo o critério de possuir os dois descritores como tema, palavra chave ou resumo.

2.2.1 A crise do tipo psicótica e trauma

Muitos dos artigos selecionados utilizam como referência Rodrigues & Anderson (2017) como referência sobre trauma e psicose. Neste artigo os autores realizam uma revisão sistemática e meta-análise para verificar se o episódio psicótico pode ser suficientemente traumático para induzir sintomas de transtorno de estresse pós-traumático que poderiam influenciar negativamente no tratamento dos primeiros episódios de psicose. Rodrigues & Anderson, (2017) encontraram como evidência que aproximadamente uma em cada duas pessoas apresenta alguns sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e uma em cada três apresenta todos os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático após um primeiro episódio psicótico.

Pietruch e Jobson (2012) investigaram a relação entre os conceitos de auto-revelação, episódio psicótico, sintomas de estresse pós-traumático, o crescimento pós-traumático (CPT) e o conceito de recuperação após uma crise do tipo psicótica. Para Pietruch e Jobson (2012), a definição de auto-revelação pode ser conceituada como um conflito interno entre a necessidade de revelar uma experiência traumática e a resistência em contar aos outros sobre esse evento. Como resultados e achados de pesquisa, Pietruch & Jobson (2012) ratificaram que a experiência da psicose pode ser traumática por si só, pois os níveis de sintomas de estresse pós-traumático foram relativamente altos nos participantes. O estudo também encontrou evidências significativas de CPT baseadas no inventário de PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996). A pesquisa também verificou que as pessoas com níveis mais elevados de sintomas de estresse pós-traumático apresentavam mais dificuldades em falar sobre a experiência traumática e tinham níveis mais baixos de auto-revelação. Por último, o processo de recuperação após um episódio psicótico ajudou a mediar e correlacionar o CPT ao fenômeno da auto-revelação. Clinicamente, o

estudo sugere que pessoas em primeiros episódios de psicose podem se beneficiar ao falar sobre suas experiências de crises psicóticas, incluindo os aspectos traumáticos, o que favorece o processo de recuperação e desenvolvimento de CPT.

Baseado nesta evidência, Pietruch e Jobson (2012); Mapplebeck *et al* (2015); Mazor *et al* (2016); Jordan *et al* (2017); Jordan *et al* (2019); Wang *et al* (2019); Jordan, *et al* (2020); Mazor *et al* (2018); Lee *et al* (2020); Mazor *et al* (2019) afirmam que as crises do tipo psicótica são uma vivência genuinamente traumática.

Em complemento, Mazor *et al* (2016) afirmam que indivíduos que apresentaram sintomas de psicose são mais propensos a terem sido expostos a traumas passados (98% dos entrevistados) e são mais vulneráveis a desenvolver sintomatologia pós-traumática. Mazor *et al* (2016) sugerem que os sintomas negativos da psicose podem contribuir para a experiência traumática da psicose.

Jordan *et al* (2017) indicam que o relacionamento com a família nuclear ou extensa, bem como as amizades mais próximas podem ser afetadas ou interrompidas em casos de primeiros episódios do tipo psicótico. Jovens relatam afastamento de círculos sociais após os primeiros episódios do tipo psicótico por razões que incluem: estigma, depressão, ansiedade e a presença de sintomas negativos. Jordan *et al* (2019) observaram relatos de clientes de serviços de saúde mental com níveis elevados de estresse, depressão, dormência e ruminação, juntamente com dificuldades para expressar seus pensamentos e sentimentos antes e durante o primeiro episódio de psicose além de declínios e dificuldades após, em que muitos experimentaram dificuldades em relação a: agir, estruturar pensamentos; comunicar; cuidar de si; se reconhecer como pessoas; relacionar-se com outros; engajar-se na espiritualidade; trabalhar ou estudar.

Muitos também descreveram lutar contra os efeitos colaterais da medicação antipsicótica. Jordan *et al* (2020) sobre o impacto do primeiro episódio do tipo psicótico, afirmam que os

sintomas foram percebidos como graves o suficiente para alterar quase todos os aspectos da vida dos participantes. Os participantes descreveram os impactos dos primeiros episódios do tipo psicótico que os fizeram reavaliar suas vidas e mapear novas direções, incluindo se tornarem desorganizados, oprimidos e confusos; tendo seu mundo desafiado e constantemente se perguntando “por que eu?”, insônia, depressão; sem esperança, abatido, apavorado ou traumatizado foram outros sentimentos relatados como impactantes.

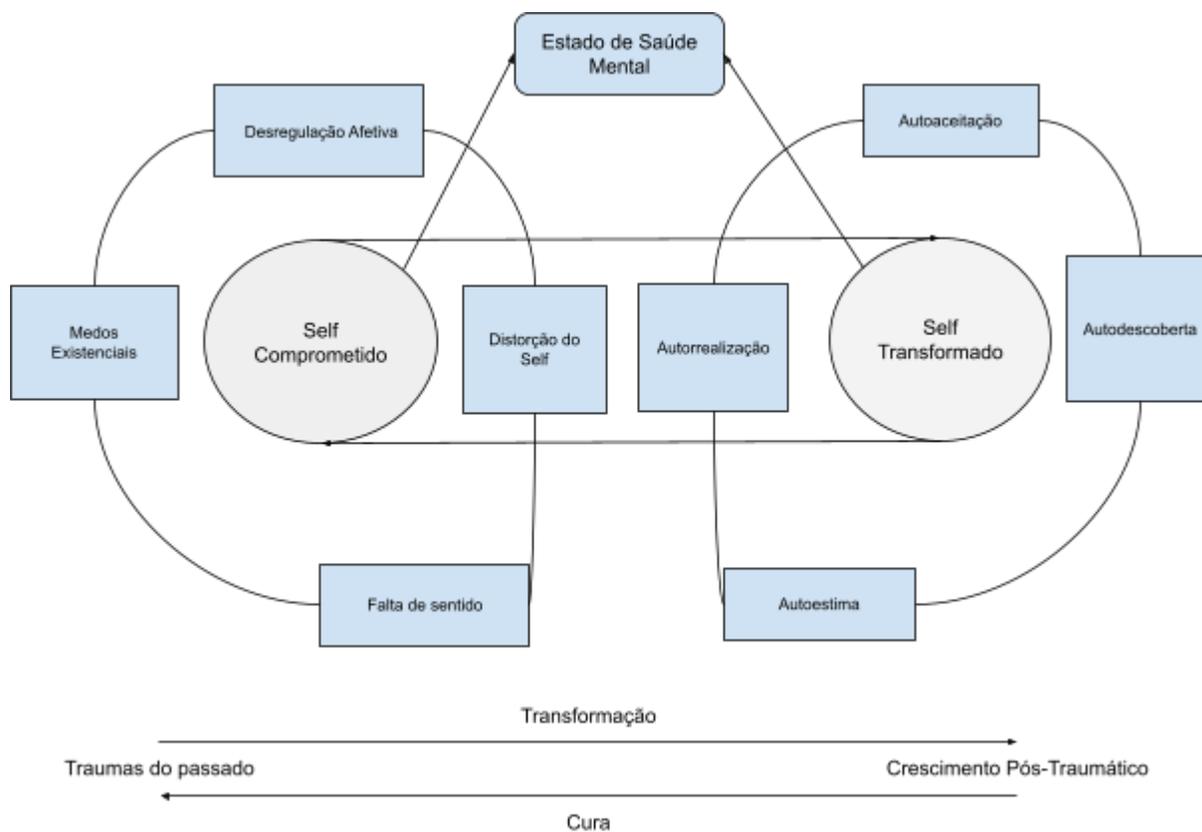
Mazor *et al* (2018) corroboram com os relatos acima que pessoas que vivenciam sintomas de psicose tendem a ser mais vulneráveis à exposição traumática e ao desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático. “As exposições traumáticas que desmantelam a integridade interna e os pressupostos básicos da vida, como a psicose, são especialmente devastadoras” Mazor *et al* (2018 p.1). Os sintomas mais graves de psicose podem levar o sujeito a hospitalização psiquiátrica, que segundo os relatos da pesquisa, pode ser traumatizante por si só, como resultado de encarceramento forçado e contenção física e química. Um dado interessante na pesquisa de Mazor *et al* (2018) é que quanto maiores os escores de estressores traumáticos (eventos de alta magnitude que causaram extremo sofrimento para um indivíduo), maiores os níveis de escores de CPT. Embora vários estudos, incluindo o de Mazor *et al* (2018), mostram que 50% das pessoas com transtornos mentais e psicose experimentam níveis significativos de transtorno de estresse pós-traumático e exposição traumática, esses indivíduos raramente recebem tratamento adequados para seu duplo desafio de enfrentar o trauma e o psicose.

Wang *et al*, (2019) elaboraram uma pesquisa visando investigar o impacto de traumas passados no crescimento pós-traumático em pessoas com transtornos mentais graves. De acordo com os autores, poucos estudos investigaram o processo de recuperação no contexto do trauma, e

as influências do trauma passado na recuperação de pessoas nestas circunstâncias. Para Wang *et al*, (2019), o evento traumático contribuiu para uma regulação comprometida nos afetos, promovendo auto-distorção e dificuldades de relacionamento, sensação de falta de sentido e medos existenciais, que por sua vez levam a problemas emocionais e comportamentais. Wang *et al*, (2019) criaram um esquema para demonstrar o impacto de cada elemento num interligado sistema de auto-regulação afetiva, conforme figura 9.

Figura 2

Esquema de auto-regulação afetiva e crescimento pós-traumático



Para Wang *et al* (2019), a cognição, emoção e comportamentos são fundamentais para o desenvolvimento do ego, sendo o trauma um elemento que perturba significativamente as habilidades de regulação do afeto dos participantes. Além dos efeitos na regulação do afeto, as

repercussões do trauma também provocam concepções distorcidas do self como, por exemplo, um self indigno, desagradável, rejeitado e ferido, com base no qual os sobreviventes do trauma desenvolvem os sentimentos de rejeição, hipervigilância, medo e dificuldades em confiar e ser aberto nas relações interpessoais. De acordo com Wang *et al* (2019), o trauma também compromete a parte relacional do self com outros, sendo que o self existe fundamentalmente em relação aos outros, criando uma situação paradoxal. Outro elemento impactado pelo trauma é o sentido da vida. Wang *et al* (2019) afirmam que essa sensação de falta de sentido influencia negativamente o self de forma a gerar uma sensação de perda de controle, privação de propósito de vida, bem como desesperança e falta de perspectiva do futuro. A perda do controle da vida aumenta a impotência do self, enquanto a desintegração do propósito de vida e de planos futuros afetam negativamente o desenvolvimento de um self temporal com conexão entre o passado, presente e futuro de forma coerente. Sobre medos existenciais, Wang *et al* (2019) mencionam que alguns dos traumas dos participantes da pesquisa estavam relacionados ao testemunho da morte de membros da família, o que por sua vez gerou medos existenciais, comportamento de automutilação e mudanças de humor. Wang *et al* (2019) consideram que medos existenciais se referem ao terror e medo da aniquilação quando as pessoas começam a examinar sua própria mortalidade e confrontar a natureza finita da existência humana, que pode ser desencadeada por testemunhar a morte de parentes ou amigos próximos. Wang *et al* (2019) relatam que, embora os participantes da pesquisa tenha sido impactados por uma experiência traumática, que se manifestou em desregulação afetiva, distorção do self e de outros conceitos e dificuldades de relacionamento, falta de sentido e medos existenciais, os participantes da pesquisa também foram capazes de alcançar uma transformação do self pela construção de novos significado para vida,

através da psicoterapia, ou ajustando suas relações interpessoais ou agindo em prol de outras pessoas.

Mazor *et al* (2019) ratificam em sua amostra que mais de um terço dos participantes do estudo experimentou múltiplas exposições traumáticas progressas e dois terços da amostra experimentaram sofrimento pós-traumático. Como resultados de pesquisa, os autores sugerem que quanto maior o nível de traumas adversos maior a possibilidade de reexame das crenças essenciais e existenciais, que por sua vez elevam os níveis de CPT.

2.2.2 Mudanças positivas após vivências em sofrimento psíquico grave

Jordan *et al* (2019) investigaram o CPT entre jovens que participaram de programas de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica e identificaram experiências de mudança positiva como, por exemplo, melhoria da saúde em geral, personalidade e um senso de identidade mais forte, além de experimentarem dificuldades, os participantes descreveram ter melhorado a saúde mental e, em menor grau, a saúde física em relação a como os participantes se percebiam antes de desenvolver psicose. Jordan *et al* (2019) também identificaram melhores relacionamentos com outras pessoas e com a sociedade após a psicose. Incluindo maneiras aprimoradas de pensar e se relacionar com os outros. Os participantes perceberam o valor dos outros, a importância dos relacionamentos e que eram amados e cuidados por suas famílias. Muitos desenvolveram relacionamentos melhores e fizeram amigos melhores. Eles sentiram que se tornaram mais atenciosos com as necessidades das outras pessoas; mais receptivo ao amor e orientação da família; e mais honesto, tranquilo e confortável com os outros. Eles também desenvolveram uma capacidade melhorada de lidar com aspectos negativos percebidos de outras

pessoas; tornaram-se mais gentis, mais respeitosos e agradáveis com os outros; bem como mais humildes, e menos críticos e agressivos. Outra observação foram as melhoras no estilo de vida, metas e expectativas para o futuro, em que muitos relataram melhorias em suas vidas, tendo novos objetivos, novas perspectivas e entendimentos sobre a vida após o primeiro episódio de psicose. Alguns desenvolveram uma perspectiva mais positiva da vida e uma maior valorização dela. Outros perceberam que queriam mudar os rumos da vida e desenvolveram esperança para o futuro, juntamente com um maior conhecimento sobre como alcançar novos objetivos.

Em uma pesquisa mais recente, Jordan *et al* (2020) investigaram preditores e facilitadores de CPT em primeiros episódios do tipo psicótico percebidos por clientes de serviços de intervenção precoce e a equipe multidisciplinar de saúde dessas instituições identificou a utilização de recursos e estratégias pessoais e sociais para superação da crise para facilitar uma mudança positiva. O recurso mais importante foi o apoio social oferecido pela equipe de saúde no tratamento, a família, os amigos, colegas que já passaram pelos primeiros episódios do tipo psicótico, além dos parceiros românticos. A espiritualidade e a religião foram vistas como recursos importantes que facilitam mudanças positivas. Os participantes também confiaram em sua própria capacidade e autodeterminação, e para alguns, isso envolveu assumir os riscos necessários para melhorar suas vidas. Outros descreveram a importância de ter força de vontade necessária para fazer mudanças positivas; acreditar em si mesmo e ser honesto com seus sentimentos; e tomar decisões conscientes para mudar para melhor. Alguns também descreveram como ser autêntico com seus valores e paixões os ajudou a viver vidas mais "congruentes". Além disso, alguns participantes descreveram como estar aberto à mudança e disposto a aprender com os desafios e criar estratégias de enfrentamento que os levaram ao autoaperfeiçoamento.

2.2.3 A questão da espiritualidade no CPT

Jordan et al (2018) apontam que a dimensão da religiosidade, espiritualidade e sentido da vida são facilitadores do CPT após primeiros episódios do tipo psicótico, contudo, pouco se sabe sobre até que ponto os primeiros episódios de crises do tipo psicótico contribuem para mudanças nesta dimensão específica do CPT, se essa mudança é vista como positiva e se as pessoas com uma perspectiva religiosa ou espiritual são mais propensas a experimentar CPT após os primeiros episódios do tipo psicótico.

Jordan *et al* (2019), evidenciaram que a religiosidade e espiritualidade foram percebidas como mais fortes e equilibradas com várias mudanças importantes em suas vidas após o início da psicose. Incluindo a compreensão de que a espiritualidade era real, mas deveria estar conectada a um conhecimento sólido ou buscar um bom senso. Alguns participantes da pesquisa desenvolveram novos conhecimentos ou compreensão sobre questões espirituais, existenciais e religiosas. Esse conhecimento incluía perceber a onipotência de Deus e a onipresença da espiritualidade. Este achado reforça a pesquisa anterior que comenta sobre a percepção do sentido da vida e busca de sabedoria dos participantes, descritas como envolvimento em um processo de construção de significado da vida, o que facilitou uma mudança positiva. Esse processo começou quando os participantes adoeceram e atribuíram causas aos seus problemas de saúde mental, que incluíam ver a psicose como uma experiência positiva, útil, terapêutica ou espiritual; bem como ver a psicose como um problema médico explicável pela ciência. Alguns também descreveram como a psicose forneceu informações significativas que contribuíram para o autoaperfeiçoamento. Além disso, os participantes avaliaram e refletiram sobre aspectos sobre si mesmos e suas vidas. Além disso, alguns se baseiam em estruturas culturais que descrevem o crescimento após a adversidade, o que ajudou os participantes a compreender a natureza da

psicose, porque ela aconteceu e como eles mudaram após a psicose. Essas estruturas incluíam lemas de vida; normas religiosas ou espirituais; descrições de emergências espirituais; e a vida de ícones da cultura pop.

Outro aspecto sobre Religiosidade e espiritualidade apontado por Jordan et al (2018) é que ambos os conjuntos de resultados, qualitativo e quantitativo revelam como a mudança positiva foi facilitada pelo enfrentamento espiritual, o que é consistente com outros estudos sobre CPT. Esta descoberta destaca o papel potencial que a espiritualidade e a religião desempenham em proteger as pessoas do estresse e corroboram as afirmações teóricas de que a espiritualidade ou religião "pode fornecer uma filosofia de vida unificadora" que pode ajudar as pessoas a crescerem na adversidade. Outros estudos mostraram que o enfrentamento espiritual ou religioso "positivo" (por exemplo, busca de apoio espiritual) é um indicador mais forte de mudança positiva do que o enfrentamento espiritual ou religioso "negativo" (por exemplo, enfrentamento de lutas religiosas). O enfrentamento espiritual muitas vezes se enquadra nessa definição "positiva" nas descobertas qualitativas.

Jordan *et al* (2020) fazem uma importante observação em sua pesquisa que comparou o CPT relatado pelos clientes do serviço de intervenção precoce em psicose após um primeiro episódio de psicose e as percepções da equipe multidisciplinar de saúde sobre o CPT dos clientes do serviço. As avaliações foram mais discrepantes com relação ao domínio “crescimento religioso / espiritual”, ou seja, os clientes relataram maior nível de CPT nesta dimensão do que os percebidos pela equipe. Os autores sugerem que a equipe de saúde mental pode relutar em discutir questões espirituais ou identificar recursos espirituais que podem facilitar a recuperação de pessoas com primeiros episódios do tipo psicótico.

2.2.4. Sobre os serviços de Saúde Mental

Jordan *et al* (2020) apontam que os serviços e tratamentos de saúde mental, foram importantes no tratamento inicial da psicose, pois os participantes que receberam serviços de saúde mental descreveram como facilitadores-chave para mudanças positivas. Os cuidados recebidos pelos participantes na intervenção precoce do serviço, incluindo a forma como foram tratados e a psicoterapia, também foram vistos como facilitadores de mudanças positivas. Enquanto muitos participantes lutaram contra os efeitos colaterais da medicação, eles também descreveram que a medicação promoveu uma melhoria da saúde mental, bem como uma mudança positiva. Em relação a hospitalização, os participantes afirmaram que ser hospitalizado por causa dos primeiros episódios do tipo psicótico facilitou mudanças positivas em ambos os conjuntos de achados, o que é consistente com um estudo que descreve como alguns participantes experimentaram mudanças positivas ao buscar ajuda e, eventualmente, serem hospitalizados por primeiros episódios do tipo psicótico. Este achado pode refletir a natureza angustiante ou traumática de ser hospitalizado por primeiros episódios do tipo psicótico pela primeira vez, especialmente se tais hospitalizações foram involuntárias. Já nos serviços e tratamentos de saúde mental, os participantes descreveram que receber serviços facilitou uma mudança positiva, um processo que não foi medido no componente quantitativo.

Essa descoberta ecoa resultados de outros estudos que mostraram que a humanização e normalização da atenção à saúde mental foi um importante facilitador de mudanças positivas, e é vista como principal facilitador da mudança positiva. Em relação ao processo de recuperação da crise após os primeiros episódios do tipo psicótico, este foi percebido através da utilização de serviços formais de saúde mental, bem como de recursos e estratégias pessoais e sociais que

ajudaram os participantes na recuperação “pessoal” (e não na “cura” da psicose ou “recuperação clínica”).

2.2.5 Discussão terminológica sobre crescimento pós-traumático

Buscam estabelecer relação entre os constructos CPT e Recuperação, ou questionar a similaridade de significados, os artigos de Dunkley & Bates (2015); Slade *et al* (2019); Slade *et al* (2019); Jordan *et al* (2020); Pietruch & Jobson (2012) e Jordan *et al* (2016).

Os criadores do conceito de CPT realizam discussão sobre a distinção de diferentes terminologias e o CPT. Para Tedeschi *et al* (2018), alguns desses termos foram usados indistintamente em pesquisas, principalmente porque ainda não havia um único termo que descrevesse esse fenômeno da mudança positiva. Até Calhoun e Tedeschi cunharem o termo CPT, o fenômeno tinha sido referido, segundo Tedeschi *et al* (2018), de várias maneiras na literatura como, por exemplo, “mudanças psicológicas positivas” (Yalom & Lieberman, 1991), “extraindo força da adversidade” (McCrae, 1984), “Crescimento relacionado ao estresse” (Park, Cohen, & Murch, 1996), “descoberta de benefícios” (Tomich & Helgeson, 2004); “prosperidade” (Norlander, Schedvin & Archer, 2005); “florescimento” (Huppert & So, 2013).

No caso de sofrimento psíquico grave, foi observado o uso do termo **Recuperação**, mais ligado às pesquisas na área de saúde mental. Em sua revisão de escopo, Jordan *et al* (2017) avaliaram artigos entre 2000 e 2013, e nos resultados desta revisão indicaram uma escassez de pesquisas descrevendo diretamente resultados positivos, como CPT, crescimento relacionado ao estresse e descoberta de benefícios após primeiros episódios do tipo psicótico. A maioria das pesquisas relacionadas ao tópico de resultados positivos após psicose foi incorporada ao termo

recuperação e foi investigada principalmente por meio de abordagens qualitativas. Para Jordan et al (2017), há divergências significativas sobre se os resultados positivos relatados após qualquer tipo de adversidade refletem a realidade, e existem divergências sobre os limites conceituais (e semelhanças) que separam CPT, crescimento relacionado ao estresse e descoberta de benefícios, mesmo diante das tentativas de chegar a um consenso em torno dessas fronteiras conceituais. Jordan, Malla, & Iyer (2016) afirmam que para Tedeschi, et al (2018), há uma diferença entre o modelo de recuperação e o CPT, indicando que o modelo de recuperação estaria mais associado à recuperação de um transtorno psiquiátrico diagnosticável enquanto o CPT estaria ligado a uma mudança significativa após um evento considerado traumático. A recuperação não deriva necessariamente de um trauma. Embora Tedeschi et al (2018) afirmem uma diferenciação entre modelo de **recuperação** e CPT, pode ocorrer uma sobreposição em alguns aspectos, indicando a necessidade de mais pesquisas relacionadas a transtornos psiquiátricos, verificando as conexões entre o modelo de **recuperação** e o CPT.

Segundo Pietruch & Jobson, (2012) a **recuperação** não significa necessariamente cura ou remissão de sintomas, sendo um processo individual, complexo e não linear, sem fim determinado que envolve fases específicas com o propósito de recuperar o controle e significado da vida. De acordo com Pietruch & Jobson (2012), a recuperação envolve três temas principais: (1) reconstrução da vida (isso inclui desenvolver relacionamentos e redes sociais); (2) reconstrução de si mesmo e (3) esperança num futuro melhor. Já Dunkley & Bates (2015) indicam em sua pesquisa que o modelo de recuperação em primeiros episódios do tipo psicótico possui uma correlação com o modelo de CPT.

Jordan et al (2018) indicam que a relação entre o termo **recuperação** e mudança positiva não é unidirecional. Na revisão sistemática, o termo **mudança positiva** aparecia como sinônimo

de **recuperação**. Em outros casos, a **recuperação** foi vista como promotora de mudança positiva, consistente com o quadro teórico do crescimento pós-traumático, porém, o CPT vai além de um estado de recuperação. Jordan et al (2018) afirmam que distinguir entre mudança positiva e **recuperação** pode ser difícil ou ver a relação entre recuperação e mudança positiva como termos fluidos. Não satisfeito com essa indeterminação, Jordan et al (2020) realizaram uma revisão narrativa dos conceitos de recuperação pessoal, recuperação clínica e crescimento pós-traumático. Em resumo, ainda não há uma definição de como a **recuperação** e o CPT estão relacionados. Essa confusão pode refletir o estudo relativamente incipiente e em desenvolvimento sobre o CPT após transtornos mentais graves (Jordan et al., 2017), isto pode ocorrer porque os campos dedicados ao estudo do CPT e **recuperação** operarem entre áreas de conhecimento com pouca comunicação entre elas. Outro ponto importante é que o CPT pode ser indesejável ou difícil de alcançar para alguns pois necessariamente precisaria passar por um trauma. Essa confusão também pode limitar a compreensão do CPT no contexto dos transtornos mentais e no trabalho conceitual e empírico em ambos os fenômenos.

No contexto de crise nos primeiros episódios do tipo psicótico, uma revisão sistemática identificou vários facilitadores de tal mudança, incluindo fatores pessoais (por exemplo, envolver-se em processo de construção de significado para encontrar benefícios após a psicose de alguém), fatores sociais (por exemplo, ter pessoas na vida que são honestas e confiáveis), fatores religiosos ou espirituais (por exemplo, frequência à igreja) e, mais importante, fatores inerentes aos serviços de saúde mental (por exemplo, receber serviços que colocam importância em experiências e narrativas individuais em vez de diagnósticos) (Jordan et al ., 2018).

Jordan et al (2018) indicam que ao empregarem métodos qualitativos e estarem embutidos nas tradições ativistas, os estudos que exploram a recuperação pessoal têm sido

fortemente enraizados em abordagens construtivistas e fenomenológicas, e têm sido conduzidos estudos de forma mais exploratória e aberta, buscando capturar nuances na experiência subjetiva, o que pode permitir uma ampla compreensão do que é importante para pessoas com transtornos mentais, como a psicose. Em contraste, as pesquisas sobre recuperação clínica e, em menor medida, sobre o crescimento pós-traumático têm sido mais enraizadas nas tradições pós-positivistas e geralmente são orientadas por hipóteses e têm se concentrado mais em avaliar a presença, ausência ou preditores de cada fenômeno. Este tipo de discussão na psicologia não é novidade, a disputa entre matrizes idiocráticas e nomotéticas, isto é, as psicologias que destacam a dimensão subjetiva e aquelas que ressaltam os determinantes objetivos do comportamento humano precisam ser discutidos nesta dissertação, pois há uma operação de constructos: vivências de sofrimento psíquico grave (idiocrático) e crescimento pós-traumático (tendência nomotética). Neste sentido, realizaremos esta discussão a seguir.

2.2.6 Preditores e Facilitadores de Crescimento Pós-Traumático

Os artigos analisados em geral contribuem de alguma forma para o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico grave identificando precursores e facilitadores do CPT. Mazor *et al* (2016) e Mazor *et al* (2018) apresentam como resultado de sua pesquisa o conceito de autoeficácia de enfrentamento, criado por Albert Bandura (1925). De acordo com Mazor *et al* (2016), a autoeficácia de enfrentamento é a capacidade percebida de gerenciar demandas pessoais e ambientais após eventos traumáticos e estressantes, por meio de processos cognitivos e mudanças no sistema de crenças, incluindo três dimensões: (a) autoavaliação das capacidades de enfrentamento; (b) ações transformadoras; e (c) eficácia de controle de pensamento. Mazor *et*

al (2016) indicam que a autoeficácia de enfrentamento é um fator importante que pode contribuir para o desenvolvimento do CPT. Outro achado importante na pesquisa de Mazor et al (2016) em relação aos preditores e facilitadores de CPT é a criação de significado. Para Mazor et al (2016):

A necessidade de busca de significado é uma tendência humana básica, que pode ser ativada após a violação dos pressupostos básicos da vida a respeito de si mesmo e do mundo após o trauma. As definições e medidas de construção de significado variam entre as teorias; no entanto, todos os teóricos concordam que o significado é um componente crucial no enfrentamento da adversidade e na promoção do crescimento. A incapacidade de encontrar sentido na vida após enfrentar situações adversas pode resultar em sofrimento extremo. Estudos mostram que indivíduos com transtornos mentais severos são capazes de buscar e encontrar significados. Mazor et al (2016 p.2)

Slade *et al* (2019) citam a pesquisa de Pietruch, & Jobson (2012), que sugere preditores de crescimento pós-traumático na psicose, em que 34 participantes do primeiro episódio de psicose na Inglaterra descobriram que níveis mais altos de crescimento pós-traumático foram inversamente proporcionais a níveis baixos de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, maiores níveis de comportamento de auto-revelação e maior recuperação. Da mesma forma que Mazor *et al* (2016), um estudo de 121 clientes de serviços de reabilitação comunitários com psicose em Israel descobriu que o crescimento pós-traumático é mediado pela autoeficácia de enfrentamento e pela construção de significado para existência.

Jordan *et al* (2018) observam que as mudanças positivas que geram CPT foram facilitadas pelos fatores internos aos indivíduos, sua vida social, religiosa ou espiritual e pelos aspectos estruturais e relacionais do cuidado recebido. Em relação a este último fator, Jordan et

al (2018) consideram que os cuidados recebidos durante e após uma crise do tipo psicótica são relatados com maior frequência na síntese realizada, como facilitadores de CPT. Jordan et al (2018) apontam que a maioria dos estudos revisados recrutou participantes de serviços de intervenção precoce, no entanto, outros estudos mostraram que programas que oferecem serviços e apoios de saúde mental de amplo espectro e alta qualidade são percebidos como importantes pelos clientes dos serviços. Jordan, Malla & Iyer (2020) sugerem que para promover o crescimento, os profissionais da área de saúde podem se beneficiar de um treinamento específico para reconhecer, promover e facilitar o CPT.

Para Wang *et al* (2019), a Autoaceitação, Autodescoberta, Autoestima e Autorrealização foram elementos que favoreceram o crescimento pós-traumático dos participantes da pesquisa. Wang *et al* (2019) relatam que a transformação de alguns participantes começou com a alteração de suas percepções sobre seus sintomas. Quando eles não mais viam seus sintomas como fora de seu controle, negativos e sem sentido, eles começaram a ganhar autonomia sobre seus sintomas e se fortaleceram através das suas experiências. Do ponto de vista da autodescoberta, alguns participantes relataram que a vivência de um transtorno mental grave os levou a embarcar em uma jornada de autoconhecimento, permitindo-lhes enfrentar os problemas que não tiveram a chance de enfrentar antes do colapso. O transtorno mental grave, embora doloroso, foi um ponto de mudança essencial para os participantes se concentrarem em explorar a raiz dos seus sintomas de saúde mental, ou seja, a experiência traumática em geral e o trauma da infância em particular. Os participantes perceberam que seus sintomas eram tentativas internas de resolver problemas causados por experiências traumáticas acumuladas a longo prazo. Fazendo esforços para explorar suas autobiografias, particularmente conectando suas experiências adversas passadas com seu estado mental atual.

Wang *et al* (2019) também observaram uma melhora na autoestima ao longo do tratamento, o que desempenhou um papel vital em sua recuperação e transformação pessoal e interpessoal, bem como o efeito da autorrealização através do serviço ao próximo, à comunidade e à humanidade, em que alguns participantes demonstraram o CPT por meio do altruísmo e compromisso de cuidar dos outros, prestar serviços comunitários e defender a justiça social.

2.4 Epistemologia sobre o crescimento pós-traumático

A questão central nesta seção não é discutir a nomenclatura (crescimento x desenvolvimento ou crescimento ou recuperação) ou quando ocorreu a descoberta do fenômeno (se na antiguidade através da mitologia e filosofia, se pela arte e literatura, ou se pela ciência das épocas mais modernas). Pretende-se aqui considerar a crise das ciências do século XIX apresentada por Husserl e as consequências de pressupostos epistemológicos antagônicos na psicologia, da qual faz parte o constructo CPT.

Segundo Tedeschi, et al (2018), para elaboração do conceito do CPT, foram utilizados os modelos teóricos construtivistas tais como: A teoria da construção pessoal (Kelly, 1955), a teoria do esquema (Epstein, 1990) e as crenças básicas (Janoff-Bulman, 1992). Além da perspectiva construtivista, o conceito de CPT foi influenciado pela tradição existencialista e humanista em filosofia e psicologia, que forneceu uma base para compreensão do problema do sofrimento e a relação e a forma como o sujeito lida com a finitude da vida. Tedeschi et al (2018 p.10) citam a influência dos filósofos Nietzsche (1889/1990), Soren Kierkegaard (1813/1855) e Jean-Paul Sartre (1905/1980) nesta construção conceitual. No caso de Nietzsche, os autores citam a frase “o que não mata, te fortalece”, Nietzsche, (2004), como exemplo. Já no campo da psicologia, os

autores declaram que a maior influência são os trabalhos de Viktor Frankl (1905/1997), seguidos de Abraham Maslow(1908/1970) e Carl Rogers (1902/1987).

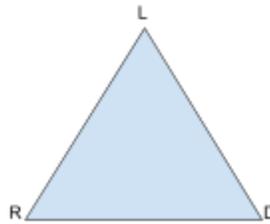
Observando as teorias que influenciaram o CPT, percebemos que o ecletismo aparente demanda um olhar mais atento. Em primeiro lugar, vemos que as bases epistemológicas do construtivismo são divididas em tendências ora realistas, ora idealistas, porém apresentam o sujeito como ativo na construção, constituição e materialização de suas representações no mundo que, por seu turno, se ajustam a sua estrutura cognitiva, conforme Amorim, & Castañon, (2013) e Neufeld, Brust, & Stein (2011). Já as bases epistemológicas de Frankl, Maslow, Rogers convergem para a filosofia existencialista e fenomenológica dos já citados filósofos Nietzsche, Kierkegaard e Sartre.

Sobre o ecletismo na construção conceitual e teórica do CPT, cabe citar o trabalho elaborado por Figueiredo (2017) nas diferentes tentativas de explicação sobre o homem e a sociedade em que vive. Figueiredo (2017) formulou a tese de que ao longo de todo o século XIX “os processos de subjetivação enraizaram-se em um território triangular balizado pelos valores e procedimentos iluministas, pelos modos românticos e pelas novas práticas de exercício de poder”. A partir do surgimento do Humanismo e em seguida, se seu colapso nascem as psicologias, e é nessa relação das psicologias com o humanismo que se estabelece a distinção entre as escolas e sistemas de psicologia.

Figueiredo (2017) adota a imagem de um triângulo com três vértices para explicar os complexos vínculos de sistemas de pensamento que ora se correlacionaram, ora se opunham neste contexto de surgimento da psicologia.

Figura 3

Território triangular do surgimento da Psicologia



De acordo com Figueiredo (1920|1799), o território triangular do surgimento da Psicologia é composto por três polos. Um dos pólos é representado pelo liberalismo (L) e suas práticas de individualismo (direitos humanos e civis), igualdade seletiva e direito de expressão, além dos princípios da racionalidade e da funcionalidade. Neste eixo, há uma nítida distinção entre as esferas da privacidade e da publicidade, sendo a esfera pública regida por leis, princípios morais e éticos próprios. Já na esfera da privacidade, a possibilidade de exercício da liberdade livre de interferências. No outro pólo, vemos o romantismo (R), onde Figueiredo (2017 p.142) afirma:

Ao polo R, de romantismo, pertencem os valores da espontaneidade impulsiva, com identidades debilmente delimitadas, porque atravessadas pelas forças da natureza, da coletividade e da história que se fazem ouvir de dentro e não são impostas pelos hábitos e pelas conveniências civilizadas. A potência dessas forças promove uma restauração do contato do homem com as origens pré-pessoais, pré-rationais e pré-civilizadas do 'eu', com os elementos da animalidade, da infância etc. Essa restauração propulsiona, idealmente, uma espécie de autodesenvolvimento que se faz à custa dos limites e da unidade identitária e que

é marcado por crises, experiências de desagregação, adoecimento, loucura e morte.

Por último, a disciplina, (D) impulsionada pelas as novas tecnologias de poder, ora próximas aos princípios de racionalidade e funcionalidade do liberalismo ora aproxima ao pólo romântico, através da manipulação de forças suprapessoais encarnadas em figuras carismáticas ou projetadas em lendas e mitos saudosistas ou revolucionários.

Esse território rico de disputas de poder, onde se originou a disciplina Psicologia, deixa explícitas tensões entre os diferentes pólos no que se refere à prática psicológica. Como Figueiredo indica:

No polo disciplinar, trata-se de redução do excluído, ou seja, pratica-se aqui (ou tenta-se) a cura dos sintomas, no polo do romantismo, a meta é a de dar vias de expressão ao excluído, finalmente, sob a ótica liberal trata-se de proporcionar meios de representação e integração do excluído de forma a ampliar o autodomínio do sujeito, de ampliar o campo da sua autonomia (Figueiredo, 2017, p. 50).

O princípio científico emergente do Iluminismo (Disciplina) enfatiza um tipo particular de conhecimento, denominado nomotético. Já o CPT, pode ser incluído na relação entre o Romantismo e a Liberdade, podendo ser relacionado ao conhecimento idiográfico . A distinção entre conhecimento nomotético e idiográfico foi introduzida por Windelband (1907). O conhecimento nomotético é baseado numa tendência a generalizar e envolve o esforço de derivar leis que explicam os fenômenos objetivos. Está relacionado ao estudo de grupos que representam populações, tipicamente utilizando metodologias quantitativas. O conhecimento ideográfico, ao contrário, se baseia na tendência de especificar e envolve esforços para compreender o

significado de fenômenos contingentes, muitas vezes acidentais e subjetivos. É derivado do estudo de indivíduos e das propriedades que os definem além de outros indivíduos, normalmente usando metodologias qualitativas. Em relação à psicologia e ao sofrimento psíquico grave, um componente essencial e necessário é a experiência subjetiva.

Isto posto, conforme a fenomenologia já apontou, ficamos diante de um problema fundamental - não é possível acessar diretamente a experiência subjetiva. O que leva a uma tensão epistemológica fundamental entre o conhecimento nomotético e o saber idiográfico. De acordo com Slade,(2009), podemos concluir da seguinte forma:

Tanto o conhecimento nomotético quanto o idiográfico são tipos de evidência necessários. Ambos são autênticos - cada um nos diz algo significativo e válido sobre o mundo. Ambos os tipos de conhecimento também são necessários para fornecer uma imagem completa e equilibrada do mundo. Essa postura integrativa reflete as resoluções modernas de outros dualismos. Donald Hebb respondeu à pergunta de um jornalista sobre se a natureza ou a criação contribuem mais para a personalidade respondendo se o comprimento ou a largura de um retângulo contribui mais para sua área (Slade, 2009).

Esta postura é diferente de uma neutralidade, já mencionada neste trabalho, as teorias diferem em seus valores implícitos e as escolhas teóricas não são isentas de valores. Mas como Bracken e Thomas (2005) colocam, "a ética antes da tecnologia", e acrescento, o sujeito antes das teorias por si mesmas, ou melhor, parafraseando Jung⁶, domine a técnica, mas não esqueça que é um humano em frente outro humano numa relação psicoterapêutica.

⁶ "A prática da medicina é e sempre foi uma arte, e o mesmo é verdadeiro para prática da análise. Criação é a verdadeira arte, e a criação está além de todas as teorias. É por isso que eu digo para qualquer iniciante: conheça todas as teorias o melhor que você puder, mas ponha-as de lado quando (continuação página 84). "você tocar o

Capítulo 3 – O GIPSI e sua contribuição acadêmica – Histórias e Metamorfoses

Radicalmente diferente da ordem mecânica, a ordem “viva” é a que renasce sem parar. Com efeito, a desordem é constantemente absorvida pela organização, ou recuperada ou metamorfoseada no seu oposto (hierarquia). ou esvaziada para o exterior (desvio). ou mantida na periferia (bandos marginais de jovens). Absorvida, esvaziada, rejeitada, recuperada, metamorfoseada sem cessar, a desordem renasce constantemente e a ordem social, por sua vez, também renasce sem parar. E assim surge a lógica, o segredo, o mistério, da complexidade e o sentido profundo do termo auto-organização: uma sociedade autoproduz-se sem parar porque se autodestrói sem parar. (Morin, 1973 p. 22)

“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses. ”

- Rubem Alves

Pensar na história do GIPSI, sua complexidade, seus marcos históricos e epistemologia é por si só desafiador. São muitos anos de existência e produção acadêmica e a análise das produções bibliográficas dariam por si só uma dissertação à parte. Entretanto, a abordagem aqui será na intenção de produzir uma breve síntese, porém atenta, sem também ser imprudente com todo o material selecionado, em relação ao sofrimento psíquico grave e ao GIPSI, construindo uma ponte para o capítulo seguinte, onde faremos uma tentativa de integração desses saberes. Iniciaremos então nossa caminhada, voltando a origem do GISPI.

O GIPSI possui uma mitopoese singular, fortemente influenciada pelas características de seu fundador e pelo movimento da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. Participa como um importante ator na história da psicologia no Distrito Federal, através do processo de elaboração e atuação, a partir da construção do constructo do sofrimento psíquico grave (Costa, 2003, 2010). Porém, faz-se necessário retomar a história da criação do GIPSI, compreender sua

milagre da alma vivente. Nenhuma teoria, mas a sua própria individualidade criativa, é que irá decidir. ” (JACOBI & Jung, 1971) ”

estrutura e a produção científica de seus membros, para enfim, observar as suas metamorfoses e perceber que o GIPSI é muito mais que um grupo de pesquisa, serviços de acolhimento, avaliação, intervenção, acompanhamento clínicos.

A metamorfose aqui não se aplica ao sentido literal e biológico da transformação da lagarta em pupa, e depois em borboleta. O sentido aqui é metafórico e filosófico, onde questionamos se no processo de metamorfose do GIPSI, o que existia antes desaparece para formar algo novo, ou se as características intrínsecas se mantêm em sua nova forma. Para este fim, retomaremos sua história, partindo do início de sua fundação.

3.1 - O Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) e a sua História

O GIPSI é um Programa de Extensão de Ação Contínua (PEAC), registrado como Projeto de Ação Contínua no Decanato de Extensão (DEX/Unb) desde 2002 é vinculado ao Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB). Com uma formação multidisciplinar, possui o objetivo de realizar intervenção precoce, avaliação e acompanhamento junto a indivíduos em primeira crise do tipo psicótica, denominada pelo grupo, conforme já mencionado, de “sofrimento psíquico grave” (Costa, 2003, 2010); além de desenvolver pesquisas e publicar os conhecimentos produzidos sobre o tema.

O grupo completou 20 anos de formação em maio de 2021, e está umbilicalmente ligado à rede de saúde mental do Distrito Federal, atuando como referência e modelo no serviço de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica. Considerando estes dezenove anos, pode-se dizer que a UnB, através do GIPSI/PCL/IP, já contribuiu para o acolhimento, orientação

e eventual melhora da saúde mental de mais de 5.000 pessoas no DF e entorno, particularmente de famílias de baixa renda (80% dos atendimentos), por meio de mais de 15.000 atendimentos (entre acolhimentos, terapias individual e familiar e acompanhamentos psiquiátricos e psicossociais), tão somente com o apoio e os insumos da Universidade de Brasília.

O GIPSI é um dispositivo importante na rede de saúde mental local visto que oferece atendimento acessível para a maioria da clientela, composta pela população de baixa renda. É também um centro de excelência em tecnologias leves, no campo da saúde mental. Referendando a classificação proposta por Merhy e Feuerwerker (2009) e Merhy e Franco (2003) que definem tecnologias leves como um tipo de tecnologia voltada para relações humanas que ocorrem no encontro do profissional de saúde e do cliente que busca apoio neste tipo de serviço, focando em escuta qualificada, cuidado ético, interesse, e construção de vínculos de confiança, diferentemente das tecnologias leve-duras e duras. A vantagem desse tipo de tecnologia leve é a possibilidade de captar as singularidades, as idiossincrasias, o contexto cultural e “os modos específicos de viver determinadas situações por parte do cliente, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico”, Merhy e Feuerwerker (2009).

Em um artigo publicado em 2011, por Brietzke et al (2011), buscaram revisar os serviços de intervenção precoce em psicose na América Latina, os autores elencaram somente os grupos: PEP - Programa de Primeiro Episódio Psicótico; PRIP - Programa para o Reconhecimento e Intervenção Precoce em Psicose; PRISMA - Programa de Reconhecimento e Intervenção para Indivíduos em Estados Mentais de Risco, ASA - Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos e por último, PIENSA - Programa de Estudos Neuropsiquiátricos e de Imagem em Adolescentes (PIENSA) do Instituto Nacional de Neurologia e Neurocirurgia do México, localizado na Cidade do México. Entretanto, o viés metodológico da pesquisa foi direcionado

apenas para publicações psiquiátricas, sociedades médicas e anais de congressos psiquiátricos sobre psicose, deixando o GIPSI de fora do levantamento.

Em um mesmo tipo de estudo sobre os grupos de pesquisa em primeiras crises no Brasil, bem mais atualizado e abrangente, Fukuda, *et al* (2018), elencaram o GIPSI como um dos quatro grupos ainda ativos, do total de sete grupos identificados. Neste artigo, os autores realizaram pesquisas em base de dados científicas, no diretório de grupos de pesquisa do CNPq e em plataformas de pesquisa na internet para identificar pesquisas acadêmicas, publicações de artigos científicos e sítios e páginas de divulgação. No critério para definir se o grupo era ativo ou não, foram analisadas as publicações e atividades mais recentes, bem como contato direto para verificar se estes grupos mantêm suas atividades na atualidade, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 1

Lista dos grupos de pesquisa em primeiras crises do tipo psicótica

Sigla	Fundação	Localização	Coordenação
ASA⁷	2003	São Paulo - SP	Dr. Mario Rodrigues Louzã Neto
GIPSI	2001	Brasília – DF	Dr. Ileno Izídio da Costa
LIM-27⁸	1999	São Paulo – SP	Dr. Martinus Van de Bilt
PEQUI⁹	2016	Curitiba – PR	Dra. Mariana Cardoso Puchivailo

⁷ Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos.

⁸ Laboratório de Neurociências - LIM.

⁹ Grupo de Pesquisa e Acolhimento de Primeiras Crises do Tipo Psicóticas.

Os demais grupos identificados por Fukuda *et al* (2018), mas que não atenderam aos critérios definidos no método da pesquisa foram os grupos: PEP, PRIP, PRISMA e Estudos Fenomenológicos em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas.

Cabe ressaltar ainda que dos grupos apontados por Fukuda, de Oliveira, & Puchivailo (2018), somente três realizam intervenção precoce nas primeiras crises, dos quais dois estão associados à psicologia, e incluem a família no atendimento e acolhimento. Fukuda et al (2018) também observam que o GIPSI é o único grupo Brasileiro vinculado a Early Intervention in Mental Health (IEPA)¹⁰, com sede na Austrália, rede internacional que envolve profissionais da área da saúde ao redor do mundo no estudo e no tratamento das primeiras fases dos transtornos de saúde mental.

Como podemos observar, existem pouquíssimos grupos de intervenção precoce no Brasil, porém o GIPSI sempre se diferenciou dos demais pelo pioneirismo em oferecer uma proposta de atendimento humanizado, envolvendo inclusive a família no processo terapêutico (COSTA, 2013).

Em artigo de 2017, Freitas e Puchivailo (2017) percorrem de forma detalhada a história do GIPSI e a de seu fundador, sistematizando os dados do grupo de 2001 até 2016, estabelecendo na história do GIPSI quatro marcos temporais. Fernandes e Costa (2021) denominam esses marcos de: fundação - 2001; primeiras intervenções clínicas - 2003; expansão - 2004 a 2010; consolidação - 2011 a 2016; e incluem um novo marco, definido como um período de amadurecimento e resiliência ocorridos entre 2017 e 2019.

¹⁰ <https://iepa.org.au/> - acessado em 23/04/2020.

3.2 - A produção Acadêmica do GIPSI

Nesta seção, apresentaremos uma revisão das principais contribuições científicas produzidas pelo GIPSI ao longo de 20 anos de existência. Para essa análise, adotamos a pesquisa documental e bibliográfica para realização de um panorama geral com o objetivo de fornecer uma síntese dos principais achados e reflexões gipsianas para embasamento teórico da presente dissertação, bem como fornecer um resumo quantitativo dessas publicações. Sendo que Silva (2017) observou que o GIPSI poderia se beneficiar igualmente de uma revisão das pesquisas já realizadas no grupo, de modo a sistematizar as metodologias preferenciais, os resultados obtidos com a clínica e as principais recomendações originadas pelas pesquisas.

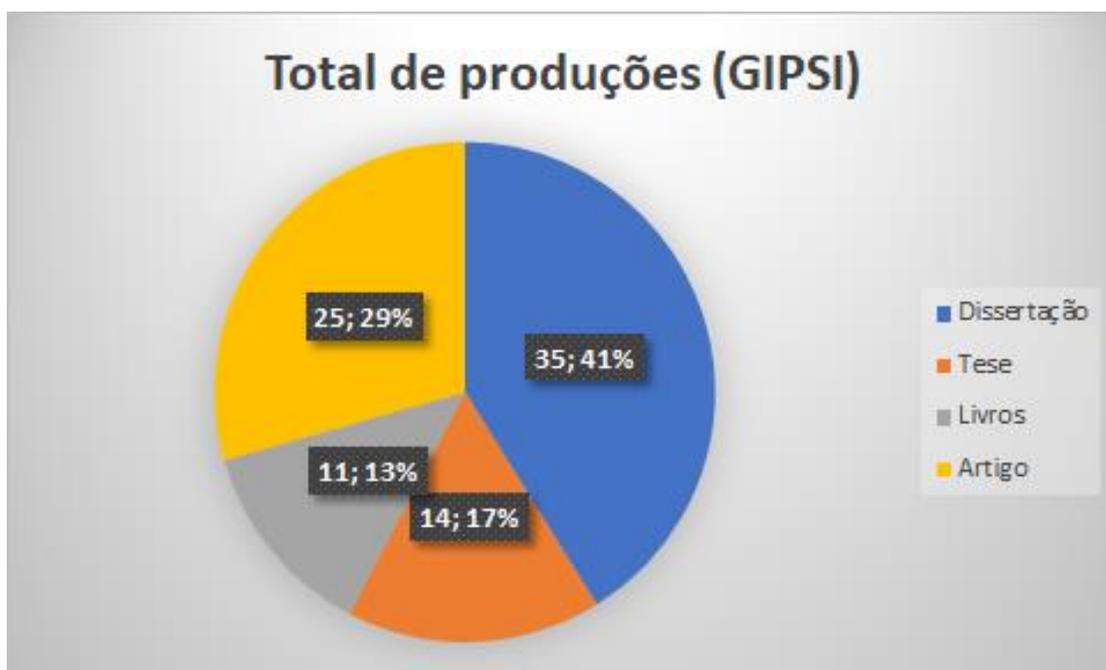
Para tanto, selecionamos todas as teses, dissertações, livros e artigos, disponibilizados por meio eletrônico, e através dos repositórios de teses e dissertações da UnB, bem como as editoras e revistas onde foram publicados os artigos. Ainda foram utilizados os mecanismos de busca Google Scholar, o Portal de periódicos CAPES, o Portal SciELO e BVS Psicologia Brasil, incluindo como descritores os nomes dos principais membros do GIPSI como autores principais e os termos sofrimento psíquico grave, crise psíquica grave, Intervenção precoce em psicose e esquizofrenia. Foram selecionados para esses levantamentos somente dissertações, teses, artigos e livros que tiveram participação direta de membros do GIPSI e de seu coordenador. Para a síntese dos resultados do material coletado, foram selecionadas apenas as dissertações e teses. A coleta dessas informações ocorreu no período de agosto de 2019 a setembro de 2019. A pesquisa pelos trabalhos científicos do GIPSI foi conduzida a partir de quatro etapas básicas: 1) Captação da tese e dissertação na íntegra; 2) Leitura dos resumos com definição das categorias: Área Temática, Problema, Hipótese, Objetivos Gerais, Objetivos Secundários, Abordagem, Paradigma

teórico, Procedimentos e Métodos, instrumento, participantes e Síntese dos resultados; 3) Leitura da metodologia, resultados e discussão das teses e dissertações 4) Sistematização dos estudos.

A seguir, na figura 2, apresentamos os principais resultados desta pesquisa, primeiramente apresentando o quadro geral das publicações desde a dissertação de mestrado do coordenador e fundador do grupo, até o ano de 2018. Na primeira tabela vemos a sumarização das publicações entre o ano de 1990 até 2018.

Figura 4

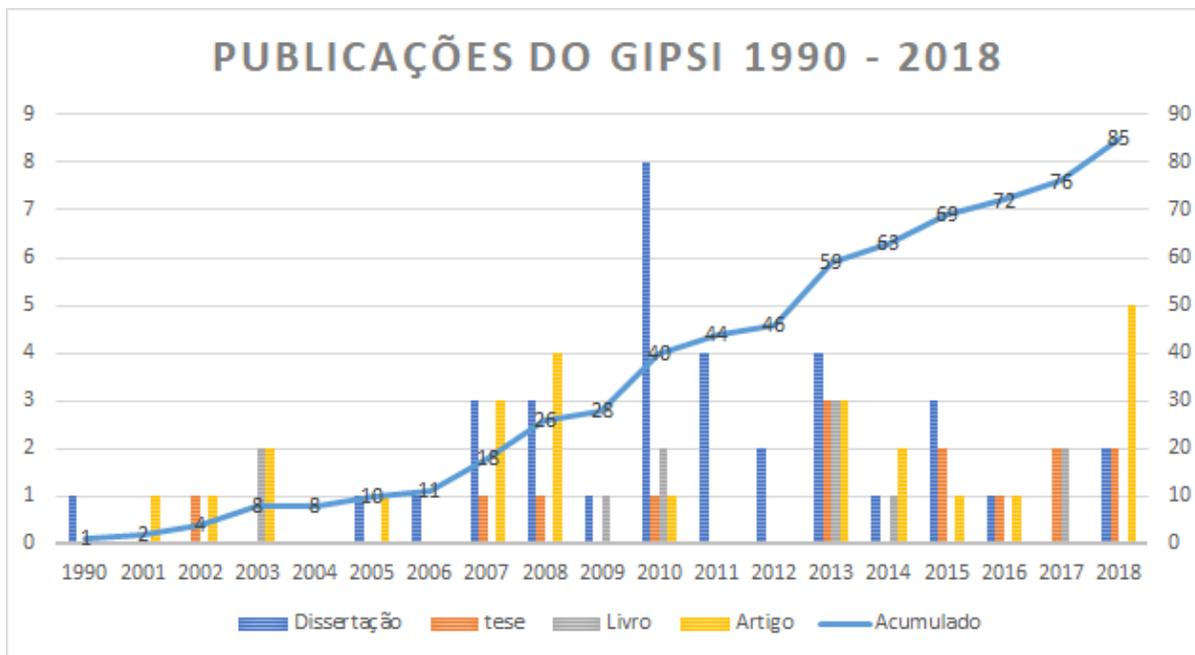
Total de publicações dividida por tipo até 2018



Podemos observar que os artigos (29%) e as dissertações (41%) são as maiores fontes de publicações no GIPSI, os livros e teses acumulam respectivamente 13% e 17%. No gráfico a seguir, podemos observar a evolução da produção científica ao longo dos anos, com o total de produções acumuladas no período.

Figura 5

Gráfico das publicações do GIPSI entre 1990 até 2018



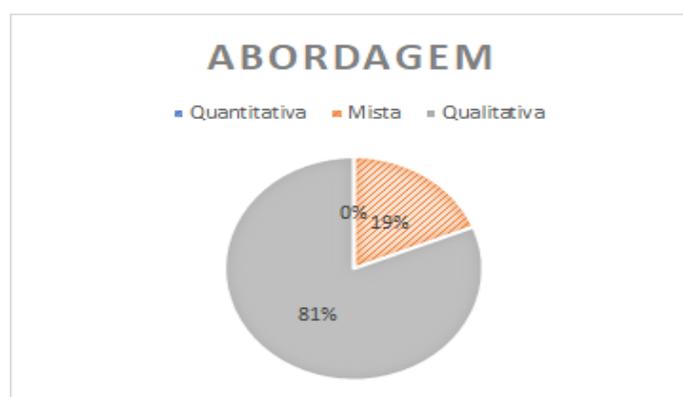
Na figura 3, vemos o total de 85 publicações selecionadas, ou seja, que faziam parte do critério de inclusão da pesquisa. Podemos notar que os anos de 2010 e 2013 foram de fecundas publicações. A atribuição a esse fato pode estar relacionada ao apoio financeiro recebido pelo CNPq em 2008/2010. O ano em que mais dissertações foram publicadas foi em 2010, e em 2013 foi o ano em que mais teses foram defendidas. Os períodos de 2004 a 2006 podem ser considerados períodos de acomodação. Em 2004 o grupo acabava de iniciar os atendimentos clínicos e os primeiros orientandos do professor Dr. Ileno Izídio Costa estavam sendo recebidos. As primeiras dissertações com a temática do GIPSI são defendidas em 2005, justamente dois anos após o início dos atendimentos clínicos e as primeiras teses em 2007, justamente quatro anos após o início dos atendimentos clínicos.

De todo esse material levantado, selecionamos apenas as teses e dissertações vinculadas ao grupo, representando um total de 44% (37 publicações). Essa escolha se deu devido ao fato

dos artigos estarem associados às teses e dissertações, e os livros contarem com capítulos onde as fundamentações partiram das mesmas teses de dissertações. Outro fato observado foram orientações de dissertação e mestrado voltadas a outras temáticas, como por exemplo: adolescentes em privação de liberdade, tornar-se mãe em período perinatal, pesquisa de campo relacionadas a reforma psiquiátrica e saúde mental, porém, localizadas em outros estados. Nessa direção, apresentaremos os resultados da análise desta seleção de 37 publicações.

Figura 6

Gráfico das principais abordagens metodológicas



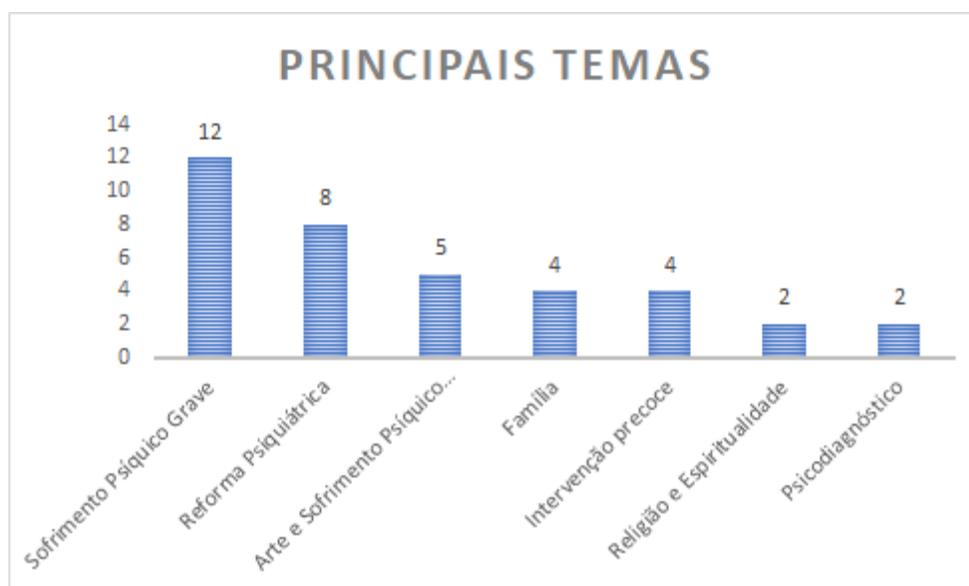
Conforme a figura 4, o primeiro critério adotado foi a identificação da abordagem metodológica utilizada, onde identificamos que 81% das pesquisas utilizaram a abordagem metodológica qualitativa e 19% utilizaram a abordagem de pesquisa mista. A abordagem qualitativa, segundo Eakin (2016), baseia-se na suposição de que o significado não é inerente aos dados puramente, mas deve ser interpretado pelo pesquisador, e que não há uma interpretação verdadeira, apenas múltiplas realidades produzidas através de processos de linguagem humana, interação e criação de significado. De acordo com Carspecken (2011), umas das premissas da Pesquisa Qualitativa Crítica (PQC) é relacionar a produção de conhecimento na tentativa de promover mudança política, econômica e social em larga escala. Ainda segundo Carspecken (2011), a PQC é informada por uma teoria epistemológica e social que esclarece a relação entre

produção de conhecimento, ação, identidade humana, poder, liberdade e mudança social. Assim, pode ser usada em todos os tipos de pesquisa social e não somente em pesquisa especificamente orientada para relações dominantes de poder e opressão. A abordagem mista aplica tanto métodos e técnicas quantitativas quanto qualitativas. Creswell & Clark (2015) indicam que os problemas de pesquisa mais aconselhados para o uso dos métodos mistos são quando os dados preliminares são insuficientes, necessitando de uma explicação mais detalhada, quando os dados precisam ser mais generalizados, um segundo método é necessário para ampliar o primeiro, existe a necessidade de empregar melhor uma postura teórica ou existe a necessidade de entender um objetivo de pesquisa por meio de múltiplas fases da pesquisa.

Outra categoria de análise criada, conforme a figura 5, foram as temáticas de pesquisa, baseados no título e nos descritores das teses e dissertações, realizamos uma classificação dessas tendências temáticas para evidenciar quais são mais utilizados.

Figura 7

Gráfico dos principais temas abordados pelo GIPSI.



O tema de maior relevância, como não podia deixar de ser, foi o relacionado ao sofrimento psíquico grave. Este tema foi tratado especificamente entre 2007 e 2018 através dos paradigmas psicanalíticos, da Gestalt-terapia, da teoria familiar sistêmica, fenomenologia, reforma psiquiátrica, análise Junguiana e psicodrama. Foram enquadrados nesse tema todos os trabalhos relacionados a psicose, esquizofrenia, sentimentos de vínculo, manejo clínico, delírio e identidade, cuidadores, surdez e psicose, sofrimento psíquico grave e crise psíquica grave. O Constructo Sofrimento Psíquico Grave, conforme apresentado sucintamente na introdução, estão diretamente ligadas às produções de seu coordenador, que debruçou sobre essa problematização desde sua dissertação de mestrado, em 1990, articulando sua prática clínica, vinculada à psicanálise e teoria familiar sistêmica, primeiramente com a filosofia analítica e da linguagem, e posteriormente, com a fenomenologia, revisando e refletindo sobre as dimensões relacionadas ao termo psicose.

Em relação ao tema da reforma psiquiátrica, foram incluídos nessa categoria todos os temas relacionados à saúde mental, redes sociais, cronicidades, institucionalização, luta antimanicomial, hospitalização, atenção psicossocial, estigmatização, profissionais da saúde mental, políticas públicas da saúde mental e CAPS. Como já foi citado, o GIPSI está vinculado à rede de saúde mental do DF, e seu nascimento coincidiu com a promulgação da Lei 10.216 de saúde mental, fatos que incluem direta e indiretamente o GIPSI neste movimento político e social, que se coloca como umas das questões centrais do grupo, para compreensão do fenômeno, a reforma psiquiátrica e o atendimento psicossocial, conforme afirma COSTA(2010):

A partir desta lei várias portarias instituíram estes serviços que devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocráticos, repetitivos, pois dessa forma, será apenas uma repetição do tratamento da doença

e não de pessoas, devendo ser lugares onde a crise possa ser acolhida não apenas de forma sintomática, mas também psicossocial. A reabilitação psicossocial apresenta-se, portanto, como instância norteadora e diretiva específica que deve estimular todos os atores do cuidado. Costa, (2010 p.40).

Sobre processos artísticos e sofrimento psíquico grave, foram categorizados os temas relacionados a vivências corporais, atuação artística do palhaço, cultura popular, artes cênicas e teatro e programas de TV. Todos esses temas foram investigados através da perspectiva da psicanálise e da reforma psiquiátrica.

Família foi outro tema identificado nas publicações com relevante frequência, foram agrupados os subtemas: Estrutura familiar e saúde mental, transmissão psíquica entre gerações, Psicose, família e crise e Família e Primeira Crise do Tipo Psicótica. Este tema faz parte da espinha dorsal do GIPSI, compreendido como um fenômeno altamente complexo, fazendo parte dos critérios para inclusão e início do tratamento dos seus clientes, como condição necessária, o envolvimento da família no processo terapêutico do grupo. Para Costa (2003) família pode ser conceituada da seguinte forma:

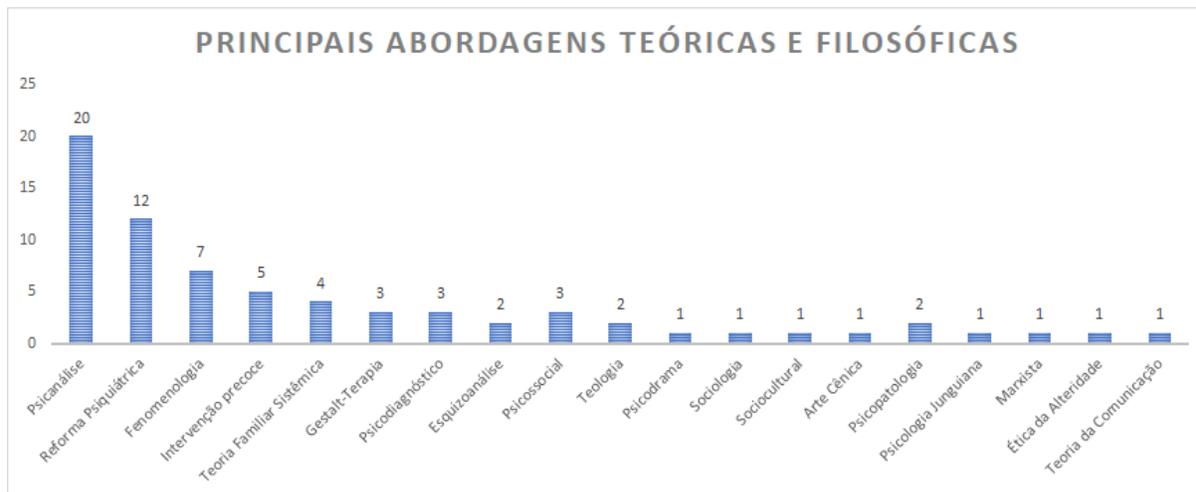
Não existem famílias, mas configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, escolhas, fantasmas, limites, papéis, regras e modos de comunicar que simbolicamente podem se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo. (Costa,2003 p.93)

Sobre o tema Intervenção Precoce, foram selecionadas 5 publicações com os subtemas: Identificação de pródromos, Pródromos e qualidade de vida, ensaio sobre intervenção precoce e ajustamento do tipo psicótico e Saúde Mental de jovens universitários. Os últimos 2 temas, religião e espiritualidade, estão relacionados às vivências espirituais e sofrimento psíquico grave,

para o tema psicodiagnóstico, foram incluídas as dissertações que utilizaram o método de Rorschach para ampliar o conhecimento sobre Crises do tipo Psicótica.

Figura 8

Principais paradigmas teóricos e filosóficos



Em relação ao paradigma científico e filosófico¹¹, buscamos identificar as tendências filosóficas e teóricas mais utilizadas no grupo. Esta análise da tendência filosófica propiciou apontar as tendências epistemológicas do grupo, tendo em vista que o conhecimento científico sempre vê o mundo, ou os dados, a partir de uma lente ideológica ou filosófica. Observamos que a psicanálise tem um importante destaque, visto que 20 das 37 publicações (54 %) fazem referência a este arcabouço teórico, tendo Freud, Lacan, Winnicott, Bion, Reich, Anzieu, Green e Jung os teóricos mais citados. Uma importante ressalva é que o paradigma da reforma psiquiátrica, é aqui posto como sinônimo do paradigma psicossocial.

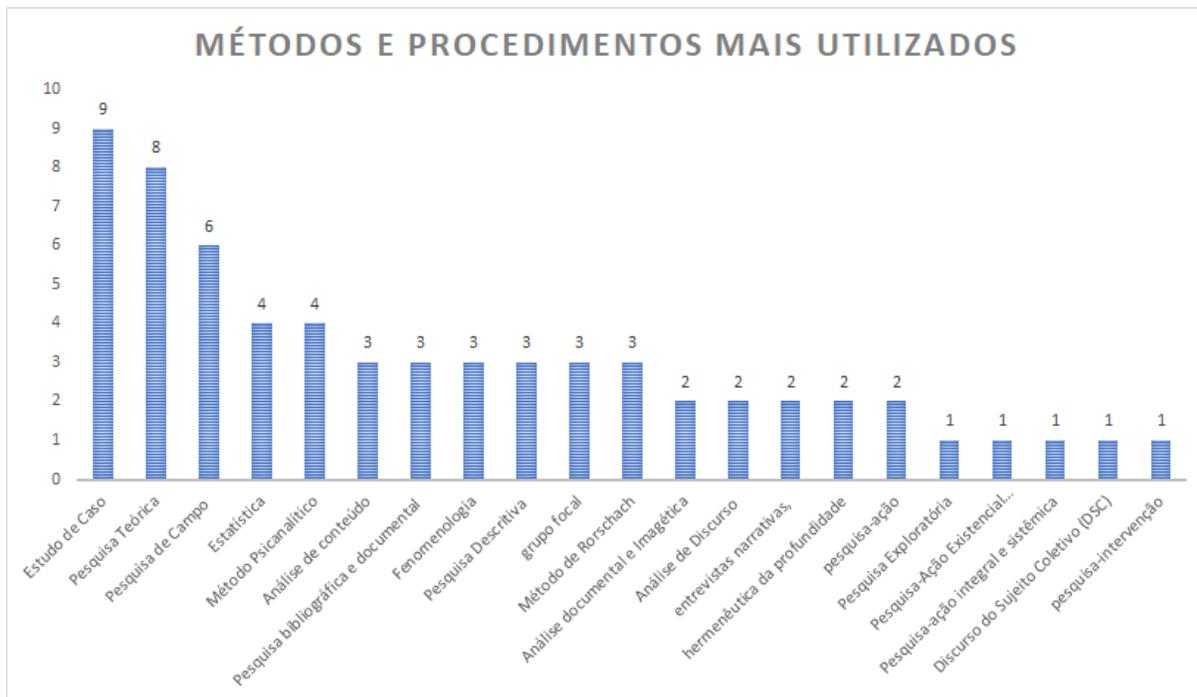
De acordo com a declaração dos pesquisadores, em relação aos métodos utilizados nas publicações (ver figura 7), podemos observar um total de 21 métodos distintos e procedimentos,

¹¹ Como ressalva, o termo paradigma, não é exatamente o mesmo utilizado por Thomas Kuhn.

sendo o mais empregado os Estudos de Caso, pesquisas teóricas, pesquisa de campo, métodos estatísticos de análise e método psicanalítico.

Figura 9

Métodos e Procedimentos mais utilizados no GIPSI

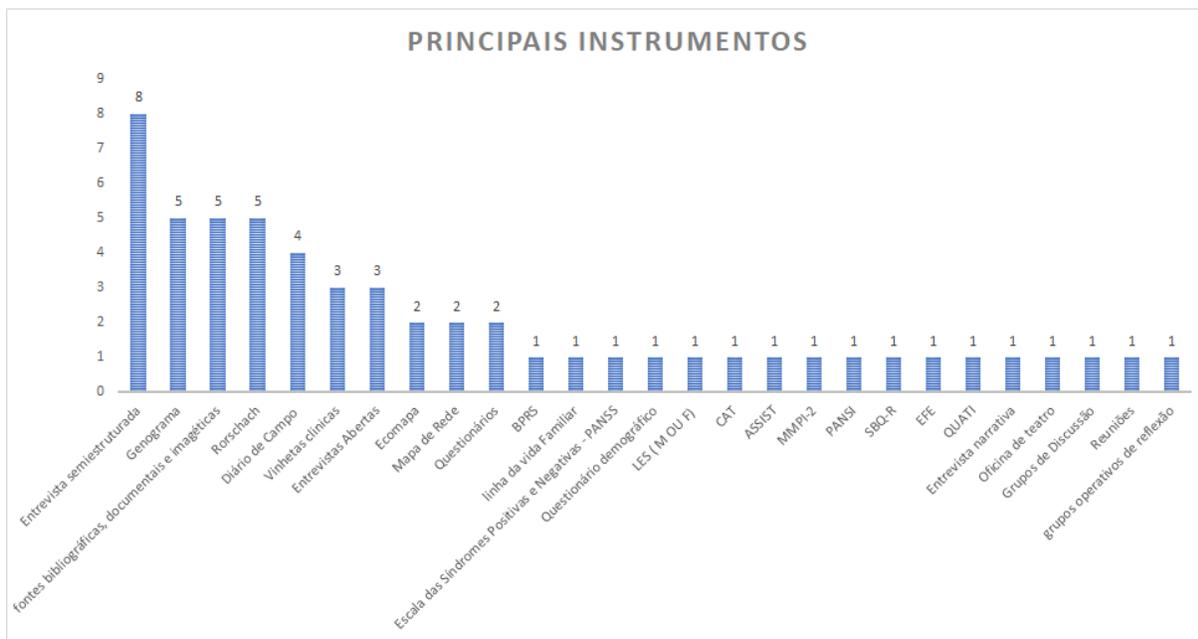


Em relação aos instrumentos de pesquisa utilizados no GIPSI (figura 8), foram identificados 27 instrumentos, desse total, elencamos: Entrevista semi-estruturada, Genograma, fontes bibliográficas, documentais e imagéticas, Rorschach e Diário de Campo como instrumentos mais utilizados nas pesquisas e estão alinhados com os métodos, procedimentos e abordagens teóricas utilizadas. Em relação às entrevistas, segundo Packer, (2011), das diversas técnicas e métodos da perspectiva qualitativa, a entrevista é o caminho para a coleta de dados qualitativos. Ainda segundo Packer, (2011), dos tipos possíveis de entrevista, tais como, entrevista não estruturada, história de vida e entrevista de grupo, a entrevista semi-estruturada é a mais comum, onde o pesquisador geralmente planeja antecipadamente os tópicos da entrevista

porém, não necessariamente segue uma ordem fixa dos tópicos abordados durante o processo, e o objetivo da entrevista é incentivar o entrevistado a usar suas próprias palavras para descrever sua opinião em um determinado assunto - geralmente a entrevista é gravada em áudio e transcrita para depois ser codificada.

Figura 10

Principais instrumentos de pesquisa utilizados no GIPSI



E por último, em relação aos participantes das pesquisas elencadas, pela diversidade de tipos de estudo, métodos e procedimentos, não foi possível realizar uma análise consistente, devido a heterogeneidade dos dados. Os estudos apresentam uma variação de 1 a 87 participantes, com a média de 14,23 (DP 19,14) por estudo de faixa etária abrangente entre jovens, adultos e idosos, incluindo como participantes, estudantes universitários, profissionais da área de saúde, clientes do GIPSI ou de CAPS, gestores da área de saúde mental do DF, grupos familiares, psicólogos e estagiários de psicologia.

3.2 Principais contribuições Acadêmicas

Realizar uma síntese sobre as principais contribuições acadêmicas vinculadas de alguma forma ao GIPSI não é uma tarefa fácil, primeiro pelo volume das publicações existentes, segundo pelo fato de incorrer em omissões ou viés ideológico nas análises. Com cautela, os achados *gipsianos* foram elencados na tentativa de dar forma a algo que já estava latente, ou seja, uma forma de fazer própria e original do GIPSI. Assim, nesta seção, apresentamos as principais contribuições acadêmicas, elencadas de acordo com os temas nas quais foram categorizadas, porém, essas categorias não estão isoladas, mas tecem uma forte conexão entre si, conforme veremos a seguir.

3.2.1 - Sofrimento Psíquico Grave

Costa, (2003, 2010, 2013, 2017, 2018), como dito anteriormente, propôs situar o construto denominado de sofrimento psíquico grave, no intuito de ampliar a visão sobre os transtornos mentais, principalmente os transtornos do tipo psicótico. Ao longo de suas pesquisas e reflexões, embasada pela fenomenologia e pela psicopatologia fenomenológica. Circunvolvemos as ideias centrais defendidas por Costa (2003), podemos acrescentar, não no sentido de complementaridade, mas, no sentido de construção de novas perspectivas e ampliação de conceitos já existentes através dos subtemas definidos através das publicações analisadas, dos quais destacamos: vínculos, contexto relacional, sofrimento inerente à existência humana, falhas ambientais no processo de desenvolvimento humano, delírio e identidade, a condição do

cuidador do sofrimento psíquico grave, apontamentos teóricos específicos em Jung e Lacan, a família no processo terapêutico, relevância do holding e do cuidado no processo terapêutico, surdez e sofrimento psíquico grave e processos terapêuticos.

Em relação aos vínculos, configurações vinculares e contextos relacionais, apresentamos os seguintes achados. Ribeiro (2018), através do referencial teórico da psicanálise de Bion, propõe aprofundar-se na compreensão clínica dos funcionamentos psicóticos, abrangendo um espectro de possibilidades de interação entre as partes psicóticas e não psicóticas da personalidade. Para tanto, Ribeiro, (2018), hipotetiza que “a questão dos estados psicóticos da mente são parte do funcionamento inerente a todos os indivíduos”, porém, em casos de fragilidade, em um aspecto mais individual e pessoal, a capacidade de tolerar a realidade pode ser impactada. Ribeiro (2018) em sua tese, afirma que:

A ocorrência da crise psicótica está diretamente relacionada à negação simultânea, no paciente e em sua família, de uma verdade emocional comunicada através do vínculo de ódio às origens. Esse vínculo ataca tanto os processos como as ligações que dão acesso à capacidade do paciente de pensar a sua experiência emocional, além de inibir que a capacidade de rêverie dos familiares também possa ser utilizada para a elaboração do conteúdo emocional inerente a esse vínculo. Nesse caminho, a conservação dessa negação simultânea é por nós entendida como fator que intensifica a manutenção do funcionamento psicótico, sendo a sua transformação através das psicoterapias o elemento que promove a saída da condição de crise. (Ribeiro,2018, p.11)

Já Gondim (2007) em sua tese, aponta crise psíquica grave como um período imprescindível para promover mudanças na esfera relacional:

Para que haja continuidade no seu processo de desenvolvimento e individuação. Cabe aos terapeutas e aos serviços de saúde mental organizar suas avaliações e intervenções a partir dos sentidos da crise na vida do indivíduo e no seu contexto relacional. Gondim (2007 p. 305)

Através da fenomenologia e da Gestalt-Terapia, Oliveira (2015) buscou compreender a teoria sobre a psicose, trazendo aplicações em uma clínica do sofrimento psíquico grave. Oliveira (2015) ressalta que a base epistemológica da Gestalt-terapia não está totalmente coesa em relação ao tema da psicose, sendo uma justificativa para continuidade das pesquisas relacionadas a crises do tipo psicótica. Oliveira (2015) faz uma importante afirmação de que é preciso lidar com a psicose do ponto de vista relacional e questiona, através da experiência no GIPSI, que implicar a família, trabalhar com o psicossocial, sem perder a dimensão individual gera crescimentos maiores e mais duradouros. Neste caso, pensar a psicose como um desequilíbrio relacional, se perguntando “como um momento de vivência da relação transforma a forma como lidamos com esse fenômeno?” A resposta retorna para o sujeito, que deve ser responsabilizado, resgatado e reconectado do mundo da vida, compreendendo que não há psicóticos. A autora também reafirma a importância do ambiente em que estão inseridas essas pessoas em sofrimento psíquico grave e a necessidade de buscar sua totalidade, resgatando-a para o aqui-agora da relação, desenvolvendo habilidades na pessoa para que ela própria consiga se ajustar criativamente ao ambiente, buscando responsabilmente tornar a pessoa hábil às

demandas. Por fim, Oliveira (2015) ratifica a importância do envolvimento da família no processo terapêutico, porém, sem perder de vista a dimensão individual.

Sobre a condição existencial do sofrimento, as falhas ambientais no processo de desenvolvimento humano, a relevância do holding e do cuidado no processo terapêutico, a condição do cuidador do sofrimento psíquico grave e, especificamente, sobre surdez e sofrimento psíquico grave, onde observamos estudos fortemente atrelados a teoria Winnicottiana, sendo o primeiro deles, a pesquisa realizada por Bessoni (2008), que estudou o manejo da contratransferência como técnica de intervenção precoce em primeiras crises do tipo psicóticas. O Autor, através do paradigma psicanalítico e da clínica ampliada, retoma a teoria da regressão à dependência de Winnicott, para através de um ambiente suficientemente bom oferecido através do cuidado, suprir a falha ambiental que levou a crise do tipo psicótica. Bessoni (2008), conclui que o terapeuta/analista deve observar seu cliente/analizando a partir de sua constituição. Sendo necessário o movimento no espaço transicional, a fim de acolher a comunicação do paciente até que este se aproprie de sua questão e a destine. Segundo Bessoni (2008):

A expressão sofrimento psíquico grave está presente na obra de Winnicott (1945), em referência a um sofrimento inerente à existência humana, que pode ser intensamente vivido como ansiedades psicóticas, proporcional a falhas ambientais no desenvolvimento. Sua elaboração e adoção, segundo Costa (2003, 2007) citado por Bessoni, (2008 p. 105)

Brito (2011) partindo da problematização sobre os lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave, e de que modo essas vivências são experimentadas pelo profissional, hipotetiza que o terapeuta deve ocupar um lugar de cuidado, partindo da sua

condição humana. Assim, Brito (2011) objetiva investigar e descrever as vivências experimentadas pelo terapeuta que trabalha na clínica do sofrimento psíquico grave, bem como apontar de que maneira a vivência dos profissionais dialoga com a teoria clínica das psicoses, especialmente a teoria Winnicottiana. Brito (2011) constrói três categorias:

1) As particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave: devido às características dessa clínica, a capacidade técnica não supre todas as situações e possibilidades previstas em roteiros ou manuais técnicos.

2) Vivências experimentadas pelo terapeuta no trabalho clínico foram verificadas: identificações pessoais e processos empáticos em relação aos pacientes. Por meio da empatia há uma compreensão ontológica e existencial sobre o sofrimento do outro. Esta compreensão diz respeito principalmente ao lugar do vínculo estabelecido, e ao encontro sensível entre paciente e terapeuta. A disponibilidade afetiva do terapeuta se mostra tão intensa, que em alguns momentos foram observamos o compartilhamento do sofrimento humano entre o terapeuta e o seu cliente.

3) Estratégias para lidar com as particularidades: foi identificado a tentativa de elaborar os afetos vividos na clínica, compreendendo e traçando os limites do próprio terapeuta. Essas limitações envolvem três principais esferas: limites do terapeuta, limites para o estabelecimento de vínculo e limites de intervenção sobre o paciente.

Buzar (2015), percorrendo um caminho pioneiro em relação às crises do tipo psicótica, observando esse sofrimento na comunidade surda, tem sua tese de doutorado intitulada “Libras ao Silêncio: Implicações do Olhar Winnicottiano aos Sujeitos Surdos em Sofrimento Psíquico Grave”, a autora partiu da problematização da surdez-escuta, vinculando os estudos socioculturais sobre a surdez com o da psicanálise winnicottiana, com o objetivo de discutir questões relacionadas ao sofrimento psíquico grave, especificamente, em sujeitos surdos.

Em seus achados, Buzar (2015) enfatizou a relevância do *holding* no processo terapêutico, bem como a cuidado winnicottiano que transcende a questão da linguagem, em um sentido mais afetivo. Um ponto chave, como ratificado em estudos anteriores (Bessoni, 2008), é permitir e favorecer a regressão à dependência. Para Buzar (2015), “Percebeu-se que a insistência na cura da surdez e a normatização da expressão oral como única via de ser e de se comunicar no mundo, pode dificultar a atenção ao sujeito, ocasionando dificuldades em olhar e reconhecer o indivíduo em sua singularidade”, através de estudo de caso utilizando o método psicanalítico, a autora explora seu processo psicoterápico, considerando como positivo “o uso de elementos culturais da comunidade surda como via de promoção de disponibilidade ao sujeito e de comunicação e compreensão acerca do mundo psíquico e cultural do sujeito surdo em sofrimento psíquico grave.

Por sua vez, Silva, (2017) procurou contribuir para a clínica peculiar do Gipsi através da proposição do ambiente de cuidado no manejo da crise psicótica, utilizando como pano de fundo o teórico Winnicott. Silva, (2017), constrói a tese de que o manejo das crises do tipo psicótico, passando pela indispensabilidade da regressão clínica à dependência, deve favorecer e construir um ambiente de cuidado, tanto para terapeutas quanto para seus pacientes. Neste sentido, Silva, (2017), afirma que “o cuidado é indispensável para que o terapeuta acolha e sobreviva à destrutividade inerente à crise de qualidade psicótica”. Fazendo uma significativa revisão da teoria Winnicottiana, Silva, (2017) concluiu:

A partir da leitura de Winnicott sobre as psicoses, o Gipsi pode atentar, desde o acolhimento, às defesas psicóticas presentes nas crises, em vez de apenas sinais e sintomas. Para reparar as agonias subjacentes às defesas psicóticas, o ambiente

pode organizar-se de tal modo a prover ao paciente em crise o cuidado que falhou no momento da experiência traumática precoce. Não é o terapeuta quem “desfaz” o trauma, mas quem proporciona o “descongelamento” das tendências que são naturais para o paciente, rumo ao inesperado, a surpresa de uma vida espontânea. Silva (2017 p. 194)

Sobre o subtema delírio e identidade, encontramos o trabalho realizado por Veiga (2010), que através de um estudo teórico, buscou uma aproximação entre os conceitos de delírio e identidade, para investigar a possibilidade de uma identidade delirante e suas consequências na clínica da psicose. Partindo do referencial teórico da Esquizoanálise e da Sociologia, observa que:

Como o conceito de identidade, relacionado a uma perspectiva de entendimento sobre o Eu, atrelado a uma concepção racionalista, se oferece como síntese reducionista do fenômeno humano e suas possibilidades de enunciação, na medida em que quando de encontro ao entendimento do fenômeno delirante reserva a este o trágico destino da impossibilidade de identidade, e assim ao silenciamento de sua enunciação ou ao estanque desta às instituições adequadas destinadas mais ao tratamento e menos à inserção social. Veiga (2010 p.72)

Neste sentido, o autor considera o imperativo de enfrentar o delírio do tipo psicótico como manifestação legítima, portanto, merecedora de escuta já que envolve o lado social. Veiga (2010) reconhece a dificuldade da clínica sofrimento psíquico grave, que precisa sustentar esta

escuta qualificada e diferenciada para permitir a legitimidade e implicação do sujeito em seu próprio percurso de tratamento.

Em relação a apontamentos teóricos específicos, que buscavam aprofundamento do referencial teórico e autor utilizado, destacamos dois estudos sobre o sofrimento psíquico grave, cada qual com sua visão, Junguiana e Lacaniana.

Ribeiro (2011), a partir da perspectiva junguiana, abordando as Teorias dos Tipos Psicológicos e dos Complexos, buscou investigar a existência da relação entre as manifestações dos fenômenos dos Complexos e da função inferior com sofrimento psíquico grave. Utilizou como método a aplicação do teste de tipologia QUATI (Zacharias, 1994), e como resultado da pesquisa, observou que o tipo psicológico predominante encontrado nos clientes do GIPSI foi o tipo sensação-introvertido com a função inferior intuição-extrovertida, a autora considerou que pessoas com essa tipologia apresentariam um indicativo de predisposição à crises psíquicas graves. Segundo Ribeiro (2011), utilizando o referencial teórico Junguiano, clientes do GIPSI poderiam ser avaliados quanto a sua tipologia, indicando que pessoas com o tipo sensação introvertido tenham necessidade de sentir o sintoma psíquico para tomar consciência dos fatores inconscientes e que isso seja um recurso extremo do Self para integrar a função inferior com as demais funções e com o todo psíquico e direcionar o sujeito para o processo de individuação”.

Ribeiro (2011)

Já Ferreira (2012), partindo da psicanálise Lacaniana, buscou investigar os eventos de injunção, principalmente na forma como o analisando os relata, investigando o tema da injunção na psicose. Ferreira (2012) desenvolveu problematizações ligadas ao “Nome-do-Pai” e “Foraclusão” afirmando não ser possível isolar um aspecto da estrutura psicótica sendo necessário abarcar todas as questões relacionadas às estruturas clínicas que foram investigadas.

Ferreira (2012) parte da hipótese de que estudando “invocação”, e a “injunção”, pode contribuir para o surgimento de novos elementos tanto para o tratamento quanto para a metapsicologia.

Ferreira (2012) aponta a intangibilidade da injunção enquanto momento. Pode ser desde uma palavra, uma frase, até o discurso efetivamente realizado em sua dimensão diacrônica.

Por fim, enfatizando os aspectos teóricos da Gestalt-Terapia e partindo de seus fundamentos, enfatizando o cuidado ético e sua relação com o sofrimento, Ramos (2018), visa contribuir tanto para teoria como para prática da Gestalt-terapia, elabora uma compreensão sobre o fenômeno da psicose, sistematizando de forma concisa, a evolução do constructo de sofrimento psíquico grave. Ramos (2018) afirma que:

Ao investigar a área, o presente trabalho identificou discursos tendenciosos a respeito do tema. Alguns caminham para a inferência de um defeito na função id do self, outros para uma desestruturação do fundo que impediria a correta formação de figuras e, há ainda, aqueles que entendem como formas de ajustamentos criativos psicóticos as manifestações do sofrimento psíquico grave.

Ramos (2018)

Ramos (2018), partindo das bases filosóficas da teoria da Gestalt-terapia, associou a proposta teórica do constructo do sofrimento psíquico grave, ressaltando a relevância do cuidado e da ética, não só das crises do tipo psicótica, mas a todos os tipos de intervenção clínica.

3.2.2 - Reforma Psiquiátrica

O tema da reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e saúde mental, sob o paradigma psicossocial, também são temas relevantes para o GIPSI, que faz parte desse movimento desde

suas origens. As contribuições relevantes foram identificadas e relacionadas a história da luta antimanicomial no DF, Institucionalização, Rede Social de Apoio, Lógica Hospitalocêntrica, Inserção da Psicanálise nas Instituições de Saúde Mental, estigma e preconceito, relação de cuidado no espaço institucional, potencialidade da convivência nesses espaços e sobre as equipes inter e multidisciplinares, me apropriando da classificação realizada por Santiago (2009), observamos então esses subtemas relacionados a pelo menos umas das categorias a seguir: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

Assim, apresentamos como o primeiro trabalho, o estudo seminal de Santiago (2009) que através de uma extensa pesquisa bibliográfica e documental, realizando análise documental, de conteúdo e textual, aplicando entrevistas semiestruturadas, e recorrendo a fontes bibliográficas e documentais, estabelecer uma cronologia sobre o processo de reforma psiquiátrica no DF no período de 1987 a 2007. Indicando marcos importantes para esse momento histórico, Santiago (2009) possibilitou o entendimento e uma reflexão sobre esse processo, em especial, apontando as limitações, desafios e perspectivas. Assim pode oferecer subsídios para a construção de estudos posteriores sobre a implementação da reforma psiquiátrica no DF. Sendo uma das raras publicações acadêmicas sobre o tema. Em resumo, Santiago (2009) aponta:

A relação processual que tentamos representar por meio das metáforas pode ser assim resumida: após um período acalorado de discussão de propostas antimanicomiais (entre os anos 1987 e 1999 – o verão) no qual foram transformadas relações no interior dos serviços, assim como a estrutura externa político-jurídica (especialmente nos fins desse período 1995/8), sucedeu-se um período de opressão, operada pela verticalização do poder, na qual ocorreu a

impossibilidade de diálogo sobre reforma psiquiátrica (outono – de 1999 a meados de 2003). Este debate só pode ser retomado após quatro anos, em meados de 2003 (indo até meados de 2006 – o inverno), porém de forma “mutilada”, isto é, como simplesmente uma reforma assistencial, perdurando dessa forma até 2006. A partir de então (de meados de 2006 a 2007 – degelo), uma nova gestão de saúde recolocou o debate acerca da reforma psiquiátrica enquanto desconstrução e superação do paradigma asilar, porém enfrentando sérias questões, como a falta de apoio governamental. Santiago (2009 p.178)

Em sua pesquisa, Silva (2010), frente ao problema das pessoas com sofrimento psíquico grave, que foram encaminhados para um programa de saúde mental, com histórico de institucionalização em hospitais psiquiátricos e um diagnóstico clínico de cronicidade, enfatizou a necessidade de mudanças para um olhar voltado ao sujeito e seu cotidiano social e não mais limitado para o adoecimento, sem esquecer o sujeito e sua dinâmica de vida. O Objetivo da pesquisa de Silva (2010) foi o de realizar um mapeamento/caracterização de questões fundamentais de rede social significativa e de serviço do sujeito em sofrimento psíquico grave do tipo psicótico e diagnosticado com quadro de esquizofrenia e de cronicidade. Para tanto, realizou um estudo de campo, embasado pela fenomenologia e psicologia psicossocial, fazendo uma série de observações pertinentes sobre o tema da reforma psiquiátrica, apontando suas fragilidades e indicando consistentes recomendações para sanar os problemas encontrados durante sua pesquisa. Em suas críticas, Silva (2010) indicou que a rede social significativa repetiu a lógica hospitalar gerando um afastamento cada vez maior desses dois lados da moeda e questionou a lógica social em relação aos ditos esquizofrênicos crônicos. Em suas sugestões, Silva (2010)

recomendou: ampliar o diálogo sobre rede social através da promoção de espaços de encontro, estimular as competências dos atores sociais pela ampliação do diálogo da rede social, ressignificar o sujeito com sofrimento psíquico grave e crônico.

Já Sousa (2010), como objetivo estudar como se dá a inserção da psicanálise, em seus aspectos teóricos e clínicos, no campo da saúde mental em relação a reforma psiquiátrica, e de questionar o tratamento clássico e tradicional dos transtornos mentais, buscou oferecer novas perspectivas ao fenômeno da loucura, com o intuito de evitar a segregação e cronificação decorrentes da hospitalização. Nesse sentido, a psicanálise no contexto de instituições, fica inserida num contexto multidisciplinar, reconhecendo este fato como positivo apesar de desafiador. Para Sousa (2010) “existem, contudo, pontos conflitantes entre a psicanálise e as concepções reformistas dos clientes da rede de saúde mental.” o que força a uma escuta sobre o desejo do sujeito, reativando um tema precioso, porém esquecido no campo da saúde mental, relacionada a ética e a clínica da singularidade. Este estudo também direcionou para a necessidade de intercâmbio entre a academia e a rede de atenção promovendo encontros, seminários, estágios buscando a qualificação tanto dos atores das universidades quanto os do serviço de saúde mental, Sousa (2010), encerra suas reflexões articulando a saúde mental, a psicanálise e o sofrimento psíquico grave, afirmando que “entendemos que o sofrimento psíquico grave refere-se não apenas aos fenômenos ditos psicóticos, mas diz respeito a um afeto que se torna insuportável para o sujeito, desestabilizando seu modo de ser nas diversas dimensões (individual, familiar, institucional e social)".

Sobre estigmatização, Rodrigues (2010) buscou discutir sobre a importância da abordagem sobre o estigma e o preconceito da doença mental na prática da atenção psicossocial, observando no dia-a-dia dos clientes do serviço de saúde mental, cercados de violação de

direitos, exclusão familiar e discriminação institucional. Rodrigues (2010) alerta para essas práticas que reproduzem esse estigma, apontando que os CAPS, à época, não possuíam um projeto institucional abrangente contra o preconceito e estigma das pessoas em sofrimento psíquico grave, além de relatar pouca integração nas diferentes instâncias de gestão da Saúde Mental no DF.

Do ponto de vista técnico-assistencial, Silva (2007), em sua dissertação de mestrado, teve como objetivo principal investigar como as relações de cuidado eram vivenciadas pelos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no cotidiano de trabalho. Silva (2007) elencou quatro categorias através dos resultados: “experiências de cuidado com o cuidador no trabalho, relações interpessoais, sofrimento psíquico e as dificuldades e desafios em atuar no modelo de atendimento em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Silva (2007) considerou que a saúde psíquica atravessa as relações de cuidado estabelecidas entre o próprio profissional, com o outro e com a instituição, indicando a necessidade de ações estratégicas com relação à saúde mental dos cuidadores, integrada a políticas públicas de saúde desses servidores. Aprofundando seus estudos sobre a temática, em sua tese de doutorado, Silva (2013) com o objetivo de “identificar as ações e dispositivos que integram a produção do cuidado do cuidador como proposta de (re)pensar o espaço micropolítico do trabalho em saúde mental”. Em relação ao cuidado com o cuidador, a autora identificou a necessidade de construção de uma caixa de ferramentas, composta dos seguintes dispositivos: supervisão clínico-institucional, capacitação, educação permanente, escola de supervisores, grupos de estudos, dinâmicas que envolvam as relações interpessoais e conversas sobre a organização dos serviços. Apontando que essas ferramentas favorecem “relações interpessoais estabelecidas no trabalho em equipe, consideradas como fator que desencadeia maior ou menor potência na

manifestação do envolvimento em projetos coletivos, nas decisões compartilhadas e na avaliação crítica do trabalho” (Silva,2013).

Resende (2015), construiu a tese sobre a potencialidade da convivência ser convertida em um dispositivo estratégico de cuidado no campo brasileiro da saúde mental. Partindo da ética da alteridade e da dimensão política do encontro, viu a possibilidade de “construir um cuidado privilegiado em saúde mental através das disponibilidades efetivas de **estar com, fazer junto e deixar ser**”. ‘Estar com’ demanda aceitar e reconhecer o outro, e a partir dessa mudança de postura, observou-se uma flexibilização e circularidade de papéis entre cuidadores e usuários, que segundo Resende (2015):

Promoveu a construção de redes solidárias e de relações mútuas de cuidado, marcadas pela afetividade, alegria e espontaneidade, o que resultou na possibilidade de acolher o sofrimento, este marcado também pelos confrontos, desencontros e ambivalências que constituem o ser humano. Foram apresentadas algumas sugestões para (des)organizar os CAPS a partir da convivência, visando à desburocratização dos serviços e à construção de uma forma de cuidar sob medida e coletiva."

França (2017), refletindo sobre a construção de uma clínica coletiva, sem abrir mão do particular de cada situação, em um CAPSi, analisou como a clínica foi exercida nos CAPSi do DF em uma equipe interdisciplinar. França (2017), construiu a hipótese que as dificuldades desta equipe interdisciplinar ocorrem devido à ausência da construção de um eixo clínico-teórico que sustente a prática nestes serviços. Para tanto, apresentou uma proposta de gestão e alguns

instrumentos, assim como de política para os grupos de profissionais de saúde mental que atuam no CAPSi.

3.2.3 - Arte e Sofrimento Psíquico Grave

Este tema é caro a reforma psiquiátrica, tendo inúmeros artigos relacionando arte e saúde mental, no qual destacamos Coqueiro *et al* (2010), discorrendo sobre a Arteterapia como um importante dispositivo terapêutico em saúde mental, Alcântara (2015) afirma que "pensar o sofrimento psíquico hoje é inscrevê-lo num espaço criativo e inclusivo, portanto, o campo artístico-cultural representa mais que um potencial terapêutico, é um recurso de desenvolvimento político". Neste campo, podemos citar o trabalho pioneiro e sensível da Nise da Silveira que teve inúmeros desdobramentos, incluindo o museu da imagem do inconsciente, e as obras de Bispo do Rosário, Antonin Artaud, Frida Kahlo para citar somente alguns. De acordo com as críticas e as indicações de Costa (2003) de que, a priori, não se deve diagnosticar os indivíduos, em suas primeiras crises, como psicóticos. Mas, antes, procura-se entendê-los e acompanhá-los, como seres em sofrimento psíquico grave, que não perderam, fenomenologicamente, suas vinculações com os afetos, com as relações, apresentamos os trabalhos que se enquadram nessa importante categoria.

Primeiramente, partindo das expressões corporais e artísticas, embasada pela psicanálise, Queiroz (2010), procurou compreender as possíveis relações entre o trabalho corporal e o processo psicoterapêutico de clientes do GIPSI. A hipótese defendida é que o resgate do corpo contribui para aliviar o sofrimento do indivíduo, acreditando que a regulação das funções corporais consistiria em uma poderosa ferramenta para a promoção da saúde do organismo,

abrangendo inclusive o bem-estar psíquico. Como primeiro ponto, Queiroz (2010) refuta a ideia de que pessoas em sofrimento psíquico grave teriam dificuldades de participar de trabalhos que exigissem uma capacidade significativa de escuta, de leitura da intenção de movimento do parceiro, sendo a participação dos integrantes da pesquisa satisfatório. Queiroz (2010) também observa que pessoas em crises do tipo psicótica poderiam eclodir um surto se a manipulação do corpo fosse estimulada, porém, essa afirmação não foi verificada, pelo contrário, os participantes relataram sensações de prazer através dos exercícios corporais propostos. A autora utiliza a Terapia do Contato para integrar o contato corporal ao contexto psicoterapêutico, afirmando que:

Possibilitaria ao sujeito reelaborar o processo de estabelecimento dos seus limites corporais, por meio do corpo do outro. Desta forma, conjugando-se os conceitos do Eu-corporal, do Eu-pele e da técnica do Contato Improvisação, desvela-se no horizonte, uma modalidade terapêutica que permite a reelaboração do simbólico na dimensão concreta da experiência (...) na medida em que aviva a movimentação, e ao mesmo tempo fomenta-se nesta. Queiroz (2010 p.122)

Assis (2010) em sua dissertação de mestrado, propôs analisar a prática da atuação artística de palhaços em um hospital público psiquiátrico do Distrito Federal. Além de situar a intervenção de palhaços como ferramenta de reabilitação psicossocial e, portanto, recurso clínico ao verificar o efeito de tal atividade em pessoas com sofrimento psíquico grave, bem como no ambiente de forma global, incluindo os profissionais da saúde. Os resultados obtidos compuseram as seguintes categorias de análise: riso, brincadeira, socialização, ressonância afetiva e expressão subjetiva. Assis (2010), acredita que o palhaço no hospital psiquiátrico possa

exercer ações de importância tanto sobre o cliente quanto na instituição em si. Assim, tendo como parâmetro a Políticas de Saúde Mental e as estratégias para a criação de uma Rede de Atenção em Saúde Mental, o autor do estudo abriu um caminho pioneiro abrindo e apostando nesta possibilidade.

Braga (2012) problematizou a cultura popular como recurso clínico no contexto da Reforma Psiquiátrica e buscou analisar algumas das dimensões clínicas da cultura popular por meio da construção de uma narrativa de uma usuária que está em vivência de sofrimento psíquico grave, atendida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, do Paranoá. Braga afirma que:

A construção da narrativa apresentou contribuições frente à necessidade de reconhecer os mecanismos próprios dos produtores da cultura popular em suas experiências de sofrimento psíquico grave. Assim, diferenciamos o modo como categorias nosológicas operam um fechamento das possibilidades de projetar a existência e estabelecer projeto de vida do sujeito, em relação aos recursos da cultura popular, como experiências que criam campo de uso de objetos e fenômenos transicionais, e podem auxiliar o sujeito na busca do self. Braga (2012)

Mota (2013), partindo das interlocuções entre arte e Saúde Mental, utilizando o eixo teórico Psicanalítico, buscou compreender a experiência artística como possibilidade de experiência cultural, que pode acontecer num campo da Transicionalidade Winnicottiana. Mota, 2013 problematizou o uso da arte no contexto da atenção psicossocial, a partir de uma

experiência com teatro, em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), no Paranoá, Distrito Federal. A Autora apresentou contribuições sobre o potencial da experiência teatral para a clínica da atenção psicossocial, afirmando que “o teatro se configurou como uma possibilidade de experiência estética favorecedora de novos sentidos de self, em que a realidade cênica se apresentou como emergência de um espaço potencial, tanto artístico quanto clínico. Mota (2013). O conceito de Transicionalidade, brincar criativo do ponto de vista clínico, e as relações imaginativas entre corpo e ambiente físico, criadas pela experiência teatral, foram fatores importantes no processo relatado pela autora. Um dos pontos mais relevantes deste estudo foi demonstrar os efeitos positivos para reabilitação psicossocial. Como alerta, dentro do contexto do cuidado clínico, lidar com estados de não-integração e desintegração psíquica foram os desafios encontrados. Mota, conclui considerando o trabalho artístico uma ferramenta promissora que vai ao encontro dos objetivos da clínica da atenção psicossocial.

Alcântara (2015) em sua pesquisa, explorando de forma criativa novos caminhos ‘desinstucionalizantes’, teve como objetivo de pesquisa a atuação do Núcleo de Comunicação Comunitária em Saúde Mental no DF, grupo denominado Tv Sã. Buscando analisar as possíveis contribuições da tv comunitária no campo da saúde mental a partir dos discursos de seus participantes. Uma interessante observação foi realizada, através da participação nas mídias comunitárias, Alcântara (2015) afirma que o estigma de incapaz e irracional, os sujeitos passaram a ocupar a posição de protagonista, desejante, construtor de projetos, cidadão que participa e interfere no campo político. Alcântara (2015) afirma:

A filosofia de trabalho desse grupo rompe com a lógica do isolamento e estabelece vínculos de afetividade entre os membros; substitui o sujeito da razão

pelo sujeito da criação capaz de tocar as pessoas por meio de suas produções; amplia o campo de visibilidade publicamente reconhecido e valoriza a democratização da comunicação pela expressão da diversidade humana. É um espaço em que a figura desumanizada do louco é desfeita e se constrói em seu lugar o sujeito da diferença enquanto sujeito de direitos. Tornar o invisível televisivo é legitimar outros modos de ser, questionando as formas opressivas de convivência. A tv comunitária e o trabalho coletivo é, portanto, mais que um espaço de saúde, é um espaço de cultura e de transformação, é um espaço de produção de vida que indica novos caminhos de desinstitucionalização, caminhos de liberdade. Alcântara (2015)

3.2.4 - Família

As pesquisas sobre a temática da psicoterapia familiar realizadas pelo GIPSI, apontam questões e problematizações clássicas sobre o sofrimento psíquico grave e sistemas familiares, como estrutura familiar, transmissão psíquica e as contribuições da psicanálise para a terapia familiar. Apesar da importância da família no processo psicoterapêutico, observamos poucos estudos diretamente ligados à família no GIPSI, sendo o intervalo de tempo entre os estudos selecionados tem uma média de seis anos. O GIPSI possui uma enorme fonte de dados e uma sistemática de atendimento que permite a possibilidade de inúmeras pesquisas, verificamos que a experiência do GIPSI precisa ser divulgada através de novas pesquisas e publicações científicas em relação aos estudos sobre família e sofrimento psíquico grave, sendo os achados observados até o momento apresentados a seguir.

Jansen (2007) baseada na teoria sistêmica familiar e a psicoterapia familiar estrutural, elabora a hipótese que os sistemas familiares interferem na forma de lidar com problemas ou demandas psicológicas individuais, sendo os papéis, funções, formas de comunicação e relações entre outros fatores constituintes da estrutura familiar, relevantes para compreensão desse sistema, servindo para manter, estabelecer, identificar e/ou lidar com o sofrimento. Em seus estudos, Jansen (2007) teve como objetivo conhecer a organização estrutural de um sistema familiar com um ou mais membros diagnosticados como psicóticos. Em seus resultados, foram elencadas as seguintes categorias de análise: Sofrimento psíquico, Sofrimento Psíquico Grave, História de Vida Familiar, Crenças, Práticas Religiosas e Questões de Gênero; das quais chegou a chegar às seguintes conclusões: Apontamento para estrutura rígida de aliança, coalizão entre os pais e o “paciente identificado”, caracterizando uma fronteira rígida e disfuncional, favorecendo o surgimento de triangulação entre os pais e o “paciente identificado”. Assim, é importante verificar a maneira como as relações são estabelecidas nas famílias, tanto em sua funcionalidade quanto na organização de subsistemas, que de acordo com a teoria familiar estrutural, o problema se localiza em padrões de interação na família, sendo necessário identificar e resgatar a história de vida da família e localizar o sofrimento psíquico grave, compreender os papéis e funções de cada membro. Além disso, Jansen (2007) reforça que o sintoma se estabelece no seio familiar e que o tratamento familiar é importante justamente por este motivo.

Em outra perspectiva, Ribeiro (2007) elabora uma pesquisa teórica sobre a importância na transmissão psíquica na formação do inconsciente e dos efeitos de subjetividade que, produzidos na intersubjetividade, dela derivam, seguindo a teoria de Kaës(2001). Para atingir seus objetivos, a autora revisita o caso Schreber, na tentativa de realizar uma leitura do conjunto

de suas crenças, tendo a transmissão psíquica como eixo condutor. Em suas conclusões, Ribeiro (2007) afirma que o sintoma como “tentativa processual de experimentar uma apropriação, de elaboração e de simbolização de uma história que lhe dizia respeito. Conseqüentemente, dando-lhe uma possibilidade ilusória de diferenciação, na tentativa de escapar à identificação familiar alienante”. Essa afirmação traz as seguintes implicações: o reconhecimento de um percurso processual na cronificação do funcionamento do sujeito e as relações como foco. A recomendação de Ribeiro (2007) é que no atendimento, o GIPSI, deveria proporcionar ao sujeito e a família um outro meio possível de simbolização de suas heranças, que não exclusivamente a loucura. Permitindo que não rompa radicalmente, nem com o sistema familiar, nem com o sujeito.

Ribeiro (2014) investigando as formas de inserção da psicanálise no (GIPSI), indaga sobre as questões individuais tendo como ponto de partida, a psicopatologia, buscando valorizar o que pode ser construído em terapia a partir da relação transferencial.

Uma das contribuições de sua dissertação relacionada a terapia familiar, foi a identificação desta como “promoção de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento psíquico e capaz de suportar a emersão de um ego que coloque em xeque a estrutura familiar vigente”. Ribeiro (2014)

3.2.5 - Intervenção Precoce nas Psicoses

Sobre esse tema de pesquisa, cabe ressaltar que todos os trabalhos selecionados citam o professor Patrick McGorry, como referência em intervenção precoce nas psicoses. Os trabalhos selecionados que abordam esse tema no GIPSI serão apresentados conforme a seguir, tendo

como subtemas: pródromos, qualidade de vida, processo terapêutico, saúde mental em jovens universitários e intervenção precoce em CAPS.

A primeira pesquisa sobre esse tema no GIPSI foi realizada por Carvalho (2006) que se empenhou em caracterizar as manifestações iniciais de psicose, identificando os primeiros sinais de seu desenvolvimento. Os participantes da pesquisa, com média de vinte nove anos, estão na faixa etária condizente com a da literatura em primeiras crises psicóticas. Em relação aos seus familiares entrevistados, observou-se que todos eram do sexo feminino; com questões relacionadas a transgeracionalidade na família; ansiedade, culpa, despersonalização, medo, alteração na concentração, desconfiança e humor deprimido como principais pródromos além de alucinações e delírios nos sintomas psicóticos. Os participantes relataram que ouvir música, rezar e conversar com alguém foram estratégias de enfrentamento adotadas. No histórico do adoecimento, as crises tiveram início em situações de morte, traição, adoecimento orgânico, prisão e agressão, perigo de assalto, sensações de desamparo, abandono e insegurança. Também foi investigado sobre a crise e a identificação da situação crítica onde relatou-se: deterioração funcional e de autocuidado, sintomas positivos da psicose e surgimento de comportamentos bizarros. Carvalho (2006) constatou que o apoio e intervenção na família, reduzem a probabilidade de recaídas e a religião foi apontada pelos participantes como fator de apoio, porém Deus foi representado em dicotomia entre bem e mal. A pesquisa fez apontamento para algumas características das crises do tipo psicótica como: a ausência da figura paterna e a simbiose mãe-filho. Carvalho (2006) também investigou quais foram as mudanças percebidas após a remissão da crise, sendo relatado: mais consciência da situação que gerou a crise, mudanças no relacionamento familiar, modificações desfavoráveis em relação ao medo do retorno da crise ou da piora dos sintomas e perda de autonomia.

Em relação a saúde dos universitários, tema atual para UnB, Osse (2008) mapeou as condições psicológicas, sociais e de qualidade de vida dos jovens universitários residentes na moradia da UnB, buscando oferecer subsídios para planejamento de ações futuras em programas de proteção, prevenção e assistência estudantil universitária. Foram identificados através dos resultados: problemas pessoais relacionados a dificuldades emocionais, dificuldades relacionais, desempenho acadêmico, afastamento dos familiares e questões relacionadas ao funcionamento formal e informal das instituições. Referente a essas questões, foi identificado o uso abusivo de álcool, principalmente nos primeiros anos do curso e os seguintes pródromos: ansiedade, depressão e resistência em pedir e aceitar ajuda; ambiente familiar negativo na infância, comportamentos de risco como uso de álcool. Assim, Osse (2008) concluiu apontando que a qualidade de vida dessa população estava comprometida. Dando continuidade à pesquisa, em sua tese de doutorado, Osse (2013) ampliou seu escopo, agora com o público jovem universitário com idade entre 18 e 24 anos, pois segundo Osse, 2013 “advém da constatação de que essa fase é propícia ao aparecimento de sofrimento psíquico”. Desta vez, mapeou-se os serviços de atenção ao estudante, o estado emocional e necessidades dos universitários, com o mesmo objetivo inicial de fornecer novos subsídios para planejamento de ações de programas de proteção, prevenção e assistência estudantil na Universidade de Brasília. Como resultado, foi constatado que a maioria dos Centros Acadêmicos desconhece os recursos de assistência estudantil oferecidos pela instituição, mas reconhece seu papel como fundamental no acolhimento e orientação aos estudantes. Os serviços existentes encontram-se no limite de sua capacidade de atendimento. A necessidade de expansão tanto física quanto do corpo de profissionais especializados, a articulação e ampla divulgação dos serviços foram apontadas tanto pelos

estudantes quanto pelos gestores como medidas emergenciais para a efetivação de ações adequadas na atenção, detecção, encaminhamento ou atendimento da demanda existente.

Cherulli (2008) tentou reconhecer os benefícios advindos da Intervenção Precoce, buscando reforçar a adoção desse paradigma no âmbito da saúde mental e ampliá-lo a partir da possibilidade de apropriações outras, além das tradicionalmente reconhecidas, tendo como pano de fundo, a teoria da Gestalt-terapia, que revisitada, apontou conceitos e possibilidades de interpretação do fenômeno, afirmando a necessidade de buscar novas oportunidades de intersecção entre a Gestalt Terapia e o paradigma da Intervenção Precoce, para utilizá-los como estratégias possível ao manejo de situações de crises e sofrimentos psíquico grave.

Em uma tentativa de semear um novo grupo de Intervenção Precoce, seguindo os moldes do GIPSI, Puchivailo (2018) em sua tese de doutorado, teve como objetivo entrelaçar a prática da intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas à uma proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicótica em um CAPS III localizado de Curitiba. Este tipo de atenção, apesar da consolidados resultados positivos, ainda é escassa no Brasil. Os ganhos dessa prática, citados por Puchivailo (2018) incluem “para além das questões econômicas, o principal ganho certamente é para o sujeito e aqueles mais próximos, seus familiares e amigos”. As observações provenientes do estudo de campo, indicam uma base epistemológica positivista, que alimenta um modelo ainda hospitalocêntrico, baseado numa lógica biomédica direcionada apenas para o usuário do serviço, estigmatizado através de seu transtorno mental, dando prioridade apenas para resolução de seus sintomas, conseqüentemente, focalizada no protocolo medicamentoso. Essas observações estão alinhadas às demais pesquisas realizadas no GIPSI que tiveram como tema os estudos da reforma psiquiátrica. Puchivailo (2018) afirma que:

A experiência de uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que propusemos em um CAPS III de Curitiba nos possibilitou várias reflexões e problematizações referentes à saúde mental como um todo. Neste processo pudemos chegar a conclusão que propor uma atenção às primeiras crises não é o ato de discriminar estruturas, tipos de atividade e terapêuticas indicadas; não se trata de técnicas ou de formatos (atendimento em grupo ou psicoterapia individual). Mas acima de tudo, trata-se de um cuidado reflexivo, crítico, não-dogmático, não-determinista. Antes de nos preocuparmos com ações, é preciso que nos preocupemos com pensamentos, premissas, lógicas, que direcionam e influenciam nossas práticas. De nada adianta a forma ou a técnica, se o ato ainda é manicomial, objetivante, tutelar. Puchivailo, 2018 p 154.

Puchivailo (2018) comenta que existe um princípio maior que as instituições, decretos, leis e portarias, esse princípio é o de humanização dos serviços de saúde mental, que são ocupados por sujeitos que apresentam formas diversas de pensamento e atuação. Para a intenção da implantação do serviço de intervenção precoce, compreender esses pensamentos e práticas foi primordial. A autora relata que a fenomenologia possibilitou um embasamento para a implantação deste tipo de serviço que teve estrutura geral de: acolhimento, encontros familiares e individuais, outros acompanhamentos/atividades e conversas com a equipe. Puchivailo (2018) conclui em seus estudos que:

“Entendemos que as crises fazem parte da vida. Pode ser uma oportunidade de transformação, de problematização de algum aspecto do mundo da vida, ou

mesmo de descoberta de outros sentidos dessa relação com o mundo. Assim como pode significar sofrimento, perda de alternativas e escolhas diante as possibilidades da vida. Falar da necessidade de atenção às primeiras crises não quer dizer que precisamos patologizar a vivência das primeiras crises. Não acreditamos que haja um modelo ideal de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, mas sim algumas reflexões que são importantes para pensar na atenção nesse contexto. " Puchivailo, (2018 p.158)

3.2.6 - Religião e Espiritualidade

Em um tema rico e profundo, Raquel de Paiva (Mano, 2010), procurou investigar as influências do ambiente religioso, mais especificamente, as religiões protestantes pentecostal e neopentecostal, e sua correlação no surgimento das primeiras crises do tipo psicótica e seu desenvolvimento buscando de forma pioneira, diferenciar a crise psicótica da experiência religiosa autêntica. Mano (2010) observou questões de desenvolvimento psicológico, fatores ambientais e relacionais ligados à questão religiosa, que contribuíram para o início de um processo de sofrimento psíquico grave. Mano (2010) faz a seguinte afirmação:

“Estudar o sujeito com sofrimento psíquico grave do tipo psicótico, no âmbito do seu contexto religioso, reforçou a constatação da influência das doutrinas e ensinamentos religiosos no processo de adoecimento psíquico-emocional, em destaque o fator de interdição e culpa no que se refere aos impulsos sexuais e agressivos no ambiente religioso. A diferenciação entre os aspectos e

características de uma crise psicótica e uma experiência religiosa mística foram fatores de reflexão. Por último, foi constatada a falha no processo diagnóstico da psicose e a importância da intervenção precoce na compreensão do sofrimento psíquico grave, antes de ser necessariamente um processo de adoecimento psicótico.”

Dando continuidade à sua pesquisa, em 2016, Raquel de Paiva conclui sua tese de doutorado, que sobressaltou a existência da dimensão espiritual relacionada ao Sagrado como disparador de “Sofrimento Psíquico Espiritual”, termo adotado pela autora para distinguir dos sintomas psicopatológicos tradicionais de psicose e transtornos correlatos. Nesta tese, buscou-se demonstrar, com bases fenomenológicas e hermenêuticas, as aproximações e distanciamentos entre uma crise psicótica com experiência religiosa e uma experiência espiritual genuína sem sintomatologia psicopatológica. Segundo Mano (2016):

O Sofrimento Psíquico Espiritual acontece na ambiguidade das manifestações espirituais no processo de auto transcendência no âmbito das vivências com “as forças espirituais”. O choque ontológico causado pela incongruência de como o indivíduo se apresenta como ser-no-mundo e como realmente e interiormente sente, deseja e atua, desencadeia uma desestabilização psíquica e emocional, chegando a alguns momentos a uma ruptura e desorganização do ser. Mano (2016 p.180)

Em um achado significativo sobre pesquisas desse tema, segundo Mano (2016) “a prevalência e o alto índice de experiências do tipo psicóticas na população geral, sendo que 90% dos casos não correspondem a transtornos psicóticos”. O que indica que esses erros de diagnóstico ocorrem por não levar em conta o fator da espiritualidade e religiosidade como participantes do processo de sofrimento psíquico, alertando para a necessidade de uma discriminação dos supostos ‘sintomas’ vivenciados através dessas crises. Mano (2016) pondera que o tema da espiritualidade no contexto terapêutico pode ser considerado um grande tabu indicando a necessidade de ampliação de estudos desse tipo , indo além da dimensão ética do processo psicoterapêutico.

3.2.7 - Psicodiagnóstico

Costa (2011), através do método Rorschach, como instrumento de avaliação psicológica individual do GIPSI, buscou verificar a existência de um padrão de variáveis em sujeitos com sofrimento psíquico grave, por meio de avaliação com o Método de Rorschach. Costa,2011a , verificou em seus resultados que os dados obtidos foram comparadas aos dados normativos mais recentes do Método de Rorschach (Sistema Compreensivo, Exner - dados nacionais e internacionais); Para Costa (2011):

Foi observado um conjunto de variáveis que compuseram uma constelação prodrômica - ou seja, preditiva de sofrimento psíquico grave. Também foi observada a discrepância entre os dados individuais dos Sumários Estruturais com os dados de comparação, que indicaram que os sujeitos analisados não

apresentavam quadros psicóticos e sim de sofrimento psíquico grave. Foi possível, ainda, traçar um perfil específico dos sujeitos do GIPSI.

A partir dessa constelação prodrômica, Silva (2013), deu continuidade ao desenvolvimento da pesquisa, como o enfoque na compreensão da dinâmica entre os elementos comuns e seus protocolos, verificando a validade da Constelação Prodrômica do Rorschach indicada por (Costa, 2011). Os achados de Silva (2013), foram apresentados da seguinte forma:

Os resultados apontam que as pessoas em nossa amostra não possuem os indicadores tradicionais de transtorno do pensamento ou de perda de contato com a realidade, embora tenham sido assim diagnosticadas, mas têm potencial criativo, oculto sob a fachada de um falso self submisso e apassivado; têm histórico interpessoal conflituoso; vivenciam a crise com sentimento de vulnerabilidade física; têm componentes depressivos importantes, mas com caráter situacional.

Problemas estatísticos com o uso do referencial do Sistema Compreensivo dificultaram algumas das inferências sobre a mediação cognitiva, o que sugere a necessidade de estudos com o Rorschach Performance Assessment System (R-PAS, Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011). Silva (2013)

Nesse sentido, os resultados não validaram uma possível Constelação Prodrômica, porém apontaram para uma teoria psicológica de pródromos, que contribua na elaboração de um modelo crítico e dinâmico de intervenção precoce nas psicoses, a partir do construto do sofrimento psíquico grave (Costa, 2003).

Em uma pesquisa mais recente, Beckmann (2018), também utilizando o método Rorschach, buscou identificar a relação entre a estrutura de personalidade e funcionamento psíquico de cada um dos integrantes de uma família sendo um dos membros da família com indicativo de sintomas relacionados às primeiras crises do tipo psicótica.

Beckmann (2018) afirmou ser possível observar a existência de indicadores que relacionados à psicose e outros relacionados aos pródromos de crises do tipo psicótica, tais como derrapagens cognitivas e comunicacionais. A Autora ressaltou que a análise individual, em conjunto com a análise dos resultados dos testes dos outros membros familiares possibilitou a observação de relação entre as estruturas psíquicas e dinâmicas relacionais dos diferentes familiares, essa indicação, afirma Beckmann (2018), “pode contribuir para o engendramento de uma crise do tipo psicótica”.

3.3 Em Busca de Evidências de CPT em Pesquisas Conduzidas pelo GIPSI

Nesta sessão pontuaremos de forma mais direta alguns achados de pesquisa do GIPSI relacionadas ao CPT. Um autor bastante citado em intervenção em crises, e mencionado em dissertações e teses do GIPSI é o autor clássico G. Caplan. Em seu livro intitulado Princípios da Psiquiatria Preventiva (1964[1985]), colaborou para a formação de uma base para as intervenções precoces. Segundo Lara (2006):

O texto de Caplan organiza-se ao redor de três eixos: conceituação de prevenção primária; conceituação de crise como explicação para as perturbações mentais; desenvolvimento de um modelo de prevenção primária a partir do conceito de crise. Lara (2006 p.37)

Caplan (1964[1985]), faz considerações sobre possíveis eventos traumáticos ao longo da vida e a capacidade individual e coletiva de adaptação a esses traumas e dificuldades. A crise, como momento crítico frente uma diversidade, exige *krisis*, sentença, separação. Para Caplan, a adversidade frente a crise também pode gerar oportunidade de crescimento pessoal e psíquico.

Outro autor muito citado nas teses e dissertações do GIPSI é o psiquiatra Donald Winnicott. Os textos teórico-clínicos clássicos intitulados “A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise” escrito para a sociedade psicanalítica britânica em 1965 e o “Medo do Colapso”, escrito em 1963, elaborados por Donald W. Winnicott contribuem para a psicanálise de forma geral, e para nossa reflexão sobre o sofrimento psíquico grave e o crescimento pós-traumático. Nestes textos, Winnicott oferece algumas reflexões fundamentais para o estudo dos casos do tipo psicótico explicitando uma autêntica preocupação em alcançar uma compreensão da inter-relação de fatores pessoais e fatores ambientais que fundamentam o Ser, assim, o primeiro conceito no qual é importante ressaltar é o processo de desenvolvimento do ser humano. Winnicott (1994) afirma que somos influenciados por fatores ambientais e por fatores pessoais, onde nascemos em um estado imaturo de completa dependência e nós desenvolvemos, passando para um estado maduro de relativa dependência em direção à independência. Para Winnicott (1994), os fatores ambientais podem ser facilitadores “se apresentarem capacidade de sustentação (*holding*), evoluindo para o manejo (*handling*), ao qual se acrescenta a apresentação de objeto (*object-presenting*)”.

O segundo conceito fundamental de Winnicott (1994) é o de colapso. A expressão “colapso” pressupõe inúmeras interpretações, e por esse motivo Winnicott optou por sua utilização, cujo seu real significado, para ele, repousa em uma interpretação que significa “o fracasso de uma organização de defesa”. Para os fenômenos mais psicóticos, em alguns casos,

pode-se notar que é um colapso do estabelecimento do self unitário que, em contraponto, nas psiconeuroses, é a ansiedade de castração que está por trás das defesas. A partir desse raciocínio, tira-se a conclusão de que o medo do colapso “acha-se relacionado às experiências passadas do indivíduo e aos caprichos ambientais”. É um medo da agonia original que deu origem à organização de defesa que o paciente apresenta como “síndrome de doença”, “o medo clínico do colapso que é o medo de um colapso que já foi experienciado”. Winnicott (1994a), então elabora seu axioma sobre o medo de colapso, afirmando que toda loucura que é temida já foi experienciada, Winnicott desenvolve este axioma da seguinte forma: A loucura temida já foi experienciada, ou seja, o medo é do retorno da loucura. O indivíduo não obtém alívio por causa do interesse em recordar da loucura que foi experienciada. Assim a loucura só pode ser lembrada se for revivida, devido às condições arcaicas do Ego na primeira infância. No Setting, o terapeuta deve suportar a transferência delirante, sem ser racional e lógico, para que a revivificação do trauma possa ocorrer. A cura pode chegar se o paciente puder chegar à ansiedade em torno da qual as defesas foram organizadas, sucessivamente, até o colapso original. Entretanto, Winnicott reformula seu axioma, afirmando que no momento em que as defesas foram constituídas, a loucura não foi experimentada, por não ter capacidade de experimentá-la através de um ego para sustentá-la, assim, se a loucura fosse experienciada seria extremamente sofrida.

De acordo com Silva (2017), a partir da leitura de Winnicott sobre as psicoses, deve-se observar desde o início do acolhimento, às defesas psicóticas presentes nas crises, em vez de apenas olhar e cuidar dos sinais e sintomas. Para tanto, é necessário cuidar do ambiente onde ocorrerá a intervenção, caso o ambiente esteja organizado, promoverá o indivíduo em sofrimento, o cuidado que falhou no momento da experiência traumática precoce. Segundo Silva

(2017), é importante ter em mente que as agonias subjacentes às defesas psicóticas não são simplesmente desfeitas pelo terapeuta, porém é ele quem deve proporcionar uma desfixação das tendências que são naturais para o sujeito. Por fim, em sua tese, Silva(2017) conclui:

Compreendemos, portanto, que nosso trabalho ainda não está concluído, mas apenas iniciamos uma trajetória de vivência com o cuidado e diante do sofrimento humano, com o pensamento de Winnicott como um primeiro modo de abertura e acolhimento à crise, à dependência e ao sofrimento. A partir de onde chegamos com este estudo, no cotidiano da clínica, poderemos fazer nossa própria leitura, rumo a um pensamento cada vez mais original, criativo, novo sobre o cuidado e a vida humana.

De outro modo Carvalho (2006), como mencionado no acima, foi umas das pioneiras na pesquisa sobre intervenção precoce no GIPSI e a primeira pesquisadora a se interessar nas mudanças decorridas após uma crise do tipo psicótica, em sua dissertação, Carvalho (2006) teve como objetivo identificar , do ponto de visto do paciente e de sua família, os pródromos da crise psicótica, os eventos que contribuíram para o desencadeamento da crise, as estratégias para lidar com a crise e as modificações no funcionamento familiar, decorrentes da crise. Segundo Carvalho (2006), o relato dos participantes da pesquisa que são clientes dos serviços do GIPSI, indicam situações traumáticas, tais como:

As situações citadas foram de morte, traição, adoecimento, prisão e agressão, perigo de assalto, nas quais predominavam a sensação de desamparo, abandono e insegurança. Tais situações exigiram dos pacientes uma atitude diante da vida para a qual não dispunham de recurso, observada na disruptura emocional causada. As situações apresentaram-se desestruturantes por se darem de forma

brusca e inesperada (morte, prisão, agressão) ou pela exposição constante e maciça do paciente à mesma (doença, perigo de assalto, suspeita de traição).

Carvalho (2006, p.89)

Além das situações traumáticas, Carvalho (2006) procurou investigar a partir da percepção dos participantes, as mudanças percebidas após a remissão dos sintomas da crise psicótica, buscando identificar, tanto na família nuclear quanto no comportamento dos clientes do serviço do GIPSI “benefícios ou perdas geradas pela crise”. A análise de Carvalho (2006) sobre as mudanças foi mais focada nos aspectos negativos da crise, uma hipótese para esse resultado foi a metodologia utilizada e objetivos da pesquisa, baseada em entrevistas semi-estruturadas da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS. Embora algumas dimensões do crescimento pós-traumático tenham sido observadas nos resultados de Carvalho (2006) como a dimensão de relacionamento com outros, novas possibilidades, mudança espiritual, houve pouca reflexão e aprofundamento destes conteúdos. Os aspectos positivos da pesquisa corroboram com resultados apresentados na seção 2.1.1 nos quais descrevem a relação entre eventos traumáticos e sintomas de estresse pós-traumático e o surgimento das primeiras crises do tipo psicótica, os resultados também sinalizam a importância das intervenções precoces em crises do tipo psicótica bem como a dimensão religiosa, espiritual e existencial no favorecimento do CPT e no manejo de situações angustiantes e de sofrimento, como afirma Mano (2016) em sua tese sobre as vivências espirituais e sofrimento psíquico grave utilizando a fenomenologia como fundo epistemológico:

É difícil pensar em uma experiência de êxtase ou possessão sem pensar numa relação de angústia ou sofrimento psíquico. Nos casos clínicos que temos acompanhado esse tipo de manifestação, é visível um sofrimento que ultrapassa o

nível psicológico. A esse tipo de sofrimento, vamos denominar de Sofrimento Psíquico-Espiritual. Psíquico por estar no âmbito das estruturas psíquicas, e espiritual por envolver uma relação para além do psicológico, do humanamente aceitável e compreendido. Algo que foge do controle da mente, que transcende o próprio ser. Mesmo no caso do êxtase divino, que na maioria das vezes tem uma conotação positiva de uma experiência de plenitude o contato com o Sagrado, tanto na vivência com “Deus” ou com o “Diabo” provoca sentimentos e sensações de falta de controle, temor e tremor diante do indizível, inefável. p.34

A tese de Mano (2016) corrobora com os achados clínicos e científicos sobre a espiritualidade e religiosidade como facilitadores de CPT, bem como a necessidade de ampliar a discussão sobre esse tema para promoção da saúde mental dos indivíduos.

Apesar do grande número de publicações de pesquisas realizadas no GIPSI, verificou-se que somente uma pesquisa teve interesse em investigar se houve mudanças positivas após uma crise do tipo psíquico, porém seu objetivo e metodologia de pesquisa não possuía o interesse em investigar o CPT diretamente.

3.4 A metamorfose do Constructo Sofrimento Psíquico Grave

Após realizar o levantamento sobre a história do GIPSI e a de seu fundador, bem como sua contribuição acadêmica do grupo, podemos chegar a conclusão deste capítulo, abordando as características dinâmicas do grupo e suas principais transformações, desde sua fundação até 2019. A primeira metamorfose observada foi em relação ao significado de seu acrônimo, passando de “Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses” para em 2009, ser rebatizado de “Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica”. Esta postura deixa claro

os questionamentos do grupo, que tão frequentemente recebe encaminhamentos com diagnósticos prévios de psicose, e após um acolhimento e compreensão das demandas e queixas iniciais, percebe-se uma complexidade e acima de tudo, sofrimento humano que não se encaixa em categorias pré-estabelecidas de nosologia e psicopatologia. Assim, Costa,2010, esclarece que o nome do grupo, “hoje, tão extenso quanto os questionamentos, as teorias e as propostas”, sofreu uma mudança que:

“Após oito anos de construção, estruturação e aperfeiçoamento constantes, o antigo “Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses”, nos moldes da literatura e das experiências internacionais, hoje é um locus de pesquisa, ensino, atendimento, “incômodo”, estudo e intervenções clínicas, políticas e psicossociais, em busca de um modelo não só de intervenção precoce nas ditas psicoses, mas nas crises psíquicas graves, como venho defendendo estes anos todos”.

Logo, a mudança de novo foi motivada por uma questão fundamental, teórica e principalmente de postura prática, no intuito de não repetir a lógica, tão combatida, das práticas “psi” que positivam, naturalizam e reduzem o sujeito a um objeto, que em todas as suas dimensões, é visto apenas através sua corporeidade, que necessita de fármacos, isolamento e contenção. Baseado nesta premissa, outra mudança foi observada em relação aos seus procedimentos de atendimentos clínicos. Inicialmente, seguindo as normas e condições da clínica-escola, a qual é vinculado, em 2003, o GIPSI passa a realizar triagens clínicas para selecionar os casos que iriam ser atendidos, entretanto, segundo Coutinho, Cecílio e Mota (2012), o termo triagem, original do francês ‘*trier*’, que significa separar ou selecionar, que

passou a ser utilizado inicialmente pela medicina e em seguida por outras áreas da saúde, e diz respeito ao procedimento, que vai definir quem receberá atendimento prioritariamente, baseado em critérios clínicos que vão hierarquizar a gravidade e o estado de quem receberá o atendimento, principalmente por conta de escassez de recursos humanos e materiais. Há aqui claramente uma questão ética e filosófica envolvida, como hierarquizar os níveis do sofrimento humano? Ou como solicitar que um sujeito em crise aguarde um determinado período para só assim, ser atendido? O GIPSI passa então a abandonar esse modelo e aos poucos adota o termo acolhimento muito mais voltado para o suporte emocional nos primeiros contatos, relacionado a função de Holding de Winnicott, nesse período se acolhe a crise buscando compreendê-la de uma forma mais sistêmica e fenomenológica, esse acolhimento ocorre tanto no nível individual quanto familiar, e em situações específicas, dependendo dos profissionais que compõem o grupo, podem ocorrer acolhimentos de Terapia Ocupacional, psiquiátrico e acolhimentos dos assistentes sociais, por exemplo.

Outra mudança relacionada aos processos psicoterapêuticos do GIPSI foi o uso de testes psicológicos para realização de psicodiagnósticos, no início do GIPSI até a conclusão do financiamento da pesquisa pelo CNPq, era um procedimento comum no momento do acolhimento realizar uma bateria de exames como : genograma, teste de Rorschach, Exame Psíquico Global (EPG), Entrevista Psicodiagnóstica Individual (EPI), Avaliação Diagnóstica Relacional Familiar, Entrevista Familiar Estruturada (EFE), Entrevista Transgeracional, Mapa Relacional e Ecomapa (MRE), Roteiro de Entrevista domiciliar, Mapa de Rede, dentre outros. Aos poucos o psicodiagnóstico foi deixando de ser um elemento fundamental e passou a ser utilizado somente quando havia uma necessidade específica e pontual, passando o acolhimento ao sujeito ser o foco principal.

O critério de inclusão inicial de atendimento dos clientes do GIPSI é descrito no manual do grupo Costa(2010) e seguia os seguintes critérios. Não ser usuário de drogas; antes o grupo aceitava alguns casos específicos porém com discussões e oficinas vivenciais e metodológicas do grupo, percebeu-se que as restrições de instalações físicas e financeiras impediam um acolhimento adequado para este tipo de caso, da mesma forma que o critério de não ter outras causas orgânicas associadas ao transtorno, pelo mesmo motivo apresentado anteriormente, como o GIPSI não possui estrutura de um hospital-dia, esse tipo de atendimento deixou de ser realizado, encaminhado para rede de saúde mais adequada. A indisponibilidade da família para o tratamento psicoterápico, bem como a do cliente não ter condições de estabelecer vínculo ou não aceitar o tratamento, foram critérios que permaneceram inalterados

Uma outra mudança percebida, está relacionada a participação e permanência dos integrantes do GIPSI que são aceitos através de processo seletivo interno, através de chamada pública na comunidade acadêmica e através de redes sociais na internet. Para cada tipo de vaga, existem critérios a serem preenchidos e pontuados. Após esta etapa, o coordenador do grupo seleciona para entrevista os candidatos de acordo com pontuação e classificação individual. Sendo aprovado, o candidato é recebido em uma oficina de boas-vindas onde é acolhido e apresentado aos demais membros, aos objetivos, histórico, referencial teórico, processos e funcionamento do grupo. Os novos membros devem participar das supervisões de caso, que ocorrem duas vezes por semana, e ali, vão se familiarizando com os procedimentos, técnicas e vivências, tendo contato próximo com as especificidades de cada caso. São também convocados a participarem de oficinas metodológicas para compreenderem a respeito do cuidado e manejo em situações de crise e, somente depois, serem considerados aptos a realizar acolhimentos, atendimentos e prestar plantão psicológico através do telefone de crise. Como o GIPSI é um

como grupo de estágio clínico, extensão e pesquisa, podem ocorrer duas situações distintas: os alunos de graduação e pós-graduação que ao atingirem os seus objetivos acadêmicos, ou os profissionais voluntários que atingirem o seu prazo de permanência de no máximo dois anos, tem a opção de encerrar o seu vínculo com o grupo. Caso exista o desejo de permanecer no grupo, o vínculo de estudante pode ser alterado para profissional voluntário ou aluno de pós-graduação, ou o profissional voluntário pode solicitar a prorrogação do seu prazo de permanência por mais dois anos. Essa confirmação de vínculo é validada através de reuniões específicas para esse fim e são registradas em atas de reunião. Em 20 anos de existência muitos alunos e profissionais voluntários já participaram do grupo, muitos desses não se identificaram com a clínica do sofrimento psíquico grave, por outro lado, outros, aprofundaram seus estudos dedicando-se a compreender o fenômeno, sendo que muitos dos ex-estagiários do GIPSI hoje são profissionais de renome, fazendo parte da rede de atenção psicossocial do DF, ocupando cargos de gestão, seguindo cadeira docente em faculdades e universidades, e ainda fazem parte do movimento antimanicomial e da luta pela reforma psiquiátrica. Esse fluxo constante de entrada e saída de integrantes, é um grande desafio de manter a qualidade dos serviços ofertados pelo GIPSI, para amenizar essa situação, todos os procedimentos foram documentados em um manual contendo todas as informações necessárias para os integrantes novatos, além das oficinas metodológicas específicas que visam aprimorar o conhecimento teórico ou técnico de um determinado assunto.

Em relação ao local onde o GIPSI atua, observamos algumas mudanças que são interessantes de mencionar, o CAEP, inicialmente denominado de Unidade Especial de Ensino e Pesquisa (UEEP), foi inaugurado em 1975, com a finalidade de prestar serviços psicológicos nas áreas de clínica, educação e trabalho, em conformidade com o Artigo 16 da Lei Nº 4.119 e o Artigo 7º do Decreto No 53.464 (Regulamentações da Profissão de Psicologia). Em 1987,

consequência da reorganização da unidade de Psicologia da UnB. O UEEP se reestrutura também passando a se chamar CAEB, para então ser chamado de Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) como é conhecido hoje em dia. O professor Dr. Ileno Costa foi coordenador geral do CAEP entre os períodos de 2001 até 2010, onde ajudou a melhorar os processos internos, criar manuais de orientações e também foi responsável pelo projeto de negociação, aprovação e construção de uma edificação exclusiva para o CAEP, que antes ficava em uma instalação provisória e inapropriada para atendimentos psicológicos de qualidade. A nova sede do CAEP tem uma área de 1800 metros quadrados e foi inaugurada em 2015, sendo considerada uma das maiores clínicas escola do centro-oeste.

Conforme dito anteriormente, observamos muitas outras mudanças que giraram em torno do grupo, muitas delas, ligadas ao contexto da saúde mental, no âmbito político e jurídico, com abrangência local ou nacional, muitas dessas mudanças impactaram diretamente o grupo, outras impactam indiretamente, muito mais pelo contexto social e cultural, como exemplo, citamos a resolução nº. 32 (Brasil, 2017), a Nota Técnica nº 11/2019 emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, ratifica a resolução nº. 32 bem como a Lei 13.840. Mas de todas as mudanças, a mais significativa foi relativa aos aspectos técnicos e teóricos do grupo, que amadureceram de sobremaneira, principalmente na evolução do constructo sofrimento psíquico grave. Ramos (2018), dedicou um capítulo de sua dissertação para tratar desse constructo no qual apresentou de forma clara e objetiva as metamorfoses pelas quais esse constructo passou. Partindo da tese de doutorado e posteriormente da publicação do livro “a fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia” (Costa,2003) , através da filosofia Analítica, da Filosofia da

Linguagem, da Filosofia da Mente, debates sobre saúde mental, psicopatologia, psiquiatria e ética, Costa(2003) questiona a terminologia técnico-científica relacionada à psicose e esquizofrenia, que não englobam todas as teias e enredamentos conceituais, tornando-se limitada em sua capacidade explicativa de relação causa-efeito, tornando o fenômeno mais obscuro, gerando cada vez mais imprecisões. Neste sentido, não com o objetivo de criar uma abordagem ou teoria sobre as psicoses, mas antes de tudo, suspender juízos sobre esses valores para a partir do fenômeno como se manifesta, questionar as práticas fundamentais das áreas ‘psi’, revisando as principais teorias tradicionais e clássicas do campo, lidando com o sofrimento psíquico sem realizar especulações de cunho patológico e psicologizante, sem consistências sólidas. Além disso, esses questionamentos e reflexões elaborados por Costa vão além das bases teóricas e filosóficas, serviram para fundamentar e consolidar o GIPSI, como forma de concretizar um ideal de atendimento humano e ético nos serviços de saúde mental.

Em meados de 2010, com a consolidação do GIPSI, Costa foi se aproximando cada vez mais da fenomenologia Husserliana, através de apresentações em congressos e em 2011, inicia seu primeiro pós-doutorado na USP na área temática de Filosofia e Ética, entre 2013 e 2014, livros do GIPSI são publicados onde a base teórica da fenomenologia passa a ser utilizada de forma mais consistente, além do surgimento de novas parcerias, com por exemplo o Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda da Universidade Federal do Paraná e o prof. Dr. Tommy Akira Goto da Universidade Federal de Uberlândia, além do GT Fenomenologia, Saúde e Processos Psicológicos, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Entre 2016 e 2017, Costa inicia o segundo pós-doutorado na UFRN e em 2017 inicia o terceiro pós-doutorado em psicopatologia e fenomenologia na Universidade Católica Portuguesa. A partir de 2016, as publicações do GIPSI passam a incluir a fenomenologia em seu

corpo teórico e epistemológico, bem como a tentativa de inclusão em suas práticas clínicas e supervisões.

Já com toda a bagagem teórica anterior, associada a filosofia fenomenológica, Costa encontra em Lévinas, os princípios para avançar sobre as questões éticas em suas pesquisas e reflexões, principalmente em relação a ética da alteridade. Com o intuito de superar as complexidades relacionadas à saúde mental sobre o sofrimento psíquico, sobretudo sobre as imprecisões, confusões conceituais e teorias divergentes. Costa (2017) aponta para o campo do cuidado como possibilidade dessa superação, afirmando que: “cuidado e vida humana: Ambos entrelaçam-se, confundem-se numa unidade: o homem, vivendo, cuida; cuidando vive”.

Para Rezende e Costa (2018), o sofrimento é visto como acontecimento em que o vivente encontra toda sua solidão, isto é. Toda intensidade de sua ligação consigo mesmo, o definitivo de sua identidade e ao mesmo tempo em que ele se encontra em relação com o acontecimento que ele não assume, em relação ao qual ele é pura passividade, que é absolutamente outro, em relação ao qual ele não pode mais poder. No texto *O Sofrimento inútil* (1982), Lévinas apela para um princípio ético supremo que faz, a partir da dor, o outro torna-se prioritário em relação ao eu. O postulado de que o sofrimento em outrem é injustificado, é fundamento ético do cuidado: um responsabilizar-se. O sofrimento é inútil em outrem, mas significativo em mim.

Neste sentido, não com o objetivo de criar uma abordagem ou teoria sobre as psicoses, mas antes de tudo, suspender juízos sobre esses valores para a partir do fenômeno como se manifesta, questionar as práticas fundamentais das áreas ‘psi’, revisando as principais teorias tradicionais e clássicas do campo, lidando com o sofrimento psíquico sem realizar especulações de cunho patológico e psicologizante, e sem consistências sólidas. Além disso, esses questionamentos e reflexões elaborados por Costa vão além das bases teóricas e filosóficas,

serviram para fundamentar e consolidar o GIPSI, como forma de concretizar um ideal de atendimento humano e ético nos serviços de saúde mental no Brasil. Deste ponto, Costa busca sintetiza sobre a prática da clínica do sofrimento psíquico grave, que para:

Exercer uma clínica fenomenológica do cuidar do sofrimento (*prestatividade, presentidade, ocupação, preocupação, solitudine, ser-aí-com*, nos termos de Heidegger, ou a *disponibilidade* e a *cura* winnicottiana. (Costa, 2017 p.92).

É necessário, antes de tudo, um cuidado ético frente ao sofrimento psíquico, que ultrapassa a barreira da corporeidade, que é fundamentalmente humano, que apesar de pertencer a um outro, toca em nossa essência, em nossa predisposição fundamental. Através da prática clínica e epistemológica exercida pelo GIPSI, foi possível perceber essa dimensão humana do sofrimento, e como exercer o cuidado deste sofrimento, acolhendo, oferecendo continente, reconhecendo-o e interpelando por mudanças possíveis, interna e externas, sempre com total respeito e apoio a condição humana.

Capítulo 4 - Vivências e transformações dos clientes do GIPSI

A (dis)posição afetiva da dúvida é o positivo acordo com a certeza. Daí em diante, a certeza se torna a medida determinante da verdade. A (dis)posição afetiva de confiança na absoluta certeza do conhecimento a cada momento acessível permanece o *pathos* e com isso a *arkhé* da filosofia moderna.

HEIDEGGER 1989, p. 23

"Quem tem um PARA QUÊ viver, suporta qualquer COMO!"

- Friedrich Nietzsche (1844-1900)

Apresentaremos neste capítulo os resultados obtidos na pesquisa nas seguintes etapas: primeiramente, mostraremos como os dados foram coletados, em seguida, apresentaremos os procedimentos realizados na pesquisa, e por último o resultado e discussões sobre o CPT nos participantes desta pesquisa, baseado em uma análise psicológica-fenomenológica sobre a transcrição das entrevistas. Busca-se, portanto, uma compreensão sobre as vivências do sofrimento psíquico grave, seguindo as diretrizes metodológicas apontadas por Goto, Costa e Schievano (2019) e o embasamento teórico realizado no capítulo 1.

Cabe ressaltar que os procedimentos adotados nesta pesquisa se baseiam na suposição de que o significado não é inerente aos dados puramente, mas deve ser interpretado pelo pesquisador, e que não há uma interpretação verdadeira; apenas múltiplas realidades produzidas através de processos de linguagem humana, interação e criação de significado, como afirmou Eakin (2016).

Neste sentido, elegeu-se a abordagem qualitativa como condutora desse processo que, segundo Creswell (2015, p. 43), é um “meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”. Pretendemos interpretar os fatos narrados pelos participantes da pesquisa, tendo em vista essa multiplicidade de realidades e

acontecimentos, buscando entender as relações existentes entre os constructos teóricos que interpretam essas realidades, a partir da perspectiva do pesquisador.

Das diversas técnicas e métodos da perspectiva qualitativa, a entrevista é um caminho fundamental para a coleta de dados qualitativos, como afirma Packer (2011). Segundo esta autora, dos tipos possíveis de entrevista, tais como, entrevista não-estruturada, história de vida e entrevista de grupo, a entrevista semi-estruturada é a mais comum, onde o pesquisador geralmente planeja antecipadamente os tópicos da entrevista, porém, não necessariamente segue uma ordem fixa dos tópicos abordados durante o processo, com o objetivo de incentivar o entrevistado a usar suas próprias palavras para descrever sua opinião em um determinado assunto.

4.1 Dados Coletados na Pesquisa

A pesquisa foi realizada com os clientes dos serviços oferecidos pelo GIPSI, localizada no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP/UnB) e que já haviam atendido os critérios de inclusão específicos do grupo. Dentre os clientes atendidos pelo GIPSI, foi definido como critério de inclusão para a pesquisa os residentes no Distrito Federal e entorno, que utilizaram o serviço nos últimos anos e que finalizaram o processo terapêutico, independente de gênero e idade, entre o período de 2011 a 2019. Os critérios de exclusão para pesquisa foram: os participantes potenciais deveriam estar clinicamente estáveis, sem uso de medicação ou com uma dosagem mínima para estabilização do quadro; além disso, deveriam ter recebido tratamento no GIPSI por um período mínimo de seis meses.

4.1.1 Processo inicial de seleção dos participantes

Após a autorização para início da pesquisa pelo comitê de ética e pela direção do CAEP, foi requisitado à secretaria do CAEP uma planilha contendo a lista de todos os prontuários de casos encerrados e atendidos pelo GIPSI. A planilha continha os seguintes dados: número do prontuário, ano de início da abertura do prontuário, sigla de identificação do cliente, terapeutas designados, supervisor do caso e situação do prontuário. A partir dessas informações, foram selecionados os prontuários com status ‘encerrado’ entre o período de 2011 até 2019.

O passo seguinte foi acessar o arquivo físico de prontuários localizado e controlado pelos psicólogos do CAEP. Para entrar na sala de arquivo, um psicólogo do CAEP supervisionava o acesso aos prontuários, permanecendo lá durante toda a coleta. Devido ao volume de prontuários e a restrição de tempo que o psicólogo do CAEP dispunha, esta etapa foi realizada em visitas em dias diferentes. Com os prontuários em mãos e apoio de uma equipe de auxiliares de pesquisa, foram coletados os seguintes dados: número do prontuário, ano de início do atendimento, ano de encerramento do atendimento, nome do cliente, sexo, idade, estado civil, cidade de residência, orientação religiosa, etnia, telefone fixo, celular, e-mail, principais pródromos e principais sinais e sintomas no início do acolhimento. Posteriormente, com os dados de contatos pessoais disponíveis, seria realizado um convite para participação da entrevista e ato contínuo, agendamento para entrevista inicial e de coleta de dados a ser realizada nas instalações do CAEP.

Entretanto, em março de 2020, por conta de uma pandemia causada pelo novo coronavírus sars-cov-2, foi determinada uma série de restrições para conter a pandemia, como por exemplo: fechamento de escolas e universidades, medidas de isolamento social e decretos de quarentena. Estas restrições inviabilizam o plano inicial de realização de uma entrevista

presencial para a coleta de dados. Nesta nova realidade, novos procedimentos de pesquisa foram adotados para contornar a situação, conforme relatado a seguir.

4.1.2 Procedimentos da pesquisa

Os procedimentos propostos para coleta dos dados, após a seleção dos possíveis participantes, foram divididos em estágios relatados a seguir:

1. Estágio de levantamento dos prontuários:

Neste estágio, realizamos um levantamento de todos os prontuários de acolhimentos e casos atendidos pelo GIPSI disponíveis nos arquivos do CAEP de 2011 a 2019, com o objetivo criar uma visão demográfica dos casos atendidos, bem como elencar uma lista dos prováveis participantes para entrevista através dos dados de contatos pessoais registrados nos prontuários.

2. Estágio de adaptação de procedimento:

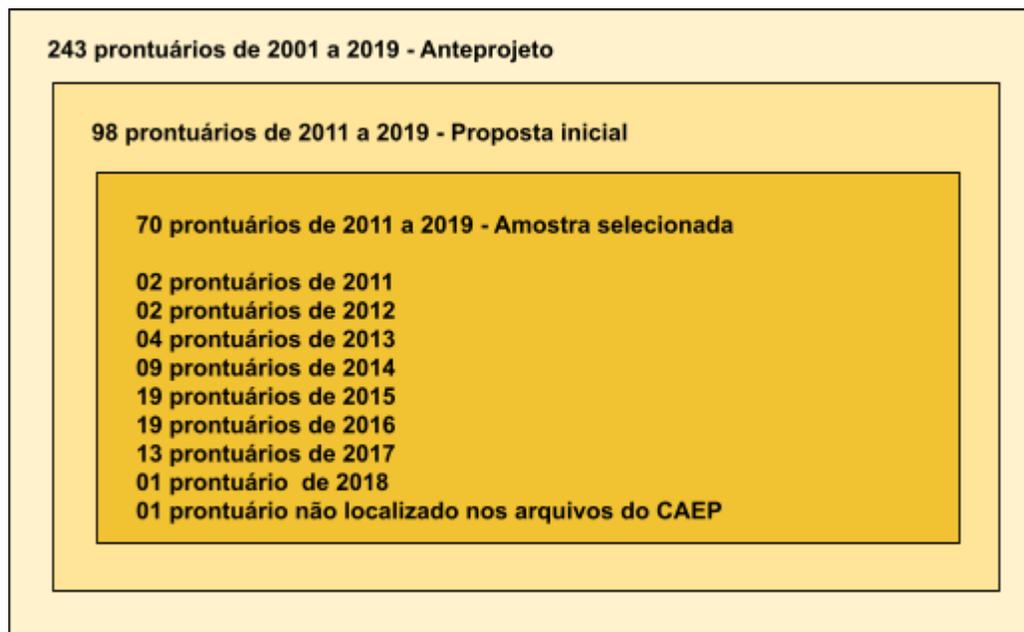
Devido ao momento pandêmico, conforme relatado acima, tornou-se necessária uma alteração dos procedimentos e etapas previstas, passando de entrevista presencial para entrevista online. Schmidt, Palazzi, & Piccinini (2020), apontam que a CONEP divulgou um comunicado em junho de 2020 orientando que os projetos de pesquisa de Ciências Humanas e Sociais, que já tinham um protocolo previamente aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), precisavam informar sobre a mudança na estratégia de coleta de dados (presencial para online), submetendo uma emenda do projeto, TCLE e Cronograma ao CEP de origem, de maneira a iniciar as coletas e após nova aprovação. Assim, foi realizada essa alteração de coleta de dados junto ao Comitê de Ética, que recebeu parecer consubstanciado favorável, conforme anexo 07.

3. Estágio de coleta de dados:

Neste estágio foi desenvolvido um formato de coleta de dados online que garantisse o sigilo dos participantes e o acesso ao TCLE com sua devida autorização. Como recurso de software, foi utilizada a ferramenta tecnológica *Formulários Google*, disponível gratuitamente, com objetivo de coletar e organizar informações em pequena ou grande quantidade ¹². A proposta inicial era entrevistar todos os clientes do GIPSI que possuíam o prontuário encerrado, de 2001 até 2019.

Figura 11

Afunilamento da seleção dos participantes da pesquisa



Neste período, foi levantado um total de 243 prontuários, sendo necessário diminuir o escopo devido a grande quantidade de possíveis participantes para uma pesquisa do tipo exploratória. Assim, optou-se pelo levantamento dos prontuários entre os anos de 2011 e 2019.

¹² <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/> acessado em 20/01/2021

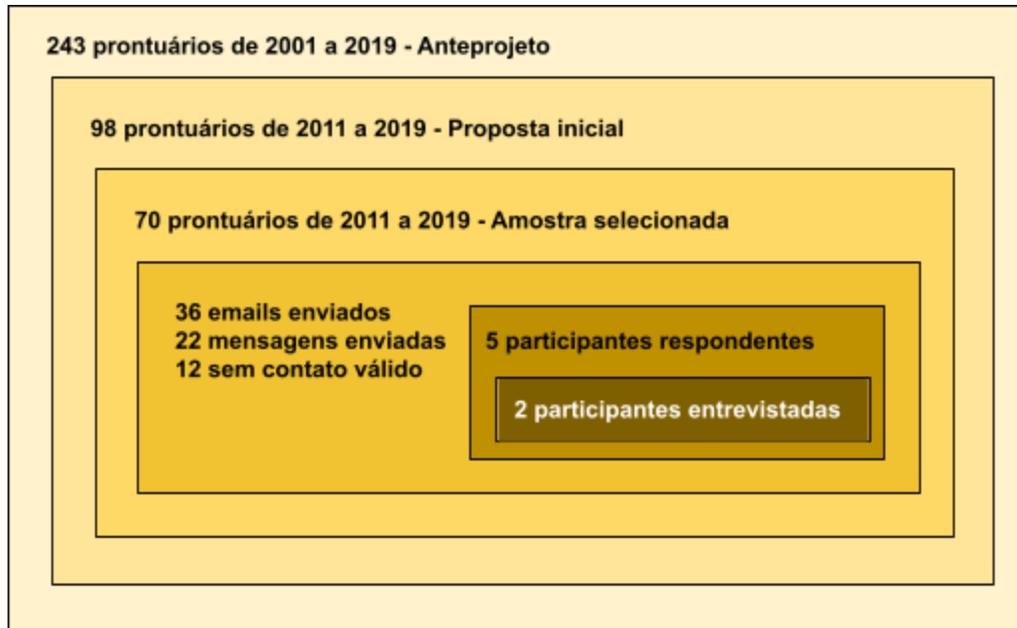
Ao listar todos os prontuários encerrados do GIPSI desse período, foram obtidos 98 prontuários. Dessa lista inicial, foi possível realizar o levantamento de dados somente de 70 prontuários, dos quais foram extraídos os contatos para o convite da entrevista, sendo que um prontuário na listagem da secretária não foi localizado no arquivo físico do CAEP (Figura 11).

A estratégia utilizada para a coleta foi a seguinte: foi confeccionada uma carta convite (ver anexo 01) para participação da pesquisa e enviado por e-mail para todos os que tiveram o e-mail válido. Ao todo foram enviados 36 e-mails. Para os participantes que não possuíam e-mail cadastrado válido, mas possuíam número de celular válido (22 participantes), foi disparada uma mensagem por lista de distribuição pela ferramenta *WhatsApp* com o mesmo conteúdo da carta-convite, adaptada ao formato do celular. Foram excluídos da pesquisa 12 participantes que não possuíam contato de e-mail e celular válidos (Figura 12).

O convite para participação da pesquisa possuía um link externo que direcionava o participante para o formulário de pesquisa. Ao preencher o campo de e-mail e concordar com a participação da pesquisa, o participante foi direcionado para página seguinte, contendo o TCLE (ver anexo 02), estando ao final do formulário a opção de concordância da participação na pesquisa e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido. Conforme Schmidt, Palazzi e Piccinini (2020) sugerem, em pesquisas com coleta de dados online, a modalidade de registro de consentimento/assentimento deve destacar a importância de que uma cópia do documento, assinada pelo pesquisador, seja guardada pelo participante em seus arquivos; e, especificar como será preservada a integridade e a assistência aos envolvidos na investigação nesses casos.

Figura 12

Seleção final dos participantes da pesquisa



Em seguida, o participante era direcionado a uma página de coleta de informações sociodemográficas e avaliação de perfil inicial para participação da pesquisa. Neste formulário, era preenchido o período de disponibilidade para realização da pesquisa (manhã, tarde ou noite), tipo de ferramenta de videoconferência de preferência e a aplicação ou conferência dos critérios de exclusão da pesquisa para enfim, chegar à última etapa contendo uma pesquisa de avaliação do atendimento do GIPSI.

Ao todo foram disparadas três chamadas para a participação da pesquisa com intervalo de dois dias para cada convite, onde somente cinco participantes preencheram o formulário até o final. Após a resposta do formulário, foi enviado uma cópia digitalizada com o TCLE assinado pelo pesquisador e uma segunda carta-convite para o agendamento da entrevista (ver anexo 03).

4. Estágio das entrevistas:

Dos cinco participantes que preencheram o formulário da pesquisa, somente 2 se dispuseram a participar da entrevista propriamente dita, realizada pela indicação dos próprios

participantes através da ferramenta *WhatsApp*. Foi solicitado uma hora antes do agendamento da entrevista que o participante utilizasse um fone de ouvido e dispusesse de um espaço apropriado que garantisse privacidade e sigilo. No início da entrevista, foi avaliado o estado psíquico global, realizada uma explicação sobre os objetivos da pesquisa e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão além da explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Logo após, foi aplicado o roteiro de entrevista semiestruturada com média de duração de uma hora utilizando o suporte de equipamento de gravação de áudio, devidamente autorizada pelos participantes para facilitar o registro e captação de todas as nuances que são importantes para a pesquisa qualitativa.

5. *Estágio de transcrição das entrevistas:*

As entrevistas foram transcritas passando por conferência de fidedignidade, onde foram ouvidas as gravações tendo o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças de entonação, interjeições, interrupções e pausas.

6. *Estágio de análise dos dados:*

Com as transcrições finalizadas, foi realizada uma leitura geral de todas as entrevistas, repetidas vezes, para criar uma noção da totalidade dos conteúdos. Em seguida, aplicou-se a metodologia proposta por Feijóo e Goto (2016) para análise fenomenológica dos dados e informações.

7. *Estágio final:*

Etapa de análise e discussão, partindo de uma postura crítica e reflexiva entre o referencial teórico adotado e os dados coletados.

4.1.3 Instrumentos

Foi utilizado como base para a elaboração da entrevista semiestruturada o inventário de crescimento pós-traumático (PTGI) desenvolvido por (Tedeschi & Calhoun, 1996) na versão brasileira validada por Medeiros et Al (2017). O instrumento foi adaptado para uma entrevista semiestruturada, constituído por 23 itens distribuídos por cinco dimensões: (1) melhor apreciação da vida e mudança de objetivos e prioridades pessoais, (2) melhora nas relações interpessoais e maior senso de intimidade com pessoas próximas, (3) reconhecimento de novas possibilidades para se viver a vida, (4) maior senso de força e potencialidade pessoal, (5) e mudanças em visões da espiritualidade.

4.2.4 Metodologia

Partindo da orientação metodológica apresentada no capítulo 1, este estudo também se embasa na proposta elaborada por Giorgi e Souza (2010), a qual utiliza o método qualitativo fenomenológico de análise, que segundo Goto, Costa & Schievano, (2018) gera a possibilidade de surgirem conteúdos da experiência da crise através dos relatos dos participantes sem pré-julgamentos por parte do pesquisador, permitindo uma aproximação mais fidedigna do fenômeno estudado. O método fenomenológico utilizado será o indicado por Husserl para pesquisas em psicologia, conforme recomendado por Feijoo & Goto (2016) e Feijoo & Mattar (2014). Em vista de compreender e refletir sobre a complexidade da crise do tipo psicótica e do sofrimento psíquico grave, de um nível individual e singular até um nível mais amplo, abarcando suas pluralidades, será necessário seguir o método fenomenológico de não naturalização do fenômeno, para em seguida buscar sua essência através da suspensão inicial de todo julgamento e juízo sobre as crises em si, buscando chegar a sua redução fenomenológica. Ainda sobre a

proposta de investigação fenomenológica, Feijó e Goto (2016), afirmam que a pesquisa empírica pode se fundamentar fenomenologicamente, visto que propõe estar rigorosamente ligada ao fenômeno, referindo-se à peculiaridade qualitativo-fenomenológica.

Como ressalva, assim como Goto, Costa, & Schievano (2019), esta pesquisa de cunho psicológico-empírica, ficou circunscrita a identificação e discussão sobre as vivências da superação do sofrimento psíquico grave e não se incumbiu de desvencilhar cada vivência psicológica encontrada, ficando a cargo da Psicologia Fenomenológica original proposta por Husserl.

4.2 Análise do crescimento pós-traumático nas primeiras crises do tipo psicótica no GIPSI

Apresentamos as respostas das cinco participantes que preencheram o formulário sociodemográfico e os critérios de inclusão da pesquisa, bem como a avaliação sobre como foi o encerramento dos atendimentos no GIPSI. A ideia do formulário seria produzir uma análise socioeconômica desses ex-clientes, porém, como somente 5 participantes responderam ao formulário, não foi possível aprofundar nesta análise. Dessas 5 respondentes, no geral, a maioria apresentou sintomas psicológicos declarados como incômodos e, apesar dos sintomas, 80% não fazem psicoterapia no momento, 60% fazem acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação controlada, com crises recentes entre 2017 e 2021.

Também foi realizado um questionário breve solicitando uma avaliação do atendimento que cada participante recebeu durante o atendimento no GIPSI. Uma observação importante é que os nomes dos profissionais citados nas declarações foram removidos para preservar o sigilo

deles. Dos cinco respondentes, apenas dois aceitaram participar da entrevista. As respostas do formulário inicial sobre a avaliação do GIPSI foram tabuladas a seguir:

Participante 01 - Sexo feminino, 46 anos, brasileira, residente em Taguatinga-DF, com ensino superior incompleto e renda familiar entre quatro e seis salários-mínimos. Solicitou realizar a entrevista no período da Tarde (entre 14h e 17h) por chamada de vídeo pelo WhatsApp. No momento, não apresentava nenhum sintoma psicológico que lhe incomoda. Não estava fazendo psicoterapia no momento, porém, faz acompanhamento psiquiátrico e está fazendo uso de medicação controlada (Valproato de sódio 2000mg e cloridrato de clorpromazina 100mg). Sua última crise foi em 17/12/2018. As perguntas e respostas sobre a percepção do atendimento do GIPSI foram:

Tabela 02

Respostas da participante 01 sobre o encerramento do atendimento

Em que ano realizou tratamento no GIPSI?	2008 a 2015
Por quantos meses realizou tratamento no GIPSI?	Três anos
Descreva como foi sua crise, antes no atendimento do GIPSI?	“Foi muito confusa eu não tinha noção do que estava acontecendo. Queria dançar ,chorar ,rir e gritar tudo ao mesmo tempo. Tive alucinações. Pedi a noção do tempo. Tem coisas que não lembro até hoje.”
Descreva como foi o início do atendimento no GIPSI? (telefone de crise, acolhimento, primeiras sessões)	“Meu irmão trabalhava no GIPSI então assim que ele souber acionou a equipe de acolhimento. Nas minhas primeiras sessões eu gostei pois sempre gostei de psicologia só que não entendia o estava acontecendo. Minha família e esposo acharam que eu não precisava ficar, mas eu conseguir pedir ajuda a psicóloga que me atenia e falar que queria ficar

	fazendo as sessões pois sabia que tinha algo se não eu não teria ficado como fiquei . Ela conversou com meu esposo e ficou tudo resolvido eu iria fazer terapia. Fui melhorando a medida que ia nas sessões,sem as sessões não seria quem sou hoje.te”
Quais foram os serviços oferecidos (acompanhamento terapêutico, terapia familiar, terapia individual, telefone de crise) pelo GIPSI e qual mais se beneficiou?	“Terapia individual e terapia de casal.”
Como foi o término do atendimento do GIPSI?	“A Doutora R. me deu alta. É foi tranquilo para mim tinha realmente chegado ao fim”
Existe alguma crítica que poderia fazer sobre o atendimento do GIPSI?	“Somente positiva que são excelentes profissionais”
Quais foram as contribuições do GIPSI para resolução da sua crise?	“Tive um lugar para me apoiar ,onde não precisei ficar perdida,fui acompanhada isso me tava segurança para continuar lutando , foi fundamental para superar do desejo de me suicidar.

Participante 02 - Sexo feminino, 52 anos, brasileira, residente no Gama-DF, com ensino superior e renda familiar entre dois e três salários-mínimos. Solicitou realizar a entrevista no período da noite (entre 19h e 21h) por chamada de vídeo através do Google Meet. Relatou que apresentava algum sintoma psicológico que lhe incomodava, descrevendo-o da seguinte forma: “Emoções instáveis, ora triste ora alegre, picos de tensões que acarretam dores no corpo, uma soma desta negativa das emoções desequilibradas com o corpo”.

Não estava fazendo psicoterapia nem acompanhamento psiquiátrico, nem fazendo uso de medicação controlada. A Participante 02 relatou no campo das medicações o seguinte:

“Eu tenho dois(gêmeos) filhos PcD, que fazem uso de medicações psiquiátricas. *
 Detalhe: meus filhos nasceram normais. Eu não uso mas, tenho muita
 necessidades de apoio psicológico e não tenho condições financeiras para arcar
 com o tratamento. Me sinto muito desgastada emocionalmente. As medicações
 que "eles" usam são 100mg de Clozapina (diferenciado a dosagem entre eles) um
 toma dois comprimidos diários e o outro apenas um Levomepromazina-Levozine
 100mg apenas um toma dois comprimidos diários o outro não toma. Fernegam-
 Prometazina 25 mg um toma dois comprimidos por dia e o outro apenas um,
 Biperideno-Cinetol 2 mg apenas um toma dois comprimidos diários. Clonazepan
 2mg apenas um toma um comprimido por dia. Injeção Clopixon-Zuclopentixol 1
 ampola somente um dos filhos toma”.

Sua última crise foi em 01/04/2020. As perguntas e respostas sobre a percepção do
 atendimento do GIPSI foram:

Tabela 3

Respostas da participante 02 sobre o encerramento do atendimento

Em que ano realizou tratamento no GIPSI?	2014-2015
Por quantos meses realizou tratamento no GIPSI?	1 ano
Descreva como foi sua crise, antes no atendimento do GIPSI?	“Fui parar no GIPSI junto com meus filhos *gêmeos e minha filha (*eles tiveram crises graves) eu tive problemas iniciais e minha filha problemas moderado por conta da demanda de cuidados para com dois filhos neste 'estado de crise'. Até hoje preciso de acompanhamento que foi interrompido pelo próprio GIPSI que não continuou o atendimento por razões de problemas administrativos, estruturação e mudanças do grupo interno e

	localização interdita para reformas, obs: foi o que me informaram na época e depois "não" nos procuraram mais, para dar continuidade ao tratamento, os alunos foram embora, os que faziam atendimento à nossa família, muito chato isto. O meu terapeuta por exemplo, foi morar em outro Estado do Brasil.”
Descreva como foi o início do atendimento no GIPSI? (telefone de crise, acolhimento, primeiras sessões)	“Não foi um dos melhores, podemos falar com riqueza de detalhes no encontro virtual, caso interessam.”
Quais foram os serviços oferecidos (acompanhamento terapêutico, terapia familiar, terapia individual, telefone de crise) pelo GIPSI e qual mais se beneficiou?	Acompanhamento terapêutico e familiar (sem sucesso). Nenhum. Por causa de mudanças constantes de estudantes alunos da UNB trocando o terapeuta. Em um ano três trocas de terapeutas para um dos filhos. Para mim foram duas e, pro outro filho duas. Somente a minha filha iniciou e finalizou com a mesma e até hoje em acompanhamento em clínica particular continua com a mesma.
Como foi o término do atendimento do GIPSI?	Frustrante, porque não terminou, nos desligaram. Simples assim.
Existe alguma crítica que poderia fazer sobre o atendimento do GIPSI?	Muitas.
Quais foram as contribuições do GIPSI para resolução da sua crise?	Nenhuma, não fluiu.

Participante 03 - Sexo feminino, 31 anos, brasileira, residente em Valparaíso de Goiás, com Pós-graduação e renda familiar entre quatro e seis salários-mínimos. Solicitou realizar a entrevista no período da tarde (entre 14h e 17h) por chamada de vídeo pelo WhatsApp. No momento, não apresentava nenhum sintoma psicológico que lhe incomoda. Estava fazendo

psicoterapia no momento, não faz acompanhamento psiquiátrico nem uso de medicação controlada. Sua última crise foi em 20/01/2021. As perguntas e respostas sobre a percepção do atendimento do GIPSI foram:

Tabela 4

Respostas da participante 03 sobre o encerramento do atendimento

Em que ano realizou tratamento no GIPSI?	2010
Por quantos meses realizou tratamento no GIPSI?	2 anos
Descreva como foi sua crise, antes no atendimento do GIPSI?	“Estava associando pensamentos e estímulos concretos, como desligar as luzes, mudar a eletricidade, ver coroa em manchas, sentir está sendo vigiada; de forma que não havia uma razão ou discurso racional que validasse e havia conteúdos mentais de dimensão persecutório..”
Descreva como foi o início do atendimento no GIPSI? (telefone de crise, acolhimento, primeiras sessões)	“Inicialmente fui no Hpap e de lá fui encaminhada pela médica do Hub e aí me encaminharam pro Gipsi.”
Quais foram os serviços oferecidos (acompanhamento terapêutico, terapia familiar, terapia individual, telefone de crise) pelo GIPSI e qual mais se beneficiou?	“Terapia familiar e individual”
Como foi o término do atendimento do GIPSI?	“Eu já havia deixado de ter essas sensações persecutórias e já tinha um arsenal de conhecimentos seja via autoridade ou de razões que eu busquei pra mim pra lidar com isso. Mesmo hoje se eu sinto alguma associação de cunho persecutório tenho uma base de apelo de autoridade pra lidar com ela.”
Existe alguma crítica que poderia fazer sobre o atendimento do GIPSI?	“Não. Existe algumas considerações do meu mal estar que eu atrelo a espiritualidade, mas não sei se

	cabe a psicologia. De todo modo sou muito grata a atenção e o cuidado dos profissionais. Resgatar minhas competências racionais e serem fonte se escuta foi importante naquele momento.”
Quais foram as contribuições do GIPSI para resolução da sua crise?	“Como disse o vínculo terapêutico e o exercício racional foram importantes.”

Participante 04 - Sexo feminino, 27 anos, brasileira, residente em Brasília-DF, com ensino superior e entre sete e dez salários-mínimos. Solicitou realizar a entrevista no período da noite (entre 19h e 21h) por chamada de vídeo pelo Google Meet. Relatou como sintoma psicológico que lhe incomoda: ansiedade e ócio. Não estava fazendo psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação controlada. Sua última crise foi em 01/08/2017. As perguntas e respostas sobre a percepção do atendimento do GIPSI foram:

Tabela 5

Respostas da participante 04 sobre o encerramento do atendimento

Em que ano realizou tratamento no GIPSI?	2015
Por quantos meses realizou tratamento no GIPSI?	3 anos
Descreva como foi sua crise, antes no atendimento do GIPSI?	“crise depressiva-maníaco, com traços de burnout e esgotamento. insônia, ânsia de vomito ao comer, embotamento social e alucinações.”
Descreva como foi o início do atendimento no GIPSI? (telefone de crise, acolhimento, primeiras sessões)	“foi após sair da clinica psiquiátrica.”

Quais foram os serviços oferecidos (acompanhamento terapêutico, terapia familiar, terapia individual, telefone de crise) pelo GIPSI e qual mais se beneficiou?	terapia individual e terapia familiar. me beneficieei com a terapia individual com a espetacular ajuda da Psicóloga T.
Como foi o término do atendimento do GIPSI?	foi tranquilo, me senti tratada.
Existe alguma crítica que poderia fazer sobre o atendimento do GIPSI?	não.
Quais foram as contribuições do GIPSI para resolução da sua crise?	graças a ótima psicóloga T, tive as melhores resoluções que poderia ter. Faz mais de 3 anos que não tomo medicamentos, e lido bem com os momentos de tristeza, stress e ansiedade (principalmente durante a pandemia). =)

Participante 05 - Sexo feminino, 20 anos, brasileira, residente em Brasília, com Ensino Médio e renda familiar de até um salário-mínimo. Solicitou realizar a entrevista no período da Tarde (entre 14h e 17h) por chamada de vídeo pelo WhatsApp. No momento, apresentava sintoma psicológico que lhe incomoda descrito como: “Ainda tomo remédio para controlá-los”. Não estava fazendo psicoterapia no momento, porém, faz acompanhamento psiquiátrico e está fazendo uso de medicação controlada (Risperidona, olanzapina, carbolitio, akineton). Sua última crise foi em 01/04/2020. As perguntas e respostas sobre a percepção do atendimento do GIPSI foram:

Tabela 6

Respostas da participante 05 sobre o encerramento do atendimento

Em que ano realizou tratamento no GIPSI?	Não lembro
Por quantos meses realizou tratamento no GIPSI?	Não lembro

Descreva como foi sua crise, antes no atendimento do GIPSI?	“Eu ficava falando compulsivamente e não conseguia dormir.”
Descreva como foi o início do atendimento no GIPSI? (telefone de crise, acolhimento, primeiras sessões)	“Foi bom”
Quais foram os serviços oferecidos (acompanhamento terapêutico, terapia familiar, terapia individual, telefone de crise) pelo GIPSI e qual mais se beneficiou?	Consulta psicológica familiar e individual. A que mais me ajudou foi a familiar.
Como foi o término do atendimento do GIPSI?	Não queria que tivesse terminado
Existe alguma crítica que poderia fazer sobre o atendimento do GIPSI?	Não
Quais foram as contribuições do GIPSI para resolução da sua crise?	“Eu não tive crise durante as consultas.”

A aplicação dos questionários realizada de forma virtual, as respostas coletadas sobre o processo de encerramento do GIPSI, bem como a quantidade de respostas coletadas, não permitiram formular uma análise mais rica em detalhes. Entretanto, existem pontos que chamam a atenção: a maioria das participantes passou por um período de psicoterapia no GIPSI de 2 anos. As declarações de crises de sofrimento psíquico podem ser consideradas recentes, principalmente a da participante 3 (20/01/2021). Na maioria dos relatos, houve uma avaliação positiva sobre o acolhimento, serviços oferecidos e contribuições do GIPSI na resolução da crise, esta última, pode ser evidenciada no relato da participante 1. Uma exceção à avaliação do GIPSI foi a participante 02 que fez críticas ao processo psicoterápico, de trocas constantes de terapeutas e questões administrativas.

Em relação a essa queixa, consideramos que o plantão psicológico fornecido através do telefone de crise é um serviço amplamente divulgado na rede de saúde mental do DF; muitos

casos chegam ao GIPSI, mas não são necessariamente um caso de sofrimento psíquico grave. Mesmo assim, por uma postura ética e compromisso com a saúde mental, os casos são acolhidos e em seguida são encaminhados a um grupo mais adequado. Em outros casos, mesmo não se configurando como um caso típico do GIPSI, ocorre o acolhimento e participação justamente por perceber que o sofrimento é intenso o bastante a ponto de agravar mais ainda a situação. Cabe como reflexão ao GIPSI e aos estudantes de psicologia em fase de estágios clínicos, o compromisso com o processo psicoterapêutico buscando a disponibilidade técnica e afetiva para o caso, dentre outros fatores como conciliação de horários, disponibilidade de salas para atendimento em clínica-escola e questões éticas no processo de formação. Outra consideração é que em muitos casos, o cliente e a família não se adequaram às regras do GIPSI de necessidade de terapia individual e familiar, onde ocorre uma evasão durante o tratamento, por desistência, principalmente do atendimento familiar.

4.2.1 Processo metodológico de análise

Seguindo a orientação de análise psicológica-fenomenológica, conforme descrita por Giorgi & Sousa (2010) e adaptadas Goto, Costa, & Schievano (2019), buscando identificar elementos essenciais nas narrativas das participantes, percorremos os seguintes passos:

1) Inicialmente, transcrevemos as entrevistas tendo em mente a atitude da redução fenomenológica, reafirmada por Goto (2015), como a tarefa de “retirar os elementos naturais (individuais e contingentes) das vivências ainda presentes na volta às coisas mesmas e chegar às suas essências”. Neste sentido, ao realizar as transcrições, buscamos evitar a criação de hipóteses ou julgamentos sobre as narrativas, apenas focando numa compreensão geral e buscando captar o

sentido da experiência em sua totalidade. Nesta etapa foram realizadas várias leituras das narrativas transcritas com essa finalidade.

2) Em seguida, buscamos criar as unidades de significado que, de acordo com Giorgi & Sousa (2010) são a divisão das narrativas em partes, denominadas unidades do significado. Com essa ação, é possível realizar um aprofundamento da análise psicológica. Para expor os significados, foi utilizado como critério a *transição de sentido* nos discursos analisados.

3) Com as definições das unidades de significado, transformamos as expressões dadas pelos sujeitos em expressões de caráter psicológico. Segundo Giorgi & Sousa (2010) cabe ao pesquisador a incumbência de intuir e descrever essencialmente os significados psicológicos contidos nas descrições dos participantes.

4) Através da estrutura geral de significados psicológicos, baseado no uso da variação livre imaginativa, transformamos as unidades de significado numa estrutura descritiva geral. Esta estrutura geral engloba os sentidos mais invariantes (comuns ou universais) que pertencem às unidades de significado transformadas em linguagem psicológica e as singularidades identificadas nas narrativas, ou seja, os elementos variantes. Nesse momento, buscou-se “estabelecer a essência do objeto de estudo através da variação livre imaginativa, na qual a análise eidética é enquadrada pela perspectiva psicológica do investigador, que define sínteses de significados psicológicos sobre o tema” (Giorgi & Sousa, 2010, p. 74).

5) com a estrutura geral dos significados psicológicos (invariantes e variantes), buscou-se encontrar as vivências psíquicas de mudanças positivas após o sofrimento psíquico grave e identificar e analisar as possíveis vivências psíquicas presentes nesses significados da experiência, como sugerem Goto e Feijóo (2016).

Seguindo os passos descritos acima, apresentamos as sínteses descritivas das narrativas coletadas através das entrevistas, realizadas com as participantes 01 e 03 que aceitaram participar desta etapa. As sínteses foram agrupadas de acordo com as cinco dimensões investigadas do CPT. Em cada dimensão, realizaremos apontamentos e discussões dos achados e também apresentaremos os itens utilizados como perguntas disparadoras na entrevista semiestruturada conforme a seguir:

4.2.2 Síntese descritiva das narrativas de apreciação da vida

Refletindo sobre a possibilidade de um evento traumático oferecer algum aprendizado, Tedeschi & Moore (2016) indicam que uma das lições mais comuns aprendidas com a experiência de perda é que paradoxalmente a vida tem muito a oferecer. Neste caso, apreciar o que já possui na vida ou o que restou após um evento traumático é identificado como um elemento do CPT. Para sobreviventes de traumas, cada aspecto simples da vida pode ser um presente maravilhoso, posto que o confronto com a perda ou a ameaça de perder algo precioso leva a uma mudança radical de prioridades e a uma maior compreensão do que é realmente importante na vida pessoal. Para avaliar essa dimensão, foram empregados os itens a seguir:

- Percebeu uma apreciação maior pelo valor da própria vida?
- Suas prioridades sobre o que é importante na vida mudaram?
- Conseguiu apreciar melhor a vida, em seu dia-a-dia?

Nesta dimensão, a participante 1 apresentou CPT maior respondendo positivamente para duas das três questões que avaliam esta dimensão. A Participante 3, apesar de não ter apresentado CPT significativo nesta dimensão, descreveu situações pontuais que ajudaram a

compreender e apreciar melhor a sua vida. O dado mais significativo foi em relação a ideações suicidas que foram diminuindo ao longo da intervenção precoce do GIPSI, nos dois casos, sobre este achado específico, vemos as pesquisas de Jordan, Malla, & Iyer (2019), Jordan, Malla, & Iyer (2020) e Wang, Lee, & Yates, (2019) que corroboraram com esta evidência encontrada.

Participante 01: Relata que percebeu uma apreciação maior pelo valor da própria vida, pois após a crise e o tratamento psicológico e psiquiátrico não teve mais ideiação suicida. Diz que mudou suas prioridades sobre o que é importante na vida, passando a se preocupar mais com seu bem-estar de forma geral. Em complemento, relata que passou a se conhecer melhor e respeitar os seus limites e buscou se envolver menos nos problemas de outras pessoas. Um exemplo dessa afirmação, vemos na seguinte fala:

- “Sim, por que eu tinha muita vontade de me matar entendeu? Principalmente na crise. Tinha muita vontade de suicídio, agora eu não já tenho mais”;
- “hoje eu me preocupo muito mais com o meu bem-estar, se eu estou bem. Se ... (pausa) eu sou a minha prioridade, entendeu? Então não adianta querer saber se o meu esposo está bem, se eu não ‘tô’ bem, não adianta querer saber se minha filha está bem, se eu não ‘tô’ bem. Então eu prefiro eu me preocupar d’eu estar bem, d’eu melhorar, entendeu? me preocupar comigo, estar bem, e depois eles. Entendeu? Aí eu posso cuidar deles. Não adianta querer cuidar deles se eu não cuido de mim, então foi a prioridade que mudou.”
- “Eu me deixava sempre em segundo lugar, entendeu? eu não cuidava de mim, não cuidava do meu emocional, não zelava muito de mim, não ... não ... não sabia os meus limites, eu não respeitava os meus limites, entendeu? Então eu nunca respeitava os meus limites, então isso me prejudicou muito porque eu me envolvi em muita confusão sem necessidade”.

Participante 03: Relata ter desenvolvido autocuidado e autonomia após o tratamento psicológico mesmo com os sintomas de sofrimento psíquico, afirmou que o vínculo terapêutico e o espaço de escuta foram importantes. Durante e após a crise passou a organizar melhor seus pensamentos, melhorar seus níveis cognitivos e ser mais cautelosa e metódica, como estratégia para evitar pensamentos disfuncionais. Afirma que não teve ideação suicida mas que não tem a “chama de querer viver”, afirmou que teve ganhos na qualidade de vida sim, mas diz de forma irônica que não alcançou o nirvana.

- “Então eu ‘tava’ , eh ... bastante constrangida, eu não cheguei a ter ideia de morte, (pausa) de querer tirar minha vida mas eu ‘tava’ muito envergonhada”.

- “Ao valor da minha própria vida ... é eu acho que houve uma questão de (pausa), uma questão de cuidado - eu acho que essa é a maior. É, independente d’eu não produzir, d’eu não ter moral, respeito, assim, a sensação que eu tive nesse início do tratamento foi de cuidado, de que era uma etapa, é o que eu ‘tô’ falando, eu não pensei nessa questão de morte”.

4.2.2 Sínteses descritiva das narrativas das relações interpessoais

Tanto a participante 1 quanto a 3 apresentaram CPT nesta dimensão das relações interpessoais. Retornando a Pietruch & Jobson (2012) ao relatar que pessoas que conseguem falar sobre seus traumas vencendo o conflito interno de evitar falar da experiência traumática é um facilitador de CPT, esta dimensão integra esse fato. Tedeschi & Moore (2016) apontam que aceitar o apoio em momentos difíceis torna o sujeito mais próximo dos outros, incluindo descobrir que os relacionamentos tornam-se mais fortes e íntimos, em parte, como resultado desse aprendizado, incluindo a melhoria nos relacionamentos com a família em geral e amigos. Ressaltamos aqui a importância do cuidado com o outro como um desafio. Como somos seres

relacionais, como aponta Costa (2017), ao nascermos, se não formos cuidados, morremos.

Necessitamos encontrar e aceitar o cuidado dentro de um contexto relacional íntimo, buscando o equilíbrio que promova autonomia e autossuficiência. Neste sentido, os itens que avaliaram essa dimensão foram:

- Houve algum aprendizado em relação às outras pessoas?
- Compreende melhor a necessidade dos outros?
- Passou a ter mais compaixão para com os outros?
- Passou a dedicar-se mais às relações pessoais?
- Percebeu que pode contar mais com as pessoas em tempos de dificuldade?
- Sentiu-se mais próximo das outras pessoas?
- Está mais disponível para demonstrar suas emoções?

Participante 03: Afirma que tem muita dificuldade em relacionamentos interpessoais, por isso não desenvolveu muitas amizades. Disse que não teve interesse em fazer nenhum tipo de associação ou adesão a algum tipo de seita, crença, credo ou filosofia. Apesar disso, conseguiu se desvincular de uma relação familiar simbiótica, e que projetava uma figura paterna no relacionamento com outras pessoas, principalmente nas relações afetivas. Apesar dessas dificuldades reafirmou que a terapia a ajuda a organizar seus pensamentos, mas teme ser “acética em relações interpessoais”. Como estratégia para esta dificuldade, passou a pesquisar mais sobre vivências sofridas de mulheres em outras culturas. Esse comportamento permitiu que a participante 03 desenvolvesse compaixão por grupos específicos de mulheres, quando ela afirma que passou “a ter um sentido mais humanitário assim depois que eu vi essa questão africana do Quênia das meninas que são mutiladas”. A participante 03 percebeu que antes se comportava de

forma infantil nos relacionamentos e que utilizou a estratégia de interpretar um personagem para conseguir interagir de alguma forma com outras pessoas. Também relatou que tenta controlar mais suas emoções, mas consegue expressar seus sentimentos ruins na terapia, incluindo assuntos tabus que não conseguiria falar em outros contextos. A Participante 03 percebe que pode fazer caridade, mas que agora vê um limite, “eu tento não ser a salvadora que dá conta de tudo”; também percebe que pode contar mais com as pessoas em tempos de dificuldade apesar de relatar que muitas pessoas tornaram sua vida mais difícil. Mesmo assim, teve a atitude de lidar com a dificuldade: “vou criar forças pra isso, superar isso”. Após a crise, percebe também que consegue se aproximar mais das pessoas. São exemplos de relatos dessa dimensão:

- “Houve, é assim eu aprendi a perdoar eu descobri com a doença, quando estava em terapia, que eu estava com muito ódio, ódio das pessoas, ódio do que tinham feito comigo, ódio do que eu tinha passado, principalmente com a minha mãe entendeu? Então assim, eu tinha um ódio que eu nem sabia que tinha esse ódio, sabe quando você descobre esse ódio na terapia? Eu descobri ele na terapia e aí eu pude perdoar, de verdade, não perdoar pela metade, não perdoar de mentira mas perdoar de verdade, não guardar mágoa, entendeu?”

Participante 01: Em relação ao aprendizado das relações interpessoais, afirma que aprendeu a perdoar, que antes sentia um ódio que nem sabia que existia, mas com a terapia passou a se compreender e perdoar as pessoas, deixando a relação com outras pessoas mais leves, mais suaves e menos pesadas. Afirma que passou a compreender melhor a necessidade dos outros, principalmente porque percebeu que foi muito bem cuidada em muitas esferas de sua vida, principalmente em sua família nuclear, passando inclusive a perceber que pode contar mais com outras pessoas mais íntimas ou a igreja em momentos de dificuldade, se sentindo mais próxima dessas pessoas. Afirma que já sabia muito o que o outro precisava, mas passou a

respeitar os seus limites não se sacrificando tanto como antes, buscando assim um equilíbrio, inclusive sendo mais reservada em relação aos seus sentimentos, pois antes era muito “aberta”. Também afirma que passou a ter mais compaixão para com os outros, pois ficou “mais sensível do emocional das pessoas”, buscando sempre oferecer algum tipo de ajuda ou suporte.

- (...) “próximo das outras ... eu acho que ando me sentido, né? É uma coisa que tá começando de um tempo pra cá, eu ainda não sei muito bem o impacto disso não”.

4.2.3 Síntese descritiva das narrativas de novas possibilidades

Esta é uma das dimensões mais visíveis e significativas do CPT pois trata das mudanças positivas em relação à vida, a novos caminhos e possibilidades após a recuperação de uma crise do tipo psicótica, por exemplo. Estas mudanças podem estar relacionadas a uma nova carreira, novos hábitos, uma nova filosofia de vida, novas crenças, desenvolvimento de novos talentos, comportamentos, etc.. o impacto do trauma/crise pode implicar em perceber um caminho completamente novo, que não havia sequer cogitado antes. Os itens que analisaram essa dimensão foram:

- Desenvolveu novos interesses?
- Estabeleceu um novo rumo para a sua vida?
- Conseguiu fazer coisas melhores com a própria vida?
- Existem outras oportunidades que não teriam existido antes?
- É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança?

Participante 03: Relata que foi se organizando mentalmente aos poucos e com isso, conseguiu explorar novas formas de conhecimentos. Conseguiu desenvolver um novo interesse

relacionado a jogos eletrônicos e a momentos de lazer, coisa que antes não era capaz de fazer. A Participante 03 afirma que não teve uma mudança de direção drástica dos seus objetivos; ainda pretende ter uma família, estudar, trabalhar e construir seu patrimônio, mas a forma e os detalhes de como e com quem isso seria mudaram. Durante a crise, a Participante 03 teve dificuldades de relacionamento com colegas do curso universitário, o que fez com que ela mudasse para outros cursos de pedagogia, filosofia e psicologia. Afirma que consegue fazer coisas melhores com a vida, tendo mais consciência sobre si, inclusive na condição de mulher, se aceitando de forma melhor, não ficando dependente exclusivamente da sua aparência e, sendo mais criativa. Acredita que apesar do seu contexto social e sua história de vida, conseguiu ver novas oportunidades de vida, principalmente através da universidade. Nesse espaço, a participante 03 tentou achar uma figura de orientador ou mestre e não conseguiu, se sentiu frustrada por isso, mas relata que por conta disso, consegue pensar de forma mais autônoma, ter mais disposição e força para enfrentar seus problemas. Pensa que consegue realizar suas coisas sozinha, dizendo “- ‘tô’ fazendo isso aqui e no fim eu falo, eu que fiz isso, tá ruim, mas fui eu”. A Participante 03 também relatou que aceita mais as mudanças, que sempre se adaptou fácil às situações.

- “É, eu fui tentando me organizar mentalmente , fui... (pausa) é eu fui tentando me organizar mentalmente ... fui explorando essa .É que assim, eu tive uma tendência a querer explorar, a saber, conhecer; então eu explorava muito isso, passei muito tempo da minha vida fazendo isso, tinha gente que... eu aprendi coisas novas, eu joguei videogame (risos), que era uma coisa que eu não tinha no meu universo, música também é uma coisa que entrou”.
- “Pois é, na época eu ‘tava’ sentindo necessidade de... ‘tava’ insuportável o meu curso, assim, Ciências Sociais, apesar de eu gostar muito de Antropologia, eu não ‘tava’ conseguindo me relacionar bem com as pessoas, e com essa sensação de perseguição, então, não, aí eu vou ter que procurar um pouco curso.”

Participante 01: Afirma que em relação a novos interesses, passou a querer voltar para faculdade e conseguir um emprego formal pois está passando por dificuldades financeiras. Afirma que estabeleceu um novo rumo para a sua vida buscando envelhecer bem e com saúde, evitando se sobrecarregar com problemas familiares na qual não consegue resolver, evitando assim entrar em um ciclo vicioso envolvendo-se em confusões e acumulando problemas. A Participante 01 afirma desta forma: “Isso terminou me dando um rumo novo? deu, porque eu acabei mudando, então quando eu mudo o mundo muda né! deu um novo rumo, então, eu quero envelhecer em paz, tranquilidade”. A Participante 01 também relata que vê a vida como uma oportunidade; o fato de estar viva e com saúde, de ter saído da crise e ter mais motivação para viver já é por si uma grande oportunidade que antes não existia ou era percebida. Também aceita que coisas que precisam de mudança sejam mudadas, tornando mais flexível, mas também relata que ainda existem detalhes de sua vida que não consegue mudar, principalmente eventos do passado que marcaram sua memória.

- “Existe , existe uma oportunidade por somente eu ‘tá’ vida , d’eu tá vida, d’eu não tá louca, d’eu não ‘tá’ nada, d’eu não ‘tá’ o tempo todo numa crise, o tempo todo apática. Então existe essa possibilidade. Me dá a possibilidade d’eu estudar, me dá oportunidade d’eu trabalhar, se eu quiser trabalhar eu vou trabalhar fora, d’eu poder montar um comércio pra mim, entendeu?”.
- “Sim, em me guardar, o rumo que eu coloquei foi envelhecer bem, com saúde, é... me guardar, evitar me sobrecarregar, evitar trazer problemas pra minha família, evitar... eu tinha um ciclo muito vicioso de ‘tá’ me envolvendo em confusão, de ‘tá’ trazendo problema pra mim, de... como diria... (pausa) eu queria tanto ajudar as pessoas que eu acabava não ajudando, então eu só vivia em confusão, então eu resolvi tirar isso da minha vida”.

4.2.4 Síntese descritiva das narrativas da potencialidade pessoal

O resultado desta dimensão foi bastante significativo, as duas participantes apresentaram respostas positivas para todos os itens avaliados. Um fato apontado em pesquisas sobre CPT e primeiros episódios do tipo psicótico, conforme Mazor et al (2016), Mazor, Gelkopf & Roe, (2018) e Tedeschi & Moore (2016) é que muitos sobreviventes de situações traumáticas ficam surpresos ao descobrir sua própria força interna. Uma discussão importante é que embora tenhamos a percepção de que é possível acontecer coisas ruins, pode parecer mais fácil perceber essas experiências na vida de outras pessoas, não na própria vida. Outra questão para reflexão é que pessoas que passaram por uma crise de sofrimento psíquico grave, percebem que podem lidar com problemas que acreditavam ser extremamente difíceis antes, ou que o enfrentamento de dificuldades diárias após o trauma leva algumas pessoas a desenvolver um maior grau de autossuficiência. As pessoas também percebem que podem enfrentar situações extremas com sucesso e que depois de passar por dificuldades extremas, sentiram que outros problemas se tornaram triviais. Conforme relato de Tedeschi & Moore (2016), isso implica utilizar recursos psicológicos que não eram imaginados ou ser capaz de administrar o sofrimento, resolver problemas e fazer mudanças significativas na vida. Os itens que avaliaram essa dimensão foram:

- Sente que pode contar mais consigo?
- Sabe que consegue lidar melhor com as dificuldades?
- Consegue aceitar o resultado das coisas de forma melhor?
- Descobriu que é mais forte do que pensava ser?

Participante 01: Relata que se sente mais segura e autoconfiante depois da crise. Consegue lidar melhor com as dificuldades dando exemplos de situações pelas quais passou e obteve êxito dizendo que “não leva aquilo a 8 ou 80”, apresentando mais equilíbrio em suas

atitudes. A participante 01 afirma que antes da crise, se um resultado não fosse como o esperado, tentaria de outra forma ou faria novamente outra tentativa, mas se fecharia para os relacionamentos. Agora afirma que continuaria tentando como antes, mas estaria mais aberta. A Participante 01 também descobriu que era mais forte do que imaginava, afirmando que sair da crise e da internação hospitalar a fez perceber essa qualidade.

- “Me tornei mais segura. Eu era muito insegura, eu tinha medo de perder ônibus até na parada de ônibus”

- “(...), eu termino aguentando, eu termino superando, não guardando, não ficando nervosa demais, não ficando angustiada demais, não levando aquilo a 8 ou 80.”

- “Descobri, porque a gente acaba tendo uma força de sair de uma crise que você não espera sair ‘né’? Você ‘tá’ totalmente atordoado, totalmente perdido, totalmente ... você não sabe o que é certo, o que é errado. Você não sabe por que você ‘tá’ ali, onde começou, por onde começou ... você não tem noção do que aquilo, entendeu? nem porque você ‘tá’ daquele jeito. Você de repente consegue sair?”

Participante 03: Afirma que através do seu esforço em buscar novos conhecimentos, após a crise percebeu que pôde contar mais consigo sabendo lidar melhor com as dificuldades, inclusive, percebendo ser mais forte do que acreditava. A Participante 03 consegue aceitar o resultado das coisas de forma melhor, afirmando que tenta fazer o que é possível ser realizado, se algo der errado, afirma que não entraria em crise como antes.

- (...) sim... sim. Nesse processo depois da crise? ... acho que sim... assim, é o que eu falei, não sou eh ... eu não resolvo tudo mas eu entendo que superei algumas coisas (...) acho que sim, há essa percepção de ser forte...sustentar, é, sim.

- “(...) eu tento colocar o que dá pra ser total, e o que dá pra ser esquematizado aí, ajustado, que pode dar certo e pode não dar certo, a nível de experiência, eu acho que sim. Quando vem alguma coisa ruim eu não vou entrar em crise né?”.

4.2.5 Síntese descritiva das narrativas das mudanças na espiritualidade

A luta para dar um sentido aos fatos traumáticos e como lidar com estes pode nos levar a profundos questionamentos sobre a vida e sobre o que acreditamos sobre ela. Durante esse momento de busca de compreensão e significado do momento traumático, pode ocorrer uma mudança de prioridade ou maior importância aos assuntos relacionados à espiritualidade, ou uma compreensão de como a vida deveria ser mais bem vivida. Para Tedeschi & Moore (2016) muitas pessoas podem encontrar uma orientação em escrituras sagradas, enquanto outras a buscam em ensinamentos e ideias mais seculares. Em outros casos, as pessoas podem descobrir suas próprias verdades não nas palavras dos outros, mas de uma forma muito individual.

Nesta dimensão percebeu-se o seguinte, a participante 03 apresentou um CPT maior que a Participante 01, provavelmente por questões de história de vida de ambas. Participante 01 é evangélica e praticante, após a crise, percebeu uma mudança em relação a qualidade da sua vivência espiritual. Já a participante 03, buscou aprofundar sua espiritualidade através de estudos e da desvinculação da tradição familiar. Os itens que avaliaram essa dimensão foram:

- Tem uma melhor compreensão dos assuntos espirituais?
- Passou a frequentar algum tipo de religião ou aprofundou-se na sua religião atual?
- Passou a se interessar mais por assuntos relacionados à fé, religião ou espiritualidade?
- O que acredita que mudou em relação a esses assuntos?

Participante 01: Em relação a questões existenciais, espirituais e religiosas após a crise, a participante 01 afirma que já possuía essa vivência religiosa, inclusive, não mudou de credo após a crise. Afirma que sua fé não mudou, mas que se estabilizou pois passou a perceber que

Deus poderia estar em qualquer situação. A participante 01 diz que deixou de ser religiosa e passou a ser mais espiritualizada. Nesse sentido, afirma que não se preocupa tanto com as liturgias e sim com suas atitudes pessoais. Achava que era a única certa em relação à religião e agora percebe que sua crença não é a única correta e que Deus não é só dela, mas de todos. No momento da sua crise teve dúvida sobre esta vivência por não saber distinguir entre uma experiência espiritual ou uma alucinação, porém, relata que foi através da espiritualidade que conseguiu sair da crise.

- “Já, já tinha, tanto que no começo eu fiquei foi perdida, eu fiquei meio duvidando da minha espiritualidade, entendeu? porque como eu tinha visão e tinha outras coisas, eu tinha alucinações, eu fiquei duvidando, então depois eu me acalmei, eu me compreendi que tudo é melhor, que Deus já tinha me guardado. Que na verdade Ele tinha me guardado, que ele tinha me protegido”.
- “Eu só vou ser religiosa se eu for pra missa todos os domingos, se sigo todas as normas da igreja, e hoje não, eu não preciso achar que Deus está comigo só porque eu vou na igreja todo domingo , só porque eu participo de toda ceia, por que eu sigo todas as regras, se eu leio a bíblia todos os dias, se eu oro todo os dias, não , eu não preciso disso. Eu posso orar nem todos os dias, mas Deus vai estar comigo, não preciso ir na igreja todos os dias, eu não preciso estar ali sempre, no sentido da religião mesmo, da prática religiosa, entendeu? eu não preciso disso pra Deus estar comigo, ficou claro?”

Participante 03: Afirma que teve oportunidade de falar sobre assuntos relacionados à espiritualidade e religião na sua terapia e no curso que frequentava na universidade, mas que foi através de suas reflexões e estudos independentes e autônomos que conseguiu desenvolvê-la e aprofundá-la. Passou por algumas igrejas evangélicas e hoje se denomina protestante. Relata que quando estava em crise, recebeu recomendações religiosas para cuidar do seu sofrimento, que foi associado a uma possessão demoníaca, sendo necessário ler a bíblia, colocar sal na casa e receber

visita de pastores ou ser levada para rezadeiras. Durante a crise e início do tratamento no GIPSI seus pais mudaram de religião, na qual relata ter medo, mas mesmo assim, respeita o credo que escolheram. A participante 03 relata que ainda busca uma compreensão melhor sobre a existência e a espiritualidade, tentando ver suas questões por uma visão mais simbólica, mas que acha que só quando estiver mais velha poderá compreender melhor esses assuntos.

- “A minha terapia foi bem aberta assim, eu não tive nenhum preconceito pra falar de isso não, mas assim, não foi na terapia que eu construí esse conhecimento de espiritualidade, porque envolveu principalmente as minhas reflexões, minhas prioridades, o que eu via na internet, as leituras que eu fazia, acho que foi por aí sim, mas eu tive que lidar com essa dimensão também...”
- “Aí eu tive que me aprofundar em algumas questões que ... minha mãe na época que eu passei mal, ela me pedia pra ler a bíblia, uns negócios bem ... tem uma tendência na minha família ... na realidade que eu vivo, que psicose, assim, a pessoa tá passando mal ela é ... tem que pedir pra pessoa orar, levantar a mão é tipo assim, eu vim de um universo que tinha que levar pra rezadeira né, pedir pro pastor ir na minha casa, botar sal na casa, umas coisas assim”.

4.3 Estrutura Geral de Significados Psicológicos

Como resumo geral, apresentamos de forma tabulada a estrutura Geral de Significados Psicológicos bem como a discussão sobre os temas abordados, evidenciando em negrito os conteúdos invariantes identificados na análise.

Tabela 7

Lista geral de Estrutura Geral de Significados Psicológicos variantes e invariantes

Estrutura Geral de Significados Psicológicos	Tipo
Crise (tentativa de lidar com os sintomas de forma mais funcional)	Invariante

Crise (conflito entre vivências espirituais e sintomas psicóticos)	Invariante
Crise (Confusão mental durante)	Invariante
Crise (encaminhamentos de hospitalizações para o GIPSI)	Variante
Crise (estigma como algo demoníaco segundo crenças de pessoas próximas)	Variante
Crise (fantasia de um salvador para os problemas enfrentados)	Variante
Crise (história de vida e traumas anteriores à crise)	Invariante
Crise (Ideações suicidas antes e durante a crise de sofrimento psíquico grave)	Invariante
Crise (Sintomas de sofrimento psíquico grave)	Invariante
Dificuldades financeiras (conseguir um emprego formal)	Variante
Espiritualidade (aprofundamento na espiritualidade)	Invariante
Espiritualidade (poder tratar do tema na psicoterapia)	Invariante
Espiritualidade (apoio a resolução da crise)	Variante
Espiritualidade (buscar assuntos religiosos na academia)	Variante
Espiritualidade (dificuldade de falar sobre na terapia)	Variante
Espiritualidade (dificuldades de aceitar credos diferentes antes da crise)	Variante
Espiritualidade (melhora na tolerância religiosa)	Variante
Espiritualidade (práticas religiosas para enfrentamento de crises psicóticas)	Invariante
Espiritualidade (sensação de comunhão com o sagrado)	Variante
Pós-crise (busca de autoconhecimento)	Invariante
Pós-crise (aceitação das coisas como são)	Invariante
Pós-crise (Administrar os momentos de tristeza)	Invariante
Pós-crise (autoaceitação)	Invariante
Pós-crise (Dedicação e melhoria nas relações familiares)	Variante
Pós-crise (descoberta de poder pessoal)	Invariante
Pós-crise (desenvolvimento de aspectos cognitivos)	Variante
Pós-crise (desenvolvimento de autoconfiança)	Invariante
Pós-crise (desenvolvimento de autonomia)	Invariante
Pós-crise (Desenvolvimento de empatia e altruísmo)	Invariante
Pós-crise (desenvolvimento de habilidades em relacionamentos afetivos íntimos)	Variante

Pós-crise (desenvolvimento de novos interesses)	Variante
Pós-crise (desfrutar de momentos de lazer)	Variante
Pós-crise (estratégias de enfrentamento em momentos difíceis)	Invariante
Pós-crise (flexibilidade para mudanças na vida)	Invariante
Pós-crise (força de vontade para enfrentar as dificuldades)	Invariante
Pós-crise (frustração por não poder continuar o tratamento)	Variante
Pós-crise (Investimento em estudos formais e acadêmicos)	Invariante
Pós-crise (melhor apreciação da vida)	Invariante
Pós-crise (Motivação para buscar uma carreira profissional)	Variante
Pós-crise (mudança de atitudes frente adversidades)	Invariante
pós-crise (o estudo como possibilidade de autoconhecimento)	Variante
Pós-crise (perdão como enfrentamento aos sentimentos de ódio)	Variante
Pós-crise (se conhecer melhor e respeitar os próprios limites)	Invariante
Pós-crise (tranquilidade ao falar de momentos traumáticos do passado)	Invariante
Processo psicoterapêutico (Importância do acolhimento, cuidado e continência)	Invariante
Processo psicoterapêutico (continuidade na psicoterapia apesar de remissão dos sintomas)	Variante
Processo psicoterapêutico (elaboração de conteúdos)	Invariante
Processo psicoterapêutico (espaço de escuta e apoio)	Invariante
Processo psicoterapêutico (espaço para catarses)	Invariante
Processo psicoterapêutico (percepção da terapia individual e familiar como benéficos)	Invariante
Processo psicoterapêutico (acolhimento peculiar das crises do tipo psicótica)	Invariante
Processo psicoterapêutico (agradecimento e reconhecimento da importância do GIPSI)	Invariante
Processo psicoterapêutico (continuidade do tratamento após o GIPSI)	Variante
Processo psicoterapêutico (durante o atendimento no GIPSI não houve crises)	Variante
Processo psicoterapêutico (geração de insight sobre a crise e a vida)	Invariante
Processo psicoterapêutico (Importância do vínculo terapêutico)	Invariante
Processo psicoterapêutico (queixas de mudanças de psicoterapeuta)	Variante
Processo psicoterapêutico (queixas no encerramento psicoterápico)	Variante

Processo psicoterapêutico (resolução das angústias psicológicas)	Invariante
Processo psicoterapêutico (tranquilidade no fim do processo terapêutico)	Invariante
Processo psicoterápico (elogios aos profissionais do GIPSI)	Variante
Qualidade de vida (busca de saúde e bem-estar)	Variante
Qualidade de vida (Autocuidado)	Invariante
Qualidade de vida (buscar bem-estar na velhice)	Variante
Qualidade de vida (Planos e metas para o futuro)	Invariante
Relações interpessoais (buscar equilibrar a expressão das emoções)	Invariante
relações interpessoais (buscar melhorar a qualidade das)	Invariante
Relações interpessoais (dificuldades de relacionamento antes e durante as crises)	Invariante
Relações interpessoais (estratégias pessoais para resolução de problemas intrapessoais)	Invariante
Relações interpessoais (Busca evitar conflitos nas)	Invariante

A partir das vivências relatadas, das sínteses descritivas e das unidades de significados comuns e significados psicológicos em todas as narrativas (conteúdos invariantes) percebeu-se que as crises de sofrimento psíquico grave foram vivências geradoras de muita confusão mental logo no seu início e que as histórias de vida e traumas anteriores foram elementos que contribuíram para desencadear a crise. Também se observou que essas crises, de tão angustiantes e sofridas, geraram ideações suicidas antes e durante a fase mais intensa. O conflito entre vivências espirituais e sintomas psicóticos também foram elementos invariantes e apesar do sofrimento inerente, houve uma tentativa de lidar com os sintomas de forma mais funcional. Este achados corroboram com as pesquisas de Pietruch & Jobson (2012); Mapplebeck, Joseph & Sabin-Farrell (2015); Mazor, Gelkopf, Mueser & Roe (2016); Jordan, Pope, Lambrou, Malla, & Iyer (2017); Jordan, Burke, Roe & Davidson (2019); Wang, Lee, & Yates (2019); Jordan, Malla, & Iyer (2020); Mazor, Gelkopf & Roe (2020); Lee, Verma, & Subramaniam (2020); Mazor, Gelkopf & Roe (2020) sobre o impacto das crises do tipo psicótica na vida das pessoas.

Em relação aos achados das pesquisas do GIPSI, apontamos por Silva (2017), Buzar (2015) e Bessoni (2008) e a necessidade de favorecer o holding no processo terapêutico. Podemos elencar novamente a pesquisa de Carvalho (2006) na investigação das mudanças percebidas após a remissão da crise, muito antes dos estudos internacionais conforme levantamento bibliográfico. Veiga (2010) aponta para a questão da busca por uma identidade, logo um significado como imperativo no enfrentamento dos sintomas mais graves do transtorno do tipo psicótico, é que esses sintomas são manifestação legítima que devem ser levadas em consideração, pois partem de sua realidade subjetiva.

Outro significado invariante foi atribuído às vivências espirituais, onde as crises levaram a uma abertura à espiritualidade e seu aprofundamento, além disso, a possibilidade de poder falar sobre o tema na psicoterapia foi um facilitador identificado. As participantes também utilizaram práticas religiosas como enfrentamento de crises psicóticas. Estes achados estão de acordo com os achados de Jordan et al (2018); Jordan, Malla, & Iyer (2019) e Jordan, Malla, & Iyer (2020), que mesmo com esta evidência, pouco se sabe sobre até que ponto os primeiros episódios do tipo psicótico contribuem para mudanças na dimensão espiritual.

Mais uma vez é frisado o potencial que a espiritualidade e a religião desempenham em proteger as pessoas do estresse e apoia as afirmações teóricas de que a espiritualidade ou religião podem contribuir para o crescimento na adversidade. Em relação ao GIPSI, a pesquisa de Mano (2010) é apontada como pioneira no Brasil ao verificar questões de desenvolvimento psicológico, fatores ambientais e relacionais ligados à questão religiosa, que contribuíram para o início de um processo de sofrimento psíquico grave. Mano (2016) afirma que essa dimensão espiritual relacionada ao Sagrado é precursora de um numa dimensão espiritual, necessitando de uma melhor diferenciação dos critérios entre sofrimento psíquico e sofrimento espiritual,

indicando que erros de diagnóstico ocorrem por não levar em conta o fator da espiritualidade e religiosidade como participantes do processo de sofrimento psíquico, alertando para a necessidade de uma discriminação dos supostos ‘sintomas’ vivenciados através dessas vivências.

As vivências experienciadas após o tratamento do GIPSI apresentaram os seguintes significados invariantes: após a crise e a finalização do processo psicoterapêutico no GIPSI houve uma busca pelo autoconhecimento e também por se reconhecer melhor e respeitar os próprios limites, por uma maior aceitação das coisas como são, uma maior capacidade de administrar os momentos de tristeza, uma maior autoaceitação, pela descoberta de poder pessoal para enfrentar problemas, pelo desenvolvimento de autoconfiança, autonomia, empatia e altruísmo; pela busca de estratégias de enfrentamento em momentos difíceis, maior flexibilidade para mudanças na vida, mais força de vontade para enfrentar as dificuldades, busca de investimento em estudos formais e acadêmicos, melhor apreciação e valorização da própria vida, possibilidade de mudança de atitudes frente adversidades e tranquilidade ao falar de momentos traumáticos do passado. Esses resultados mostram-se em acordo com as pesquisas de Mazor et al (2016); Mazor, Gelkopf, & Roe, (2018); Jordan et al (2018); Jordan, Malla, & Iyer (2019); Wang, Lee, & Yates, (2019); Jordan, Malla, & Iyer (2020) que apontaram as mudanças positivas após as primeiras crises do tipo psicótica.

Em relação aos achados sobre o processo psicoterapêutico, a clínica tradicional e a clínica ampliada do GIPSI, vimos que a atual pesquisa corrobora com a pesquisa de Puchivailo (2018), onde afirma existir um princípio maior que as instituições, decretos, leis e portarias, esse princípio é o de humanização dos serviços de saúde mental. Já Brito (2011) aponta para características únicas dos casos atendidos pelo GIPSI e ofereceu os apontamentos sobre a empatia no processo terapêutico e os limites deste tipo de clínica: limites do terapeuta, limites

para o estabelecimento de vínculo e limites de intervenção sobre o paciente. São indicados como pesquisas que vão em direção aos achados atuais as pesquisas de Rodrigues (2010), Silva (2007); Silva (2013); Resende (2015)

Sobre o Processo psicoterapêutico, as participantes relataram a importância do acolhimento, do cuidado e da continência no momento da crise, sendo frisado pelas participantes que o acolhimento peculiar das crises do tipo psicótica oferecidas pelo GIPSI fizeram diferença no momento de construção do vínculo terapêutico. Há a percepção de que a terapia ajudou na elaboração de conteúdo, gerando insights que levaram ao entendimento da crise, resolução das angústias e entendimento sobre questões existenciais. A terapia também foi percebida como um espaço de escuta e apoio, operando também como um espaço para catarses. Sobre as especificidades do GIPSI no acolhimento à crise, a percepção da terapia individual e familiar foi vista como benéfica, principalmente em relação à terapia familiar. O fim do processo psicoterápico foi declarado como tranquilo, sendo que uma das participantes relataram como conteúdo variante que não quis encerrar o tratamento naquele momento, inclusive ainda faz terapia atualmente. Houve conteúdos de agradecimento e reconhecimento da importância do GIPSI durante todo o processo terapêutico. Jordan, Malla, & Iyer (2020) e Wang, Lee, & Yates, (2019) apresentaram algumas evidências sobre o processo terapêutico na resolução de uma crise e facilitador de CPT, como por exemplo o desenvolvimento da autoaceitação, autodescoberta e autorrealização, sendo as participantes buscaram novos significado para vida, através da psicoterapia, ou ajustando suas relações interpessoais ou agindo em prol de outras pessoas. Jordan, Malla, & Iyer (2020) apontam para a internação involuntária como contraditória, vista pelos sujeitos como facilitadora de mudanças positivas, mas ao mesmo tempo relatam a natureza angustiante ou traumática de ser hospitalizado.

Qualidade de vida foi um conteúdo invariante, todas as participantes relataram que após a resolução da crise, passaram a desenvolver mais o autocuidado e realizar planos e metas para o futuro. Nesta pesquisa, Jordan, Malla, & Iyer (2020) também afirma que os participantes reconheceram os serviços e tratamentos de saúde mental recebidos como facilitadores de uma mudança positiva, inclusive os cuidados recebidos pelos sujeitos na intervenção precoce do serviço, incluindo a forma como foram tratados, e a psicoterapia também foi vista como facilitadora de mudanças positivas. Em relação à medicação, não houve relato espontâneo sobre o seu uso e a sua promoção em uma melhoria da saúde mental ou facilitadora de mudança positiva.

Sobre as relações interpessoais, um ponto delicado no relato, observou-se dificuldades de relacionamento antes e durante as crises e uma tentativa de equilibrar a expressão das emoções nas relações, ora para evitar demonstrar fragilidade e sintomas da crise, ora para evitar excessos que causasse problemas ou conflitos nas relações. Após esse equilíbrio, as participantes criaram estratégias pessoais de enfrentamento desses problemas e dificuldades, e aos poucos foram buscando uma relação interpessoal com mais qualidade. Pietruch & Jobson (2012). Em relação aos achados do GIPSI e as relações interpessoais, constatou-se que o apoio e intervenção na família reduzem a probabilidade de recaídas e na resolução das crises, ratificando os trabalhos de Jansen (2007); Gondim (2007); Ribeiro (2018); Oliveira (2015); Silva, (2017) e Carvalho (2006)

5.3 Discussão geral sobre os resultados da pesquisa

Abrindo a discussão geral sobre os resultados da pesquisa, voltamos à problematização central desta dissertação, que parte do constructo do sofrimento psíquico grave nas primeiras

crises do tipo psicótica em clientes do GIPSI, buscando ampliar o conhecimento sobre vivências após crises psíquicas graves e observar as possibilidades de mudanças positivas após a superação dessas crises. Inicialmente, a problematização partiu de duas epistemologias distintas, uma idiográfica (sofrimento psíquico grave), dentro do paradigma psicossocial¹³ e outra utilizada mais em pesquisas nomotéticas, porém de base epistemológica construtivista e integrativa (CPT) e mais ainda, com o intuito de ampliar o conhecimento sobre uma vivência singular, a de percepção de mudanças positivas após crises de sofrimento grave, elegemos a fenomenologia como método de investigação sobre esta vivência que engloba o sofrimento humano, num contexto mais geral.

Em relação aos dados da pesquisa, os sintomas do sofrimento psíquico grave foram experienciados como sofridos e angustiantes, mas não foram tomados como permanentes. No fluxo da vivência, foi percebido como transitório. A crise chegou a dissolver o sentido da vida, quando nos relatos, deparamos com as ideações suicidas, mas as mesmas crises deram a capacidade de recriar e ressignificar novos sentidos para a vida. As dimensões do CPT foram observadas em todas as participantes da pesquisa sendo a dimensão mais significativa a de descoberta de uma força para enfrentar as dificuldades e problemas advindos com a crise e como superá-los.

A fenomenologia, como doutrina universal das essências, permitiu através do estudo das vivências intencionais das mudanças positivas após uma crise de sofrimento psíquico grave, retornar o olhar do que é revelado pela experiência, sendo possível chegar a essa determinada essência. Uma diferenciação entre o fato empírico observado na pesquisa e as essências (*eidós*) observadas foi sua relação inseparável entre sujeito-pesquisador e participante-objeto-de-estudo

¹³ Um questionamento sobre essa base teórica utilizada pelo GIPSI, cabe uma reflexão sobre a atualização do termo biopsicossocioespiritual.

(*a priori* da correlação), a relação entre noese e noema e as intencionalidades, buscando evitar a atitude naturalista, buscando colocar em suspenso todas as predeterminações e juízos para alcançar uma atitude reflexiva pela redução eidética (*epoché*), ou seja, perceber os fenômenos como são, a partir deles.

Um questionamento pessoal sobre o uso da fenomenologia como método é a sua capacidade de generalização através das hipóteses levantadas. Feijoo e Goto (2016, p.6) apontam que para Husserl, “em todo geral está o particular e em todo particular encontra-se o geral”, afirmando ser possível a generalização através da fenomenologia desde que a redução eidética seja aplicada.

Percebeu-se a que a vivência do sofrimento psíquico grave ocorre em um fluxo contínuo de retenção (eventos do passado) e propensão (momento futuro), conectando o sujeito no espaço-tempo (mundo cronotópico) onde a consciência intencional percorre as vivências corpóreas, psíquicas e espirituais. Em cada nível dessa consciência intencional, os atos vividos (ato perceptivo, ato reflexivo e ato espiritual) se apresentam como um entrelaçamento multidimensional, devendo ser reconhecido neste caráter de multiplicidade de manifestações desse sofrimento. Concordamos com Santos (2020) que afirma que não devemos perder tempo supondo o sofrimento do outro, mas sim, compreender o fenômeno em si mesmo. Essa compreensão, como dito anteriormente, deve ser uma escala multidimensional, considerando os aspectos vitais, existenciais, sociais e políticos como partes integrantes da existência.

O sofrimento humano, conforme apontado por Costa e Ramos (2018) e Rezende & Costa (2018), como “vivência singular, subjetiva e intersubjetiva, fundamental que parte da angústia de existir como ser humano, lançado no mundo” pode ser visto como singular devido a impossibilidade de determinar o conteúdo da vivência de outra pessoa, o que remete a condição

observada por Levinas sobre um sofrimento inútil, onde a hipóstase entre a relação eu-outro, demarca-se o limite do eu, o que leva a uma solidão. Esta relação é transitiva, isto é, eu vejo o outro, mas eu não sou o outro, eu sou totalmente só. Além de inútil, este sofrimento é paradoxal, como aponta Santos (2020) – estou sujeito a algo que quero superar, mas o atributo interno desse sofrimento depende do que foi subjetivado como vontade de superação.

Na *epoché* sobre o sofrimento humano Minkowski (2000) retira todo afeto e julgamento moral sobre a questão, afirmando que o sofrimento não deve ser visto como um bem ou mal. Esta afirmação conduz à impossibilidade da existência do bem ou mal *in semet ipsis*¹⁴, mas como uma concepção que é direcionada às coisas de acordo com a percepção intencional do que o sujeito percebe como benéfico ou maléfico, neste caso, o sofrimento humano é subjetivo. Minkowski (2000) lança a questão sobre o sentido do sofrimento, já que não pode ser qualificado como bom ou ruim, mas sim, integrante da condição existencial. O sofrimento não tem sentido algum, mas, permite justamente encontrar o sentido da vida.

Neste sentido, realizamos uma síntese integrando conceitos fundamentais apresentados no referencial teórico, da seguinte forma: para Frankl (2019), em sua proposta filosófico-antropológica sobre o ser humano, nos seus fundamentos, constitui o ser humano como *homo patiens*. Já Ricoeur(1994), na distinção entre dor e sofrimento, relembra que o sofrimento leva a um aprendizado (*pathei mathos*).

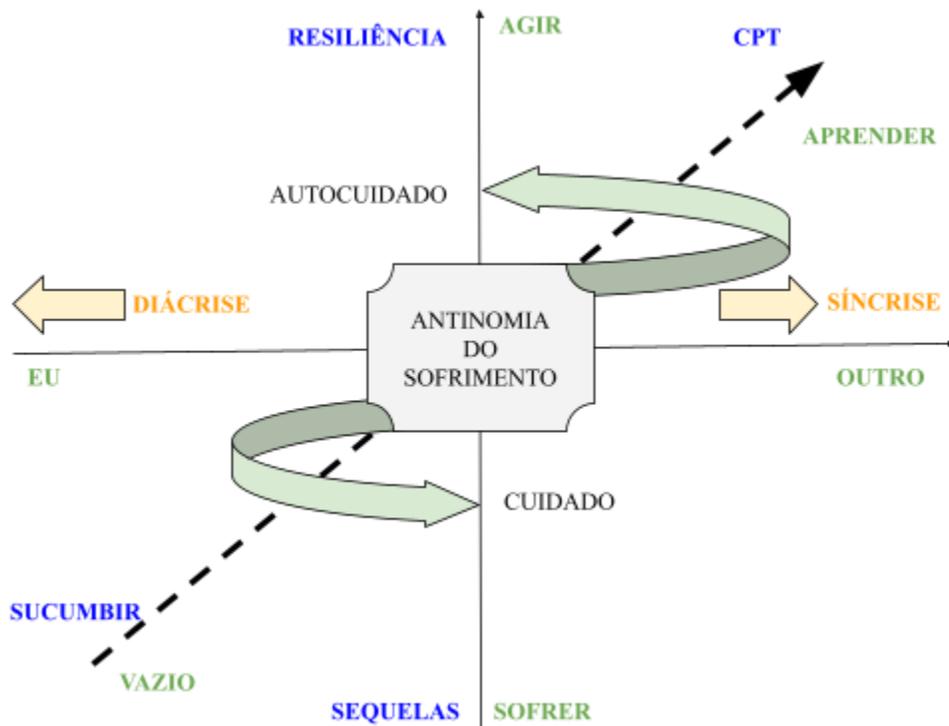
Esquemmatizando a fala de Ricoeur(1994) no qual propunha os dois eixos, eu-outro, agir-sofrer, vazio-aprendizado, incluindo ainda o as proposições do crescimento pós-traumático diante uma acontecimento trágico e traumático; bem como a multidimensão da vivência do

¹⁴ Em si mesmos.

sofrimento psíquico grave, teríamos um gráfico que nos possibilitaria essa ampliação do conhecimento sobre esse tipo particular de vivências, a forma abaixo.

Figura 13

Eixo ortogonal do sofrimento humano



Deste modo, colocamos como ideia central a concepção do sofrimento como uma antinomia na relação ao bem-mal, dependendo da dimensão vivenciada, tendo como eixo fundamental a relação eu-outro. Esta relação é fonte de crises, no sentido de fornecer constantemente uniões e separações com esse outro, onde percebemos que os **vínculos** (aquilo que liga ou estabelece uma relação) com o outro, pode nos levar colocar numa completa dependência (estágios iniciais da vida) necessitando de cuidado para sobreviver até alcançarmos uma interdependência. Conforme teorizado por Winnicott (1994,1994a,1994b), uma separação desse outro em prol de uma autonomia em que sou independente, mas vejo a relação com o outro

como necessária. Nesta relação eu-outro, aprendemos a cuidar sendo cuidados, e a cuidarmos de nós mesmos à medida que a autonomia aumenta e a dependência do outro diminui.

Como podemos observar no quadrante inferior esquerdo do gráfico, o lado mais sombrio do sofrimento, ocorre justamente um distanciamento do outro (diácrise), quanto maior a possibilidade de diastemas, vazios existenciais, maior a possibilidade de crises. Porém, paradoxalmente, ficamos mais necessitados de cuidados, se um evento traumático ocorrer nesse espaço, as chances de crescimento pós-traumático são mínimas, levando o sujeito a possibilidades de sucumbir ou sobreviver ao trauma e a crise com sequelas nas quais são difíceis de superar. Deste modo a interseção eu-vazio-sofrimento se mostra mais intensa

Já no quadrante oposto (superior direito), a relação com o outro é mais consistente e próxima, o sofrimento ainda existe como condição existencial, mas fornece insumos para o aprendizado e crescimento, conseguimos transpor os obstáculos por intermédio da ação, neste quadrante há uma resiliência, uma possibilidade de resistir às adversidades através do agir. Por estar mais próximo um do outro, teremos mais chances de receber cuidados necessários para superação do sofrimento caso aconteça um evento traumático ou crítico, bem como ter condições de realizar um cuidado pessoal, que aprendemos a cultivar na relação eu-outro. Quanto mais vínculos com qualidade, menores as chances de sucumbir ao vazio ou cair em uma entropia. Vemos então o eu-vazio-sofrimento sendo transformado pelo agir-aprender-outro, onde esse outro se responsabiliza eticamente (Levinas) por um reconhecimento que leva o *outro* a doação e convoca esse *eu* a ação numa relação de alteridade.

Nesta tentativa de esquematizar essa complexa relação corre o risco de cair numa simplificação, desse ponto de vista, consideramos que o esquema fornece uma direção, uma forma de compreender o fenômeno de superação da crise e do sofrimento psíquico grave. Em

relação a hipótese estabelecida pelo GIPSI, posicionada da seguinte forma: 1) a crise e o sofrimento são intrínsecos ao ser humano, 2) o fenômeno é altamente complexo, singular e multidimensional e 3) o acolhimento e as relações de cuidado oferecidas nas intervenções das em sofrimento psíquico contribuem positivamente para o crescimento pós-traumático puderam ser revalidadas.

A implicação do sujeito em sofrimento psíquico grave em olhar para sua relação eu-outro, no sentido mais fundamental, ou seja, a relação familiar, foi possível compreender através do relato das participantes, o quanto foi possível separar as questões pessoais das questões familiares, aprender com o sofrimento, reconhecer as possibilidades apresentadas nas dimensões do crescimento pós-traumático, e principalmente, do cuidado recebido no momento decisivo da crise, que possibilitou uma resignificação do sofrimento e uma mudança positiva na vida das participantes. Desta forma, encerramos a discussão, mas abrimos como prerrogativa fenomenológica, o fenômeno observado à consciência.

5. Considerações finais

“Se você banir todos dragões, não restará heróis”

Iniciamos as considerações finais com uma epígrafe de um autor desconhecido que, com uma frase simples, comporta de forma simbólica, uma síntese sobre o trabalho ora apresentado. Os dragões são necessários para existência dos heróis, pois sem os quais a vida seria monótona e ordinária, mesmo que esses dragões sejam internos. Como ressalva, complementamos que, para uma verdadeira síntese, precisamos incluir outras figuras neste enredo, além dos dragões, o herói precisa de escudeiros, princesas, reinos, armas, armaduras, cavalos, reis, povo, magos e curandeiros. As figuras metafóricas são inúmeras e podem demonstrar que este herói nunca está só, e que depende do dragão para dar sentido a sua existência.

Desta forma, esperamos ter conseguido chegar ao fim da dissertação, partindo da fenomenologia do sofrimento humano apresentada no capítulo 1, além da justificativa de preenchimento de uma lacuna sobre o tema do crescimento pós-traumático nas primeiras crises do tipo psicóticas no GIPSI bem como o aprofundamento das bases teóricas do constructo CPT, suas contribuições e críticas no capítulo 2, chegando as produções acadêmicas do GIPSI no capítulo 3 e, ter direcionado a problematização apresentada, alcançando o objetivo principal da pesquisa, no qual pretendia-se compreender as vivências após uma crise psíquica grave e identificar os elementos que promoveram o CPT nos clientes dos serviços oferecidos pelo GIPSI.

Esperamos também que as contribuições teóricas e práticas do GIPSI no atendimento às primeiras crises do tipo psicótica foram analisadas, fornecendo um grande arcabouço de conhecimento sobre o sofrimento psíquico grave. Em relação ao objetivo secundário de verificar a percepção dos clientes a respeito de sua crise e como foi o atendimento prestado pelo GIPSI,

acreditamos que este objetivo foi atingido, porém, a proposta inicial era realizar esse levantamento com todos os clientes (70 participantes), onde somente 5 responderam a esta parte da pesquisa. Em relação ao objetivo secundário de identificação dos fatores de superação e mudança após as crises do tipo psicótica que caracterizam o crescimento pós-traumático, consideramos que foi atingido pois através do método fenomenológico, que permitiu através das sínteses de significado psicológicos, elencar os seguintes fatores: a crise como terreno de fertilidade e oportunidade de desenvolvimento, possibilidade de aprofundamento espiritual e utilização de práticas religiosas para a superação da crise, a busca do autoconhecimento, autoaceitação, descoberta de poder pessoal, saber aceitar as coisas como são e administrar os momentos de tristeza, o desenvolvimento da autoconfiança, autonomia e altruísmo, a flexibilidade para aceitar as mudanças, novas estratégias de enfrentamento de dificuldades, melhor apreciação da vida e investimento em uma carreira profissional; foram alcançadas através do processo terapêutico que permitiu a elaboração dos conteúdos psíquicos, forneceu um espaço de escuta e apoio, inclusão da família no processo, geraram insights sobre a vida e a crise em específico, reduzindo as angústias existenciais, melhorando a qualidade de vida, incentivando o autocuidado, a busca de bem-estar e planos para o futuro, bem como a melhora nas relações interpessoais.

A indagação de Ricoeur (1994) sobre o que podemos aprender com o sofrimento ecoa e provoca uma reflexão, num sentido de retorno a si, o retorno às coisas mesmas. Sobre o sofrimento psíquico grave e o crescimento pós-traumático, A compreensão do porquê sofremos precisa de uma nova perspectiva do ‘porque sofremos?’, para ‘para quê sofremos?’. Na primeira pergunta, nos voltamos para as causas do sofrimento, na segunda, buscamos sua finalidade.

Essa simples mudança sintática de uma conjunção subordinativa causal para uma conjunção subordinativa adverbial final remete questionamentos existenciais: para que sofrer, qual a finalidade desse sofrimento, por conseguinte, qual é seu sentido. A visão do ser humano como sofredor por natureza e que esse sofrimento faz crescer, se dá numa relação ética proposta por Levinas e Winnicott, cada qual a sua maneira, sobre o cuidado. Neste sentido, o pressuposto estabelecido pelo GIPSI de que o acolhimento e as relações de cuidado oferecidas nas intervenções das primeiras crises do tipo psicótica contribuem positivamente para o crescimento pós-traumático foram confirmadas.

De uma forma geral, percebemos que um grande desafio para esta pesquisa foi a utilização da fenomenologia como método investigativo, pois pressupõe a máxima ‘voltar às coisas mesmas’, implicando em eliminar todos os pressupostos e conhecimentos a priori na fase de análise dos dados. Deixar que os dados falem por si é uma condição *sine qua non* para uma análise fenomenológica, e por seguinte, outro desafio foi ‘ver’ os dados como se mostram, ou em termos fenomenológicos, intuir e ver como as coisas são.

A intervenção precoce reduziu o agravamento da crise e o tempo de hospitalização, reduziu o risco de suicídio, contribuiu para o fortalecimento do vínculo terapêutico e o desenvolvimento do processo terapêutico e para a reorganização dos relacionamentos interpessoais íntimos.

Com a conclusão dessa dissertação, acreditamos que existe uma necessidade de aprofundamento epistemológico em relação a teoria do CPT no sofrimento psíquico grave. Este aprofundamento poderia ocorrer através de uma reflexão filosófica. Por exemplo, Tedeschi e Calhoun (2018) citam a influência de filósofos como Nietzsche, Kierkegaard e Sartre na construção conceitual do CPT; em seu livro mais recente sobre a base teórica do CPT, reserva

um capítulo específico para abordar o tema religião e filosofia, entretanto somente dois parágrafos desse capítulo foram dedicados à filosofia, dando mais ênfase a questões teológicas.

Além disso, não observamos um aprofundamento das bases teóricas dos filósofos citados, nem como essa influência ocorreu diretamente na construção do CPT. Em relação a Nietzsche, os autores apenas citam a frase “o que não mata, te fortalece” e sendo que poderiam apresentar argumentos epistemológicos desta influência.

Por outro lado, caso ocorra um interesse maior pelo CPT e novas pesquisas sejam iniciadas, mais evidências empíricas, reflexões conceituais e filosóficas podem contribuir para o entendimento deste fenômeno tão complexo. Com este aprofundamento a discussão sobre a terminologia do CPT poderia ser mais encaminhada, primeiro em relação ao uso da palavra crescimento, segundo em relação a seus termos correlatos como recuperação pessoal e recuperação clínica. Conforme discutido no trabalho, o termo crescimento pode transparecer a ideia de quantidade mensurável em detrimento a palavra desenvolvimento, que supera a mensurabilidade trazendo uma dimensão qualitativa à superação. Mesmo que o termo desenvolvimento esteja relacionado aos estágios de desenvolvimento humano e etapas evolutivas, se o sofrimento se mostra como constitutivo do ser humano, não haveria problema em trocar o termo crescimento por desenvolvimento pós-traumático.

Como desdobramento desta pesquisa, observamos que o tema é promissor e pode indicar reflexões e contribuições para o entendimento do sofrimento psíquico grave e o sofrimento humano, num ponto de vista mais amplo, bem como as mudanças positivas ocorridas através desse tipo de crise. Com o resultado apresentado, o acolhimento de novos clientes do GIPSI podem ser beneficiados caso uma sistemática de acolhimento fosse desenvolvida através de oficinas metodológicas aos novos estagiários, onde esse treinamento apontasse a dimensão ética

do tipo de acolhimento realizado pelo GIPSI, e a forma e o preparo profissional para dar continência e suportar o processo terapêutico da clínica do sofrimento psíquico grave observando as dimensões de apreciação da vida, novas possibilidades, potencialidades pessoais, relações interpessoais e mudanças espirituais e existenciais..

Como sugestão para novas pesquisas sobre o tema, sugerimos a tentativa de ampliação de mais participantes, seja pela análise de intervenção de outros grupos, seja selecionando os casos que foram atendidos de 2019 em diante. Isso poderia ser feito através de um estudo qualitativo utilizando uma técnica de coleta de dados mais livre que a entrevista-semiestruturada, não necessariamente focando no CPT, mas sim na percepção geral de mudanças positivas após a crise de sofrimento psíquico grave. Outra sugestão seria o desenvolvimento de um estudo longitudinal com um grupo de clientes do início do seu acolhimento até o fim do tratamento, avaliando cada etapa do processo terapêutico, investigando o que o cliente foi percebendo como mudanças positivas em sua vida após a crise de sofrimento psíquico grave. Como última sugestão, julgo necessário um levantamento bibliográfico para além da psicologia, apontando em outras áreas como as ciências sociais, religiões, artes, literatura e filosofia, quais foram as contribuições gerais para o entendimento da superação do sofrimento humano.

Em relação às crises, não poderia deixar de relatar as crises pessoais ao longo dessa dissertação. A decisão pelo mestrado, veio de uma necessidade de uma vivência acadêmica que permitisse analisar a viabilidade da carreira de pesquisador ou professor universitário, mas essa vivência foi repleta de momentos críticos: a dificuldade de conciliação entre as disciplinas e as obrigações profissionais; a mudança de horário de trabalho para o período noturno; a migração de Brasília - DF para Campo Grande – MS, que ocorreu no final do ano de 2019, acompanhada do trancamento geral justificado e; em 2020, a situação pandêmica que impactou os prazos e

cronogramas da pesquisa, demandando ajustes e adaptações. Assim, ao longo de 2020, foi necessário reconhecer que aquele que se propunha a discutir crises passava por uma crise existencial, questionando a opção profissional na psicologia e cogitando a possibilidade de desistir da carreira e conseqüentemente do mestrado. Foram as reflexões e a psicoterapia que permitiram reorganizar o pensamento e foco na conclusão da dissertação.

Concluo assim minhas considerações finais, certo de que o esforço direcionado para o cumprimento dos objetivos gerais e problematização foram alcançados e que agora, esse tema já consta no rol de pesquisas realizadas pelo GIPSI em relação ao sofrimento psíquico grave, confirmando a premissa do sofrimento humano como multifacetado e multidimensional, por isso mesmo, demandando olhares diversos sobre esse fenômeno. Sobre as crises em geral, e o contexto sócio-histórico no qual passamos atualmente, gostaria de acrescentar como reflexão: que as crises podem gerar novas possibilidades de escolha, elas testam nossos vínculos relacionais, ampliam nossas perspectivas. Por conseguinte, devemos evitar tomar a parte pelo todo, e o momento pela eternidade, posto que as crises destroem o sentido da vida, mas ao mesmo tempo, dão a capacidade de recriá-lo. Logo, as crises não são eternas, sempre passam, contudo, as crises sempre voltam. Daí sua importância da existência humana, a de possibilidade de aprendizado e evolução.

6. Bibliografia

- Alcântara, K. M. de (2015). A experiência de uma TV comunitária em saúde mental: do corpo invisível ao televisivo. 212 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília.
- Almeida F. N. & Rouquayrol, M. Z. (2002). Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia.
- Amorim, M. C. S., & Castañon, G. A. (2013). São os terapeutas construtivistas idealistas?. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(1), 51-60.
- Assis, J. M. de (2010). O riso pela lógica do Palhaço na Clinicanálise do sofrimento psíquico grave. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília.
- Beckmann, C. A. A. (2018). Família e Primeira Crise do Tipo Psicótica: Um Estudo a Partir do Rorschach no Sistema Compreensivo. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Bello, A. A. (2006). Introdução à fenomenologia. Edusc.
- Bessoni, E. A. (2008). Clarisse, eu e Winnicott: um estudo de caso sobre o manejo na clínica do sofrimento psíquico grave. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.

- Birchwood, M. (2014). Early intervention in psychosis services: the next generation. *Early Intervention in Psychiatry*, 8: 1-2. <https://doi.org/10.1111/eip.12124>
- Boff, L. (2002). *Crise: oportunidade de crescimento*. Verus Editora.
- Boff, L. (2004). *Responder Florindo: crise da civilização e revolução radicalmente humana*. Garamond.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida*. Artmed Editora.
- Brabban, A., & Dodgson, G. (2010). What makes early intervention in psychosis services effective? A case study. *Early intervention in psychiatry*, 4(4), 319-322.
- Bracken, P., Bracken, P. J., & Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry: Mental health in a postmodern world*. Oxford University Press.
- Braga, F. W. (2012). *A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave*. 168 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Brasil (2017). Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Disponível em:
https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1121412/do1-2017-12-19-resolucao-n-32-de-14-de-dezembro-de-2017-1121408-1121408
- Brasil, C. N. S. (2012). *Resolução 466/2012-Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF.

- Brietzke, E. A. N., Ary, G., Dias, Á., Mansur, R. B., & Bressan, R. A. (2011). Intervenção precoce em psicose: um mapa das iniciativas clínicas e de pesquisa na América Latina. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(Suppl. 2), s213-s224.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000600007>
- Brito, L. S. (2011). O terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave: particularidades e vivências. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Bucher, R. E. (1989). A psicoterapia pela fala: fundamentos, princípios, questionamentos. In *A psicoterapia pela fala: fundamentos, princípios, questionamentos* (pp. 214-214).
- Buzar, E. A. S. (2015). Da Libras ao silêncio: implicações do olhar winnicottiano aos sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1990). Positive Aspects of Critical Life Problems: Recollections of Grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 20(4), 265–272.
doi:10.2190/qdy6-6pqc-kqvv-5u7k
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of social Issues*, 54(2), 357-371.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). Authors' response: "The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations". *Psychological inquiry*, 15(1), 93-102.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. Routledge.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.

Campbell, J. (2004). *Herói de Mil Faces*, O. Cholsamaj Fundacion.

Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. In G. Caplan, *Princípios de Psiquiatria preventiva* (pp. 40-69). Rio de Janeiro: Zahar.

Carspecken, P. F. (2011). Pesquisa Qualitativa Crítica: conceitos básicos. *Educação e Realidade* Porto Alegre, 36 (2), p. 395-424. Acessado em 25/032019:
<https://www.redalyc.org/html/3172/317227057017/>

Carvalho, [Cherulli] L. (2008). A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: ensaios preliminares. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília.

Carvalho, [Nerícia] R. (2006). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília.

Castellanos, P. L. (1990). Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico da OPAS*, 10(4).

- Chaves, A. C. (2007). “Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento?”. Em: Revista. *Psiquiatria Clínica*, 34, supl. 2; pp. 174-178.
- Coqueiro, N., F., V., Ramos F., R., & Freitas, M., M., C. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 859-862.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600022>
- Corcoran, C., Gerson, R., Sills-Shahar, R., Nickou, C., McGlashan, T., Malaspina, D., & Davidson, L. (2007). Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early intervention in psychiatry*, 1(4), 308-315.
- Costa, [Elisa] W. K. A. (2011). Rorschach e psicose: avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Costa, [Ilêno]. I. (2003). Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp.
- Costa, [Ilêno]. I. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. *Anais da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*.
- Costa, [Ilêno]. I. (2010). Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa. Kako Editora.
- Costa, [Ilêno]. I. (2013). Intervenção precoce e crise psíquica grave: Fenomenologia do sofrimento psíquico. Curitiba, PR: Juruá.

- Costa, [Ilino]. I. (2014). Sofrimento Humano e Sofrimento Psíquico: da condição humana às “dores psíquicas”. Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 21-67.
- Costa, [Ilino]. I. (2017). A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (Re)Pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. In: Nilton Júlio de Faria e Adriano Furtado Holanda. (Org.). Saúde Mental, Sofrimento e Cuidado - Fenomenologia do Adoecer e do Cuidar. Coleção Saúde e Psiquê. Editora Juruá. 222p.
- Costa, [Ilino]. I., & Ramos, T. C. C. (2018). Primeiras crises psíquicas graves: O que a Fenomenologia pode dizer? ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade, 8(2), 251-264.
- Coutinho, A. A. P., Cecílio, L. C. D. O., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais, 22(2), 188-98.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2015). Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa. Penso Editora.
- Dantas, M. A. (2009). Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão. Curitiba: Juruá. e Leon.
- Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2004). Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tópicos especiais.

de Assis, M. (2007). *O alienista*. Editora Companhia das Letras.

de Freitas, M. M., & Puchivailo, M. C. (2017). *Historia do Gipsi, 15 Anos: Uma Revisão Bibliográfica*. *Caderno PAIC*, 18(1), 624-640.

Dell'acqua, G., & Mezzina, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 2, 161-194.

Derrida, J. (2019). *A farmácia de Platão*. Iluminuras.

DiTomasso, R., & Kovat, K. (1995). Pacientes da clínica geral. Em Dattilio, F. M. & Freeman, A. (Orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crise* (pp. 419-442). Campinas: Psy.

Doyle, J. S., & Saying, W. P. A. (2015). Resilience, Growth & Kintsukuroi. *Psychology Today*. October, 3.

Dunkley, J. E., & Bates, G. W. (2015). Recovery and adaptation after first-episode psychosis: the relevance of posttraumatic growth. *Psychosis*, 7(2), 130-140.

Eakin, J. M. (2016). Educating Critical Qualitative Health Researchers in the Land of the Randomized Controlled Trial. *Qualitative Inquiry*, 22(2) 107-118.
DOI:10.1177/1077800415617207 qix.sagepub.com

Epstein, S. (1998). Cognitive-experiential self-theory. In *Advanced personality* (pp. 211-238). Springer, Boston, MA.

Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade* (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Espíndula, J. A. G., & Goto, T. A. (2019). O Algumas Reflexões Sobre A Fenomenologia E O Método Fenomenológico Nas Pesquisas Em Psicologia. *Psicologia Fenomenológica E Saúde: Teoria E Pesquisa*, 32.
- Ésquilo (2004)Agamêmnon. Estudo e Trad. Jaa Torrano. São Paulo: Iluminuras/FAPESP. (Col. Dionisias; Oresteia: 1).
- Faria, N. J., & Holanda, A. F. (2017). Saúde Mental. Sofrimento e Cuidado. Fenomenologia do Cuidar e do Adoecer.
- Feijoo, A. M. L. C., & Goto, T. A. (2017). É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia?. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32(4).
- Feijoo, A. M. L. C., & Mattar, C. M. (2014). A Fenomenologia como Método de Investigação nas Filosofias da Existência e na Psicologia. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30(4), 441-447.
- Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de, & Goto, Tommy Akira. (2016). É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e32421. Epub June 22, 2017.<https://doi.org/10.1590/0102.3772e3241>
- Fernandes, M. A.. (2010). Consciência, vivência e vida: um percurso fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(1), 29-41. Recuperado em 30 de janeiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100005&lng=pt&tlng=pt.

- Fernandes, C.R.S; Costa, I.I (2021). Primeiras Crises Psíquicas Graves. O GIPSI e sua contribuição acadêmica, histórias e metamorfoses . Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 5. Unb. no prelo
- Ferreira, A. F. (2012). A injunção como acontecimento: sobre o desencadeamento de crises psicóticas. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Figueiredo, L. C. M. (2017). A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação: 1500-1900. 9ª edição, São Paulo
- França, V. N. (2017). Da clínica à gestão: uma política para os CAPSi do DF. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Frankl, V. E. (2019). O sofrimento humano: fundamentos antropológicos da psicoterapia. Tradutores: Renato Bittencourt e Karleno Bocarro. São Paulo: É Realizações.
- Freitas, M. M., & Puchivailo, M. C. (2017). História do Gipsi, 15 Anos: Uma Revisão Bibliográfica. Caderno PAIC, 18(1), 624-640.
- Fukuda, A. M., de Oliveira, L. B., & Puchivailo, M. C. (2018). Levantamento dos Grupos de Pesquisa e de Intervenção em Primeiras Crises Psicóticas no Brasil. Caderno PAIC, 19(1), 543-556.
- Gadamer, H. G. (2003). Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica/trad. de Flávio Paulo Meurer. Nova rev. da trad. por Enio Paulo Giachini e Marcia Sá Cavalcante-Schuback. Vozes.

- Galindo, P. (2016). Hans-Georg Gadamer y Wilhem Dilthey: Lecturas y consideraciones entorno a la idea de vivencia. *Apuntes Filosóficos*, 25(49), 85-102.
- Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa (Vol. 4, p. 175). São Paulo: Atlas.
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010) Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa: Fim de Século, Editora Sociedade Unipessoal.
- Gondim, M. F. N. (2007). Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Goto, T. A. (2013). Palestra sobre Psicologia e fenomenologia. Curso ministrado na Sede da Fundação de Saúde Integral Humanística. Belo Horizonte.
https://www.youtube.com/watch?v=_RR9dHtF3e4. acessando em 01/08/2020
- Goto, T. A. (2015). Introdução à psicologia fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl. Pia Sociedade de São Paulo-Editora Paulus.
- Goto, T. A., Costa, I. I. D., & Schievano, B. A. (2019). Vivências psicológicas de homens que buscam profissionais do sexo. Uma proposta de análise psicológico-fenomenológico.
- Goto, T. A., Holanda, A., F., & Costa, I. I. (2018). Fenomenologia transcendental e a psicologia fenomenológica de Edmund Husserl. *Revista do NUFEN*, 10(3), 38-54.
<https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol10.n03artigo35>
- Greenstone, J. L. e Leviton, S. C. (1993). *Elements of crisis intervention*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole
- Hegenberg, M. (1996). Psicoterapia Breve Psicanalítica. *TEMAS*, 51, 38-50.

- Holanda, A. (2004). Fenomenologia da religião em G. Van der Leeuw. *Psicologia, religiosidade e fenomenologia*. Campinas, São Paulo: Alínea, 47-54.
- Holanda, A. F. (2014) O sofrer é do sofrente e do existente. In Costa, I. I., *Sufrimento Humano, crise psíquica e cuidado* (pp. 117-153). Brasília: UNB.
- Holanda, A. F. (2014). Fenomenologia e humanismo: reflexões necessárias. Curitiba: juruá.
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social indicators research*, 110(3), 837-861.
- Husserl, E. (1989). A idéia da fenomenologia. Trad. de Artur Morão. Lisboa: Edições 70
- Husserl, E. (1995). A crise da humanidade europeia e a filosofia (Vol. 41). Edipucrs.
- Jacobi, J. C.G. Jung (1971) *Psychological reflections: a new anthology of his writings - 1905-1961*. East Sussex: Routledge. Disponível em <https://goo.gl/jhGPJb>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Jansen, M. C. C. (2007). *Saúde mental e estrutura familiar: o lugar do sofrimento psíquico grave*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica/Risk and crisis: thinking about psychiatric urgency. *Psicologia em revista*, 13(1), 169-189.

- Jordan, G., Burke, L. C., Roe, D., & Davidson, L. (2019). Precautions to Conducting Research on and Facilitating Posttraumatic Growth Among Persons With Serious Mental Illnesses: A Perspective Piece. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 22(1), 101-113.
- Jordan, G., Iyer, S. N., Malla, A., & Davidson, L. (2020). Posttraumatic growth and recovery following a first episode of psychosis: a narrative review of two concepts. *Psychosis*, 12(3), 285-294.
- Jordan, G., MacDonald, K., Pope, M. A., Schorr, E., Malla, A. K., & Iyer, S. N. (2018). Positive changes experienced after a first episode of psychosis: a systematic review. *Psychiatric Services*, 69(1), 84-99.
- Jordan, G., Malla, A., & Iyer, S. N. (2016). Posttraumatic growth following a first episode of psychosis: a mixed methods research protocol using a convergent design. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-10.
- Jordan, G., Malla, A., & Iyer, S. N. (2019). "It's Brought Me a Lot Closer to Who I Am": A mixed methods study of posttraumatic growth and positive change following a first episode of psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 10, 480.
- Jordan, G., Malla, A., & Iyer, S. N. (2020). Perceived facilitators and predictors of positive change and posttraumatic growth following a first episode of psychosis: a mixed methods study using a convergent design. *BMC psychiatry*, 20, 1-16.
- Jordan, G., Malla, A., & Iyer, S. N. (2020). Service provider perceptions of posttraumatic growth experienced by service users receiving treatment for a first episode of psychosis. *International Journal of Mental Health*, 49(3), 271-279.

- Jordan, G., Pope, M., Lambrou, A., Malla, A., & Iyer, S. (2017). Post-traumatic growth following a first episode of psychosis: a scoping review. *Early intervention in psychiatry*, 11(3), 187-199
- Jung, C. G. (2018). *Estudos alquímicos vol. 13 (Vol. 13)*. Editora Vozes Limitada.
- Jung, C.G. (1977). *Carl Gustav Jung Speaking*. Organizado por William McGuire e R.F.C. Hull. Princeton, Nove Jersey: Princeton University Press
- Kelly, G. (1955). *Personal construct psychology*. Nueva York: Norton.
- Lara, A. F. L. (2006). A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. *Psicologia USP*, 17(1), 35-52.
- Lee, Y. Y., Verma, S., & Subramaniam, M. (2020). Beyond recovery: exploring growth in the aftermath of psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 11.
- LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.(2001) Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acessado em 24/06/2020
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.
- LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019. (2019) Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de

dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Acessado em 20/02/2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm"

Levinas, E. (2010). O Sofrimento Inútil. In Levinas, E. Entre nós. Ensaios sobre a alteridade. (pp.117-129). 5 ed: Rio de Janeiro: Vozes, (Obra original publicada e, 1982).

MAGALDI FILHO, W. (2009). Dinheiro, Saúde e Sagrado: Interfaces culturais, econômicas e religiosas à luz da psicologia analítica. Editora Eleva Cultural

Mano, R. P. (2010). O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante Pentecostal e Neopentecostal: repercussões da religião na formação das crises do tipo psicótica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.

Mano, R. P. (2016). Vivências espirituais e sofrimento psíquico grave. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.

Mapplebeck, C., Joseph, S., & Sabin-Farrell, R. (2015). An interpretative phenomenological analysis of posttraumatic growth in people with psychosis. *Journal of Loss and Trauma*, 20(1), 34-45.

Martins, F. (2005). *Psicopathologia I: prolegômenos*. PUC Minas.

- MARTINS, F. (2007). Ensaio acerca do sintoma simbólico: da cabrita desvalida ao senhor do mundo, e um pouco de todos nós. Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília:(documento inédito).
- Mazor, Y., Gelkopf, M., & Roe, D. (2018). Posttraumatic growth among people with serious mental illness, psychosis and posttraumatic stress symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 81, 1-9.
- Mazor, Y., Gelkopf, M., & Roe, D. (2019). Posttraumatic Growth in Psychosis: Challenges to the Assumptive World. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000443>
- Mazor, Y., Gelkopf, M., Mueser, K. T., & Roe, D. (2016). Posttraumatic growth in psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 202
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 919.
- McGorry, P. D., & Edwards, J. (2002). *Intervenção Precoce nas Psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag.
- McLEISH, K. (2008). *Aristóteles: a poética de Aristóteles*. Unesp.
- Medeiros, E. D., Couto, R. N., Fonsêca, P. N., Silva, P. G. N., & Medeiros, P. C. B.. (2017). Posttraumatic Growth Inventory (PTGI): Adaptação e Validade Fatorial no Nordeste Brasileiro. *Psico-USF*, 22(3), 449-460. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220306>

- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 1, 59-72.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para o modelo tecno-assistenciais. 1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1, 27(65), 316-323.
- Michaelis, U. D. (2010). Disponível em: < <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=integração>>. Acesso em, 12/12/2019.
- Miermont, J. (1994). Dicionário de terapias familiares: teoria e prática. Artes Médicas.
- Minkowski, E. (2000). Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 3(4), 156-164.
- Montenegro, B. ;Tavares, M. Avaliação e JULGAMENTO CLÍNICO DO RISCO agudo DE SUICÍDIOS. In: Ileno Izídio da Costa. (Org.). Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado : dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade. 1ed. Brasília/DF: Editora Universidade de Brasília, 2014, v. 1, p. 181-200.
- Morin, E., & Perdido, O. P. (1973). A Natureza Humana. Portugal: Europa-América.

- Mota, A. de O. (2013). O teatro como palco para o self: entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial. 295 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília.
- Moura, C., 2005. Husserl, Intencionalidade e fenomenologia. *Mente, Cérebro & Filosofia*, (Número 5), p.14.
- Nascentes, A. (1955). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. F. Alves.
- Ndetei D. M. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(3), 164–165. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00189.x>
- Neufeld, C. B., Brust, P. G., & Stein, L. M. (2011). Bases epistemológicas da psicologia cognitiva experimental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 103-112.
- Nietzsche, F. (2004). *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Norlander, T., Schedvin, H. V., & Archer, T. (2005). Thriving as a function of affective personality: relation to personality factors, coping strategies and stress. *Anxiety, Stress & Coping*, 18(2), 105-116.
- Oliveira, M. A. de (2015). A experiência das psicoses: um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.

- Orengo, F. V., Holanda, A. F., & Goto, T. A. (2020). Fenomenologia e psicologia fenomenológica para psicólogos brasileiros: Uma compreensão empírica. *Psicologia em Estudo*, 25.
- Osse, C. M. C. (2008). Pródromos e qualidade de vida de jovens na moradia estudantil da Universidade de Brasília - UnB. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília.
- Osse, C. M. C. (2013). Saúde mental de universitários e serviços de assistência estudantil: estudo multiaxial em uma universidade brasileira. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília.
- Packer, M. (2011). The qualitative research interview. In *The science of qualitative research* (pp. 42-56). New York: Cambridge University Press
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality*, 64(1), 71-105.
- Pietruch, M., & Jobson, L. (2012). Posttraumatic growth and recovery in people with first episode psychosis: an investigation into the role of self-disclosure. *Psychosis*, 4(3), 213-223.
- Puchivailo, M. C. (2018). Atenção às Primeiras Crises do Tipo Psicóticas: Uma Experiência em um Caps III de Curitiba. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília.

- Queiroz, A. G. de (2010). A louCURA pelo corpo: incursões corporais com sujeitos em sofrimento psíquico grave. 131p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Quintana, M. (1994). Caderno H. Globo Livros.
- Ramos, T. C. C. (2018). Acolhimento e cuidado: a gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Resende, T. I. M. D. (2015). Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Resende, T. I. M. D., & Costa, I. I. D. (2018). Cuidado, ética e convivência em saúde mental: reflexões fenomenológicas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(2), 226-233.
- Ribeiro, [Cristina]. M. (2014). Psicose, família e crise: inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Ribeiro, [Cristina]. M. (2018). A busca da verdade e o funcionamento psicótico. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Ribeiro, [Maviane]. V. M. (2007). Diferenciação ou alienação? O engodo da loucura: uma leitura da transmissão psíquica entre gerações no caso Schreber. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.

- Ribeiro, [Patrícia]. O. (2011). Primeiras crises psíquicas graves e a tipologia de Jung: um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília.
- Ricoeur, P. (1994). O sofrimento não é a dor. *Autrement, "Souffrances"*, nº 142.
- Rodrigues, R. C. (2010). Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Rodrigues, R., & Anderson, K. K. (2017). The traumatic experience of first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 189, 27-36.
- Rother, E., T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(1), 0-0.
- Sala, J. S. M. (2005). *La estructura del método fenomenológico*. Editorial UNED.
- Santiago, M. A. (2009). Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Santos, G., A., O. (2020) *SOFRIMENTO: Uma leitura Fenomenológica e Existencial*. eBook Kindle
- Santos, M. F. D. (2017). *Filosofia da crise*. São Paulo: É Realizações.

- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(4), 960-966.
- Shakespeare-Finch, J., Martinek, E., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2013). A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 18(6), 572-591.
- Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 433-439.
- Shakespeare, W. (2020). *A tragédia de Hamlet, príncipe da Dinamarca*. Ubu Editora.
- Silva, [Elisa]. A. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em centros de atenção psicossocial de Goiânia-GO*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Silva, [Elisa]. A. (2013). *(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Silva, [Hayanna]. C. S. R. (2013). *Psicose e crises psíquicas grave: uma investigação pelo método de Rorschach*. xi, 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.

- Silva, [Hayanna]. C. S. R. (2017). O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottia. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília.
- Silva, [Maria] N. R. M. O. (2010). Redes sociais significativas na saúde mental: (des) cobrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes) cobrindo elos de encontro. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge University Press.
- Slade, M., Blackie, L., & Longden, E. (2019). Personal growth in psychosis. *World Psychiatry*, 18(1), 29.
- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Blackie, L., Llewellyn-Beardsley, J., Franklin, D., Hui, A., ... & Deakin, E. (2019). Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ open*, 9(6), e029342.
- Slaiku, K. A. (1990). *Crisis intervention* (2nd. ed.). Boston: Allyn e Bacon.
- Sokolowski, R. (2004). *Introdução à fenomenologia*. Edições Loyola.
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma biomédico x psicossocial: Onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. *Trends in Psychology*, 26(2), 883-895.

- Sousa, P. S. M. (2010). A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultural) - Universidade de Brasília.
- Sterian, A. (2000). Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica (Vol. 3). Casa do Psicólogo.
- Tavares, M. (2004). Crise psicológica. Manuscrito não publicado. Laboratório de Psicoterapia e Psicanálise. Instituto de Psicologia. Manuscrito não publicado. Laboratório de Psicoterapia e Psicanálise. Instituto de Psicologia.
- Tedeschi, R. G., & Blevins, C. L. (2015). From mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 26(4), 373-376.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice*, 405.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 53(1), 105-116.
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2016). *The posttraumatic growth workbook: Coming through trauma wiser, stronger, and more resilient*. New Harbinger Publications.

- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress, 30*(1), 11-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*(1), 16.
- Toral, A. A. D. (1992). *Cosmologia e sociedade Karajá*. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia social do Museu Nacional da Universidade do Rio de Janeiro-Dissertação de Mestrado.
- Veiga, J. R. V. C. S. (2010). *Delírio e identidade: um estudo teórico-clínico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília.
- Viesenteiner, J. L. (2013). O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. *Kriterion: revista de filosofia, 54*(127), 141-155.
- Viveret, P., & MORIN, E. (2013). *Como viver em tempo de crise*. Trad. Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Wainrib, B. R., & Bloch, E. L. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Desclée de Brouwer.

- Wang, X., Lee, M. Y., & Yates, N. (2019). From past trauma to post-traumatic growth: The role of self in participants with serious mental illnesses. *Social Work in Mental Health*, 17(2), 149-172.
- Weiss, T., & Berger, R. (2010). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. John Wiley & Sons.
- Windelband, W. (1907). *Geschichte der Philosophie*.
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. *Explorações psicanalíticas*, 70-76.
- Winnicott, D. W. (1994a). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. *Explorações psicanalíticas: DW Winnicott*, 94-101.
- Winnicott, D. W. (1994b). Comentários sobre meu artigo "O uso de um objeto"(pp. 185-186). *Explorações psicanalíticas WW Winnicott*, 178-179.
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334-345.
- Zacharias, J.J. de M. (1994). *QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica*. Manual. Vetor.

7. ANEXOS

Anexo 01 - Carta convite para participação de pesquisa

Pesquisa Acadêmica: “AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO”

Brasília, 20/01/2021

Olá,

Cordiais saudações!

Espero que se encontre bem.

Você recebeu este e-mail pois no período de **2011 a 2019** foi acolhido pelo Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) no CAEP/UnB.

Neste sentido, convidamos você para participar da pesquisa acadêmica online sobre ““AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO””, a ser realizada e conduzida pelo mestrando Clecius Rafael Santos Fernandes sob a orientação do Professor Dr. Ileno Costa.

Sua participação é voluntária e é uma ótima oportunidade para você expressar sua opinião sobre o GIPSI, bem como contribuir para uma melhor compreensão sobre o sofrimento humano e o fenômeno de crescimento pós-traumático.

A pesquisa online ocorrerá em dois momentos, inicialmente através de um questionário disponível através do link abaixo, contendo também todas as informações sobre procedimentos éticos. No segundo momento, caso aceite, será realizada uma entrevista online previamente agendada.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScWbJtWquJdyEVJLoch29AeuiurwoyIEfOMzwZNXeLdYULoBw/vi/ewform?usp=sf_link

No caso de dúvidas, você pode entrar em contato a qualquer momento conosco através do e-mail clecius.fernandes@gmail.com ou pelo WhatsApp 61992110554

Atenciosamente,

Mestrando Clecius Rafael Santos Fernandes

Professor Dr. Ileno Costa

Anexo 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO”**, de responsabilidade do pesquisador Clecius Rafael Santos Fernandes, aluno regular do programa de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. O objetivo principal da pesquisa é compreender os fatores que favorecem o Crescimento Pós-Traumático após o processo terapêutico de intervenção nas primeiras crises do tipo psicótica em usuários dos serviços oferecidos pelo grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo psicótica.

Sua participação como sujeito de pesquisa neste estudo se dará por ocasião da coleta de dados que será realizada por meio de aplicação de uma entrevista online por ferramenta de vídeo conferência em que você falará de forma livre sobre suas experiências de crise e poderá responder algumas perguntas feitas pelo pesquisador. Preveem-se ainda que a entrevista individual tenha o áudio gravado, para posterior transcrição e análise. O encontro acontecerá conforme agenda a ser pactuada com os participantes da pesquisa.

Por oportuno, gostaria de consultá-lo (a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido em mais rigoroso sigilo, mediante a omissão total de informações que permitam a identificação. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, como entrevista e arquivos de áudio ficarão sob a guarda deste pesquisador, responsável pelo estudo. Você não ficará exposto a nenhum risco ou problema. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você.

Os riscos relativos a sua participação referem-se a possíveis constrangimentos, falar sobre situações difíceis no passado no momento da coleta de dados e, nesse sentido serão respeitados os termos da resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos, assegurando-se a você a participação esclarecida e por livre vontade, o sigilo e a privacidade das informações prestadas por você, o esclarecimento de toda e qualquer dúvida, o direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para suas atividades no âmbito do GIPSI.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o fomento a uma prática clínica e social que ofereça maior continência e cuidado aos sujeitos sofrimento psíquico grave.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 99211-0554 ou pelo e-mail clecius.fernandes@gmail.com

Os resultados desta pesquisa serão divulgados no âmbito do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica da Universidade de Brasília (GIPSI/UnB). Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br.

Somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar duas vias deste documento, ficando uma cópia com você e uma com o pesquisador.

Brasília, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Anexo 03 - Carta convite para participação de pesquisa - parte 02

Pesquisa Acadêmica: “AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO”

Brasília, 25/01/2021

Olá,

Cordiais saudações!

Você recebeu este e-mail pois aceitou participar da pesquisa “AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO”

Agradecemos mais uma vez sua participação e gostaríamos de agendar sua entrevista conforme o período que indicou, para sua melhor comodidade. Nesta entrevista semi-estruturada, serão feitas 23 (vinte e três) perguntas baseadas no inventário de Crescimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory -PTGI) onde poderá se expressar de forma livre sobre aspectos específicos de sua vida após a crise de sofrimento psíquico grave.

Neste sentido, gostaríamos de confirmar sua entrevista para XX/XX/XXXX ÀS XX:XX:XX

Conforme informado, o termo de consentimento livre e esclarecido, que lhe resguarda em relação a participação da pesquisa está em anexo devidamente assinado pelo pesquisador.

No caso de dúvidas, você pode entrar em contato a qualquer momento conosco através do e-mail clecius.fernandes@gmail.com ou pelo WhatsApp 61 99211-0554

Atenciosamente,

Mestrando Clecius Rafael Santos Fernandes

Professor Dr. Ileno Costa

Anexo 04 - Roteiro de entrevista semiestruturada

Participante: _____

Data da entrevista:

Hora de início: _____ Hora de término: _____ Duração: _____

Avaliação da dimensão de apreciação da vida

- 1) Percebeu uma apreciação maior pelo valor da própria vida?
- 2) Suas prioridades sobre o que é importante na vida mudaram?
- 3) Conseguiu apreciar melhor a vida, em seu dia-a-dia?

Avaliação da dimensão das relações interpessoais

- 4) Houve algum aprendizado em relação às outras pessoas?
- 5) Compreende melhor a necessidade dos outros?
- 6) Passou a ter mais compaixão para com os outros?
- 7) Passou a dedicar-se mais às relações pessoais?
- 8) Percebeu se pode contar com as pessoas em tempos de dificuldade?
- 9) Sentiu-se mais próximo das outras pessoas?
- 10) Está mais disponível para demonstrar suas emoções?

Avaliação da dimensão de novas possibilidades

- 11) Desenvolveu novos interesses?
- 12) Estabeleceu um novo rumo para a sua vida?
- 13) Conseguiu fazer coisas melhores com a própria vida?
- 14) Existem outras oportunidades que não teriam existido antes?
- 15) É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança?

Avaliação da dimensão de potencialidade pessoal

- 16) Sente que pode contar mais consigo?
- 17) Sabe que consegue lidar melhor com as dificuldades?
- 18) Consegue aceitar o resultado das coisas de forma melhor?
- 19) Descobriu que é mais forte do que pensava ser?

Avaliação da dimensão de mudanças na espiritualidade

- 20) Tem uma melhor compreensão dos assuntos espirituais?
- 21) Passou a frequentar algum tipo de religião ou aprofundou-se a sua religião atual?
- 22) Passou a se interessar mais por assuntos relacionados a fé, religião ou espiritualidade?
- 23) O que acredita que mudou em relação a esses assuntos?

Anexo 05 - Comprovante De Envio Do Projeto

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO

Pesquisador: Clecius Rafael Santos Fernandes

Versão: 1

CAAE: 21694619.1.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 122843/2019

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO que tem como pesquisador responsável Clecius Rafael Santos Fernandes, foi recebido para análise ética no CEP UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília em 23/09/2019 às 15:51.

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de

Endereço:

ASA NORTE

Bairro: CEP:

70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone:

(61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Anexo 06 - Parecer Consubstanciado Do Cep

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO

Pesquisador: Clecius Rafael Santos Fernandes

Área Temática CAAE: 21694619.1.0000.5540 Versão: 1

Instituição Proponente:

Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.688.949

Apresentação do Projeto:

Este estudo visa aprofundar o conhecimento sobre as vivências de sujeitos em crise psíquica grave, acolhidas pelo grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, do Instituto de Psicologia – IP, da Universidade de Brasília - UnB. A pesquisa será do tipo exploratória e monográfica, com base teórica sustentada pelo método fenomenológico de análise em vista de compreender e refletir sobre a complexidade da crise do tipo psicótica e do sofrimento psíquico grave, de um nível individual e singular até um nível mais amplo, abarcando suas pluralidades. Para isso, será utilizado o método fenomenológico de não naturalização do fenômeno, para em seguida buscar sua essência através da suspensão inicial de todo julgamento e juízo sobre as crises, buscando chegar a sua redução fenomenológica.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é compreender os fatores que favorecem a superação de uma crise do tipo psicótica após o processo terapêutico de intervenção nas primeiras crises em usuários dos serviços oferecidos pelo

Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB). São objetivos secundários: (a) fazer um levantamento estatístico de todos os casos clínicos e acolhimentos realizados pelo GIPSI, preferencialmente, entre o período de 2013 a 2018; (b) criticar o constructo de crescimento pós-traumático nas primeiras crises psíquicas graves; (c) identificar fatores que contribuam para

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 -
Horário de
Endereço:
ASA NORTE
Bairro: CEP:
70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone:
(61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

Página 01 de 04

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 3.688.949

aprimoramento nas intervenções precoces nas primeiras crises do tipo psicótica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em termos de riscos, é apontado que o método requer que o participante fale ou relate suas experiências, o que pode envolver recordação de momentos marcantes, difíceis e angustiantes. Caso ocorra, será oferecido acolhimento, e em casos mais graves, encaminhamento para processo de avaliação psicológica no CAEP, ou dependendo da gravidade, para o próprio GIPSI, onde o participante já foi atendido no passado. Será garantida a participação esclarecida e por livre vontade após comunicação e descrição do objetivo do estudo. Será assegurado o sigilo, anonimato e a privacidade das informações levantadas, o esclarecimento de toda e qualquer dúvida, o direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ou risco para suas atividades voluntárias, laborais ou acadêmicas.

Em termos de benefícios, serão identificados fatores que favorecem a superação de uma crise do tipo psicótica após o processo terapêutico de intervenção nas primeiras crises, realizado pelo GIPSI. Um segundo benefício será a possibilidade de aprimoramento do modelo de intervenção adotado pelo programa a partir dos resultados encontrados no estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016. Alguns aspectos a serem ajustados em termos éticos estão descritos na Lista de pendências. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto inclui todos os documentos obrigatórios e instrumentos a serem utilizados. Solicito apenas a carta de aceite da coordenação do CAEP, onde o estudo será conduzido.

Recomendações:

Sugiro revisão do TCLE e do termo de autorização para utilização de imagem e som de voz. Há inconsistências entre o procedimento descrito no método e a autorização solicitada nesses documentos em termos de filmagem. Detalhes na lista de pendências. Ademais, recomenda-se manter o cronograma atualizado. O CEP/CHS não avalia projetos de pesquisa cuja coleta de dados tenha sido iniciada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para adequar o projeto aos princípios éticos necessários, solicito atender aos quesitos: 1. O procedimento prevê apenas gravação da entrevista em áudio com posterior transcrição. O termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa inclui o uso de imagem. Se não há previsão para o uso de imagem, deve ser corrigido o termo. Se for utilizada

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 -

Horário de

Endereço:

ASA NORTE

Bairro: CEP:

70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone:

(61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 3.688.949

a imagem, ela deve ser descrita no procedimento em termos do que será filmado e o uso que será feito da filmagem. No TCLE também há referências ao uso de filmagens e questionários. Detalhar no método qual o questionário e seu conteúdo, o que será filmado e o objetivo da filmagem ou, se for o caso, corrigir o TCLE. 2. O TCLE faz referência também ao uso e entrevistas, no plural, e não deixa claro quantas serão realizadas,

o que também não é informado no procedimento. Deve ser esclarecido o número de entrevistas previstas e o conteúdo de cada uma delas. Se não for feita mais de uma entrevista deve ser corrigido o TCLE. 3. O CAEP é citado como local de pesquisa; de coleta de dados contidos nos prontuários dos participantes; e como referência para encaminhamento de participantes que eventualmente necessitem de intervenção psicológica em decorrência do procedimento de pesquisa. Por isso, solicito anexar também o termo de aceite emitido pela coordenação do CAEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_1417876.pdf	16/09/2019 17:27:24		Aceito
Outros	ACEITEINSTITUCIONALFERNANDESv 2.pdf	16/09/2019 17:22:25	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAV2.docx	16/09/2019 17:20:03	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	CurriculoLattesArturbrigido.pdf	06/09/2019 18:42:46	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	CurriculoLattesYanSantiago.pdf	06/09/2019	Clecius Rafael	Aceito

		18:42:14	Santos Fernandes	
Outros	CurriculoLattesCleciusFernandes.pdf	06/09/2019 18:41:48	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	CurriculoLattesIlenoCosta.pdf	06/09/2019 18:41:24	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	CARTADEREVISAOETICAFERN ANDE S.doc	06/09/2019 18:26:03	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADE ADOS GIPSI.docx	06/09/2019 18:24:16	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	CARTADENCAMINHAMENTOFE RNAN DES.pdf	06/09/2019 18:23:01	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FERNANDES.doc	29/08/2019 15:16:16	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 -

Horário de

Endereço:

ASA NORTE

Bairro: CEP:

70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone:

(61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 3.688.949

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaPB.docx	29/08/2019 15:15:26	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/08/2019 15:12:21	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Novembro de 2019

Assinado por:

Érica Quinaglia Silva

(Coordenador(a))

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 -

Horário de

Endereço:

ASA NORTE

Bairro: CEP:

70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone:

(61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

Anexo 07 - Parecer Consubstanciado Do Cep - versão final

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AS VIVÊNCIAS EM CRISE PSÍQUICA GRAVE: A PERSPECTIVA DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA - GIPSI/UNB SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO

Pesquisador: Clecius Rafael Santos Fernandes

Área Temática:

Versão: 3 CAAE: 21694619.1.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.541.363

Apresentação do Projeto:

Foi analisada uma emenda apresentada para o projeto já aprovado pelo CEP/CHS, propondo alteração na forma de coleta de dados do estudo, mudando do modo presencial para o modo online. Tudo mais permanece inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 26 de novembro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 26 de novembro de 2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterada em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 26 de novembro de 2019.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados do estudo serão coletados por meio de entrevistas realizadas online, por ferramenta de vídeo conferência. O roteiro de entrevista é o mesmo já aprovado pelo CEP/CHS, conforme parecer consubstanciado emitido em 26 de novembro de 2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram incluídos (a) um novo TCLE informando que os dados serão coletados por entrevista

<p>CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de</p> <p>Endereço: ASA NORTE</p> <p>Bairro: CEP: 70.910-900</p> <p>UF: DF Município: BRASILIA</p> <p>Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br</p>

Página 01 de 03

<p>UNB - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE</p>
--

Continuação do Parecer: 4.541.363

Realizada de forma online e (b) um novo cronograma prevendo o início da coleta de dados no dia 02 de março de 2021 e finalização no dia 31 de março de 2021. Tudo mais permanece inalterado em relação ao parecer consubstanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 26 de novembro de 2019.

Recomendações:

Todos os termos estão adequados. Sugere-se, entretanto, que seja incluído no TCLE um informe ao participante sobre como será encaminhado a ele os resultados obtidos pelo estudo. **Conclusões ou**

Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda proposta é adequada e o projeto como um todo é consistente. O CEP/CHS reitera parecer de aprovação emitido anteriormente.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto apresentado (no arquivo "projeto") tem como pesquisador principal o nome de DANIELA MARTINS MACHADO e não inclui o nome do autor que submeteu o projeto ao CEP/CHS como autor principal. Nos documentos em análise, aparece apenas o nome do autor que submeteu a proposta e de seu orientador, que é o mesmo nos dois casos. O nome apresentado no projeto como autora principal não é incluído em nenhum outro documento em análise. Esclareço que o fato não interfere nas condições éticas da pesquisa propriamente dita, mas entende-se que deve ser feito um esclarecimento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1602594_E1.pdf	27/01/2021 13:43:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisav4PB.docx	27/01/2021 13:41:51	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao_emenda.docx	27/01/2021 13:41:29	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_fernandesv4.doc	27/01/2021 13:37:09	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAV4.docx	27/01/2021 13:25:00	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAV3.docx	19/11/2019 19:36:21	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Outros	Aceiteinstitucionalcaep.jpg	19/11/2019	Clecius Rafael	Aceito

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA
BT-01/2 - Horário de

Endereço:

ASA NORTE

Bairro: CEP:

70.910-900

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone:

(61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Página 02 de 03

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 4.541.363

Outros	Aceiteinstitucionalcaep.jpg	19:32:39	Santos Fernandes	Aceito
Outros	CurriculoLattesIlloCosta.pdf	06/09/201 9 18:41:24	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaPB.docx	29/08/201 9 15:15:26	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/08/201 9 15:12:21	Clecius Rafael Santos Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 15 de fevereiro de 2021

Assinado por:

Érica Quinaglia Silva

(Coordenador(a))

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA

BT-01/2 - Horário de

Endereço:

ASA NORTE

Bairro: CEP:

70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone:

(61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Anexo 08 - Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa

Eu, _____ autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado/a no projeto de pesquisa intitulado **“Intervenção Precoce, Crise Psíquica Grave e Crescimento Pós-traumático”**, sob responsabilidade do pesquisador Clecius Rafael Santos Fernandes, aluno regular do programa de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e som de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com o participante.

Assinatura do participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, ____ de _____ de _____

Referências bibliográficas