

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

## **A CLÍNICA DA PSICOSE NA CLÍNICA DO CAPS**

**Reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais que o atendem num CAPS de São Luís (MA)**

**ISALENA SANTOS CARVALHO**

Brasília – DF

2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

## **A CLÍNICA DA PSICOSE NA CLÍNICA DO CAPS**

**Reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais que o atendem num CAPS de São Luís (MA)**

**ISALENA SANTOS CARVALHO**

**Orientadora:** Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke

**Co-orientador:** Ileno Izídio da Costa

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia,  
da Universidade de Brasília, como requisito  
parcial para a obtenção do título de Doutor  
em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília – DF

2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke (presidente)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deise Matos do Amparo (membro)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Erotildes Maria Leal (membro)**

---

**Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (membro)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Decnop Coelho (membro)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gláucia Ribeiro Starling Diniz (suplente)**

Brasília, 16 de outubro de 2008.

À minha mãe, Abmalena Santos. Seu amor e incentivo foram fundamentais para a construção do meu percurso acadêmico e profissional.

Ao meu avô, Abdomacir Santos (*in memoriam*), alguém cujo sofrimento não se manteve no campo da palavra.

Ao Prof. Dr. João Ferreira da Silva Filho (*in memoriam*), maranhense que não conheci pessoalmente, mas cujo trabalho muito contribuiu para meu ingresso na área da saúde mental.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Abmalena, alguém com quem sempre posso contar, em especial nos momentos de insegurança, quando me estimula a seguir em frente. Ao meu pai, Alcebíades, pela preocupação e pelo incentivo providos. Ao Leonardo, meu padrasto, por todas as orientações indicadas a fim de que eu me torne um ser humano melhor. Ao meu querido irmão Rogers, por me lembrar das coisas que realmente importam. A Ádila, minha cunhada, pela ternura. A Sarah, sobrinha linda, cujo nascimento no ano da defesa da tese tornou a conclusão do texto muito mais leve.

Ao Daniel, meu amor. Obrigada pela paciência que teve nesses quatro anos em que estamos juntos, bem como pela paz e pelo riso que me proporcionou.

À vovó Madá (*in memoriam*), cuja serenidade persiste no coração de nossa família. Aos meus tios Aziz, Leão, Manira, Telma, Salima, Etelvina, Celeste e Antônio José – obrigada pelo investimento. Aos meus primos Samme, Júnior, Abdomacir, Tammy, Alan, Leane, Leãozinho, Anie, Tonho, Jalila, Marco e Eduardo, pela indescritível alegria que vocês me trazem. A seus filhos Luna, Luara, Naiana, Cauê, Adara, Inaê, Maria Clara, Marco Antônio, Hana e Alexandre. Espero, agora, poder compensar a carente participação que tive em seu desenvolvimento durante a realização do Mestrado e do Doutorado. Em especial, agradeço à minha prima Malena, por seu companheirismo e pelas “informações antropológicas”.

Aos tios Zeca e Zilda, pela acolhida e pelo desvelo nos anos em que residi em Brasília e posteriores. Aos amigos Cristina, Daren, Denise, Júlio César, Liliam e Miriam pela força.

Às amigas-irmãs que, apesar da distância geográfica e/ou da correria cotidiana, dão um jeito de ser fazer presentes. A Deusivania, por me ensinar a lutar o bom combate. A Ericka, pelos momentos de descontração. A Francisca, pela escuta camarada. A Nerícia, pelas metáforas reconfortantes. A Tatiana, pela meiga assertividade.

À minha orientadora, Júlia Bucher-Maluschke, pela tranquilidade com que orienta e pela confiança que transmite. Ao meu co-orientador, professor Ileno Costa, pelas instigações acadêmicas e pela assistência providas. Agradeço, ainda, ao Ileno por permitir minha participação no “Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses” (GIPSI), no qual pude conhecer e debater novas formas de conceber e de lidar com a relação família e psicose. Igualmente, sou grata aos membros do GIPSI pela amizade.

À coordenadora Gláucia Ribeiro Starling Diniz e à secretária Jhenne Diniz do programa de pós-graduação em “Psicologia Clínica e Cultura” da Universidade de Brasília, pelo cordial auxílio. Ao corpo docente do programa, pelos conhecimentos e reflexões proporcionados.

Ao professor Pedro Gabriel Godinho Delgado, por sua contribuição na banca de qualificação do projeto. Às professoras Erotildes Maria Leal, Deise Matos do Amparo, Vera Lúcia Decnop Coelho e Gláucia Diniz, por aceitarem participar da comissão examinadora do presente trabalho. Em especial, agradeço à professora Vera Coelho, pelas sugestões e carinhoso apoio fornecidos.

Aos professores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, pela compreensão e pelo suporte fornecidos para a elaboração da tese. Em especial, agradeço aos professores Francisco Souza e Tony Nelson e ao secretário Valdir Cavalcante, que muito contribuíram para que a minha atuação enquanto docente estivesse em sintonia com a conclusão do texto, haja vista eu me encontrar, na época, em estágio probatório.

A Tatiane Lara, Luciana e Carolina Sopas e Kerson Aniston, pela colaboração na etapa de transcrição das fitas. A Janete Valois, assessora técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental do Maranhão, e ao psiquiatra Paulo Macedo, pelo estímulo e pelas importantes informações sobre o funcionamento da rede de serviços nesse estado.

A Elisa, sua família, à direção e aos profissionais do CAPS pesquisado. Agradeço a confiança em compartilhar suas histórias e desafios.

A Deus, meu melhor amigo.

A minha doença tem algo ligado ao afeto. (*O que?*) Falta de carinho da minha mãe, né? Um principal afeto, falta de carinho dela. E (...) todo mundo aqui (*no CAPS*) fica triste, quando eu fico triste. (...) Quando eu fico alegre, todo mundo fica alegre, os colegas... Isso aí já é a parte do afeto, porque se eu chego triste aqui, eu vou ficar... Eu vou ficar afetando eles também, não é? (Elisa)

Assim, continua do mesmo jeito, o comportamento dela, agressiva, saliente. Eu achava que isso fosse do... do problema, mas não é não. O problema em si, digamos que tá controlado. (*O que não está controlado?*) Essa má educação dela, esse comportamento dela, que, isso aí, não tem controle... Não tem jeito não. Se a pessoa não quiser... não quiser fazer... mudar... uma mudança, procurar mudar, acho que não tem jeito não (irmã de Elisa).

Eu digo assim: “Ê, Elisa, como é que foi o final de semana?”. Mas, aí, ela diz assim: “Ah, foi bom. Foi ótimo”. Ela chega supercontente. Tem dia que ela não ta assim. Mas, aí, ela supersorridente. Eu: “Sim, me conta”. “Ah, é porque eu sentei do lado do meu marido, né?”. (...) Que, na verdade, não era o marido dela. Ela diz, ela cria que ela tem um marido. (...) Aí, ela disse: “Ah, eu sentei do lado do meu marido. Foi maravilhoso. Nós fomos pro culto. Nós oramos. Não sei o que. Depois, ele me levou não sei o que. Não sei o que”. Coisas que não... acontecem. Aí, a gente... pra gente começar a intervir, dizer assim: “Não, mas ele realmente é?”, né? Ela: “Ê, ele é e não sei o que e não sei o que”. Então, ela alimenta aquela alegria, conforme aquele pensamento que ela criou, né? (terapeuta ocupacional).

## RESUMO

Este estudo teve como principal objetivo discutir o atendimento ao paciente psicótico no CAPS a partir das perspectivas dele, de sua família e dos profissionais que o atendem num serviço de São Luís (MA). Como ramificações desse objetivo, visou-se identificar concepções sobre: o paciente psicótico; a proposta de tratamento do CAPS a esse sujeito; e a contribuição da família para seu atendimento. Participaram do estudo uma paciente, quatro membros de sua família e seis profissionais. Foram utilizados diário de campo e entrevistas individuais. A análise do discurso foi o referencial de análise do material. Observou-se que os familiares tendem tanto a relevar os comportamentos apresentados pelo paciente, por não o considerarem capaz de discernimento, quanto a caracterizar os que indicam afronta ao funcionamento familiar como intencionalmente transgressores sem relação alguma com questões psicopatológicas. Entre a equipe, há os profissionais que consideram o paciente apenas como um “doente mental”. Para outros, essa caracterização depende do estado no qual ele se encontra. Em crise, há a consideração de que nenhuma intervenção é possível, a não ser a medicamentosa, ou mesmo, a internação. A concepção mais favorável foi da paciente sobre si mesma. Discutiram-se os esforços que desenvolve para se perceber e ser percebida de forma menos limitante. Ela, no entanto, como outros usuários, não tem uma opinião tão favorável em relação às pessoas que ingressam no CAPS com quadro psicótico. Como pacientes e familiares parecem receber poucas informações sobre o diagnóstico, há uma divisão dos usuários conforme a possibilidade de interação manifestada. Observou-se, em geral, uma carente posse de informações sobre o funcionamento do CAPS e suas potencialidades junto ao território. Para os familiares e profissionais, qualquer melhora parece ser percebida como algo espontâneo ou creditada principalmente à medicação. É como se o paciente não sofresse influência significativa das relações que há no CAPS. A contribuição da família no tratamento é limitada pela falta de modalidades a ela direcionadas. Suas idas tendem a se restringir à discussão de assuntos burocráticos ou à de comportamentos destoantes do funcionamento institucional apresentados pelo paciente. Os dados apontam a necessidade de criação de espaços sistemáticos como grupos de familiares e reuniões para avaliação do serviço. Sugerem, ainda, a importância da supervisão clínico-institucional para a equipe. Essas são ações fundamentais para que as concepções e as intervenções tradicionais em relação ao paciente psicótico não se perpetuem na sociedade.

Palavras-chave: Psicose, Família, CAPS e Saúde Mental.

## ABSTRACT

The main objective of this paper is to discuss the treatment of a psychotic patient at CAPS from her perspective, her family's and the one of the professionals who deal with her in a service provided in São Luís (MA). As extensions of this goal, it was aimed to identify the conceptions of psychotic patients, the proposed CAPS treatment applied to them and the families' contribution to their assistance. The study included a female patient, four members of her family and six professionals. As a tool, we performed field studies and individual interviews. Speech analysis was used as reference for analysis of the material. It was observed that family members tend to soften the behavior showed by the patient for they do not consider her able to reason, as well as to characterize those who represent a threat to the family's functioning as intentional transgressors without any link with psychopathological matters. Among the staff, there are professionals who consider the patient only as "mentally ill". For others, this label depends on the mental state of the patient at the moment of the observation. During a crisis, it is thought that no intervention is possible, unless it is performed through drugs, or even, hospitalization. The most favorable conception was the patient's about herself. The efforts that she makes to perceive herself and to be perceived by others in a less limiting way were here discussed. She, however, like other patients, doesn't have a favorable opinion concerning the individuals who join CAPS with a psychotic event. Since the patients and their families seem to receive little information about the diagnosis, there is a division of the users according to the manifested possibility of interaction. In general, a limited knowledge about CAPS operation and its potentialities on the territory was observed. For family members and professionals, any improvement seems to be perceived as something spontaneous or mainly credited to the medication. It is as if the patient hadn't obtained any significant influence of the relations existent in CAPS. The contribution of the families to the treatment is limited by the lack of alternatives directed to them. Their visits to CAPS tend to be restricted to bureaucratic issues or to the behavior presented by the patient that does not correspond to institutional functioning. The data point out the need for systematic spaces such as family groups and meetings to evaluate the service provided. They also suggest the importance of clinical-institutional supervision for the staff. These are fundamental actions to prevent traditional conceptions and interventions related to psychotic patient to perpetuate in society.

Key words: Psychosis, Family, CAPS and Mental Health.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b>	01
<b>1</b>	<b>A PSICOSE E A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO NA PSQUIATRIA</b>	07
1.1	Referenciais de avaliação e de intervenção	09
1.2	Desafios da clínica	13
<b>2</b>	<b>A SAÚDE E A DOENÇA NA DINÂMICA FAMILIAR</b>	21
2.1	Psicose e família	25
2.2	A família e a equipe de saúde mental	30
<b>3</b>	<b>A PSICOSE NA PSICANÁLISE</b>	36
3.1	A noção de estrutura	38
3.2	A escuta da subjetividade na psicose	43
<b>4</b>	<b>SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL</b>	53
4.1	Modelos e conceitos norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira	56
4.2	A desinstitucionalização e seus desafios	63
4.3	O CAPS	67
4.4	A saúde mental no Estado do Maranhão	73
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b>	81
5.1	Objetivos	83
5.2	Pressupostos epistemológicos e metodológicos	83
5.3	Participantes	86
5.3.1	Paciente	86
5.3.2	Familiares	87
5.3.3	Profissionais	87
5.4	Local do estudo	88
5.5	Instrumentos	92
5.5.1	Roteiro de entrevista	92
5.5.1.1	Roteiro de entrevista com o paciente	93
5.5.1.2	Roteiro de entrevista com os familiares	93
5.5.1.3	Roteiro de entrevista com os profissionais	94
5.5.2	Diário de campo	94
5.6	Período de realização da pesquisa	96
5.7	Procedimentos	96
5.8	Referencial de análise do material	97

<b>6</b>	<b>ELISA: UM CASO DE AFETO</b>	101
<b>6.1</b>	<b>A história de Elisa antes de seu ingresso no CAPS</b>	101
<b>6.2</b>	<b>A família, por Elisa</b>	106
<b>6.3</b>	<b>O CAPS, por Elisa</b>	111
<b>6.4</b>	<b>O delírio</b>	121
<b>6.5</b>	<b>O sujeito Elisa</b>	126
<b>7</b>	<b>A FAMÍLIA E A INSTITUIÇÃO CAPS</b>	132
<b>7.1</b>	<b>A história familiar de Elisa</b>	132
<b>7.2</b>	<b>Repercussões do atendimento no CAPS na dinâmica familiar</b>	144
<b>7.3</b>	<b>O CAPS, para a família</b>	148
<b>7.4</b>	<b>A etiologia, o diagnóstico e o prognóstico, na perspectiva dos familiares</b>	161
<b>8</b>	<b>A PSICOSE E A INSTITUIÇÃO CAPS</b>	172
<b>8.1</b>	<b>O CAPS, pelos profissionais</b>	172
<b>8.2</b>	<b>A psicose, na perspectiva dos profissionais</b>	184
<b>8.3</b>	<b>A psicose e o tratamento no CAPS</b>	197
<b>8.4</b>	<b>A intervenção em crise</b>	204
<b>8.5</b>	<b>A família, na perspectiva de profissionais do CAPS</b>	216
<b>8.6</b>	<b>O sujeito Elisa e a instituição CAPS</b>	230
<b>9</b>	<b>DO SUJEITO À INSTITUIÇÃO</b>	246
<b>9.1</b>	<b>A equipe</b>	246
<b>9.2</b>	<b>As clínicas na clínica do CAPS</b>	262
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	271
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	281
	<b>ANEXOS</b>	289
	<b>Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido para o paciente</b>	290
	<b>Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido para a família</b>	291
	<b>Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais do CAPS</b>	292
	<b>Anexo 4: Roteiro da entrevista com o paciente</b>	293
	<b>Anexo 5: Roteiro da entrevista com o familiar</b>	296
	<b>Anexo 6: Roteiro da entrevista com profissionais do CAPS</b>	299
	<b>Anexo 7: Folha de registro do diário de campo</b>	301

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, têm ocorrido mudanças significativas no atendimento aos usuários dos serviços públicos de Saúde Mental no Brasil. Essas mudanças, impulsionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, produzem avanços gradativos no atendimento, através da busca de uma aliança que integre os esforços dos profissionais, pacientes e seus familiares, no sentido de promover alternativas mais eficazes ao atendimento estritamente asilar.

A modalidade de assistência asilar configurou-se como predominante, sobretudo às pessoas com transtornos do espectro psicótico (Tenório, 2001). Indivíduos com um diagnóstico de esquizofrenia – provavelmente o tipo mais conhecido desse espectro – constituíam, outrora, uma grande proporção dos residentes dos hospitais psiquiátricos com regime de internação de longa duração, que podia se estender por anos ou mesmo pela vida inteira.

McGorry e Edwards (2002) ressaltaram que, com a transição do modelo de assistência em Saúde Mental para o nível comunitário, cada vez mais os familiares precisam ser vistos como o grupo primordial de assistência à pessoa com vulnerabilidade a uma psicose. Em paralelo, cabe considerar o paciente como o principal agente de monitoramento e promoção de sua saúde.

Psicose, fenômeno psicótico – qualquer termo eleito para se nomear a constituição subjetiva envolvida não é suficiente para traduzir por completo sua complexidade e implicações decorrentes. Da loucura ao sofrimento psíquico grave (Costa, 2003), muitas tentativas de denominação foram feitas ao longo dos séculos. Os nomes da loucura, de acordo com Pessotti (1999), modificam-se segundo os progressos do saber médico na área, mas também por preferências pessoais dos teóricos (semânticas ou outras). Contudo, o autor discorda da idéia de que as nomenclaturas mudam porque as sociedades produzem novos tipos de condições psicopatológicas. O que muda seria a maneira de descrever e interpretar os fenômenos, não sua natureza ou essência.

O lugar ocupado pela loucura na sociedade e o nome que essa dá àquela variam de acordo com a importância que cada época e contexto lhe conferem. Por outro lado, suas diversas formas de manifestação são modificadas pelo desenvolvimento das medicações, dando origem a novos fenômenos com os quais pacientes, familiares, profissionais de saúde, etc. têm que lidar. Vários são os aspectos, portanto, que

provavelmente interferem no processo de definição dos conceitos relacionados à loucura.

Reconhece-se que qualquer termo é limitante, razão pela qual é preciso considerar as ideologias e pressupostos epistemológicos que sustentam determinada escolha. Em face de suas limitações conceituais, também presentes na palavra psicose, cabe avaliar como cada termo é interpretado no meio acadêmico, pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral. Compreender as semelhanças e as contradições presentes no uso que as pessoas e instituições fazem das nomenclaturas é outra premissa para a diminuição dos estigmas associados.

Logo, se os termos são numerosos para designar as características e as implicações do fenômeno psicótico, auxiliam na reflexão sobre as injunções históricas, sociais e científicas que ratificam sua permanência. As próprias noções de tratamento, reabilitação, autonomia ou inserção social são questionáveis na clínica aqui em foco. Qualquer ação relacionada precisa incluir a diferença sem que exclua justamente aquilo que torna o paciente diferente. Conserva-se, assim, o termo psicose pelo interesse de se investigar esse fenômeno a partir das contribuições trazidas pela Psicanálise, campo onde a noção de estrutura nos auxilia na compreensão de que a produção sintomatológica apresentada não se reduz a uma condição deficitária.

Conforme indica o título do presente trabalho, pretende-se aqui analisar como a clínica da psicose está sendo desenvolvida no movimento de reestruturação da assistência em saúde mental brasileira, em que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem valor estratégico. Adota-se o termo psicose ao invés de as psicoses pelo objetivo de acentuá-lo “como uma estrutura clínica, uma estrutura que se revela no dizer do sujeito e que corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário” (Quinet, 1997, p. 3). Conseqüentemente, ao se empregar a noção de clínica da psicose, essa se refere a uma clínica do sujeito, que pressupõe a valorização da fala do paciente, pois é nela e através dela que podemos entrever sua verdade (Rinaldi & Lima, 2006).

Na mesma perspectiva, não se utiliza o termo “paciente psicótico” ou mesmo “com quadro psicótico” no texto como um rótulo. Como se entende que a teorização sobre a estrutura na Psicanálise jamais exclui o sujeito, o termo é empregado para se abordar um determinado modo de funcionamento psíquico, que requer uma escuta e uma atenção diferenciadas.

Quanto à noção de clínica do CAPS, a autora do presente trabalho, como partidária do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, considera que, para que uma clínica do sujeito ocorra de forma mais ampla e efetiva, deve haver a promoção de ações que aumentem as possibilidades de governabilidade dos pacientes sobre suas vidas (Rinaldi & Lima, 2006). A noção de clínica empregada pelo movimento tem recebido nomeações que, nos textos da área, comumente aparecem como sinônimos: “clínica ampliada”, “clínica da atenção psicossocial” ou mesmo “clínica da reforma”. Essa equiparação revela que não se trata de qualquer clínica, mas de um conjunto particular de princípios e de preceitos que definem uma prática diferenciada de cuidado, a qual requer que se considere o sofrimento do sujeito como uma expressão da relação humano-social. A clínica não pode ser definida como algo dissociado do serviço e de sua forma de organização. O cuidado desenvolvido deve ser fruto da relação com a família, a comunidade e o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente (Leal & Delgado, 2007).

Esses pressupostos estão relacionados à clínica que se preconiza para o CAPS, de forma a que a se distancie do modelo hospitalar tradicional de atendimento, o qual se pautou numa noção de evolução natural da doença sem qualquer relação com o sujeito que a vivencia e o contexto em que está inserido (Leal & Delgado, 2007). A clínica do CAPS implica que o cuidado não se restrinja ao serviço. Esse deve ser um local de referência que favoreça a articulação da assistência com os locais e grupos de convivência do paciente.

Diante de tais questões, a construção deste trabalho se apoiou, em especial, na interlocução da Psicanálise com autores que discutem o processo de reestruturação da assistência em saúde mental brasileira. Em relação à Psicanálise, esse referencial comparece por meio do recurso a importantes teóricos como Freud e Lacan no que se refere ao debate sobre a clínica da psicose. Comparece, igualmente, através de autores de terapia da família que trabalham sob esse referencial para a discussão da relação família e psicose. Tendo em vista a complexidade da proposta deste estudo abaixo indicada, considera-se que tal interlocução é imprescindível para se abordar como desafios presentes na clínica da psicose se presentificam nos discursos dos, provavelmente, principais envolvidos: o paciente, sua família e profissionais de saúde mental.

O presente trabalho busca discutir o atendimento ao paciente psicótico no CAPS a partir das perspectivas dele, de sua família e dos profissionais que o atendem

num serviço de São Luís (MA). Visa, assim, investigar a forma como a vivência psicótica é entendida num serviço extra-hospitalar e como isso se reflete nas relações que são construídas entre os três, tendo em vista as mudanças preconizadas pelo movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Como ramificações desse objetivo principal, o estudo pretende identificar, nas perspectivas citadas, concepções sobre: o paciente psicótico; sobre a proposta de tratamento do CAPS a esse sujeito; e a contribuição da família para seu atendimento.

Discutir crenças, valores e expectativas do paciente, de seus familiares e dos profissionais acerca da psicose e do tratamento oferecido contribui para que se possa investigar como são caracterizados velhos e novos desafios no que tange ao modo de subjetivação do psicótico. Isso requer o debate acerca de como o paciente se percebe e se constitui enquanto sujeito desejante na relação que estabelece com o outro, representado pela família e por profissionais de saúde da instituição na qual realiza atendimento, bem como é por esses retratado. Para tanto, esclarece-se que, ao se empregar o termo instituição ao longo do texto, essa é pensada não como um simples estabelecimento, mas como um espaço que se define segundo determinadas trocas que, histórica e culturalmente, foram associadas às relações que se considera, ou mesmo, se espera haver entre seus integrantes.

Destaca-se a relevância social de pesquisas acerca da realidade de vida das pessoas com quadro psicótico no cenário brasileiro. Os estudos contribuem para conscientizar a sociedade acerca dos mitos associados aos transtornos mentais, bem como para sensibilizá-la acerca das implicações envolvidas. Contribuem igualmente para aperfeiçoar os serviços de atendimento já existentes e desenvolver novas alternativas. Em relação a esse aspecto, os estudos possibilitam a reflexão, pelos gestores do sistema de saúde, sobre a necessidade de ampliação dos incentivos e, conseqüentemente, de formação continuada das equipes que atuam na área ou que com essa tenham articulação.

Espera-se que os resultados obtidos possam fornecer subsídios que auxiliem não somente na compreensão da temática em pauta, mas para a construção de propostas de atendimento pautadas na ética da escuta ao modo como cada envolvido define a psicose e o tratamento que a ela deve ser direcionado. Mais do que uma crítica ao modelo psiquiátrico tradicional, a proposta é produzir reflexões sobre desafios que a clínica da psicose nos revela diante da transição do modelo hospitalocêntrico para modalidades de atendimento substitutivas, através da tentativa de compreensão do

entrelaçamento desse processo às histórias de vida de pacientes e familiares e de suas experiências junto aos profissionais de saúde mental.

No Capítulo 1, são enfocados dificuldades e desafios a serem ponderados no processo de avaliação da crise psicótica. Em seguida, discute-se a complexidade do diagnóstico em Psiquiatria, indicando-se que a avaliação psicopatológica não pode se restringir a um exercício de categorização dos sintomas.

No Capítulo 2, discute-se como o sentimento de família se consolidou na modernidade, em paralelo à própria noção de indivíduo segundo seu sexo, faixa etária e capacidade de acesso ao espaço público. Essa discussão é fundamental para se pensar como a relação entre família e indivíduo, construída naquele momento histórico, permeia hoje não apenas nossa forma de interação social, mas também nossas atitudes sobre a saúde e a doença mental, bem como suas possíveis repercussões no diálogo entre os familiares e a equipe de saúde mental.

No Capítulo 3, enfoca-se como a Psicanálise contribuiu para uma aproximação entre os fenômenos da clínica, outrora marcados pela idéia de uma nítida separação entre os estados de enfermidade e de sanidade mental, com a noção de estrutura. Discute-se a escuta da subjetividade na psicose em face das exigências presentes no atendimento público.

No Capítulo 4, abordam-se modelos e conceitos norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São discutidos desafios referentes ao processo de desinstitucionalização. A partir disso, aborda-se a proposta de atendimento do CAPS, contextualizando-se, em seguida, os serviços de saúde mental no estado do Maranhão, especialmente na cidade de São Luís.

No Capítulo 5, contextualiza-se o método desenvolvido. Inicialmente, são abordados os pressupostos epistemológicos e metodológicos que fundamentaram a pesquisa de campo. São caracterizados os participantes, o local do estudo, os instrumentos utilizados, os procedimentos adotados durante a realização do estudo e o referencial de análise do material coletado.

No Capítulo 6, apresenta-se o caso clínico selecionado como o eixo-condutor do estudo para o debate dos objetivos estabelecidos. Contextualiza-se a história de vida da paciente Elisa, enfocando-se, em seguida, seu discurso acerca da dinâmica familiar e da relação com a instituição CAPS. São analisadas sua tentativa de inserção no laço social através do delírio que constrói, as formas de subjetivação que desenvolve a partir desse processo e de sua inserção no Centro de Atenção.

No Capítulo 7, é realizada uma reconstituição das histórias pessoal e da família de Elisa, a partir da análise conjunta das entrevistas desenvolvidas com seus pais e irmãos. São discutidas as falas referentes à: dinâmica familiar antes e após o ingresso de Elisa no Centro de Atenção, sobre essa instituição, bem como acerca da etiologia, diagnóstico e desenrolar de seu quadro.

No Capítulo 8, aborda-se como os profissionais entrevistados caracterizam a proposta de atendimento da instituição CAPS. Em seguida, é realizado o debate de suas falas no que tange à psicose. Discute-se o tratamento desenvolvido no local investigado no que se refere ao sujeito psicótico, com destaque para a intervenção no momento da crise. Enfoca-se como a equipe retrata a relação entre o Centro de Atenção e as famílias neles atendidas. Por fim, analisam-se suas falas no que tange ao sujeito Elisa e a seus familiares.

No Capítulo 9, a partir da análise das três perspectivas – da paciente, de sua família e de profissionais do CAPS – são tecidas reflexões sobre o modo de funcionamento institucional do local investigado. É, também, discutida a interlocução entre a clínica da psicose e outras clínicas presentes nesse local, tendo em vista a diversidade e a complexidade das demandas nele existentes.

Nas Considerações Finais, apontam-se a necessidade de criação de espaços sistemáticos como grupos de familiares e de reuniões para avaliação da qualidade do serviço. Sugere-se, ainda, a importância da supervisão clínico-institucional para a equipe. Essas são ações fundamentais para que as concepções e as intervenções tradicionais em relação ao paciente psicótico não se perpetuem na sociedade.

## 1. A PSICOSE E A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO NA PSIQUIATRIA

Na Psiquiatria, explicações etiológicas de base moral ou fisiológica vêm tendo, ao longo dos séculos, semelhante ou inversa importância, segundo as concepções de homem e de mundo, vigentes em cada época. Todavia, apesar da existência de vários registros históricos que atestam a presença de sintomas característicos de depressão ou esquizofrenia em diferentes povos e momentos, o interesse científico, político e social – direcionado à formulação de estratégias de identificação e de intervenção com foco na prevalência e no curso dos transtornos mentais – é relativamente recente na história da sociedade ocidental (Foucault, 1975; Pessotti, 1999).

Os tipos mais comuns de transtornos mentais e comportamentais que, em geral, causam incapacitação grave compreendem: transtornos depressivos; transtornos devidos ao uso de substância; esquizofrenia; doença de Alzheimer; retardo mental; e transtornos da infância e da adolescência. Os fatores associados à prevalência, à manifestação e à progressão desses transtornos são pobreza, sexo, idade, conflitos e catástrofes, doenças físicas graves, assim como ambiente familiar e social (OMS, 2001).

Como aspectos característicos da constelação diagnóstica dos transtornos mentais – abuso de substâncias, humor deprimido, irritabilidade, dentre outros – podem estar presentes em qualquer momento da vida após a ocorrência de situações traumáticas, os compêndios psiquiátricos indicam que, na avaliação, é preciso verificar se há predomínio de um quadro clínico relacionado a acentuado sofrimento, dificuldade interpessoal e prejuízo no funcionamento social por um período significativo. Em relação à esquizofrenia, essa representa um pesado ônus à vida dos pacientes e de suas famílias, tendo em vista dificuldades, dúvidas, receios e discriminações que os sintomas acarretam. Várias modificações nos critérios de identificação já foram e provavelmente ainda serão feitas na tentativa de entendimento desse fenômeno.

Os principais sistemas contemporâneos de classificação dos transtornos mentais são a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª versão), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002). Para que houvesse uma compatibilidade entre os dois manuais, consultorias entre a OMS e a APA produziram uma formulação do segundo, fundamentado nos termos e códigos adotados pelo primeiro. De acordo com a OMS, na série correspondente aos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10,

“psicótico” foi mantido como um termo descritivo conveniente, não envolvendo pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos. Seu uso serve para indicar a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de comportamentos considerados anormais, como “excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico” (p. 03).

No DSM-IV, seus autores ressaltam que o termo psicótico tem recebido, historicamente, diversas definições, sendo que nenhuma conquistou aceitação universal. Desse modo, optam pela adoção do termo para se referir à “presença de certos sintomas” (APA, 2002, p. 303), semelhantes ao que são indicados na CID-10, os quais variam em grau entre as categorias diagnósticas da seção “Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”.

A finalidade do uso do termo psicótico para ambos os manuais é, portanto, a de qualificar os sintomas para se especificar o nível de comprometimento envolvido e a possível classificação nosológica relacionada, o que tende a comprometer a avaliação do que eles representam para o sujeito que os vivencia. Em consequência, pode ocorrer um esvaziamento do significado dos sintomas, os quais ficam reduzidos ao que é observado pelo psiquiatra a partir de poucos contatos com o paciente.

É preciso recordar, como aponta Quinet (2006, p. 12), que o DMS e a CID “são manuais de diagnóstico e não de psiquiatria”. Não pretendem fornecer uma teoria que proporcione o debate sobre a constituição e modo de manifestação dos sintomas, como a Psicanálise. De qualquer modo, mesmo que deliberadamente sejam descritos como ateóricos, isso não quer dizer que não tenham nenhum fundamento teórico. Sua herança positivista é percebida, por exemplo, em sua tentativa de fornecer classificações e subclassificações dos sintomas que permitam o enquadramento de toda e qualquer alteração psiquiátrica, haja vista os diagnósticos de transtorno “não especificado”, como forma de obtenção de um máximo possível de precisão e controle sobre seu curso.

Em face dessas questões, mas sem deixar de lado a necessidade de parâmetros para o desenvolvimento de estratégias de reconhecimento dos sintomas e de intervenção, apresentam-se a seguir alguns cuidados a serem observados na avaliação de uma crise psicótica. Em seguida, aborda-se a complexidade do diagnóstico na Psiquiatria.

### 1.1 Referenciais de avaliação e de intervenção

Na Psiquiatria, o curso do episódio psicótico é dividido de acordo com a perspectiva epistemológica adotada. Enquanto a Associação Americana de Psiquiatria emprega as fases aguda, de estabilização e estável (APA, 2000) para caracterizar o momento de ocorrência dos sintomas e a posterior diminuição de sua intensidade e implicações psicossociais, autores que trabalham com intervenção precoce nas psicoses falam de fases prodrômica (pré-psicótica), aguda e de recuperação (Lines, 2004; McGorry & Edwards, 2002).

Embora os últimos também utilizem o termo fase aguda, seu escopo de identificação e de intervenção parece ser mais amplo por apontar a necessidade de reconhecimento precoce de sinais e sintomas predecessores do momento de “surgimento dos sintomas psicóticos floridos” (p. 16) – o que motivou a adoção da divisão que propõem acerca do curso do episódio psicótico, como se observará mais adiante. No entanto, percebe-se que em ambas as correntes, em maior ou menor grau, o foco tende a ser restrito à ocorrência dos sintomas e seu posterior controle.

Considera-se, aqui, que o termo crise psicótica é mais apropriado para se referir a todo este processo do que episódio, por se entender que a crise fala de um momento na vida do sujeito em que ele considera não ter condições de lidar com determinada(s) questão(ões) ou que sente que os recursos de elaboração e de mobilização que tinha até então não são mais suficientes para tanto.

Esta situação provoca uma descontinuidade no reconhecimento de nossa trajetória de vida como uma hipótese coerente. Os sintomas se constituem como uma reação do sujeito a algo que tem a ver com sua história, ainda que não se dê conta disso, ou que não identifique nenhum fator desencadeante “preciso” para o que atualmente vivencia. Ao se falar em crise, tem-se como pressuposto que qualquer sujeito pode apresentá-la em algum momento de sua vida. Logo, para que possa ser identificada como um quadro psicótico é necessária a realização de uma avaliação muito mais ampla e não circunscrita aos fenômenos de superfície – como uma alucinação ou um delírio *per si* (Lacan, 2002b) – ao se considerar que a psicose fala de um modo de constituição subjetiva e de adoecimento que vão muito além de um episódio delimitado por um determinado intervalo de tempo, de quantidade e de intensidade dos sintomas (APA, 2000). Assim, faz-se imprescindível uma avaliação dos padrões de relação que o sujeito estabelece consigo próprio, sua família, profissionais que o atendem e a sociedade como um todo.

No tratamento, é importante que a intervenção não se resuma à simples intenção de debelar uma crise, como se essa se reduzisse ao “surto”, haja vista a impossibilidade de se determinar com precisão quando começa e termina. Trata-se de contribuir para que a comunicação do paciente com o outro seja cada vez mais partilhável (Quinet, 2006), quando se propicia um suporte que o auxilie a compreender e a elaborar o que conclui ser a origem de seu sofrimento. Nessa perspectiva, ainda que se mantenha o termo episódio ao longo do texto, a noção de crise, tal como acima indicada, é o seu fundamento.

Em relação ao momento inicial da crise psicótica, optou-se pela restrita utilização do termo fase prodrômica, por se considerar que, embora determinados sintomas e comportamentos possam ser indícios de desenvolvimento de uma psicose, não implicam que o sujeito necessariamente a apresente posteriormente, como sugere a expressão pré-psicótica. Ressalta-se, ainda, que os limites entre as três fases dificilmente são claros e precisos. Trata-se de uma divisão didática, no sentido de caracterizar os momentos que antecedem e sucedem a manifestação dos sintomas psicóticos floridos (McGorry & Edwards, 2002).

A fase prodrômica é o período prévio ao desenvolvimento dos sintomas que pode ser identificada retrospectivamente. Muitas pessoas se lembram de sinais de alerta que precederam a crise propriamente dita, os quais foram relacionados, posteriormente, à instalação da psicose. Características prodrômicas mais comumente verificadas são: irritabilidade; suspeição; humor deprimido; tensão; alterações do sono e do apetite; perda de energia e de motivação; dificuldades de memória ou de concentração; percepção de que há algo estranho em si e ao redor; sensação de que os pensamentos se encontram acelerados ou lentificados; deterioração no trabalho ou nos estudos; surgimento de crenças incomuns (McGorry & Edwards, 2002; Lines, 2004).

A fase aguda é caracterizada pela experiência de alucinações, delírios e marcante pensamento desorganizado. É usualmente durante essa fase que a pessoa irá buscar ou será levada a um tratamento – o qual inclui, freqüentemente, o uso de medicação antipsicótica – e que a hospitalização é tida como necessária. Considera-se que a etapa de recuperação acontece nos seis meses subseqüentes ao tratamento do período agudo de sintomas (Lines, 2004). Em todas as fases, mesmo na prodrômica, na qual é comum a dificuldade de reconhecimento dos sintomas, o atendimento especializado deve ser garantido. Isso requer que estratégias preventivas apropriadas a cada estágio sejam associadas a intervenções biológicas, psicológicas e sociais

(McGorry & Edwards, 2002), segundo as especificidades da queixa e o contexto de vida do indivíduo.

A idade de início de surgimento dos pródromos e de ocorrência do primeiro episódio psicótico nem sempre coincidem com a idade do primeiro contato com serviços de saúde ou mesmo de admissão em unidade de emergência psiquiátrica. Quando a família procura um especialista, é provável que mais de um episódio já tenha ocorrido. McGorry e Edwards (2002) indicaram que a estratégia de identificação dos pródromos contribui para a promoção de uma interrupção do curso de um quadro que poderia acarretar prejuízos psicossociais ao indivíduo ao se facilitar um rápido tratamento.

Os indicadores acima citados adquirem um maior significado se a pessoa que os experiencia possui um perfil de alto risco para a ocorrência de um episódio psicótico, devido a antecedentes familiares ou elementos favoráveis em sua história de vida, como abuso de substâncias, vulnerabilidade a eventos estressores e comportamento agressivo. Como a relação de sinais e sintomas indica, a tarefa de levantamento dos pródromos é dificultada pela semelhança com momentos de transição associados com muitas fases ou circunstâncias de vida. São indicadores que não se constituem necessariamente como marcadores precoces de advertência quanto ao desenvolvimento de psicose. São marcadores de vulnerabilidade que requerem uma avaliação mais detalhada, haja vista diminuições sem razão aparente nas condutas adaptativas e perdas de relacionamentos com companheiros pelos jovens, sobretudo quando envolvem a possibilidade de dano pessoal (McGorry & Edwards, 2002; Lines, 2004).

O indivíduo pode considerar difícil falar sobre os sintomas com outras pessoas ou procurar ajuda. Em paralelo, ainda que familiares e amigos notem algo diferente nele (como afastamento social e diminuição do rendimento escolar ou profissional), aqueles não têm condições, por vezes, de identificar as possíveis origens da mudança. Como agravante, caso o paciente e as pessoas de seu convívio suspeitem que algum tipo de transtorno mental esteja se constituindo, os estigmas associados tendem a dificultar a busca de assistência (McGorry & Edwards, 2002).

Segundo Diaktine, Quartier-Frings e Andreoli (1993), há uma tendência ao emprego de um conceito de crise simplista, quando “o ‘ambiente’ é então reduzido ao *stress*, a crise à ‘descompensação’, e o objetivo da intervenção de crise se reduz a fazer desaparecer a própria crise” (p. 39). É preciso adotar uma noção que procure traduzir a

complexidade do que acontece nos diversos planos que se apresentam na vivência psicótica: estado agudo do paciente, possibilidade de perda de sua história, com a urgência de cuidados que essa situação instala, estado traumático dos parentes e angústia da equipe diante da loucura.

Deve-se ter cuidado, ainda, para que a intervenção não seja limitada no tempo e no espaço, com o risco de se abandonar pacientes e familiares à própria sorte, pela ausência de observação das demandas e das questões envolvidas. Para tanto, não se deve considerar a intervenção em crise como um tratamento em si, mas um procedimento necessário ao estabelecimento de uma situação intersubjetiva, suscetível de conduzir a um tratamento (Diaktine & cols., 1993), que permita à experiência clínica investigar a que os sinais e sintomas clínicos apresentados podem estar relacionados.

A delimitação apressada do episódio psicótico somente pela ocorrência de sintomas, sem um balanço do tempo de ocorrência e das repercussões decorrentes, prejudica a confiabilidade do diagnóstico, ao mesmo tempo em que indica as limitações dos conceitos atuais das psicoses como categorias distintas. Essas dificuldades com as quais os clínicos se deparam no processo diagnóstico revelam que os transtornos mentais graves não são tão diferentes entre si, como se supõe, guardando semelhanças e fronteiras pouco nítidas. Isso reforça a necessidade de estudos mais detalhados que correlacionem dimensões de sintomas com fatores de risco, desfecho e resposta ao tratamento (Martins, Gil, Abreu & Lobato, 2004).

Sabe-se que o processo de construção de sistemas classificatórios visa evidenciar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, tanto para fins pragmáticos na comunicação clínica e no desenvolvimento de estudos epidemiológicos, quanto para a indicação terapêutica a ser adotada. Contudo, faz-se constantemente indispensável a análise de que os critérios de definição médicos têm por base aspectos morais, sociais e convencionais, sofrendo, portanto, influências da época e do contexto histórico em que foram pensados.

Para Pessotti (1999), não se deve esquecer que uma das razões fundamentais para a criação das diversas versões da CID e do DSM foi a necessidade de critérios uniformes para o registro clínico-estatístico das doenças ditas mentais. No segundo manual, em especial, pode-se verificar o esforço para se proporcionar “uma classificação extremamente inclusiva das queixas possíveis a que um psiquiatra pode ou deve dar atenção” (p. 182).

Para além das controvérsias teóricas quanto à nosografia e à evolução de uma crise psicótica, o investimento num trabalho pautado na possibilidade de reversibilidade de seu curso requer que esse não seja visto apenas enquanto um *continuum*, uma relação linear em que o “início” e o “fim” já estão determinados. Em qualquer que seja o curso de uma crise psicótica, o uso restrito dos parâmetros psiquiátricos indicados pelo DSM-IV e pela CID-10 ofusca a dimensão da clínica. Perde-se a possibilidade de interrogar a própria cultura acerca dos diversos fenômenos que cria, por quem é criada e como esses interferem para que haja um gradativo comprometimento dos laços sociais. Isso reduz a avaliação psicopatológica a um exercício de descrição do número e da intensidade dos sintomas.

Apesar do empenho dos pesquisadores durante o processo de elaboração do DSM-IV, por exemplo, em observar a relação entre clínica e cultura, ressalta-se ainda a necessidade de cautela para a utilização de suas classificações diagnósticas. Indica-se aos profissionais de saúde mental e afins que dispensem ao emprego do manual o mesmo cuidado necessário para a adaptação e a aplicação de instrumentos criados em outros contextos culturais. O reconhecimento de que o DSM-IV foi desenvolvido por pesquisadores de diferentes sociedades não pode nos deixar ignorar distinções relacionadas à qualidade de vida da população – como as desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil – que provavelmente influenciam a ocorrência e a frequência dos transtornos mentais, bem como as crenças associadas ao seu curso e a sua repercussão na sociedade. A própria diversidade cultural presente na forma de manifestação e aceitação local dos sintomas interfere igualmente no registro dos episódios (Kleinman, 1977; OMS, 2001).

Com enfoque nos aspectos acima citados, são discutidas abaixo questões que os profissionais precisam reconhecer e lidar para que o exercício de análise dos fenômenos psicopatológicos não se resuma a um simples procedimento de categorização.

## **1.2 Desafios da clínica**

A angústia que nos mostra um paciente ou um familiar diante de uma situação avaliada como urgente, por ultrapassar sua capacidade de compreensão e manejo, exige nossa intervenção imediata. A Psiquiatria, sendo uma especialidade médica, tende a procurar sinais e sintomas que indiquem um desvio do padrão de

normalidade estabelecido segundo o que é considerado em determinado contexto sociocultural como adequado, correto e sadio (Sterian, 2001a).

O ordenamento dos signos do processo de adoecer foi instituído a partir da tentativa de categorização dos elementos observados, para se chegar a conceituações de valor universal. Isso nos levou à construção de abstrações, de alcance e vigência variáveis, de acordo com regras específicas dos paradigmas científicos estabelecidos em cada época (Saurí, 2001). Segundo Foucault (1972), a vida atual do indivíduo, seu passado, os juízos que se puderam formar sobre ele a partir da infância tornaram-se os parâmetros que autorizam o médico a decretar a existência ou a ausência de doença. Com a constatação desta, coube a ele determinar as faculdades atingidas (memória, imaginação, razão), de que modo e em que grau. Conhecer, reconhecer, discernir, decidir e nomear uma identidade psicopatológica se constituíram, então, em perceber e fazer representações do estudado, confrontando-as entre si para se obter, se não um consenso, pelo menos convenções nosológicas que ofereçam certa segurança à prática clínica (Saurí, 2001).

Contudo, o diagnóstico não pode ser um simples procedimento classificatório, o qual embora apropriado para a Botânica (Quinet, 2006) – no sentido do registro e do agrupamento dos signos do adoecer – não é suficiente para a discussão da complexidade do fenômeno psicopatológico. A agilidade desse procedimento, não raro, tende a ser justificada pela necessidade da escolha medicamentosa.

Nessa perspectiva botânica, Foucault (1975) apontou como se tende a postular que a doença mental é uma essência, uma entidade específica indicada pelos sintomas que a manifestam, mas anterior a eles e, de certo modo, independente deles. A doença mental se torna personificada, um ser à parte daquele que a vivencia, restando, por vezes, apenas a definição do subgrupo apresentado, como os tipos hebefrênico, catatônico ou paranóide.

Como a Psiquiatria não tem como recorrer a procedimentos de avaliação comuns em outras áreas da Medicina, seu principal ponto de apoio é o modo de apresentação dos sintomas pelo paciente, segundo a experiência subjetiva que ele teve deles. Assim, como não há a autópsia que venha a confirmar a doença da qual o sintoma seria o sinal, é na construção do caso clínico que um diagnóstico aparecerá como conclusão do processo de investigação, o que requer uma consistente base epistemológica que permita uma avaliação aprofundada da sintomatologia apresentada.

Serpa Júnior (2007) indicou, no entanto, que vivemos numa época em que a psicopatologia psiquiátrica tem se tornado cada vez mais rasa. Qualificada como Psicopatologia Descritiva, embasa modernas classificações psiquiátricas, a exemplo da CID-10 e do DSM-IV. Essa é uma psicopatologia pautada na “perspectiva da terceira pessoa”, o observador. É uma perspectiva em que não há “lugar para o vivido, apenas para o comportamento tomado em toda a sua objetividade” (p. 17). Ambiciona a certeza factual, em que os fatos, de certo modo, são tidos como atemporais, na medida em que o decurso do tempo e as contingências envolvidas não são questões relevantes para seu esclarecimento. Contra essa psicopatologia sem *pathos*, o desafio é propor e assegurar “uma Psicopatologia que não descarte a subjetividade” (p. 13).

Essa é uma reflexão que vem se consolidando na Psiquiatria nos últimos anos em razão de contribuições da Psicanálise – conforme será discutido em capítulo específico – e da Fenomenologia. Sobre essa última, autores como Parnas e Zahavi (2002) têm destacado a necessidade de um retorno à “Psicopatologia da primeira pessoa”, que se enfraqueceu na história da Psiquiatria do século passado, quando o exercício psicopatológico se reduziu à descrição. A evidente heterogeneidade evolutiva da esquizofrenia tem colocado cada vez mais em questão a necessidade de se reavivar os estudos sobre a dimensão subjetiva dos sintomas psiquiátricos realizados por Karl Jaspers, dentre outros.

A “Psicopatologia da primeira pessoa” é uma abordagem teórica que aponta a necessidade de se investigar o decorrer do quadro na perspectiva dos próprios sujeitos observados. Aparentemente, essa é uma questão óbvia. Entretanto, é o reconhecimento dentro da Psiquiatria que a definição do sintoma de um ponto de vista estritamente operacional estava contribuindo para um empobrecimento do conhecimento psicopatológico, quando se passou a considerar o debate sobre a subjetividade humana um assunto tabu (Parnas & Zahavi, 2002).

Desse modo, quando a Psiquiatria opta mais pela descrição e pela comunicação dos fenômenos entre os colegas que por uma clínica em que cada caso seja efetivamente um caso, ela negligencia os sintomas como formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico (Quinet, 2006). Esse autor avaliou que:

Os manuais de diagnóstico atuais parecem tomados pela preocupação de se constituir uma língua comum entre psiquiatras de todo o mundo, como um esperanto que pudesse terminar com o mal-entendido próprio da

comunicação. Baseados no ideal de visibilidade e na dualidade saúde *versus* transtorno, os manuais dão a impressão de se pretenderem um instrumento que associa o máximo da descrição (um paciente pode receber vários números correspondentes a múltiplos diagnósticos) dentro de uma margem mínima de erro (p. 11 – 12).

Os manuais de diagnóstico se pretendem deliberadamente ateóricos, como se quisesse evitar qualquer preocupação com questões etiológicas relacionadas à constituição dos transtornos – em especial, conforme nos parece, que sejam de ordem psicogênica – como se não houvesse pressupostos epistemológicos e ideológicos nas categorias nosológicas que estabelecem. Fundar, conforme Quinet (2006), uma prática de diagnóstico baseada no consenso estatístico de conjuntos de critérios relativos a determinados transtornos que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que é a estrutura do próprio sujeito.

Quando o diagnóstico se apóia, sobretudo, na comparação e na conclusão a partir da repetição de sinais e sintomas, não se considera a possibilidade de que o processo de repetição “nunca é cópia do anterior, nem reiteração de algo idêntico” (Saurí, 2001, p. 41), o que não impede certo retorno de algo. A tentativa de comprovação empírica do estabelecimento da regularidade da aparição ou da persistência dos signos está relacionada à necessidade de desenvolvimento de esquemas cognoscíveis que tendem a ser empregados de forma rígida quando não se observa que repetir produz diferenças, não a simples reedição do mesmo.

Ordenação de dados, inventário e comprovação de correlações fundam e fundamentam o objetivo de ordenação categorial. No entanto, basear a tarefa diagnóstica exclusivamente num procedimento que conduza a diferenciações semiológicas como critério de precisão científica “desemboca em um empobrecimento conceitual” (Saurí, 2001, p. 24), quando a clínica fica subordinada ao diagnóstico e à terapêutica medicamentosa.

Apesar de não ter tratado diretamente da “doença mental”, Canguilhem (1966/2002), em seu livro “O normal e o patológico”, apresentou uma reflexão bastante atual, ao apontar que a evolução do pensamento médico ocidental teria resultado na formação de uma teoria das relações entre os fenômenos normais e os patológicos, na qual esses nada mais são do que variações quantitativas, para mais ou para menos, daqueles. Ao se conceber o patológico a partir do normal, pôde-se respaldar, por

exemplo, o uso de radicais como hipo ou hiper para a definição de fenômenos associados.

Canguilhem (1966/2002) apontou que essa distinção quantitativa entre o normal e o patológico também tem conseqüências do ponto de vista qualitativo, quando se considera que, a cada termo atribuído segundo a intensidade e a freqüência de um dado sintoma, é atribuído um valor social positivo ou negativo. Como herança desse pensamento na Psiquiatria, pode-se observar a permanência de termos que expressam noções de exagero ou de déficit. Tais termos tendem a contribuir para demarcar a psicose como uma condição deficitária, em vez de uma estrutura, como propõe a Psicanálise (Saurí, 2001). O paciente é reduzido a “um a menos”, sendo sua história equiparada à história da doença – quando começou, forma de manifestação, intervalo entre os episódios, tipos de tratamento já feitos, quantidade de internações, medicações utilizadas, etc.

A manutenção da visão do patológico como uma variação do normal contribui, não raramente, para que se adote como proposta primordial, se não única, do tratamento a correção da intensidade de incitação no sentido de aumento ou diminuição de seus efeitos indesejáveis. Canguilhem (1966/2002) alertou quanto à urgência de que a ciência tome como objetos de mesma importância teórica e capazes de se explicar mutuamente os fenômenos ditos normais e os ditos patológicos, a fim de se tornar adequada à totalidade das vicissitudes da vida e à variedade de suas manifestações. Para isso, cabe considerar que “a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele” (p. 20). Ser doente é de fato para o sujeito viver uma vida diferente. Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um ser.

Sintetizando as idéias do autor acima citado, a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, não com seus órgãos ou funções. Todavia, observa-se com certa freqüência a maior adoção do ponto de vista fisiológico do que o do “doente”. Ainda que se possa suspeitar e retificar a opinião da pessoa que se considera doente, ou que é assim considerada, em relação a que e a como difere de seu estado prévio de saúde, não se deve invalidar seu esforço de lançar hipóteses à perda que sente ter sofrido. Isso requer a análise de que a doença não se reduz ao que perturba a saúde.

Na Medicina, percebe-se, muitas vezes, que o interesse principal é diagnosticar e curar. Teoricamente, curar é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado. Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal, depois da instalação da doença, significa retornar uma atividade interrompida ou, pelo menos, uma atividade tida como equivalente, conforme os valores sociais do meio. O essencial seria, para o indivíduo, sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que receia permanecer definitivamente. Mesmo quando a doença é tida como crônica, há sempre um passado em relação ao qual o paciente ou aqueles que o cercam guardam certa nostalgia. Todavia, ainda que se alcance um estado de equilíbrio semelhante ao que se tinha antes da emergência da doença, esse novo estado já traz em si possibilidades e desafios nem sempre previstos pela pessoa, pelos familiares ou pela equipe de saúde.

Segundo Canguilhem (1966/2002), a anomalia – e, por associação, o anormal – é a consequência de uma variação individual que marca a diferença entre dois seres. Contudo, “diversidade não é doença. O anormal não é o patológico” (p. 106). A anomalia pode se transformar em doença, mas não é, por si mesma, doença. Não é tarefa fácil determinar em que momento se dá a passagem de um estado a outro. Para isso, são desenvolvidas hipóteses diretrizes e convenções práticas que permitam decidir em que nível ocorre a transição do normal para o anormal e, desse, para o patológico.

Para a definição das noções de saúde e doença, a Medicina, além de extrair seu conhecimento sobre a norma conforme a representação comum que dela se tem num meio social em dado momento, igualmente retira seu conhecimento sobre a norma da Fisiologia, descrita como a ciência do homem normal. Observa que constantes funcionais fisiológicas são normais tanto no sentido estatístico, quanto no sentido terapêutico.

Nessa busca, a Medicina teria elegido a norma e a média como dois conceitos inseparáveis. Se a primeira é permeada pelas mais diversas críticas quanto à fluidez dos fenômenos humanos, tenta-se utilizar o segundo conceito para se justificar o alcance imediato da objetividade de construtos teóricos na comunicação e na intervenção clínicas (Canguilhem, 1966/2002), considerando-se como normal aquilo que se observa com mais frequência em curva de distribuição estatística. Os indivíduos que se situam, estatisticamente, fora dessa curva, tendem a ser considerados como anormais ou doentes. Esse é um critério muitas vezes falho em saúde geral e mental,

haja vista que algo freqüente não é necessariamente “normal”, assim como nem tudo que é raro é patológico.

Diaktine e cols. (1993) apontaram que a descrição psicopatológica estática pela Psiquiatria que não faz nenhuma menção à história dos pacientes, fornece uma impressão de “parada do tempo” no fenômeno psicótico irremediável. Tal descrição se inscreve num sistema positivo de funcionamentos, o qual, em contrapartida, cria um sistema negativo de defeitos na psicose. Quando o sintoma é pensado exclusivamente como um sinal ao qual o médico deve atribuir um significado ou do qual ele deve revelar um significado fixo e universal ou, em outras palavras, não particular de um dado sujeito (Tenório, 2001), o “paciente é desqualificado como interlocutor” (Diaktine & cols., 1993, p. 05). Para Foucault (1975, p. 24), não se deve ler a patologia mental no texto demasiado simples das funções abolidas:

A doença não é somente perda de consciência, entorpecimento de tal função, obnubilação de tal faculdade. No seu corte abstrato, a Psicologia do século XIX incitava esta descrição puramente negativa da doença; e a semiologia de cada uma era muito fácil: limitava-se a descrever as aptidões desaparecidas (...). De fato, a doença apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro. A essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo.

Essa Psicologia Diferencial contribuiu como mais um fator que favoreceu o divórcio litigioso da saúde/doença no discurso psiquiátrico. À primeira, associou tudo o que deve ser exaltado e buscado no tratamento e nas ações de controle político e social. À doença, coube o resto, aquilo que se deve extinguir a qualquer custo.

A clínica não é só a definição e o controle dos sintomas. É acompanhar o paciente em seu sofrimento enquanto ele e o profissional considerem necessário, num período que, embora de duração incerta, requer uma avaliação constante do que está sendo escutado e do destino que se confere a esse conteúdo. Trata-se de uma questão cuja tentativa de resposta só pode ser feita no cotidiano da clínica.

A crítica feita aqui se refere, portanto, à busca de critérios diagnósticos rígidos, nos quais não se contextualiza a história de vida do paciente, engessando-se sua subjetividade. Como se considera ser o diagnóstico processual de acordo com a relação que se estabelece com o paciente, torna-se imprescindível uma avaliação psicopatológica dimensional, que coloque em questão a possível categoria nosográfica a

que se pretenda precipitadamente associar determinado sintoma. Deve-se avaliar a estruturação dos processos intrapsíquicos empregados pela pessoa, suas relações interpessoais significativas, as modalidades de atendimento que o sistema de saúde a que tem acesso lhe oferece e a transferência que estabelece com aqueles que a atendem.

Quanto ao último aspecto, soma-se ainda o de analisar a própria ressonância que ocorre em quem realiza a avaliação diagnóstica. Isso exige o reconhecimento de que cada um tem que lidar com o seu próprio sintoma para poder lidar com o sintoma do outro. Com o reconhecimento, há como se pesar que, subjacente ao sintoma, encontra-se algum tipo de satisfação de que o sujeito não pode facilmente se desvencilhar, por apresentar algo de sua história de vida cujo sentido lhe é muito caro. A simples observação do comportamento manifesto pode se tornar uma fonte de erro. Em outras palavras, como indicou Lacan (1985), para o diagnóstico de uma psicose, não basta se ater a conhecidos fenômenos superficiais, como o conjunto de sinais que são perceptíveis ao outro, mas o modo de relação que se estabelece.

A clínica constitui o campo do encontro sempre problemático do universal da ciência com o singular do caso. Se, para a Psiquiatria, o sintoma implica um índice de que alguma coisa não vai bem, para a Psicanálise, considera-se que há algo de satisfação aí, uma satisfação da ordem do inexorável. O sintoma não é simplesmente um signo de algo em comum a um determinado grupo de pessoas. Trata-se de uma construção singular da vida psíquica de um sujeito. Ainda que o diálogo entre o comum e o particular seja uma exigência, estes não podem ser fundidos pela própria relação dialética na base de sua divisão e de sua necessária interdependência.

Pode-se perceber que, no campo psiquiátrico e na sociedade em geral, os critérios diagnósticos associados à psicose foram definidos em oposição à idéia de normalidade construída em nossa sociedade. Essa idéia se baseia na capacidade de uso da razão, a qual estaria ausente na psicose. No capítulo a seguir, são discutidas implicações desse paradigma na dinâmica familiar. Enfoca-se ainda como o lugar que o sujeito ocupa na sociedade tem a ver com aquele em que é colocado e se coloca em sua família, segundo os papéis e as regras nessa existentes.

## 2. A SAÚDE E A DOENÇA NA DINÂMICA FAMILIAR

A partir do século XVIII, mais do que em qualquer outra época anterior, o discurso filosófico, através de obras provenientes do Iluminismo, movimento consagrado pela afirmação da autonomia do indivíduo, favoreceu o desenvolvimento do sentimento da família e de sua expressão, pela propagação de duas posturas: a idéia de igualdade e a de felicidade individual (Badinter, 1985). O Iluminismo preconizava que o conhecimento só se dá mediante o uso da razão, que emanciparia o homem da superstição e do dogma, favorecendo seu progresso em todos os campos. Com isso, o sentimento da família se consolidou em paralelo à própria noção de indivíduo segundo seu sexo, faixa etária e capacidade de acesso ao espaço público.

O Iluminismo ficou caracterizado por uma confiança ilimitada na razão humana, considerada capaz de dissipar as trevas da ignorância e da miséria econômica da Idade Média<sup>1</sup>, que obstruíam o espírito humano, e de tornar, como consequência, os homens melhores e felizes, à medida que vão sendo instruídos e se solidificam suas potencialidades racionais. A preparação da vida futura da alma perdeu espaço para a vivência o mais satisfatória possível da vida terrestre. E, para que existisse felicidade no mundo, ela deveria existir *a priori* na pequena sociedade familiar – o que alterou profundamente as relações entre os seus membros (Badinter, 1985).

Havendo felicidade no casamento, o que pressupunha uma relação amorosa entre os cônjuges, considerava-se que a concretização desse amor seria o nascimento dos filhos e a conseqüente preocupação com o seu bem-estar (Badinter, 1985). Temos o nascimento da moderna família nuclear, que constrói gradativamente o muro de sua vida privada para se proteger contra a invasão do mundo exterior, realidade freqüente nos séculos passados, quando não se possuía uma separação nítida entre o público e o privado.

Embora a idéia de igualdade fosse mais relacionada à dos homens entre si (igualdade das ordens) do que a entre seres humanos (homem, mulher e criança), o Iluminismo contribuiu para a promoção de uma reestruturação social no final do século XVIII. A condição do pai, da mãe e da criança foi modificada no sentido de haver um maior equilíbrio entre eles. Foi-se delineando uma preocupação social com a emancipação da mulher e da criança, em correspondência ao liberalismo econômico, um dos pressupostos do Iluminismo (Badinter, 1985).

A doutrina liberalista outorgou ao indivíduo o máximo de liberdade, estimulando-o a valorizar cada vez mais seus interesses pessoais, particularmente seus interesses econômicos (Badinter, 1985). Consolidam-se as noções de produção e de concorrência. Para Marcuse (2001), a competição livre confronta os indivíduos entre si como compradores e vendedores da força de trabalho. Ao contrário do pensamento ocidental em voga na Idade Média, “já não é mais verdade que alguns são de nascença destinados ao trabalho, e outros, para o ócio, alguns para o necessário, outros para o belo” (p. 15). Se todos são iguais, todos devem se subordinar aos mesmos valores culturais.

Com o início da época burguesa, a noção de indivíduo que se desenvolve requer que cada um tome agora em suas próprias mãos o provimento de sua existência, para o alcance de sua felicidade. Para Marcuse (2001), na medida em que, numa tal postulação, se confere ao indivíduo um plano mais amplo de exigências e prazeres, a produção capitalista em expansão visa preencher tal necessidade com cada vez mais objetos de satisfação na forma de mercadorias. Configura-se, então, a contradição da sociedade capitalista, na qual a igualdade abstrata se realiza como desigualdade concreta, pois “só uma pequena parte dos homens dispõe do poder de compra necessário para adquirir as mercadorias exigidas para assegurar sua felicidade” (p. 19).

Torre e Amarante (2001) indicaram que, nesse processo de criação de um novo modelo de homem e de relações, a noção de indivíduo consolida o sujeito cartesiano, pautado na racionalidade científica, que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. A loucura se torna seu contraponto, sendo o louco o sujeito da desrazão. Como a noção de indivíduo é ligada à norma, o sistema capitalista, para funcionar, precisa de pessoas que forneçam o retorno previamente definido. Isso inaugura um “modo-indivíduo de subjetividade” (p. 74).

Com a criação do modo-indivíduo, uma nova forma de exercício de poder passa a ser constituída. Tal poder é não mais centrado unicamente no Estado, mas articulado a ele de várias maneiras, materializando-se em práticas, instituições e saberes. Trata-se de uma forma de controle que funciona por um processo contínuo de normatização, com imposição de regras para que os indivíduos se tornem produtivos. É a capacidade de produção de bens para a sociedade o que vai determinar a exclusão ou não do sujeito (Torre & Amarante, 2001).

---

<sup>1</sup> Uma crença difundida pelos homens da Idade Moderna em relação à época anterior.

Nesse cenário, o indivíduo que produz é aquele dotado de razão e, em consequência, livre por ser capaz de fazer escolhas, desejar e decidir, “atributos impensáveis para um alienado” (Torre & Amarante, 2001, p. 75). Dentre as instituições que surgem com o papel de construir e manter as normas, a família se torna, por excelência, na sociedade ocidental, a instituição que deve fazer o repasse dos valores necessários à ordem, ao progresso e ao controle social, afastando de sua esfera tudo o que de alguma forma se opõe a isso.

A família passa a ocupar um lugar paradoxal na sociedade, configurando-se, ao mesmo tempo, como condição de risco e de proteção ao bem-estar de seus membros, no que se refere aos seus modos particulares de subjetivação. Se, por um lado, através do investimento que faz na criança, possibilita que essa se reconheça como sujeito, pois seus pais assim a reconheceram primeiramente, por outro, esse processo nunca se dá sem conflitos, haja vista os diversos desejos envolvidos. Esse duplo caráter se reflete na forma como a criança vai se fazer sujeito diante das limitações impostas pela diferença sexual, pela castração, pela morte e pelo que constitui tudo isso, a linguagem.

Como indicou Freud (1913/1976, p. 187): “A menos que os processos psíquicos sejam continuados de uma geração para outra, ou seja, se cada geração fosse obrigada a adquirir novamente sua atitude para com a vida, não existiria progresso neste campo e quase nenhuma evolução”. Instituída em oposição à esfera pública, passou-se a considerar que uma das funções primordiais da família era a transmissão de valores a cada de um de seus integrantes. Sentimentos como amor, pertencimento e responsabilidade familiar foram construídos com base na necessidade de normas de conduta individual que direcionassem os padrões sociais de desempenho e interação. A construção da noção de indivíduo que se instituiu na família permeia hoje não apenas nossa forma de interação, como também nossas atitudes sobre a saúde e a doença mental. Cada pessoa, criança, adolescente, adulto ou idoso, sofre, portanto, influências referentes aos significados culturais acerca de seus comportamentos de manutenção ou transgressão dos códigos de convivência em sociedade.

A família e a Psiquiatria foram construídas de forma articulada – cada uma fornecendo subsídios para a consolidação da função social da outra. Para Melman (2001, p. 145), ambas “foram atravessadas por estratégias e dispositivos de normatização vinculados ao nascimento e à consolidação do Estado moderno, desenvolvidos para controlar e organizar o funcionamento dos indivíduos na sociedade”. Nesse percurso, não faltaram formulações e prescrições a respeito das

relações entre pais e filhos, na medida em que a família se constituiu no lugar privilegiado de formação das crianças. Coube aos pais encontrar a justa medida, nem mais nem menos, que a necessária para moldar os filhos em seu desenvolvimento, introduzindo-os no mundo da ordem estabelecida.

Já em “Mal-estar na civilização”, Freud (1930/1974) observou que o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, por sua fragilidade; do mundo externo, que pode se voltar contra nós pelas intempéries da natureza; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Freud a denominou como a fonte social do sofrimento, por estar relacionada à inadequação das regras “que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 95). Apontou para a nossa dificuldade em admitir que os regulamentos por nós estabelecidos para essas relações não nos asseguram a proteção e os benefícios almejados. Conclui que, ao considerarmos o quanto fomos mal-sucedidos nesse campo de prevenção do sofrimento, surge a suspeita de que, tal como nas duas outras fontes, é possível fazer uma parcela de natureza inconquistável, a qual, por sua vez, está relacionada à história de nossa própria constituição psíquica.

Essa é uma história em que o exercício do desejo da parentalidade antes mesmo de a criança vir ao mundo e durante o seu desenvolvimento, bem como a vivência dos próprios pais enquanto filhos, irmãos e netos, de uma determinada genealogia familiar, dizem muito. Segundo Freud (1914/1974), se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, há que se reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo. Os pais se encontram sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho e de ocultar tudo que identifiquem como deficiência – como a negação da sexualidade infantil. Sentem-se inclinados a suspender, em favor, da criança, o funcionamento de todas as restrições culturais – a que tiveram que acatar – e a renovar, através do filho, as reivindicações aos privilégios por eles abandonados. Somado a isso, os pais depositam na criança o desejo de imortalidade do eu. É todo um investimento que a torna herdeira de um projeto à sua revelia, em relação ao qual irá gradativamente se posicionar em seu processo de constituição subjetiva.

Na família, haveria duas formas de amor. Uma consiste no “amor plenamente sensual”, a qual se refere ao relacionamento entre um homem e uma mulher, cujas necessidades genitais os levaram a fundar uma família. A segunda, “amor

inibido em sua finalidade”, está relacionada aos sentimentos positivos entre pais e filhos e desses entre si. As duas formas de amor se estendem exteriormente à família; a primeira conduz à formação de novas famílias e, a segunda, de amizades. Ambas as possibilidades falam de vias que permitem ao sujeito uma saída do contexto onde ocorreram suas primeiras e primordiais ligações afetivas para a constituição de sua subjetividade (Freud, 1930/1974).

No entanto, a criação e o desenvolvimento de novos vínculos com a sociedade nunca se dá de forma plena e livre de conflitos. Se, por um lado, a civilização se esforça por reunir as pessoas em grandes unidades, por outro, a família não abandona o indivíduo (Freud, 1930/1974). Nesse sentido, quanto mais estreitamente os membros de uma família se encontrem ligados, mais difícil lhes é ingressar no círculo mais amplo que é a sociedade. À medida que cresce e conhece outros pais, a criança os compara com os seus, pondo em dúvida as qualidades extraordinárias que lhes atribuíra, o que abala o narcisismo parental (Freud, 1909/1976).

No texto “Romances Familiares”, Freud (1909/1976) já havia assinalado o que a sociedade espera que o indivíduo faça ao crescer: que se liberte da autoridade parental. Esse é um processo que constitui um dos resultados mais necessários, ainda que doloroso, do curso de seu desenvolvimento, haja vista que todo o progresso social repousa sobre a oposição entre as gerações. Para Freud, tal “liberação é primordial e presume-se que todos os que atingiram a normalidade lograram-na, pelo menos em parte” (p. 243). A dificuldade envolvida nesse processo é comum a todos, a qual tende a se acentuar, na família, quando há um membro identificado como psicótico.

## **2.1 Psicose e família**

Durante anos, a teoria da degenerescência hereditária similar (direta ou indireta) ou que tenha sofrido algum tipo de metamorfose na história de vida familiar teve grande influência na Psiquiatria (Pessotti, 1999). É fato que a hereditariedade exerce grande influência na eclosão de uma determinada condição. No entanto, corre-se o risco da promoção de uma profilaxia eugenista, quando se adota uma visão linear de causa e efeito. Essa visão tende a ser ainda mais reducionista ao não levar em questão que não é somente a carga genética que é transmitida entre as gerações, mas uma série de papéis e regras estruturados a partir de laços consangüíneos, afetivos e de um sobrenome em comum.

Pode-se perceber como o fator hereditário é, ainda, objeto de uma série de dúvidas, para a sociedade em geral, quanto ao papel da família na ocorrência de um episódio psicótico num de seus membros, o que contribui para o aumento dos conflitos na dinâmica familiar. Nesse momento, é preciso analisar que, conforme Freud (1917/1976), como todo ser humano nasce com suas tendências ancestrais à eclosão de um determinado quadro (psico)patológico, quando se considera a hereditariedade como o fator exclusivo, pouco se pode fazer para alterar seu rumo diante da expectativa de prognóstico incapacitante. Deve-se sempre suspeitar da possibilidade de co-existência de outras etiologias, a fim de se obter alguma compreensão acerca do(s) motivo(s) que tornam um determinado membro da família mais vulnerável a adoecer do que os demais.

Por outro lado, embora os conflitos presentes no ambiente familiar possam contribuir para as recidivas, cada vez mais se questiona a visão anterior, que colocava a família como o fator ou um dos principais fatores causais de desencadeamento de uma psicose, por ser o primeiro lugar de desenvolvimento das relações do sujeito com o mundo. A mudança da visão sobre a relação entre família e psicose vem sendo cada vez mais ampliada pela compreensão de que as implicações da dinâmica familiar na subjetividade de cada um de seus membros vão muito além do que as noções tradicionais de saúde e doença comportam.

Cada vez mais se reconhece a importância da intersubjetividade familiar na constituição subjetiva e, conseqüentemente, do que essa noção implica no que tange aos desdobramentos do sofrimento psíquico de cada membro. Não se trata, portanto, de culpabilizar a família como causadora da psicose, mas de investigar o que, na trama das relações anteriores e atuais, se reproduz e o que isso pode ter a ver com o modo do sujeito se fazer sujeito na psicose.

Lacan (2002a) indicou que, entre todos os grupos humanos, a família desempenha um papel primordial na transmissão da cultura. Observou que “se as tradições espirituais, a manutenção dos ritos e dos costumes, a conservação das técnicas e do patrimônio são com ela disputados por outros grupos sociais, a família prevalece na primeira educação, na repressão dos instintos” (p. 13). A família preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, com a organização das emoções, segundo tipos condicionados pelo ambiente. Transmite estruturas de comportamento e de representação cujo jogo ultrapassa os limites da consciência, estabelecendo, entre as gerações, uma continuidade psíquica.

Para Costa (2003), a família não existe como conceito único, universal, aplicável a todas as manifestações vinculares do tipo familiar. A família, seja qual for, tenha a configuração que tiver, consiste no meio relacional básico para a constituição de vínculos com o mundo. De acordo com o autor, ela abrange algumas características, a saber: repetição e continuidade; construção dos afetos e das emoções humanas (da saúde à patologia); sentimento de "eu" e de existência; sentido de intimidade, pertinência e diferenciação. Tais características, que remetem à vinculação entre os membros, tendem a ser colocadas em questão diante da psicose.

A família, em geral, se sente perdida, buscando um outro modelo de referência a partir do qual possa balizar suas ações. Comumente, a ocorrência de uma crise psicótica é uma experiência traumática para o sujeito e sua família. Com o decorrer do tempo, muitas vezes, o ambiente doméstico adquire delicadas nuances, quando o primeiro passa a ser visto exclusivamente como um doente por seus familiares e, esses, percebem-se a si próprios como responsáveis ou não por aquele, de acordo com o tipo de vínculo que entre eles sentem existir.

Muitas vezes, quando um familiar diz que não tem tempo de conversar com o “doente”, é possível que haja uma suposição de que a iniciativa e a manutenção de um diálogo não farão diferença alguma. É possível, ainda, que, após a vivência de grandes dificuldades na interação com esse membro, não se queira mais ou não se acredite ser mais possível a existência de um diálogo. Sentindo que a imagem que se tinha sobre um filho, mãe ou irmão está morta, os familiares necessitam fazer um trabalho de luto em relação ao investimento depositado. Logo, se no início do quadro há esperança de que a pessoa retorne ao estado prévio de saúde, com o decorrer do tempo uma realidade frustrante tende a se constituir. Gradativamente, a família vai reconhecendo que sua dinâmica passa a ter características diferentes das de outras famílias, em especial no que tange às expectativas quanto ao desempenho do membro psicótico.

O padrão que se desenvolve na dinâmica familiar após um episódio psicótico precisa, muitas vezes, ser reavaliado quando se torna opressor, não possibilitando a construção de novos desejos e formas de interação. A partir do momento em que pacientes e familiares podem conferir um significado a essa vivência – de sua eclosão à busca de assistência especializada – tentam reorganizar, por sua vez, todo seu estilo de vida para a assimilação das prováveis mudanças psicológicas e socioeconômicas que o processo de adoecimento acarreta. Toda uma nova rede de significados é desenvolvida para o alcance de um estado de relativa harmonia, numa

tentativa de diluição dos conflitos e traumas presentes no cotidiano dos envolvidos, através da revisão dos projetos de vida pelo reconhecimento de que os desafios decorrentes de todo esse processo de adoecimento possivelmente exigirão metas mais realistas.

Tomar conhecimento da maneira como os membros de uma família se falam (ou não se falam) e como interagem na presença uns dos outros permite levantar considerações quanto ao significado inconsciente das relações que estabeleceram e mantêm. Certa cota de mitologia familiar é necessária para se preservar alguma comunicação entre os membros, de forma a resguardarem redes de lealdade – ainda que patologizantes – a partir das quais ficam demarcadas para cada pessoa uma missão ou missões a cumprir na vida, em resposta aos desejos, expectativas, temores e fantasias intergeracionais (Berenstein, 1988; Sterian, 2001a).

O mito familiar, de acordo com Eiguer (1995), é definido como um relato, uma história que implica um conjunto de crenças partilhadas por toda a família, eventualmente transmitida há gerações. A história contada serve para confirmar as crenças. O relato pode, todavia, servir para torná-lo mais agradável, substancial e, principalmente, mais crível. O mito tem um caráter alegórico de resolver contradições referentes a idéias e dificuldades familiares, ajudando a preservar o equilíbrio homeostático. Inclui, freqüentemente, elementos interpretativos e racionalizações, mas sua pretensa verossimilhança não muda o problema. Trata-se de uma convicção partilhada de forma a garantir a estabilidade e a eficiência dos vínculos.

Não se deve pensar em questionar um mito, sob pena de sofrer sanções familiares. Recusá-lo é, para os membros da família, recusar a dependência, o amor familiar. Quando um mito é posto em dúvida por um dos integrantes, outra instância mítica se instaura, em movimento de apropriação da nova situação. O questionamento denota a possibilidade de se criticar uma verdade adquirida, desde que, para isso, nasça um novo mito (Bucher, 1986; Eiguer, 1995).

Alguns mitos se referem à função dos membros, aos seus papéis, ao que são capazes de fazer ou ao poder que exercem sobre os demais. Aquele que decide as regras e as impõe aos outros, mostra-se, em geral, o mais fraco ou submisso. O filho que desencadeia as brigas pode ser apresentado, paradoxalmente, como o mais pacífico. O portador do sintoma tende a ser descrito como o mais perturbador. Todos esses casos são acompanhados de exemplos para fortalecer as hipóteses sobre as funções de cada membro (Bucher, 1986; Eiguer, 1995).

O papel mitificado é, muitas vezes, o do psicótico, considerado como extravagante, anormal. Opõe-se ao papel do normal atribuído a algum outro membro, o que pode ser facilmente detectado nas comparações sobre o desempenho de cada filho. O mito tende aqui a preservar rigidamente tal distribuição de papéis executados pelos membros em questão, o que pode reverberar para uma cumplicidade masoquista (Eiguer, 1995). Contudo, conforme abordado, ainda que o mito seja patologizante à primeira vista, tem a função de preservar a realidade outrora conhecida, assim como a visão que se tinha sobre cada integrante do grupo familiar.

Configurado o fenômeno psicótico, o conflito que se instala possivelmente exige modificações severas nas relações constituídas entre os membros. No decorrente e necessário processo de revisão de papéis e funções familiares, culpas e acusações costumam ser comuns. Esta situação favorece a que os familiares diminuam a capacidade do integrante com quadro psicótico de discernir e estabelecer relações de respeito e companheirismo, fundamentadas na compreensão de suas necessidades. Podem também não valorizar seu desejo de ocupar um outro lugar na dinâmica familiar que não seja o de doente.

Berenstein (1988) indicou que pode ser observada, em grupos familiares com um integrante com transtorno mental, uma subversão do critério de saúde e doença. Geralmente, quando há uma crise no funcionamento mental de uma pessoa, os elementos do seu grupo familiar se definem como sadios em oposição ao integrante definido como doente. Entretanto, ainda que o grupo familiar se torne dividido entre sadios e doentes, a última divisão é ocupada por um só integrante. A família tende a se queixar de que esse integrante – o doente mental, o psicótico – é a causa do desequilíbrio na parcela “sadia”.

Os critérios de saúde e doença ficam superpostos ao de normalidade e anormalidade, assim como aos de adaptação e desadaptação. Saúde e doença, normalidade e anormalidade constituem séries dicotômicas. Se não se analisar em que se contrapõem, essas séries passam a se constituir como categorias absolutas e naturais. Com isso, o grupo familiar tende a não perceber o código de valores a partir do qual outorga o significado de um comportamento como sendo sadio ou doente, bem como a não questionar seu código de valores (Berenstein, 1988).

A fragmentação dos sintomas ou mesmo de possíveis etiologias associadas pode ter como consequência a reintrodução das oposições entre o normal e o patológico, originárias do discurso psiquiátrico tradicional. Saúde e doença se constituem a partir de

suas inter-relações. Contudo, a falta de apoio social, os estigmas, as privações econômicas e sociais são aspectos que tendem a contribuir para a manutenção de ambas enquanto pólos dicotômicos.

Com essa divisão entre sadios e doentes, as famílias passam por uma série de situações conflituosas, podendo se sentir sem recursos suficientes para lidar com o integrante com quadro psicótico (McGorry & Edwards, 2002). Para que esse sujeito não se torne o ícone do sofrimento familiar, faz-se relevante para a equipe, da instituição à qual pacientes e suas famílias recorrem, a análise da constituição desse sofrimento a partir da dinâmica que se estabelece entre os membros.

## **2.2 A família e a equipe de saúde mental**

Configurada a vivência psicótica, que altera o modo de interação usual, surge a necessidade de desenvolvimento de esforços para a revisão dos códigos até então suficientes para o diálogo. Identificação, segurança e troca, palavras que ilustram sentimentos e sensações que o sujeito deseja obter em sua relação com o outro, são, não raramente, colocados em dúvida. No entanto, é provavelmente a partir do desamparo experienciado diante da psicose que se pode, de fato, compreender que a subjetividade não comporta um único padrão (Carvalho, Costa & Bucher-Maluschke, 2007).

Através do processo de socialização, a criança internaliza noções simbólicas do grupo de que participa. Interpretando as mensagens contidas nas atividades culturais, ela constrói aos poucos sua subjetividade a partir dos significados que circulam em seu grupo e de suas próprias percepções individuais. Reconhecer subjetividade implica reconhecer que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais em pensamento e ação. Essa é uma visão que permite compreender não só que os próprios indivíduos de uma dada cultura têm percepções heterogêneas sobre os fenômenos que se interpõem em suas histórias de vida (Langdom, 1999), mas também que as culturas se modificam segundo a mobilização dos personagens envolvidos acerca do que os leva a amadurecer e do que pode comprometer seu desenvolvimento. Como espaço de subjetivação por excelência, a cultura não é um elemento coercitivo; é um elemento que faz a mediação entre o social e o individual. Nessa mediação, sujeito e cultura vão se constituindo mutuamente em encontros e desencontros fundamentais ao processo de construção dos diversos modos de interação e de adoecimento humanos.

Nessa relação, a vivência psicótica surge como o fato que evidencia estar o sujeito fora dos laços instituídos pela sociedade no que se refere ao exercício da razão e,

em consequência, da liberdade de escolha. Ao considerar que esse sujeito se encontra à margem da sociedade, essa desenvolve(u) uma série de estratégias que se dividem entre a reclusão e a reinserção daquele no sistema. Tende-se a percebê-lo não mais como um cidadão pleno de direitos e deveres, mas como alguém cuja cidadania se legitima através de ações de tutela exercidas pela família e pelo Estado (Carvalho & cols., 2007).

Nomeada a loucura, o sujeito pode ser silenciado pelos que consideram deter o saber sobre sua saúde mental, com a provável perda de autonomia para o outro. Na existência humana e, mais particularmente, naquilo que se chama a vida psíquica, há constantemente algo de incerto que foge aos ideais de adaptação em maior ou menor grau. Os limites entre o normal e o patológico definidos pela sociedade ocidental, limites extremamente tênues, falam, portanto, da tentativa histórica e científica da humanidade de instituir uma ordem de convivência com os seres que não produzem o que deles se esperava, bem como da (in)tolerância decorrente (Carvalho & cols., 2007).

Sabe-se que, em geral, a gravidade da crise é conferida pela família, por ser quem primeiro diagnostica o mal-estar de um de seus membros, tendendo a tratá-lo conforme suas possibilidades. Quando reconhecem seus limites, é que o paciente e seus familiares chegam ao especialista. Pode haver, no entanto, conflitos entre a visão do paciente, da família e a do profissional de saúde sobre a doença e os objetivos do tratamento (Carvalho & cols., 2007). Com a identificação dos conflitos, é possível compreender seu impacto na comunicação clínica, o compromisso do paciente com o tratamento, bem como sua satisfação e de seus familiares com a qualidade do atendimento oferecido (Kleinman, 1977).

Explicações causais do tipo *ele ficou desse jeito depois que levou uma pancada na cabeça* ou *minha filha começou a ficar diferente desde que se envolveu com um menino que usava drogas e (por isso) a gente proibiu o namoro* se fundamentam em concepções que não podem ser descartadas, sob o risco de se comprometer a confiança depositada pelo paciente e seus familiares na equipe de saúde. Aparentemente, tal observação é um consenso, mas esbarra, por vezes, na concepção dos profissionais da saúde de que possuem um saber apriorístico sobre a enfermidade e a intervenção a ser adotada, que ultrapassa as explicações oriundas das adversidades e evidências cotidianas (Carvalho & cols., 2007).

Com toda esta mobilização que tende a ocorrer em volta do sujeito, é necessário compreender os recursos que ele desenvolve para não ser colocado no lugar de objeto do tratamento face ao conhecimento dos especialistas e de seus familiares,

bem como os que os últimos constroem para lidar com as situações que identificam como insuportáveis nesse cenário (Carvalho & cols., 2007).

Coelho (1999) indicou que os familiares podem “não querer ver” (p. 126) o que está acontecendo ou buscar recursos para internar o paciente a qualquer custo, por ser a convivência em casa percebida como penosa e insustentável. Segundo a autora, ainda não somos capazes de qualificar e instrumentalizar a sensibilidade da família em captar sinais prodrômicos. Essa proposta não se refere à criação de ferramentas objetivas de mensuração de oscilações comportamentais sem observância às particularidades das experiências vividas pelos informantes diante do processo de adoecimento de um de seus membros. A sensibilidade implica uma habilidade que envolve as dimensões afetiva e relacional, e não primordialmente a cognitiva.

A possibilidade de um quadro psicótico deve ser considerada quando um adolescente ou adulto jovem está apresentando uma alteração persistente em seu comportamento. Isso é particularmente relevante quando existem outros fatores de risco, como uma história familiar de psicose. Para isso, são necessários o conhecimento e a reflexão sobre a história de vida e familiar do sujeito, para a compreensão do que ele e sua família consideram como fatores desencadeantes e mantenedores dos sintomas.

Conforme Coelho (1999), permanece surpreendente sugerir a viabilidade de se valorizar a experiência do paciente acerca do transtorno mental. Indivíduos diagnosticados com transtorno severo tendem a ser desqualificados em seus depoimentos, não apenas por leigos ou seus pares, mas igualmente ou primordialmente por profissionais de saúde. Há uma crença pessimista sobre sua capacidade de reconhecer as implicações do problema e a necessidade do tratamento. Não raro, a pessoa com tal diagnóstico é tida como incapaz, sendo seu ponto de vista dispensável, portanto.

Certamente, fatores como delírio grandioso ou persecutório, pensamento desorganizado, bem como déficits cognitivos, podem contribuir para a falta de *insight* do indivíduo sobre o problema. É possível que, durante períodos agudos, os pacientes não queiram ou não tenham facilidade de expor sensações, pensamentos ou sentimentos que muito freqüentemente lhes trazem intenso sofrimento. No entanto, não se deve considerar uma possível dificuldade de expressão como uma característica constante, imutável de todos os pacientes, pois muitos parecem demonstrar compreensão sobre o que lhes ocorre e como se sentem a respeito disso (Coelho, 1999).

O valor atribuído à fala dos familiares é provavelmente maior, embora esses ainda sejam vistos por profissionais de saúde como co-responsáveis pelo adoecimento ou como aqueles que dificultam ou “atrapalham” o processo de assistência, seja de ordem médica, psicológica ou social. Uma mudança nessa concepção, transformando-se a família em peça fundamental para a compreensão do fenômeno psicótico e seu tratamento, é relativamente recente e permeado por muitas controvérsias (Costa, 2003; Sterian, 2001b).

Aqueles que convivem de perto com a doença mental, em seus filhos ou esposos, nem sempre recebem informações adequadas sobre como lidar com situações diárias e com períodos de crise. É mais comum que familiares de pacientes com doenças físicas crônicas sejam orientados e valorizados como integrantes do tratamento (Coelho, 1999). Parece permanecer a divisão cartesiana entre saúde física e mental, sendo essa última comumente vista como uma área que possui menores chances de êxito terapêutico, por se acreditar que os pacientes apresentam menos condições de aderir ao tratamento.

Sem uma valorização dos significados atribuídos à psicose pelo paciente e sua família, esses, provavelmente, não irão se sentir protagonistas de todo o processo de transição do modelo hospitalocêntrico para outras modalidades de atendimento substitutivas. É provável que considerem o conhecimento sobre o fenômeno psicótico como exclusivo da equipe de saúde, em especial, do médico. Essa última crença favorece, por sua vez, a que caiba ao especialista em saúde decidir de que modo o paciente e sua família devem se inserir na proposta terapêutica que lhes é destinada. Com isso, aqueles correm o risco de não ser vistos sequer como clientes – na noção de contratante que usa os serviços de uma determinada instituição – mas como meros receptores de uma ação sobre a qual sua opinião não precisa ser necessariamente considerada.

Pacientes e suas famílias podem ser incentivados e orientados quanto ao reconhecimento de sinais prodrômicos, comunicando-os aos profissionais mais diretamente implicados no seu acompanhamento. Tornam-se, assim, participantes mais ativos no tratamento e, possivelmente, mais responsáveis pela realização de alterações na vida diária, para evitar situações estressantes em períodos mais vulneráveis. Estratégias como essas requerem uma mudança fundamental no valor atribuído ao paciente e aos familiares, o que se traduz numa mudança de pressuposto de trabalho com tais indivíduos, podendo ter um benefício terapêutico em si (Coelho, 1999).

Concomitantemente a pouca valorização conferida à avaliação prodrômica feita pelos pacientes e por seus familiares acerca dos sinais e sintomas apresentados, há as problemáticas peculiares aos programas de saúde pública (Pitta, 2001). A escassez de profissionais especializados e de recursos que possibilitem a assistência de base comunitária contribui para que a população geralmente procure as instituições de saúde mental quando sente que suas estratégias usuais de enfrentamento não servem mais para interceptar as perdas pessoais, familiares e sociais ocorridas. As recaídas tendem a se tornar freqüentes, o que dificulta o processo de reabilitação psicossocial. Quando chega aos locais de atendimento, não é raro que aquelas perdas já tenham produzido sérios prejuízos na vida dos pacientes e de suas famílias, bem como significativos prejuízos na relação entre eles.

Diaktine e cols. (1993) indicaram que o ambiente no qual os pais viveram nas semanas ou meses de ocorrência de um episódio psicótico os leva a se fecharem em posições que possivelmente tornam sua apresentação junto à equipe de saúde desfavorável. A família pode esconder da instituição de tratamento determinados elementos, por receio de ser colocada no lugar do agente desencadeante do episódio. Os “fenômenos de superfície” (p. 130) – frieza, distanciamento, culpabilização – expressados pelos pais nesse contato podem não permitir entrever os conflitos e dúvidas que estejam enfrentando quanto ao fracasso da educação transmitida, assim como quanto à possibilidade de estreitamento da vida social e afetiva do paciente e as implicações disso em suas vidas.

Tais fenômenos podem ainda mascarar as contradições em que os pais hoje se percebem acerca de seu sentimento em relação ao filho, diante de seus comportamentos incomuns ou mesmo violentos. Frente ao sofrimento e aos desafios que o fenômeno psicótico instala na família, deve-se ter cuidado para não condenar seu desejo de terceirizar aos profissionais de saúde o cuidado que dedica ao membro com quadro psicótico. Assim, há a possibilidade pela equipe de incorrer tanto numa postura de acusação, quanto de colusão com os pais, com a desqualificação do discurso do paciente em relação ao que sente e aos conflitos anteriores e atuais que percebe em sua dinâmica familiar.

Ao se ouvir e aos demais, cada membro pode confrontar suas verdades pessoais, bem como as verdades de seu grupo familiar. Uma família que se descreve como unida, mas que só estabelece um diálogo no *setting* terapêutico a partir do momento em que identifica um de seus integrantes como doente, revela significativas

fissuras em sua interação, fissuras essas muitas vezes não percebidas nem mesmo admitidas.

Cada família desenvolve uma dinâmica particular entre os seus membros, num padrão que pode contribuir para a manutenção da ruptura que a psicose acarreta na relação entre o sujeito e o outro. Prado (2000) indicou que a família suficientemente saudável apresenta condições de ajudar seus membros a superarem, cada um por si e juntos, duas tarefas básicas que todo ser humano tem que realizar do nascimento à morte: “fazer face à angústia e ao luto fundamental” (p. 19). A angústia é própria da condição humana; sobrevém desde o início da vida da criança, quando o bebê entra em contato com o mundo. O luto fundamental diz respeito a um processo de desilusão, de separação e de individuação. Não se refere a uma perda concreta, mas à separação da relação diádica do início de nossas vidas e à ilusão de onipotência. Trata-se da “possibilidade de abertura do sujeito para o outro enquanto tal, e de abertura para a sua própria realidade interna” (p. 19).

A dificuldade associada a essas duas tarefas tende a se acentuar nas famílias em que há um membro psicótico. Os familiares tendem a se sentir impotentes para fazer face às situações por demais intensas que imaginam vir a ocorrer ou que estejam ocorrendo. Com isso, empenham-se com afinco para evitar, a todo custo, o vivido da angústia e o sofrimento do luto. É estabelecida uma dinâmica fusional, na qual a diferença não encontra espaço de expressão. Desenvolve-se um movimento para a reconstituição do mesmo e da unidade supostamente perdida (Prado, 2000).

É possível que o sujeito parta do pensamento ao ato a fim de que alguma mudança seja produzida nessa dinâmica familiar. Contraditoriamente, isso tende a ser encarado pela família como apenas outra prova de que não possui mais condições de arcar com a manutenção dos vínculos em relação àquele. Com o comprometimento dos vínculos, torna-se difícil identificá-lo como um ser desejante. Escutá-lo se configura como uma ação sem sentido. Para que haja alguma modificação nessa dinâmica, é preciso reconhecê-lo enquanto um sujeito, lição que a Psicanálise nos ensina desde sua fundação.

### 3. A PSICOSE NA PSICANÁLISE

Desde o início de suas pesquisas, Freud já acreditava na possibilidade de elucidação da causalidade dos sofrimentos psíquicos por meio da investigação psicanalítica, ainda que não se convencesse de que a Psicanálise poderia oferecer tratamento para as psicoses.

A teoria das psicoses, tal como outras noções psicanalíticas, sofreu modificações ao longo de sua obra, com a atribuição de diferentes mecanismos para sua gênese. Tanto em seu “Projeto para uma Psicologia Científica”, quanto nos escritos sobre os sonhos ou mesmo na elaboração sobre a histeria, Freud buscou compreender a origem das psicoses. Essas tentativas, no entanto, esbarraram na insuficiência da teoria do recalque (Sterian, 2001b). Em todo esse percurso, tentou entender o funcionamento psíquico presente nas psicoses utilizando o modelo das neuroses.

Com o desenvolvimento de sua teoria sobre o narcisismo, Freud foi percebendo a existência de mecanismos de defesa nas psicoses diferentes daqueles que atuam nas neuroses. Isso lhe permitiu gradativamente perceber que, desse modo, também existiriam modos distintos de contato com a realidade para ambas as estruturas. Na constituição do aparelho psíquico, Freud (1914/1974) indicou que na etapa narcísica, fase entre o auto-erotismo e o amor objetal, o indivíduo ama a si mesmo, o que lhe oferece a possibilidade de se ver como um ser inteiro. É esse o processo que permite a constituição do eu: uma imagem unificada de si. Posteriormente, o indivíduo elege alguma outra pessoa como objeto de investimento. Pode ocorrer, no entanto, que o investimento permaneça dirigido ao eu, mantendo-se a libido afastada do mundo externo, como na esquizofrenia.

Já em 1911, com o artigo “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia”, sobre o caso Schreber, Freud (1976) apontou ser a produção delirante um processo de reconstrução que permite ao sujeito recuperar a libido para as pessoas anteriormente investidas, o que é efetuado pela projeção na paranóia. Como, nessa, a libido, após ter sido retirada do objeto é vinculada ao eu, sendo utilizada para o engrandecimento desse – o que se observa na megalomania – ocorre um retorno ao estágio do narcisismo. Freud indicou ser por meio do delírio que o sujeito luta para restabelecer vínculos com o mundo. Como, na produção delirante, aquilo que foi internamente suprimido se apresenta ao indivíduo como vindo de fora, isso lhe permite um resgate de suas relações com o mundo por favorecer uma forma de

compreensão ao sofrimento que, até então, não conseguia explicar. Posteriormente, essa teorização foi aprofundada por Jacques Lacan, conforme será discutido no próximo tópico.

Freud (1911/1976) identificou, em Schreber, uma tentativa de não confundir o mundo do inconsciente com o da realidade, o que é demonstrado em seu esforço de identificar a origem e o significado da percepção de estar sendo transformado numa mulher. Através da construção delirante que desenvolveu, Schreber pôde restaurar um senso de temporalidade e de realidade para si, ao conferir um sentido à experiência que o abatia (Coriat & Pisani, 2001).

Apesar da descrença de Freud sobre a possibilidade de intervenção psicanalítica na psicose, seus escritos permitiram uma revisão dos critérios diagnósticos das distintas formas de sofrimento psíquico e de constituição subjetiva. Suas observações contribuíram para uma aproximação entre os fenômenos da clínica, outrora marcados pela idéia de uma nítida separação entre os estados de enfermidade e sanidade mental. Contribuíram ainda para indicar que o curso da psicose não tende necessariamente para a completa ruptura do contato com a realidade.

Em contraposição ao discurso psiquiátrico tradicional, que aborda o fenômeno da psicose como um “processo de ruptura radical com a normalidade” (Saggese, 2001, p. 37), discurso que tende a ser assimilado pela família e pela sociedade, a Psicanálise propõe, com a noção de estrutura, uma aproximação entre os mecanismos psíquicos dos indivíduos tidos como loucos e os daqueles que possuiriam uma vida psíquica normal. Com essa aproximação, torna-se possível distinguir as duas possibilidades sem classificá-las como antagonistas.

Muito já foi dito sobre a psicose na Psiquiatria e na Psicanálise. Embora seus discursos sejam distintos, cada um desses campos fala, respectivamente, de um aspecto da psicose: o que se repete nos sujeitos e o que se repete e se atualiza nos sintomas de um determinado sujeito. Ambos os discursos são, conseqüentemente, imprescindíveis na clínica da psicose. Como apontam Quinet (2006) e Tenório (2001), a Psicanálise não é contra a Psiquiatria, mas contra uma psiquiatria pautada numa relação invasiva de um sujeito para com outro, por ser esse entendido como um objeto, e ponto final (Freire Costa, 2001).

A partir da noção de estrutura, o que a Psicanálise aponta para a Psiquiatria é que, em sua necessidade de criação de novas categorias nosológicas, não pode negligenciar aquilo que o sujeito assimila e devolve à cultura de acordo com sua

constituição subjetiva. Em decorrência, indica ser fundamental a transição de um diagnóstico sindrômico, momentâneo e circunstancial, para um diagnóstico mais complexo e profundo sobre o modo de ser do sujeito no mundo. Adota-se aqui, assim, a noção de estrutura como uma via para se pensar a psicose. Essa é uma perspectiva que auxilia a refletir sobre o que diferencia a psicose de outros fenômenos da clínica e sobre sua constituição na história de vida do sujeito.

Sabe-se que a leitura doutrinária de certas concepções vigentes no campo psicanalítico, de autores posteriores a Freud, pode funcionar como obstáculo para a escuta de novas formas de subjetivação que o cenário contemporâneo nos oferece (Birman, 2001). Isso parece estar ocorrendo, em especial, na clínica da psicose, onde a noção de forclusão desenvolvida por Lacan dá lugar a uma pseudopsiquiatrização desse fenômeno por parte de alguns profissionais (Singer, 2002). Na prática, essa atitude pouco pode diferir do tipo de psiquiatria criticada no Capítulo 1, em que a teoria sobre a psicose tende a ter pouca ou nenhuma relação com o sujeito que apresenta os sintomas e o contexto em que está inserido. Singer indicou que todas as noções psicanalíticas podem se tornar conceitos estáticos e, portanto, descontextualizadas do fenômeno a que se referem. Isso ocorre quando a teoria possui mais valor do que a realidade que a construiu. Pautado o presente trabalho no pressuposto de que a teoria é indissociável da realidade, aborda-se, a seguir, a noção de estrutura em Lacan, sinalizando-se como, a partir de Freud, trouxe outras luzes para a clínica da psicose.

### **3.1 A noção de estrutura**

Enquanto os critérios diagnósticos têm variado e se amplificado na Psiquiatria contemporânea, a Psicanálise vem lidando com praticamente as mesmas referências diagnósticas empregadas por Freud (Quinet, 2006). Segundo Quinet, o que para alguns pode parecer um retrocesso ou mesmo estagnação do campo psicanalítico, há aqui a premissa de que as estruturas falam de um modo de existência que não se reduz ao tipo e ao modo de manifestação dos sintomas. Isso ocorre porque, se as formas dos sintomas mudam de acordo com o discurso dominante na civilização, as estruturas clínicas para a Psicanálise falam da maneira como o “sujeito lida com a falta inscrita na subjetividade, falta que condiciona a forma de cada um se haver com o sexo, o desejo, a lei, a angústia e a morte” (p. 10).

A efetividade e a atualidade do texto freudiano residem na premissa de se investigar como se estrutura o sofrimento de determinado sujeito. Como apontou Quinet (2006, p. 22):

Restituir a função diagnóstica no tratamento psiquiátrico a partir de uma clínica do sujeito é um dever ético que a psicanálise propõe à psiquiatria. (...) Isto é uma forma de sair do discurso do capitalista, que condiciona desde o diagnóstico até o tratamento, para restituir à medicação seu justo valor paliativo e não-resolutivo do sofrimento mental. Pois a Psicanálise não se opõe à Psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. Não existe clínica dessubjetivada.

Quando, na Psiquiatria, começou-se a admitir a importância da atividade inconsciente, a dimensão biográfica passou a ser uma nota imprescindível do diagnóstico. A prática psicanalítica contribuiu para a introdução de um terceiro requisito na tarefa diagnóstica, ao apontar que não basta registrar e agrupar signos para se categorizar síndromes, é necessário, ainda, detectar e interpretar o funcionamento de organizações psíquicas inconscientes próprias das alterações manifestadas. Com isso, contribuiu para que atividades como observar e agrupar, situar nosologicamente, detectar o desenvolvimento das organizações inconscientes e seguir a pista da cadeia de significantes adquirissem um caráter complementar na tarefa diagnóstica (Saurí, 2000).

Bergeret (1991) apontou que se, em vez de formular julgamentos de valor quanto ao uso da expressão “normalidade”, enfatizarmos o bom funcionamento interior que pode comportar essa noção, tendo em conta dados particulares a cada indivíduo, conceitos como normal e patológico poderiam ser encarados de maneira completamente diferente das críticas simplistas usuais que tendem ao proselitismo. Seria interessante conceber uma normalidade tendo-se como referência critérios mais autênticos do sujeito consigo próprio e, ao mesmo tempo, relações mais diversificadas e menos angustiantes com a realidade externa. Nesse sentido, mais do que descrever distinções categoriais entre o grupo dos neuróticos e o dos psicóticos, a preocupação de Freud esteve mais centrada na descoberta dos mecanismos psíquicos em questão nas pessoas, segundo a história de suas relações.

Bergeret (1991) ressaltou a independência da noção de normalidade em relação à de estrutura. Exemplificou essa independência colocando que uma pessoa caracterizada como normal pode, a qualquer momento de sua existência, adentrar na patologia, inclusive na psicose. Inversamente, alguém visto como doente mental, se for

tratado de forma precoce e adequada, conserva todas as chances de retornar a uma situação de normalidade. É em relação a isso que a Psicanálise ensina que convém pesquisar, por detrás de uma sintomatologia eventual, as bases sobre as quais repousa o funcionamento psíquico do paciente.

Para Diaktine e cols. (1993), é evidente que a ambição do terapeuta é a de transformar o que é tido como um modo distorcido de ser próprio da psicose num estado que se assemelharia à normalidade. Quando se adota como condição preliminar do trabalho que a psicose é uma questão de existência (Tenório, 2001), há o reconhecimento de que tratá-la é diferente de tratar uma doença. Logo, tal ambição deve ser avaliada com cautela. Faz-se necessário repensar noções tradicionais de cura em que se busca uma integridade anterior à eclosão dos sintomas ou um funcionamento psicossocial que seja sempre equivalente ao da neurose.

Retornando a Freud, na estrutura psicótica, alguma coisa que foi rejeitada do interior reaparece como vinda de fora. Lacan (2002b) denominou esse retorno de foracclusão, processo no qual há a rejeição de um significante primordial: o Nome-do-Pai. Assim, para Lacan, a noção de estrutura está relacionada ao modo como o sujeito se situa diante desse significante. O Nome-do-Pai exerce uma função essencialmente simbólica: encarnar a lei. Por ser simbólica, é possível operar a função paterna como uma metáfora, a metáfora paterna. A foracclusão equivale à não-inclusão na norma edipiana (Quinet, 2006).

A metáfora paterna está no centro da questão do Complexo de Édipo, o qual Lacan (1999) analisou a partir dos três tempos de sua teoria do estágio do espelho. No primeiro, a criança se identifica especularmente com aquilo que é objeto do desejo de sua mãe, o falo. Para tanto, busca satisfazer o desejo materno na tentativa de ser esse objeto. Nesse primeiro tempo, a mãe é para a criança um Outro absoluto, sem lei (Quinet, 1997).

É para que a criança saia dessa posição de assujeitamento que, no segundo tempo, o pai intervém como aquele que priva a criança de sua mãe, configurando-se como o suporte da lei. No terceiro tempo, o pai, enquanto função simbólica, revela-se como aquele que tem o falo, não que o é. A função significante do Nome-do-Pai inscreve-se no Outro, que, até então, era para a criança ocupado inteiramente pelo Desejo Materno. O Nome-do-Pai é o que vem barrar o Outro onipotente e absoluto, inaugurando a entrada da criança na ordem simbólica. Com isso, a lei é instalada no lugar do Outro. Isso é o que produz um não à criança como objeto de uso do Desejo da

Mãe. Inscreve-se aí a castração no Outro, constituindo-se o inconsciente como barrado ao sujeito. O sujeito passa de uma posição de falo a uma posição de falta-a-ser, entrando na dialética do ter ou não ter (Quinet, 1997).

Na psicose, no momento em que a intervenção proibidora paterna deveria ter introduzido o sujeito na fase de dissolução de sua relação com o objeto do desejo materno, cortando pela raiz qualquer possibilidade de identificação com o falo, o sujeito “encontra na estrutura da mãe, ao contrário, o suporte, o reforço que faz com que essa crise não ocorra” (Lacan, 1999, p. 215). Com isso, o Outro do psicótico se apresenta como essa figura que dele goza como de um objeto que lhe pertence. Desse modo, na psicose, não existe barreira ao gozo do Outro, seja porque o Outro que o sujeito personifica em alguém ou nalguma entidade, o trata como seu objeto de gozo (paranóia), seja porque o próprio corpo é o Outro (esquizofrenia) (Quinet, 1997).

Quando há para o sujeito a impossibilidade de assumir a realização do significante pai em nível simbólico, resta-lhe a imagem a que se reduz a função paterna. Trata-se de uma “imagem que não se inscreve em nenhuma dialética triangular, mas cuja função de modelo, de alienação especular, dá assim ao sujeito um ponto de enganchamento” (Lacan, 2002b, p. 233), que o leva a se fixar no plano imaginário. Lacan indicou que o sujeito pode se manter compensado durante anos através desse plano. Suas muletas imaginárias o sustentam até o momento em que, “numa certa encruzilhada de sua história biográfica” (p. 231), ele se confronta com a ausência da metáfora paterna – a qual proporciona a organização dialética que nos permite duvidar de nossas certezas.

Quando o sujeito é chamado a responder de uma posição fálica, há a desorganização subjetiva. Ocorre o desastre do imaginário, momento em que se torna impossível, para ele, inscrever-se como sujeito. A dissolução do imaginário traz a vivência de uma demissão subjetiva, com um desinvestimento no mundo. Essa situação implica para o sujeito a necessidade de obtenção de uma suplência ao Nome-do-Pai para que se mantenha na realidade e volte a encontrar sentido na vida. É, por isso, que se considera que o delírio proporciona um reinvestimento no mundo. O delírio, como tentativa de cura, consiste num esforço de barrar o gozo do campo da realidade, delimitando-o e contendo-o no lugar do Outro, o que o torna menos opressor. O processo delirante permite a circunscrição do gozo por intermédio de sua localização no Outro, com a restauração do imaginário (Quinet, 1997).

Ao barrar o Outro, o Nome-do-Pai faz com que seja perdida, para sempre, a maior experiência de satisfação do bebê, a qual lhe trouxe uma sensação de completude, pela obtenção de algo que não precisou demandar nem esperar. Essa experiência passa a existir como objeto causa do desejo, o objeto *a* (Quinet, 1997). Esse é o gozo excedente do investimento materno. É o excedente que mantém o sujeito como objeto do Outro. É o gozo que retorna do real, registro referente ao que é impossível simbolizar. Como, na psicose, não há a instauração da falta, o objeto *a* não é perdido. O processo delirante é uma tentativa do sujeito de se desligar desse objeto, tentando localizar o gozo num objeto separado de seu corpo.

Para Lacan, onde há sujeito, há amarração borromeana dos três registros. O Nome-do-Pai é o quarto nó que mantém unidos real, simbólico e imaginário, ao mesmo tempo em que permite sua diferenciação. Na psicose, não há a amarração dos três registros. O sujeito tenta com seus fenômenos entrelaçá-los para os reorganizar. Ele se esforça por subjetivar o que lhe acontece, de forma a construir algo que organize melhor o gozo. Visa, assim, uma suplência ao Nome-do-Pai, que lhe permita restituir a realidade com o apaziguamento do gozo pelo qual se sente invadido. Essa é a sua forma de arranjar um quarto nó (Quinet, 2006), através de uma nova tentativa de amarração dos três registros que lhe possibilite a conseqüente reinserção nos laços sociais.

Os laços sociais são formações discursivas que permitem a metabolização e até mesmo a colonização do gozo que vai até a coletivização. Todo laço social é um discurso determinado pelo gozo e sobre o gozo. Os discursos, enquanto laços sociais, são formas de tratamento civilizatório do real do gozo pelo simbólico, que delineiam e regulam as relações dos homens entre si. O discurso é da ordem de um dizer, que é aquilo que, não sendo propriamente da ordem da fala, fundamenta um fato, que são os laços entre as pessoas (Quinet, 2006). Como indicou Lacan (1992, p. 11):

Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. Não há necessidade dessas para que nossas condutas, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais.

Logo, o discurso não precisa da fala para estar atuando, pois está dentro da linguagem, que é a condição do inconsciente (Lacan, 1992). Os enunciados primordiais nem sempre são evidentes ou explícitos. Eles precisam ser detectados para se saber o tipo de laço social em questão e a forma como se apresenta (Quinet, 2006).

Os discursos são estruturados pelo Nome-do-Pai, o significante que indica que nem tudo é possível. O discurso que representa o avesso ao laço social é o do psicótico. Estruturalmente, esse é definido como fora-do-discurso. Ele é esse fora que nos remete ao fato de que nós estamos presos aos discursos (Quinet, 2006), mas não é porque está “fora” que o sujeito não tenta se inserir nos laços sociais.

É próprio do comportamento humano a movência dialética das ações, dos desejos, dos valores, o que o faz não somente mudar a todo momento, como até mesmo passar a seu oposto (Lacan, 1985). O fora-do-discurso da psicose aponta para uma impossibilidade lógica, estrutural, de fazer o sujeito circular pelos laços sociais, participar alternadamente de um ou de outro, dialetizar suas relações, cortar com uns e reatar com outros os laços sociais e, com isso, dar conta da metabolização do gozo (Quinet, 2006).

Diante do exposto, cabe discutir como a Psicanálise pode hoje contribuir para o atendimento do paciente psicótico, especialmente em instituições substitutivas da assistência em saúde mental, como o CAPS. No tópico seguinte, abordam-se pressupostos da clínica da psicose segundo esse referencial teórico.

### **3.2 A escuta da subjetividade na psicose**

Na clínica da psicose, é preciso desenvolver um trabalho de escuta que possibilite ao sujeito a identificação de um ponto de sustentação na realidade. Com essa sustentação, é possível que o descarrilhamento próprio da psicose não seja tão devastador, na medida em que ele consegue certa organização psíquica.

Essa escuta se torna necessária para que haja um acompanhamento mais sistemático, o que permite atender melhor o paciente e uma interlocução mais rica com seus familiares. Com a possibilidade a esse sujeito de expressar o que vivencia, ele e seus familiares tendem a lidar melhor com os conflitos e as mudanças que ocorrem em sua dinâmica familiar.

Escutar não é uma tarefa tão fácil quanto pode parecer à primeira vista. Ouvir palavras repletas de dor, angústia ou sem nexos aparentes pode vir a ser um trabalho árduo. Essa dificuldade se acentua, principalmente, se nos propomos a não fazer juízos críticos e a tentar identificar o material inconsciente que se encontra no discurso explícito daquele que nos demanda ajuda. Não é porque o sujeito, por algum motivo, em determinado momento de sua vida, fica impossibilitado de reagir de uma maneira adequada a uma situação de crise que se deve considerá-lo incapaz. Quando se

age assim, retira-se dele o esforço de descobrir em si próprio recursos para lidar com suas dificuldades (Sterian, 2001a).

Fazer uma pessoa pensar em si mesma não apenas a partir da identidade diagnóstica que lhe foi estabelecida oferece-lhe a oportunidade de se reinserir em sua própria história de vida, de se assumir como sujeito diante de suas próprias potencialidades e limitações (Figueiredo, 2002). Durante e após a fase aguda dos sintomas, a escuta que a Psicanálise nos propõe pode contribuir para que a vida dos pacientes psicóticos não seja caracterizada por um aumento de descarrilhamentos que os prendem numa trajetória cada vez mais frustrante à manutenção de vínculos. Sabe-se que, a partir da ruptura psicótica, pode haver um crescente corte relacional, ficando o sujeito completamente perdido em seus devaneios, num registro paralisante (Diaktine & cols., 1993). Nessa situação, o hospital psiquiátrico não raramente passa a ser visto como a única alternativa para o estabelecimento de um limite a todo esse processo pela família ou, mesmo, pelo próprio paciente. A clínica psicanalítica nos mostra que é preciso trabalhar para que aqueles adquiram a noção de que existe um outro lugar, além do hospital, que possa fornecer à pessoa com quadro psicótico o apoio e o suporte necessários para a reconstrução de sua história.

Os profissionais de saúde mental devem observar características relacionadas à sociedade contemporânea, tais como incentivo ao consumo desenfreado, predomínio da imagem pela imagem, declínio da função paterna, exclusão e desigualdades sociais inúmeras (Roudinesco, 2000). Nessa sociedade, há o risco de se considerar o remédio como *a* solução e, portanto, indicativo de que não há mais nada a fazer do ponto de vista terapêutico do que aguardar a ação dos fármacos ou mesmo depois que já produziram o efeito esperado.

Sabe-se que o medicamento não é só castrador químico. Noites de insônia, agitação, agressividade, ameaças tendem a fragilizar todos os membros da família que residem com o paciente. Contudo, a aplicabilidade do medicamento não deve ser caracterizada apenas como um simples meio de frear as ações da pessoa em crise, mas como uma possibilidade de estabilização do quadro, permitindo a todos os envolvidos que muito mais seja feito. Deve-se, igualmente, avaliar como os fármacos se tornaram o símbolo do poder da biomedicina, a tal ponto que a população demanda e critica severamente o médico, que não os prescreve de imediato.

Para Birman (2001), a medicação viabiliza ao sujeito ressignificar seu sofrimento, quando regula a severidade dos sintomas que dificultam a emergência de

sua história e seu processo de elaboração. Nessa perspectiva, provavelmente, a discussão primordial não é o uso da medicação *per se*, mas a avaliação da dosagem, da pessoa para quem será prescrita, de quem irá administrá-la, das situações em que se tornará necessária, bem como, em especial, do nível de *insight* do paciente e dos familiares sobre benefícios e efeitos colaterais associados e do tempo de uso.

Birman (2001) considerou que, fundamentando-se nos discursos das neurociências, a Psiquiatria atual pôde questionar a causalidade moral dos transtornos mentais, mas com a pretensão de construir uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica. O funcionamento psíquico seria redutível ao funcionamento cerebral, representado numa linguagem em que a economia bioquímica dos neurotransmissores explica a subjetividade. A transformação epistemológica subjacente a esse processo vem produzindo mudanças no tratamento, com a psicofarmacologia disseminada como o referencial básico da terapêutica psiquiátrica. Em consequência, a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, tornando-se um instrumento periférico em comparação ao medicamento. A concepção de pontualidade da intervenção, centrada no psicofármaco, que está em questão na base da ação psiquiátrica, muitas vezes coloca em prejuízo a concepção de resgate da história presente na constituição da enfermidade.

O trabalho de escuta consome tempo, pois é preciso escutar a pessoa na liberdade de seu próprio ritmo de pensamento e de expressão. Qualquer tentativa de apressar o “passo do paciente para chegar ao fim” do tratamento pode ser danosa (Figueiredo, 2002, p. 153), na medida em que se negligencia seu tempo próprio de elaboração e modo de produção de si enquanto sujeito. Nesse sentido, por exemplo, quando a equipe não acredita que um atendimento psicoterápico individual seja indicado, pode-se perceber não só uma generalização das possibilidades dessa modalidade ao público em questão, como – o que é mais delicado ainda – uma crença acerca da incapacidade do sujeito de falar de sua própria história e a ela conferir um outro destino. O segundo aspecto tende a contribuir para a formação, junto às demais ações terapêuticas, de uma barreira à passagem da condição de objeto da intervenção à de sujeito do tratamento.

Para Sterian (2001a; 2001b), no início do tratamento, em geral, o profissional tem pouco a fazer, além da simples e necessária acolhida. Mais do que observar sinais e sintomas, do profissional se exige que saiba escutar, inclusive o silêncio. Com o desenvolver do vínculo terapêutico, a tarefa do profissional no campo

do tratamento psíquico consistirá em desvendar, em parceria com o paciente, o que há por trás da queixa apresentada. É necessário, então, que se pense a psicose, não como uma doença, uma doença mental, mas como um modo de existência.

Se, na psicose, o sujeito está fora-do-discurso e, portanto, por estrutura, fora dos laços sociais estabelecidos pela sociedade, isso não quer dizer que ele não tente entrar em contato com outro sujeito dentro do marco de um dos discursos. Na psicose, de forma geral, toda tentativa de cura é uma tentativa de inserção em algum discurso (Quinet, 2006). O discurso, como laço social, é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem, na medida em que o processo civilizatório, para permitir o estabelecimento das relações sociais entre as pessoas, implica a renúncia da tendência pulsional. Quinet apontou que “não há tratamento que não seja efetivado através de um discurso. Nesse sentido, todo tratamento se insere num laço social” (p. 19).

Como abordado no tópico anterior, a suplência do Nome-do-Pai possibilita ao sujeito entrar no jogo social através de um dos discursos que compõem a relação entre os falantes, os quais serão abaixo explicitados. O investimento nas palavras, a alucinação, o delírio e a arte são tentativas de cura promovidas pelo sujeito contra a radical exclusão do discurso como laço social. São esforços de significantização do real para apaziguar o gozo, ao localizá-lo no Outro. O sujeito buscará sempre uma solução *sui generis* que não passa pela ordem edípica. Assim, para a Psicanálise, todas as manifestações consideradas patológicas do sujeito na psicose são tentativas de restabelecer o vínculo com os outros (Quinet, 1997; 2006).

Em Schreber, sua estabilização decorreu da construção de uma metáfora delirante: ser a mulher de Deus. Essa metáfora funcionou como construção imaginária que articulou, ainda que precariamente, o real que o invadia (Tenório, 2001). A partir do advento da metáfora delirante, seu delírio se tornou-se localizado, o que favoreceu o restabelecimento da relação com o semelhante e com a realidade (Quinet, 1997).

O bom uso da escuta do delírio como via de acesso ao mundo das psicoses pode promover o advento de um sujeito, destituindo-o da condição de objeto de gozo do Outro. Para a equipe de saúde mental, tal escuta auxilia a esvaziar a força do gozo pelo qual o sujeito se sente invadido. A equipe precisa se fazer destinatário da fala do paciente, funcionando como uma rede de sustentação subjetiva que lhe possibilite realizar a amarração dos três registros, que organizam o mundo subjetivo.

Para Tenório (2001, p. 82), “reconstruir o mundo de modo a poder viver nele é o mesmo que encontrar no mundo um lugar de sujeito”. Schreber se produziu como

sujeito no trabalho de seu delírio. Isso lhe permitiu interpretar o Outro que o invadia. A solução delirante protege o sujeito por circunscrever o real numa dada significação – desde que essa lhe seja aceitável e propiciadora de uma existência mais favorável para ele, o que não ocorre com muitas pessoas com quadro psicótico.

O delírio não é a única via de produção do sujeito na psicose. A criação artística também pode funcionar como suplência, quando possibilita que o paciente se produza a si mesmo como sujeito. Logo, não se pode esquecer que a teoria da forclusão é acompanhada pela idéia de que cabe a cada sujeito indicar o caminho de sua solução particular e de que isso se faz por sua própria construção subjetiva, ou seja, na lógica interna de sua psicose. Essa é uma teoria que implica o reconhecimento não só do delírio como verdade do sujeito, como também do modo de subjetivação de cada sujeito como legítimo (Tenório, 2001).

Para tanto, é preciso considerar as quatro modalidades de laço social desenvolvidas por Lacan (1992), a partir do que Freud denominou como as três profissões impossíveis: governar, educar e analisar. A essas três, Lacan acrescentou o que Freud aprendeu com as históricas: fazer desejar. *Governar* corresponde ao discurso do mestre/senhor, em que o poder domina; *educar* constitui o discurso universitário, dominado pelo imperativo do tudo saber; *analisar* corresponde ao laço social inventado por Freud, em que o analista se apaga como sujeito, para que o paciente assim se faça reconhecer; e *fazer desejar* é o discurso da histórica dominado pelo sujeito da interrogação, que faz o mestre não só querer saber, mas produzir um saber (Quinet, 2006). Na clínica do CAPS, cabe avaliar como esses quatro discursos comparecem e suas implicações no atendimento que é oferecido ao paciente psicótico.

A título de ilustração, quando o médico manda e o paciente obedece, estamos no discurso do mestre, no qual o outro é tratado como um escravo, um subalterno. É o discurso em que o médico detém o saber, que sabe o que se deve fazer e quando. Cabe ao paciente saber obedecer. Assim, esse quer e espera que o médico lhe diga o que fazer de sua vida, até em relação às decisões aparentemente mais simples, demanda a que o profissional estimula e atende.

Todo discurso que trata o outro como objeto pode ser chamado de discurso universitário. Nesse, o sujeito é tratado como objeto de estudos, exames, farmacopéia (Quinet, 1997). No tratamento que se desenvolve, o médico ensina ou convence o paciente acerca daquilo que a Psiquiatria tem a dizer sobre seu caso. Homens e mulheres são tratados como objetos, a partir dos quais se produz o saber, único e

unívoco. Consiste num saber que deve ser demonstrado. Enquanto o discurso do mestre se refere a um saber da ordem do “é, porque é”, o do universitário é um saber que se sustenta em pesquisas, cujo foco é a homogeneidade das respostas. À tirania do tudo saber, subtrai-se o saber do sujeito sobre si. O outro é colocado no lugar do estudante que está ali apenas para aprender, não para ensinar. Como o profissional se coloca no lugar do saber, o tratamento não favorece que o saber do paciente sobre si se revele. Esse é considerado como um mero fornecedor de informações, cuja opinião o profissional não acredita ter validade para a elucidação e o tratamento dos sintomas.

Quando o médico se vê impulsionado a se deter, a estudar e a escrever para produzir um saber provocado pelo caso do paciente, estamos no discurso histérico – laço social no qual se trata o outro como um mestre. O ato é sempre histérico quando produz no outro o desejo, inclusive o desejo de saber. Refere-se ao sujeito que questiona no sentido de fazer com que o outro produza o saber.

Quando o médico cala e se coloca no lugar de objeto causa de desejo em transferência, vemos o discurso do analista. Esse é o único laço social que trata o outro como sujeito (Quinet, 2006), justamente por entender que se trata de uma relação entre dois sujeitos. O tratamento para a Psicanálise implica que, por mais perturbadas que possam estar suas relações com o mundo exterior, deve-se escutar seu modo de interagir com a sociedade e de adoecer, o que requer uma profunda e cuidadosa investigação conjunta, em que o analista se torna o secretário daquele. Ser secretário implica considerar que sua fala tem valor de verdade (Lacan, 2002b). O discurso do analista é o que questiona o saber suposto para que o sujeito possa produzir outros saberes ou relativizar os que possui. Se tratamos o outro como sujeito, estamos no discurso do analista, podendo este comparecer fora do tradicional *setting* analítico, como no CAPS.

O *setting* não define o discurso, haja vista que até mesmo no consultório do analista se pode configurar o ato de educar como o tratamento do outro, objetivado pelo mandamento do tudo saber. Logo, é a posição que o profissional ocupa, não o local no qual ele se encontra, que lhe possibilita reconhecer o paciente enquanto um sujeito. Lacan ressaltou que (1992, p. 65): “A referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar. Isso basta para catalogá-lo em parentesco com o discurso do mestre”. Para que o discurso do analista não resvale para o discurso da dominação ou da mestria, é preciso que se oponha a toda vontade de exercer domínio sobre o outro. Isso implica que, para que o objeto causa de desejo do paciente seja o motor do tratamento, o saber do analista deve ficar em segundo plano. Como apontou

Lacan (p. 106), “a gente está ali para conseguir que ele saiba tudo o que não sabe, sabendo-o contudo”.

Se o discurso universitário vê o paciente como objeto, o que remete à noção de ser passivo, sem possibilidade de questionamento, o do analista implica o reconhecimento de que ele tem o direito de questionar o que lhe é dito, a partir de seu modo próprio de inserção no tratamento (Quinet, 2006). A Psicanálise parte da aposta de que existe alguém ali capaz de desejar e de se construir enquanto sujeito na relação que se desenvolve ao longo do tratamento. Logo, a pergunta não é mais se o paciente faz transferência. Deve-se perguntar sobre suas peculiaridades na clínica da psicose, como o risco de se ocupar um lugar invasivo ou persecutório para ele (Tenório, 2001).

Trata-se do resgate da primazia da subjetividade sobre a racionalidade, pois não se é racional por excelência. Se fôssemos objetos, no sentido proposto pela ciência positivista, nossas fantasias, desejos, relações e elaborações estariam pautadas em leis mecânicas e universais de funcionamento. Ao se considerar o homem como ser dotado e movido pela razão, acredita-se que ele sabe tudo sobre seus pensamentos e atos, devendo ter sobre eles completo domínio. Como somos sujeitos, há sempre algo que nos escapa, como apontou Freud, em razão do primado do inconsciente e da constante presença do conflito psíquico. Não se trata de colocar dimensões de objetividade e subjetividade numa relação dicotômica, mas de compreender que, no que se refere a ser sujeito, seus modos de subjetivação estão sempre presentes, mesmo quando se coloca e/ou é colocado como objeto na interação estabelecida no tratamento.

Considerar o outro como um sujeito requer a compreensão e o respeito ao seu modo de existência. Freud não explicitou uma concepção de sujeito estrita em sua teoria. Foi Jacques Lacan quem teorizou esse termo, ao questionar a noção tradicional de sujeito da razão – o qual se ilude sobre o que pensa saber sobre o seu desejo e, conseqüentemente, sobre o que motiva suas ações. Pautado na noção de inconsciente, o qual concebeu como o discurso do Outro, tesouro de significantes, ele indicou ser essa noção fundamental para o entendimento do modo como cada um lida com a realidade e suas exigências. Legou-nos, assim, a importante consideração de que todo o ser humano é e, ao mesmo tempo, se faz sujeito nos diferentes processos de subjetivação em que se insere e que realiza.

Na clínica da psicose, esse é o pressuposto que auxilia tanto a entender o esforço do paciente de circunscrever o gozo no lugar do Outro, através da incursão em algum laço social, quanto a buscar estratégias que contribuam para que esse esforço não

o exima de sua posição subjetiva. Esse segundo ponto, aparentemente paradoxal, envolve o trabalho de auxiliá-lo a adquirir mais autocrítica e responsabilidade no que se refere às incursões que desenvolve. É um trabalho que deve competir contra sua ação de se colocar como objeto do Outro, para que se instaure como sujeito.

As incursões do psicótico nos laços sociais são feitas, geralmente, no discurso do mestre e no discurso do universitário. Suas incursões o levam a aceitar ser mandado, entrar numa instituição, num trabalho ou em alguma rotina burocrática. Compete à equipe de saúde mental analisar como essas incursões reforçam sua posição de objeto e as implicações decorrentes – quer positivas, quer negativas (Quinet, 2006). A Psicanálise propõe que ele seja percebido como sujeito independente do discurso que escolhe.

No tratamento, a equipe precisa estar atenta e acolher aquilo que o faz escapar do discurso no qual não consegue (mais) localizar seu gozo, o qual se rompe ou, então, o leva a localizar o gozo persecutório no patrão, no professor, no profissional de saúde mental, gerando incompatibilidade de frequentar o laço social. É importante possibilitar espaços de escuta que lhe propiciem falar sobre isso, para que possa reenlaçar os vínculos ameaçados de rompimento. Ao falar de sua história, o sujeito se faz protagonista de sua relação com o Outro através da chance de articular o atual com o passado, de forma a que compareçam as cenas de fixação de seu gozo onde se condensa seu sintoma. É necessário que o profissional apreenda sempre em que lugar o paciente o situa. Manobrar a transferência implica contribuir para que ele se instaure como sujeito e não como objeto de gozo do Outro, em que se exime de sua posição subjetiva (Quinet, 1997).

Como o psicótico tenta entrar num dos discursos, a Psicanálise recomenda que se deve investigar o que ele visa através de determinada escolha e a quem fala. O tratamento pelo discurso do analista implica a inclusão do sujeito em duas vertentes que devem caminhar juntas. Por um lado, trata-se de incluir o sujeito no saber sobre sua patologia; por outro, incluir o sujeito no tratamento implica fazê-lo co-responsável por si, solicitando dele seu compromisso, a começar pelo reconhecimento da escolha de sua patologia. Essa inclusão se opõe a paternalizá-lo ou prestar-lhe cuidados de maternagem (Quinet, 2006).

Lacan (1998) destacou que o psicanalista certamente dirige o tratamento, mas não deve dirigir, de modo algum, o paciente. Ao transpor esse alerta para o atendimento no campo da saúde mental ao paciente psicótico, a equipe, em parceria

com os familiares, terá mais condições de estabelecer um adequado equilíbrio entre as ações de tutela, de cuidado e de promoção de autonomia que desenvolve pelo debate da concepção a ser formada no que se refere ao manejo da transferência.

Há pacientes para quem o trabalho individual, como a psicoterapia, não é indicado ou que produzem mais em dispositivos coletivos. Para outros, sem um trabalho individual, é impossível ir além de um agenciamento superficial de cuidados. Qualquer que seja a modalidade indicada, é necessária a ponderação conjunta pelo paciente, sua família e a equipe de saúde mental acerca de como uma instituição de tratamento, como o CAPS, pode ser um ponto de ancoragem para a deriva psicótica. Esse ponto implica a produção de um elemento (uma significação delirante, um labor, uma identidade imaginária, o espelhamento num semelhante) que sirva como organizador da condição subjetiva do paciente (Tenório, 2001).

Para tanto, é preciso ter clareza de que é impossível determinar de antemão o que funcionará como ponto de referência, a partir do qual o paciente poderá se produzir como sujeito. Esse ponto pode ser: o trabalho do próprio delírio, como ocorreu com Schereber; a atividade laboral/criacionista ininterrupta (como ocorreu com Artur Bispo do Rosário); a transferência no contexto de uma psicoterapia individual; o conjunto de atividades e de relações encontradas no serviço. Pode ser a combinação de todos os recursos da atenção psicossocial, como trabalho protegido, internações eventuais, suporte familiar, visitas domiciliares. Em qualquer caso, o que pode fazer da instituição um ponto de ancoragem é a oportunidade dada ao sujeito de nela fazer o trabalho de circunscrever os termos de sua existência (Tenório, 2001).

É um trabalho que exige, segundo Lacan (1998), analisar em que condições a realidade é restabelecida para o sujeito, ou seja, como a relação com o outro como semelhante se torna compatível com a relação fora-do-eixo com o Outro pelo remanejamento dos registros. “Se o delírio é uma tentativa de ciframento do gozo, a tarefa do analista é favorecê-lo e não contrariá-lo com o deciframento” (Quinet, 1997, p. 98). A clínica do sujeito na psicose pressupõe, assim, auxiliar o paciente a identificar formas de apaziguar o gozo pelo qual se sente invadido.

Uma maneira de conceber o tratamento é pensá-lo como a criação de possibilidades para que o paciente venha a participar do processo de trocas sociais. Nessa perspectiva, como a oficina terapêutica visa ao social, é preciso que a produção seja reconhecida pelo próprio sujeito e por seu entorno como portando algum valor social. Pensada a oficina como lugar de trabalho, essa deve estar relacionada ao efeito

subjetivo que a atividade produz, não como aquilo que para os outros define e justifica o trabalho. A experiência dos CAPS demonstra que as diferentes atividades oferecidas, como oficinas e outros recursos da instituição proporcionam modos diversos de ligação do sujeito ao trabalho de encaminhar sua vida. Qualquer que seja a modalidade a partir da qual ele localiza um discurso que lhe permite um ponto de sustentação na realidade, cabe à equipe contribuir para que elabore aquilo que o domina e faça disso sua inscrição de sujeito, de forma a promover o esvaziamento do Outro, a falta no Outro (Quinet, 1997; Tenório, 2001).

Quando há uma escuta atenta que lhe permita falar sobre sua produção, o paciente pode denominar o que sente. Embora a utilização da linguagem ordinária fique, por vezes, em suspenso na psicose, deve-se acreditar na possibilidade de construção de uma outra via de contato, que revele o conteúdo expresso por meio das produções delirantes. Quando se considera que existe uma lógica no discurso do paciente, torna-se possível o trabalho de escuta, que o auxilia a construir um sentido para o sofrimento que apresenta. Logo, não é o paciente que deve se adequar à técnica – é a técnica que deve ser colocada em questão para que efeitos de subjetivação ocorram.

Quando se sente acolhido no tratamento, o paciente tende a se apropriar desse espaço, o que contribui para a busca de atividades acerca das quais imagina ter sido expropriado pela ruptura psicótica. Se o sujeito não sente que suas produções são acolhidas, é provável que o progresso do atendimento seja ainda mais lento, com maior desgaste de sua parte, dos familiares e do próprio profissional. Valorizar uma escuta que permita à pessoa reconhecer-se como sujeito está na base do processo de restabelecimento do contato a partir de sua produção delirante, produção que é preciso entender como uma porta de entrada para o trabalho.

Essas são indicações que contribuem para que todos os envolvidos no processo de tratamento de um determinado sujeito se tornem efetivos parceiros, minimizando-se o risco de se legitimarem ações de arbitrariedade ao paciente. Elas auxiliam a identificar o que, nos serviços de atendimento substitutivos ao hospital psiquiátrico no Brasil, se mantém, por se perceber o paciente como um mero objeto da intervenção (Freire Costa, 2001), e o que está sendo modificado para que ele se sinta reconhecido e se reconheça enquanto sujeito do tratamento.

#### 4. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A OMS (2001) estimou que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, mas apenas a minoria delas recebe mesmo o tratamento mais básico. Com uma diversidade de tipos e gravidade dos sintomas, pessoas de todos os países e sociedades, de ambos os sexos, de todas as idades, classes, das zonas urbana e rural podem ser atingidas. Aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos em serviços de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais. Possivelmente, cada família tem ou terá pelo menos um membro portador. Além de proporcionarem apoio emocional e financeiro, essas famílias arcam com os efeitos dos estigmas.

Embora, segundo estimativas da OMS (2001), os problemas de saúde mental respondam por 12% do peso mundial de doenças, os orçamentos destinados a essa área representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde. A relação entre a dimensão do problema e as verbas que lhe são direcionadas é visivelmente desproporcional. Existem ainda vários países com carência de políticas de saúde mental ou mesmo sem programas nessa esfera. Mais de 90% não possuem políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Além disso, os planos de saúde, freqüentemente, não abordam os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas econômicos para os pacientes e suas famílias. Conforme a OMS (p. 26), “nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas, com perturbações mentais graves, a tarefa de resolverem, como puderem, os seus problemas de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias”. Esse quadro favorece que as pessoas, por vezes, recorram ao hospital psiquiátrico, por ser sua única alternativa de atendimento.

No Brasil, país marcado por extremas desigualdades sociais, muitas famílias não possuem sequer condições de prover os direitos básicos a todo cidadão, como alimentação, educação e saúde. Nesse sentido, provavelmente uma das maiores conquistas propiciadas pelas leis de amparo aos portadores de transtornos mentais seja a de fornecer diretrizes para o cumprimento de seus direitos.

Somente após doze anos de difícil tramitação, foi aprovada, em 2001, a Lei 10.216, cujo texto sofreu significativas alterações em relação à versão original, que assinalava um firme impedimento à reprodução do modelo manicomial. Considera-se que a lei de 2001 representa uma vitória simbólica importante, embora não constitua

impulso extraordinário que o texto original significaria, pois permanece como maior obstáculo concreto à reforma a oferta de internações psiquiátricas gratuitas em hospitais conveniados pelo SUS (Tenório, 2001). Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental, “privilegiando o oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária” (Delgado & cols., 2007, p. 41), mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. Na quarta orientação da seção “Política de saúde mental e organização de serviços” do relatório fruto da última conferência nacional de saúde mental, ocorrida em 2001, consta a necessidade de:

Garantir que, até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios”, com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário de saúde mental e com o desenvolvimento de uma estratégia de ampla discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. Os gestores de saúde municipais, estaduais e federal devem construir uma agenda que viabilize o alcance desta meta (Ministério da Saúde, 2002, p. 25).

No Brasil, até agosto de 2007, havia 224 hospitais e 38.842 leitos psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2007b). Embora tenha ocorrido uma redução gradativa de ambos nos últimos cinco anos, como muitos municípios não possuem uma rede substitutiva efetiva de serviços extra-hospitalares, ainda não foi possível alcançar a meta acima apontada. Isso requer que se avalie que motivos contribuem para a distância entre as políticas de saúde mental prescritas e o processo de implementação da reforma da assistência psiquiátrica nas regiões e nas cidades brasileiras.

Na Portaria SNAS<sup>2</sup> N°. 189, de 1991, foi fixado o limite de 45 dias de permanência do paciente no hospital psiquiátrico, com a indicação de que esse período pode ser ultrapassado segundo critérios do órgão local do SUS. É provável que tal indicação tenha propiciado as mais diversas interpretações, conforme os interesses dos gestores e proprietários dos hospitais particulares conveniados pelo SUS, o que se refletiu na trajetória de muitos pacientes de sair de uma instituição para outra ou retornar para a mesma (Tenório, 2001).

A título de ilustração, em São Luís (MA), entre janeiro e dezembro de 2007, a média de permanência de internação nos hospitais psiquiátricos, segundo o Ministério

---

<sup>2</sup> Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

da Saúde (2008b), foi de 130,9 dias. Por si só esse número chama muita atenção ao trazer sérias indagações acerca dos desafios que os partidários da Reforma Psiquiátrica têm encontrado nessa cidade. Cabe, assim, à ética profissional, diferenciar uma emergência psiquiátrica de outros estados da clínica a fim de que a internação não se configure como a alternativa aparentemente mais simples e de fácil ação terapêutica, ao ser entendida como a mera restrição do trânsito do paciente para o restabelecimento de um controle de seu comportamento.

Foi a partir do ano de 2002 que se consolidou a criação de uma série de regulamentações para a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos. Dentre os mecanismos desenvolvidos, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) vem possibilitando a redução dos leitos e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos no país. Como tais hospitais se concentraram historicamente nas capitais, era comum o envio de pacientes provenientes de outros municípios para esses locais. O PNASH/Psiquiatria, embora em ritmos diferenciados, vem se efetivando em todos os estados brasileiros.

Esse processo está contribuindo para a conscientização do poder público municipal acerca da necessidade de criação da assistência em saúde mental na própria cidade de residência do paciente, com a gradativa diminuição do encaminhamento de pacientes para as capitais. O PNASH/Psiquiatria, como um instrumento essencialmente de avaliação, “permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde” (Delgado & cols., 2007, p. 46), com fornecimento de critérios de assistência hospitalar compatíveis com as normas do SUS, descredenciando os hospitais cuja qualidade dos serviços não esteja de acordo.

A Portaria referente ao PNASH/Psiquiatria, Nº 251 de 2002, indica que é atribuição do gestor local estabelecer o limite das internações, com o atendimento das situações de urgência / emergência preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou em hospitais não psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004a). À semelhança da Portaria Nº 189, é possível que essa indicação suscite as mais diversas leituras, não necessariamente favoráveis à mudança da assistência no campo da saúde mental.

Delgado (2001) afirmou que a aprovação da Lei 10.216 provocou vários desdobramentos e percursos a serem seguidos para a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico, pautada na ética da autonomia dos pacientes e dos familiares. Nesse sentido, Quinet (2006, p. 48) apontou que a “saída do asilo e a inclusão do sujeito da

psicose na sociedade não é simples – nem para os outros, nem para ele”. Mesmo sendo visto como um cidadão que, portanto, tem o direito de transitar entre os demais, seu trânsito incomoda, devido ao pensamento que alguns parecem ainda ter de que aquele não é mais o seu lugar.

O entendimento do que seja doença permeia toda a relação entre as pessoas e seu encontro com os sistemas de saúde, oficiais ou informais. Conforme a percepção do grau de severidade dos sintomas, a doença adquire um poder que precisa ser remediado. Quanto mais graves forem considerados, mais se exigem medidas drásticas de contraposição e de restituição do equilíbrio abalado, através do emprego de medicações com dosagens e efeitos igualmente fortes (Oliveira, 1998).

Por outro lado, cabe avaliar, em especial na população de baixa renda, a quantidade de tempo transcorrido entre a observação de que há algum tipo de enfermidade no sujeito, a marcação do atendimento e a efetiva consulta. Não se pode esquecer igualmente que, à precariedade de informações que a população possui sobre o que a leva a padecer, são agregadas as mais diversas negações diante da possibilidade de um tipo de adoecimento cuja complexidade só pode obter das ciências médica e psicológica, dentre outras, explicações parciais. Diante disso, a população tende a buscar diferentes espaços e especialistas a fim de obter algum tipo de resposta que diminua o mal-estar, pelo desconhecimento das possíveis causas relacionadas à constituição de um quadro psicótico, dos fatores agravantes e de cura.

Em cada sociedade, a doença, a resposta a ela, as experiências individuais relacionadas e as instituições sociais de cuidado são interconectadas. A totalidade dessas inter-relações é o próprio sistema de saúde, o qual inclui padrões de crenças sobre as causas da doença, as normas de controle de saúde associadas e a evolução do tratamento (Kleinman, 1977). Essas são questões que precisam ser levadas em consideração no trabalho de modificação da assistência em saúde mental brasileiro, de forma a se obter uma avaliação mais precisa da maneira como os modelos e conceitos norteadores desse processo estão se presentificando no país.

#### **4.1 Modelos e conceitos norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Segundo Tenório (2001), o movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve início na luta mais ampla pela redemocratização do país na segunda metade da década de 1970. Nesse processo, de acordo com as exigências concretas que sofreu, o movimento construiu soluções particulares, decorrentes, por vezes, da articulação com

modelos de reformulação da assistência em saúde mental de outros países, como as comunidades terapêuticas inglesas, a psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana, a psicoterapia institucional francesa e a desinstitucionalização italiana. Desses, Tenório indicou que os dois últimos são os que tiveram maior influência direta no Brasil. Nos parágrafos seguintes, é feita uma síntese desses quatro modelos de forma a se apontar suas contribuições.

No modelo das comunidades terapêuticas, por meio do recurso à Psicanálise, foi desenvolvida uma proposta que permitia interpretar não apenas os pacientes, mas também a instituição e seus profissionais como forma de se resolver a questão da liberdade no interior do hospital. Essa foi uma experiência que acabou sendo “absorvida pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao *marketing* do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem, no entanto, deixar de ser conservador” (Tenório, 2001, p. 26). Considera-se que o principal crédito desse modelo foi ter dado voz aos pacientes, ao produzir uma aproximação efetiva da equipe com eles.

O movimento da Psiquiatria Comunitária e Preventiva americana instituiu as idéias de “saúde mental” em oposição à doença mental e de intervenção na comunidade. Ao caracterizar o hospital psiquiátrico como iatrogênico, propôs uma psiquiatria pautada num programa mais amplo de atuação social de forma a evitar o adoecimento mental. Apesar da aceitação inicial dessa proposta no Brasil, seus efeitos de psiquiatrização e normatização da vida em sociedade foram logo observados. Esse é um aspecto que possivelmente contribuiu para que os autores da reforma psiquiátrica brasileira adotassem o conceito de “território”, proveniente da psiquiatria democrática italiana, em vez de “comunidade” (Tenório, 2001).

Quanto à noção de “saúde mental”, embora em seu surgimento denotasse um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica, pelo aspecto da crítica ao sistema asilar que a acompanhava, essa expressão veio a ser privilegiada pela reforma psiquiátrica brasileira. O lugar estratégico que ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois fatores: denotar um afastamento de um modelo biomédico da doença, que não leva em consideração aspectos subjetivos da existência concreta do sujeito que se assiste, e demarcar um campo de conhecimento e de atuação que não se restringe à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (Tenório, 2001).

Mesmo tendo sido suas propostas superadas pela reforma, os dois modelos anteriores tiveram sua importância na história da assistência psiquiátrica brasileira. No

movimento propriamente dito de reformulação nacional da assistência em saúde mental, duas posições sobre a natureza da mudança almejada se constituíram: uma que enfatiza a dimensão política e social, preconizando a superação da clínica, e outra que “considera haver no fato da loucura uma especificidade que só a clínica é capaz de acolher de forma positiva” (Tenório, 2001, p. 53). A primeira corresponde ao paradigma promovido por Franco Basaglia no processo italiano de desinstitucionalização e, a segunda, à influência conceitual da psiquiatria institucional francesa.

Na Itália, a tese de que o enfoque psiquiátrico tradicional reduz um fenômeno complexo, a existência, a uma noção por demais simplificada, a de doença mental, contribuiu para a abolição do hospital psiquiátrico do conjunto de serviços da rede de saúde mental. Essa tese trouxe a indispensável reflexão de que a instituição que se quer negar não é simplesmente o hospital psiquiátrico, mas a doença mental, tendo em vista as repercussões que essa idéia teve na sociedade e os instrumentos e serviços que se construíram a partir disso. O modelo italiano preconizou que o objeto da Psiquiatria “não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida com algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (Rotelli, 2001, p. 90).

Para que as instituições que têm como objeto a doença mental sejam desconstruídas “é preciso romper com o paradigma clínico” (Tenório, 2001, p. 53) e se inventar constantemente instituições que atuem no território como motores de sociabilidade. Segundo Rotelli (2001), a instituição a ser negada é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder que fundamentou a função social do hospital psiquiátrico na sociedade. Esse conjunto é o paradigma intramuros, ao qual se visa superar pela construção de um trabalho extramuros, em que as instituições são feitas para desinstitucionalizar. Tratar significa, assim, ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir do paciente ao mesmo tempo em que se transforma a sua vida concreta cotidiana. Isso exige a presença de poetas, pintores, jornalistas, atores, talentos, recursos e espaços inventores de vida.

A segunda posição – que tem relação com a psicoterapia institucional francesa, mas não só com essa – situa de modo diferente a questão da instituição psiquiátrica, sendo essa concebida como um lugar de laço social para quem, por estrutura, tem dificuldade de fazer laço. Segundo Tenório (2001), pode-se dizer que essa

vertente forneceu ensejo e sustentação teórica aos Centros de Atenção Psicossocial da reforma psiquiátrica brasileira. A psicoterapia institucional considera que a instituição psiquiátrica tem um inegável papel terapêutico, desde que ofereça acolhimento e diferentes estratégias que sirvam como um ponto de referência e de sustentação para o sujeito psicótico. É atribuída à instituição como um todo o papel de recolhimento e agenciamento da transferência, em que o significante “coletivo” é o conceito organizador do espaço terapêutico.

É uma proposta que requer que se marque concretamente a importância do ambiente como um agente que favorece todos os processos psicoterápicos, mas não qualquer ambiente. Precisa ser vivo, caloroso, que permita a liberdade de circulação. É um ambiente que não se esmorece com o imprevisto nem com a necessidade de imprevisto (Oury, 2003). Esse modelo lançou os fundamentos teóricos da política francesa de setor, que dividiu a assistência em diversas unidades na sociedade, mas colocando, ainda, o hospital psiquiátrico em posição central na rede e o médico como o chefe das atividades (Rabelo, Mattos, Coutinho & Pereira, 2006).

Diante da caracterização feita acerca das duas posições que contribuíram para a construção da reforma psiquiátrica brasileira, pode-se considerar que se, em sua origem, tinham aparentemente propostas dicotômicas, a forma como foram apropriadas pelo movimento brasileiro apontou sua complementaridade. O peso maior conferido a uma delas em algum estado ou cidade pode estar relacionado ao modo como a reestruturação da assistência em saúde mental foi desenvolvida.

Como indicou Tenório (2001), os avanços promovidos pela reforma brasileira se misturam aos desafios de reconhecer que a vivência psicótica marca uma condição que coloca a cidadania em suspenso, pois essa só pode se realizar concretamente na vida de cada um com a exigência da sustentação de práticas singulares de cuidado e de acompanhamento. Por essa via, a clínica, inicialmente rechaçada, retorna não mais como impedimento à cidadania, mas como sua condição efetiva. A proposta de se manter o paciente na comunidade e fazer disso um recurso se fundamenta no paradigma de tornar a rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença e não de normalização do social.

A passagem de uma estrutura de internação tradicional, na qual a privação da liberdade constitui imagem disciplinadora e modeladora das estratégias de cuidado, para um local de atenção integrada em saúde mental, onde a função manicomial unívoca é substituída por uma reestruturação das equipes com oferta de serviços especializados

(Pitta, 2001), demanda uma série de ações políticas e de dispositivos sociais que não se restringem à clínica. Por outro lado, a atenção junto às pessoas com transtornos mentais não pode prescindir da clínica, tendo em vista sua importância no que se refere à análise da singularidade das potencialidades e das limitações de cada sujeito. Desse modo, apresentam-se abaixo alguns conceitos norteadores do atendimento preconizado pelo movimento brasileiro de reforma psiquiátrica.

O conceito de **cidadania** circula, muitas vezes, no vocabulário do campo da saúde mental como uma noção auto-evidente. A esse conceito estão ligadas idéias de direitos – civis, sociais e políticos. Ao seu uso, é conectada, ainda, a díade inclusão/exclusão, relação bem mais problemática do que aparenta. Por fim, é a cidadania que se tem em mente quando se empregam termos como autonomia, reinserção, contratualidade, *empowerment*, competência social, etc. Dentre esses termos, provavelmente, o mais associado à noção de cidadania é o de autonomia, como se englobasse por si só todos os demais (Barreto, 2005).

Em relação à noção de **autonomia** da pessoa com transtorno mental, essa não é sinônima de independência ou de auto-suficiência (Tenório, 2001). É importante contribuir não apenas para a ampliação da execução das atividades pessoais da vida diária pelo próprio sujeito, mas para qualquer decisão referente à sua vida. Cabe considerar que a noção de autonomia preconizada não é pautada em modelos rígidos e exclusivos. É uma autonomia que requer a avaliação das condições de cada sujeito assistido e da oferta de ações que possibilitem o exercício de maior contratualidade. Essa noção implica haver maior horizontalidade das relações, o que requer a noção de que ali há um sujeito. É preciso, portanto, cautela ao se discutir cada um desses significantes para que não se empobreça a quantidade de possibilidades que a eles podem ser associadas, ao se reduzir, por exemplo, a relação de contratualidade a ter poder de consumo e o termo cidadão ao de consumidor (Barreto, 2005).

Outra noção associada a esse campo é a de **reabilitação psicossocial**. Nos CAPS, é comum haver uma separação entre as ações de tratar e de reabilitar (Leal & Delgado, 2007). A primeira é relacionada ao médico e, a segunda, ao restante da equipe. Para um emprego mais crítico dessa noção, cabe aos profissionais de saúde mental o reconhecimento de que tratar e reabilitar são ações indissociáveis. Cabe, ainda, a reflexão de que, no campo da saúde mental, é complicado o entendimento do termo reabilitar como um trabalho que implica o retorno ao momento anterior à eclosão da doença. Para que o paciente alcance um ótimo nível de independência (Tenório, 2001),

a equipe, o paciente e sua família precisam consolidar um diálogo acerca do que visam reabilitar.

A todos esses significantes, que remetem à esfera individual, devem ser somados conceitos que contemplem o contexto no qual o paciente psicótico está inserido, pois é a articulação com a sociedade como um todo que possibilita a efetivação dos que os termos acima pressupõem.

A **rede** de atenção à saúde mental brasileira, como parte integrante do SUS, adota o princípio de controle social de estimular o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. A rede se caracteriza por ser essencialmente pública, de base municipal. Não deve ser composta apenas pelo conjunto de serviços de saúde mental do município, como CAPS, Serviço de Residências Terapêuticas (SRT), centros de convivências, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais. Deve englobar e articular entre si outras instituições e espaços variados da cidade – como a Estratégia de Saúde da Família, escolas, cooperativas, associações de bairro (Delgado & cols., 2007).

Na assistência em saúde mental, a premissa do atendimento em rede é a de que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde são os principais mobilizadores da trama que se constrói. A multiplicidade de pessoas e relações que compõem uma instituição pode propiciar a tessitura de uma rede mais forte e com mais nós, capaz de gerar mais possibilidades, afetivas e materiais, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas participantes do processo (Melman, 2001).

Delgado e cols. (2007, p. 57) afirmaram que “a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher” a pessoa com transtorno mental. A idéia fundamental, portanto, é a de que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço, como o CAPS, é capaz de garantir a promoção da autonomia e, conseqüentemente, da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização dessa rede, por sua vez, a noção de **território** é a diretriz.

Conforme Rabelo e cols. (2006), o território é o lugar no qual se desenvolve a existência do sujeito. A concepção de território adotada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica busca subverter a lógica hospitalocêntrica ao propor que o CAPS não seja um serviço intramuros, como as instituições tradicionais de saúde e de saúde mental.

Tem como paradigma atender o cidadão, dentro do possível, no próprio contexto de relações em que se apresenta seu sofrimento.

A noção de território não se refere apenas a uma área geográfica, mas as pessoas, instituições, redes e cenários, nos quais se processam a vida comunitária. Refere-se ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e de relações sociais do paciente, de forma a se ampliar seu poder de troca. Com isso, as ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive (Leal & Delgado, 2007). Trabalhar no território implica trabalhar com os componentes da comunidade e suas forças concretas, de acordo com o modo como apresentam suas demandas e propõem soluções. É um trabalho que requer a identificação dos saberes e das potencialidades dos recursos comunitários, de forma a se consolidar uma postura de construção coletiva de cuidados em saúde mental (Delgado & cols., 2007).

Segundo Leal e Delgado (2007), as redes são as linhas que preenchem o território, devendo ser pensadas como fluxos permanentes de articulação. Essas noções de território e de rede pressupõem, assim, a redefinição da idéia de clínica, ao propor a construção de um campo de conhecimentos e de ações que não dissociem o homem da sociedade que o constitui.

É a partir da concretização no cotidiano das ações das noções acima apontadas que se pode considerar que a **clínica ampliada** está, de fato, ocorrendo. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso (Ministério da Saúde, 2004c). Como indicou Tenório (2001), a clínica ampliada não restringe *a priori* seu campo de pertinência. Deve ser maleável ao manejo de circunstâncias habitualmente tidas como extraclínicas. É um acompanhamento da vida das pessoas que são assistidas na e para além do serviço de atendimento. Tomada a noção de território como uma idéia processual e dinâmica, pode-se articular as atividades realizadas dentro do CAPS com a vida do paciente fora dele (Leal & Delgado, 2007), de forma a que as ações de cuidado e de promoção da qualidade de vida possam ser compartilhadas com outras instituições e grupos não restritos ao campo da saúde mental. Tendo em vista tais premissas, analisa-se, a seguir, o que possivelmente contribui para a manutenção de serviços e de relações que lhes são contrárias.

#### 4.2 A desinstitucionalização e seus desafios

Os avanços promovidos pelo movimento da reforma psiquiátrica apontam cada vez mais para a necessidade do debate acerca da função que o hospital psiquiátrico exerce para o paciente, sua família, profissionais de saúde e a população em geral na atualidade. Segundo Souza (1999), quando a família sente que o comportamento do paciente extrapola os limites estabelecidos, tende a passar do tratamento em clínicas ambulatoriais à internação em hospitais psiquiátricos. Tal opção deriva normalmente de uma avaliação, por parte dos familiares, de não se considerarem hábeis para garantir nem o bem-estar do integrante nem a sua própria tranquilidade.

O hospital exerce, assim, não só uma função de controle, como também proporciona certo alívio ao grupo familiar. No entanto, os benefícios da internação são freqüentemente incertos para as famílias, sobretudo quando se estende por mais de um mês, em que seus efeitos iatrogênicos começam a ser percebidos. Como apologia ao hospital, alega-se, dentre outras justificativas, que é um local onde se contêm e se forçam as pessoas a usarem os medicamentos no horário prescrito (Souza, 1999).

A manutenção do hospital psiquiátrico em razão de sua função de contenção ou de controle social se torna um contra-senso diante da necessidade apontada pela Reforma Psiquiátrica de uma clínica ampliada. Essa é uma situação que preconiza a importância do debate acerca de qual contenção estamos falando, bem como sobre para qual situação é indicada. Com o debate, será possível a criação de formas de sensibilização do contexto no qual o paciente está inserido para que haja uma maior compreensão e respeito ao seu modo de existência. Poderá, então, ocorrer uma avaliação mais cuidadosa da necessidade do encaminhamento para o hospital psiquiátrico, ao se identificar não apenas qual é a demanda por trás do encaminhamento, mas também de quem é a demanda.

Programas de saúde substitutivos à modalidade asilar como os CAPS e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), emergências psiquiátricas em hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos (SRT), etc. merecem receber cada vez mais incentivos, tendo em vista os comprovados benefícios que vêm trazendo a seus usuários e aos familiares (Tenório, 2001). Esses programas se apresentam como uma possibilidade de reinscrição da pessoa em sua história de vida, a partir do momento em que instituem um espaço onde laços sociais possam ser (re) construídos.

Em 1961, Goffman (2003), no livro “Manicômios, prisões e conventos”, classificou o hospital psiquiátrico como um tipo de instituição total cuja finalidade

consiste em cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si próprias e com a possibilidade de constituir uma ameaça à sua comunidade, mesmo que não de maneira intencional. A instituição total é definida como um local de residência onde um grande número de indivíduos em situações similares, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. O fechamento se caracteriza pela barreira às relações com o mundo externo, o que pressupõe proibições à saída incluídas no esquema físico da instituição – como portas trancadas, muros altos e horários de visita.

Uma vez internadas, as pessoas que se tornam pacientes de hospitais psiquiátricos tendem a receber um atendimento uniformizado. Passam a enfrentar circunstâncias muito semelhantes, o que contribui para que emitam, por sua vez, respostas semelhantes – o que caracteriza a assimilação da **institucionalização**. Isso facilita o controle segundo as normas estabelecidas pela equipe dirigente. Reforçam-se ou punem-se os comportamentos através da concessão ou da supressão de privilégios, conforme os interesses da equipe institucional.

Com o decorrer de uma carreira de internações, as expropriações que tendem a acontecer na vida dos pacientes, como o abandono familiar, dificultam suas possibilidades de se manter fora da instituição. No caso de portadores de transtornos mentais que cometem crimes, além da perda de direitos, a pessoa pode ser condenada à “prisão perpétua” no hospital, fato que atesta um outro grave problema da interação psicose / sociedade (Costa, 2004).

Tradicionalmente, segundo Goffman (2003, p. 111), “o termo carreira tem sido reservado para os que esperam atingir os pontos ascendentes de uma profissão respeitável”. Entretanto, observou que o termo está sendo cada vez mais usado em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. O conceito que desenvolveu aponta aspectos morais relacionados à seqüência de mudanças que a carreira de internações provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesmo e aos outros.

Nos casos de internação com duração de vários meses ou mesmo ano, pode ocorrer que, quando o sujeito retorne para o seu território de relações, mostre-se temporariamente ou, por vezes, permanentemente incapaz de enfrentar tarefas da vida diária. A iatrogenia decorrente do prolongado processo de internação se reflete na restrição do campo de possibilidades de manutenção de relações interpessoais fora do âmbito familiar e da instituição na qual é atendido.

Regimes de internação de longa duração contribuem para o enfraquecimento dos vínculos entre o paciente e seus familiares. Com a fragilidade dos vínculos, ter serenidade e envolver-se no projeto terapêutico possivelmente se tornam tarefas muito mais problemáticas e desgastantes para ambos. Mais de quarenta anos depois da publicação do livro de Goffman citado, é preciso analisar quais relações de poder se mantêm entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, nas novas instituições destinadas ao atendimento de psicóticos, para que essas não se tornem um outro espaço de reclusão e exclusão, tal como o hospital psiquiátrico. Para que isso não ocorra, é necessário ter clareza de que a desinstitucionalização consiste num processo muito mais amplo, demorado e complexo que a desospitalização. Conforme Leal e Delgado (2007), a **desinstitucionalização** envolve o enfrentamento da alienação promovida pelo manicômio, bem como por outras instituições que também venham a apresentar características de instituições totais.

Tal enfrentamento implica que não se duvide de que o paciente é um cidadão, em especial nos casos em que sua internação for involuntária. O tratamento psiquiátrico deve contribuir para seu crescimento pessoal e para a superação das dificuldades interpessoais e atuais, dentre outros pressupostos, em vez de simplesmente cerceá-lo. O respeito aos direitos fundamentais da cidadania, o estabelecimento rigoroso de critérios para a duração do tratamento involuntário e a disposição atenta para promover a adesão do paciente, tendo em foco o fortalecimento de sua autonomia, são diretrizes que devem nortear o trabalho em saúde mental (Costa, 2004).

É importante o estímulo à criação do serviço de emergência psiquiátrica no hospital-geral que sirva como um espaço de apoio e contenção ao paciente durante um tempo limitado, de onde, posteriormente, seja encaminhado para alguma outra modalidade de atendimento dentro de uma rede de saúde mental. Segundo Tenório (2001), os leitos psiquiátricos em hospital-geral representam uma tendência de diminuição do tempo de permanência e, sobretudo, têm o sentido maior de romper com a cultura segundo a qual “lugar de louco é no hospício”.

É cada vez mais crescente a luta pela abertura de leitos para internações psiquiátricas breves nos hospitais gerais. Solidifica-se a conscientização de que o portador de transtorno mental não apenas merece a mesma dignidade em seu tratamento que se preconiza em relação a usuários de outras áreas médicas, como que, para sua reinserção social, é uma contradição que continue a ser atendido exclusivamente em hospitais tidos como especializados.

Tais questões apontam a necessidade de se observar como os dispositivos de substituição ao hospital psiquiátrico podem estar perpetuando as mesmas funções de exclusão e o modelo de tratamento circunscrito à prescrição medicamentosa. Sobre o atendimento ao psicótico, Goldberg (1996, p. 25) alertou que, por vezes:

O acompanhamento institucional centra-se nos sintomas e estes são abordados conforme se manifestam, ou numa unidade de tratamento fechada, quando agudos, ou numa unidade de tratamento aberta, como o ambulatório, quando de sua remissão. A avaliação terapêutica, ao se fazer por meio da manifestação sintomatológica, conclui que há cronificação, pois os sintomas tendem a se atenuar mediante aplicação contínua do medicamento, deixando assim de agudizar-se com frequência. Em tal situação, passa a haver uma resposta precária da instituição à expectativa de outro tipo de vida para o paciente.

Para esse autor, malgrado o aperfeiçoamento do aparato de atendimento, o paciente psicótico ainda parece ser considerado como uma peça arreada ao processamento das relações no interior da rede. Um dos sintomas desses gestos de resistência ou tensão institucional é sua redução a uma figura médica, tanto porque os transtornos do tipo psicótico são tidos como uma causa médica por excelência, um feixe de disfunções orgânicas enraizadas incuravelmente no cérebro, quanto porque as demais especialidades se julgam desautorizadas a abordá-los. Esse pensamento contribui para que ambulatórios recém-inaugurados persistam no privilégio hierárquico do médico no atendimento a tais pacientes, chegando a alegar que não possuem espaço físico para ações conjuntas de atenção às crises. Podem alegar ainda que, diante da imprevisibilidade do comportamento desses pacientes, eles requerem a contenção dos espaços fechados do hospital.

Sem uma análise desses aspectos, é possível haver uma fragmentação do(s) sintoma(s), sendo esse(s), não raro, reduzido(s) a uma deficiência neuroquímica. Quando a remoção do sintoma, através do medicamento, é concebida como a principal meta da equipe, o tratamento pode ser, para o paciente, pior do que a doença em si (Kleinman, 1977), quando não se observa aquilo que ele tem de particular. Talvez seja essa uma das razões que levam muitos pacientes a abandonar o medicamento quando obtêm uma melhora, por considerarem não precisar mais dele, devido à ausência dos sintomas anteriormente percebidos.

Mais do que um serviço para o qual pacientes e familiares se dirigem para receber o medicamento, as instituições de saúde precisam ser vistas como um local de referência dentro de uma rede de assistência comunitária. Qualquer que seja o bairro, a cidade ou a região, há que existir um lugar próprio onde a dor, a angústia, o sofrimento possam ter uma escuta e, se necessário, tratamento. Esse local traz a vocação de um espaço-suporte, que delimita a área de atuação de uma equipe, um serviço, um programa, cumprindo a missão de materializar uma acolhida, um vínculo, com endereço e CEP, podendo ser encontrado a qualquer momento, assim como irradiando ações a partir do número de raízes que cada um de seus integrantes desenvolva (Pitta, 2001). Acima de tudo, precisa ser um espaço onde a reflexão sobre a cidadania do paciente não se extingue com a derrubada dos muros dos hospitais psiquiátricos e da criação de outras modalidades de atendimento, como a instituição CAPS, que, dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, tem um “valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira” (Delgado & cols., 2007, p. 59), por apresentar como função primordial a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

#### **4.3 O CAPS**

Visando mudar e aprimorar a assistência em saúde mental no Brasil, cada vez mais vêm sendo desenvolvidos serviços de atendimento extra-hospitalar. Dentre esses serviços, o CAPS é um dos que mais tem contribuído para a construção do pensamento de que isolar não é sinônimo de tratar.

Previsto para funcionar como porta de entrada em saúde mental no Sistema Unificado de Saúde (SUS), o CAPS, além de prestar atendimento aos pacientes que ficam sob sua responsabilidade, deve treinar e supervisionar as equipes da atenção básica e outros serviços relacionados, bem como contribuir para a elaboração de programas na área.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224, de 1992. Nessa, foram definidos como uma unidade de saúde que conta com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferece “atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional” (Ministério da Saúde, 2004a, p. 244). Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria N° 336/GM, de 2002, que reconheceu e ampliou seu funcionamento e sua complexidade. Essa portaria definiu como missão do

Centro de Atenção Psicossocial, dentre outros pontos, a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, bem como a supervisão e a capacitação das equipes da atenção básica (como a Estratégia de Saúde da Família) e de outros programas afins no âmbito do seu território.

O CAPS se constitui, portanto, como um serviço que visa a gradativa substituição do modelo hospitalocêntrico, por evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Segundo o Ministério da Saúde (2004c), é um lugar de referência e de tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (psicoses, neuroses e outros quadros), cuja gravidade justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Segundo a Portaria Ministerial N° 336, os CAPS apresentam as seguintes modalidades: CAPS I, para uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, entre 70.000 e 200.000; e, CAPS III, acima de 200.000. O CAPS III é o único que funciona 24 horas, diariamente, e também nos feriados e fins-de-semana. Como uma espécie de ramificação daquelas modalidades, há ainda o CAPSi II (atendimento infanto-juvenil), para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, e o CAPSad II (para dependentes de substâncias), recomendado aos municípios com população acima de 70.000 pessoas (Ministério da Saúde, 2004a).

No CAPS, o paciente pode ser atendido nos seguintes regimes: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. A primeira modalidade consiste em atendimento diário, a ser oferecido quando, “a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua” (Ministério da Saúde, 2004c, p. 16). No regime semi-intensivo, pode-se atender até doze dias ao mês ou três vezes por semana “quando o sofrimento e a desestruturação psíquica (...) diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta para se estruturar e recuperar sua autonomia” (p. 16). O atendimento não-intensivo é oferecido quando “a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho” (p. 16), podendo ser atendido até três vezes ao mês ou mesmo semanalmente. Considera-se que a transição do paciente de um regime a outro deve ser feita quando a equipe avalia ter ele melhorado em relação ao estado apresentado no período de ingresso na instituição.

Como um serviço voltado para a promoção da inserção social dos usuários através de ações intersetoriais, o CAPS deve propor atividades que envolvam educação, trabalho, esporte, arte e lazer. Quando o paciente inicia o acompanhamento no Centro de Atenção se traça um projeto terapêutico individual. Esse projeto consiste num conjunto de atendimentos pautado no respeito à singularidade, com a proposição de atividades a serem desenvolvidas durante a permanência no serviço. Em geral, o profissional que recebeu o paciente em seu ingresso no serviço se torna seu terapeuta de referência, de acordo com o vínculo que se estabeleceu entre os dois. O terapeuta de referência é o profissional responsável pelo monitoramento do projeto terapêutico junto à equipe e pelo contato com a família. Tal projeto será desenvolvido de acordo com as modalidades de atendimento existentes em cada serviço (Ministério da Saúde, 2004c).

No CAPS, podem ser oferecidas atividades como: atendimento individual (p.ex. prescrição de medicamentos, psicoterapia); em grupo (oficinas terapêuticas, atividades esportivas ou de suporte social); e, para a família (atendimento nuclear, a grupo de familiares, visitas domiciliares). Podem ser realizadas também atividades comunitárias, as quais são voltadas para a integração do serviço e do paciente com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Em paralelo, podem ser desenvolvidas assembleias ou reuniões de Organização do Serviço. Essa é uma atividade preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros, para a avaliação e a proposição de estratégias terapêuticas direcionadas ao aprimoramento do serviço. Ressalta-se que todas essas atividades devem estar pautadas na premissa de que “estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tenha que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS” (Ministério da Saúde, 2004c, p. 18). As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, a ser realizada na comunidade, no trabalho e na vida social como um todo.

Em relação às oficinas terapêuticas, que têm um papel importante no CAPS haja vista o potencial referente à promoção do intercâmbio social, essas devem ser definidas de acordo com o interesse dos usuários e das possibilidades dos técnicos. Podem ser oficinas expressivas (como de expressão plásticas, corporal, verbal, musical); geradoras de renda (culinária, marcenaria, costura, fotocópia, artesanato etc.); e de alfabetização, para as pessoas que não tiveram acesso à escola ou que nela não puderam permanecer, como forma de exercitar a escrita e a leitura.

No Brasil, de acordo com relatório do Ministério da Saúde (2007b), há 1.123 CAPS. Como o processo de criação de novos centros de atenção é freqüente, é provável que, durante a elaboração do presente texto, o número de unidades já tenha aumentado. Portanto, diante de sua crescente expansão no país, é preciso refletir sobre os desafios, ganhos e dificuldades que pacientes, familiares e profissionais estão tendo e com os quais estão aprendendo a lidar.

Mesmo no CAPS, principal alternativa de substituição ao modelo psiquiátrico de internação na instituição fechada (Delgado & cols., 2007), há o risco de institucionalização do paciente, quando ele passa a freqüentá-lo diariamente durante anos, por falta da construção da necessária parceria com a atenção básica e sem a existência de outros locais com os quais possa igualmente se identificar. Esse risco tende a ser maior quando os profissionais do Centro de Atenção replicam práticas do modelo hospitalocêntrico pela ausência de autocrítica à sua atuação profissional e pelo conseqüente receio de resignificar seu fazer cotidiano.

Neste momento, em que se escutam algumas associações questionando o termo reforma psiquiátrica, sob o estranho argumento de que a Psiquiatria não pode ser reformada, por se tratar de uma área do conhecimento científico da Medicina, cabe indicar que, no que tange especificamente ao atendimento, a crítica que se faz não se dirige à Psiquiatria enquanto ciência, mas ao modelo hospitalocêntrico que a caracterizou durante séculos. Ainda que porventura se venha a substituir, por exemplo, o termo reforma psiquiátrica por reforma do modelo de assistência em saúde mental, o que, de fato, se precisa discutir é quais são os interesses que sustentam a transição do modelo hospitalar para o extra-hospitalar, a fim de que não se recaia numa postura “capscêntrica” – termo irônico que também se escuta atualmente – cuja assistência se assemelha justamente ao que se criticava.

A ampliação dos dispositivos de atendimento, etapa fundamental na substituição do modelo hospitalocêntrico, requer o desenvolvimento de estratégias de avaliação dos serviços para que a mudança dos locais de atendimento seja refletida na possibilidade de circulação mais favorável do paciente na sociedade, de modo a evitar que venha a se tornar um indigente social. Para isso, cabe pensar que a reabilitação não depende apenas do lugar, mas do laço que é feito com esse lugar. Como apontou Tenório (2001), ainda que se considere o caráter refratário ao laço social como característico da psicose, isso não quer dizer que o psicótico não esteja no social e não sofra, assim, suas influências.

Como mostra social da cultura reinante em relação à figura médica, para o paciente pode ser mais fácil atender aos médicos, em razão da tradicional crença em seu saber e em sua autoridade, do que aos demais profissionais da equipe, tidos não raramente como seus assistentes, sobretudo quando se colocam nesse lugar. Isso requer que se avalie se não há uma cisão nas equipes de saúde mental entre o médico-psiquiatra e os demais profissionais, quando o primeiro tende a ser considerado como o que trata, pela estabilização do quadro através da medicação, e, o segundo grupo, como o que cuida, por meio da psicoterapia, das oficinas e de outras modalidades de atendimento (Tenório & Rocha, 2006).

Na mudança preconizada pela reforma psiquiátrica, os próprios prontuários adquirem um outro papel. Devem abarcar dimensões não restritas à “doença”. Prontuários com relatos sintomatológicos em que parece haver um predomínio de observações quanto à ausência de alterações comportamentais “significativas” – no sentido de ocorrência de sintomas positivos – não deixam muito espaço para que se possa identificar, a partir do relato do paciente, possíveis mudanças que ele relaciona ao seu ingresso na instituição ou de dificuldades que podem estar interferindo na construção de um desejo de estar ali quando ainda não conseguiu identificar esse espaço como um “ponto de ancoragem para a deriva psicótica” (Tenório, 2001, p. 133).

A expressão atuação interdisciplinar cai no lugar-comum quando sua proposta perde o sentido, ou seja, quando a existência de profissionais das mais diversas áreas no mesmo espaço não implica a existência de uma interlocução entre eles acerca do atendimento que cada um constrói junto ao paciente. Segundo Diaktine e cols. (1993), a equipe só é uma equipe de tratamento quando integra os processos terapêuticos no tratamento, em vez de acumular ações parciais, divergentes e até mesmo incoerentes para o paciente. Não se trata de apagar as diferenças de identidade profissional e de função entre os membros de uma equipe de tratamento, mas de que cada um possa questionar suas certezas – que muitas vezes encerram o paciente num sistema de pensamentos crônicos – para a construção de uma história em comum com ele, numa interação que não se reduza a observar sua melhora ou piora sintomática.

Não raro, a equipe, quando se sente traumatizada pela loucura do paciente, reduz gradativamente o apoio psíquico que deveria lhe oferecer (Diaktine & cols., 1993). Os profissionais têm de se haver com seus próprios sentimentos diante do contato diário com o sofrimento, a angústia, o inesperado e os atendimentos imperfeitos (Goffman, 2003; Figueiredo, 2002; Sterian, 2001a). Isso pode provocar neles um

movimento de rechaço, momento em que é necessário refletir acerca das condições pessoais para a realização de seus encargos, reflexão que parece ser pouco freqüente na rotina das instituições, o que tende a ser justificado pela quantidade de prontuários que precisam ser preenchidos. Pode ocorrer que, à medida que pacientes e familiares se apropriam dos termos e criticam o tratamento oferecido, incomodem os especialistas, quando esses sentem que seu conhecimento não é aceito sem interrogações. Muitos profissionais, em vez de considerarem tais críticas como fundamentais para a melhoria de sua atuação, tendem a caracterizar pacientes e familiares como meros poliqueixosos ou mesmo desordeiros.

Pensamentos tradicionais e novos referentes ao tratamento dirigido à psicose se confrontam diariamente, numa tentativa de construção de um diálogo em que a realidade das condições de vida dos usuários de serviços públicos de saúde mental e de seus familiares, os ideais terapêuticos, a invenção e a crença no potencial do paciente para indicar sua própria direção de cura possam ser parceiros. A permanente disposição da equipe de pensar sua prática e de buscar soluções deve levar em consideração que novos procedimentos revelam antigos problemas, até então escondidos, ou criam outros, o que exige, ao mesmo tempo, uma postura criativa e realista por parte de seus membros (Tenório, 2001). Isso requer da equipe a aposta de que há como entrar em contato com o sujeito psicótico, a partir do pressuposto da impossibilidade da não comunicação, mesmo diante de uma relação em que as falas parecem não ter reciprocidade.

Evidências da eficácia do tratamento segundo os rigores científicos não imperam no campo da saúde mental. As evidências que podem ser observadas são de uma outra ordem, em que valores, expectativas e esperanças fundamentam pequenas / grandes transformações gradativas em direção a alguma melhora, num processo que dificilmente ocorre de forma tranqüila e previsível. Quando contribui para o desenvolvimento das potencialidades do paciente, o profissional também está se permitindo descobrir novas potencialidades em si próprio, ao perceber que sua prática lhe indica uma necessidade de constante crítica ética e epistemológica a posturas rígidas e inflexíveis diante do que sua clínica lhe coloca.

Após a discussão realizada sobre os serviços de saúde mental, desafios referentes ao processo de desinstitucionalização e o papel do CAPS no processo de transição do modelo de atendimento hospitalar para o extra-hospitalar, contextualiza-se a seguir a proposta correspondente no estado do Maranhão, especialmente em São Luís, cidade onde foi realizada a pesquisa de campo do presente trabalho.

#### 4.4 A saúde mental no Estado do Maranhão

Loyola, Rocha e Silva Filho (2007, p. 82) apontaram que São Luís do Maranhão é uma “cidade que só se compreende depois de se compreender o mundo”. Na verdade, essa é uma frase que pode ser estendida para todo o estado. Esses autores indicaram que há uma “maranhice”, um jeito, sobretudo, “calmo, como que ciente de que nasceu em meio a uma natureza de riquezas exuberantes e nem precisa se esforçar por elas” (p. 82). É possível que, em razão de um conjunto de mazelas socioeconômicas historicamente herdadas, o jeito calmo esconda a indignação da maioria dos maranhenses diante do fato de ter que trabalhar com a terra sem jamais possuí-la, haja vista viverem num estado em que poucos possuem muito e muitos possuem quase nada.

Com essa situação, o Maranhão comumente permanece atrás de outros estados brasileiros em quesitos fundamentais referentes à qualidade de vida da população, como o direito à “saúde integral” e à “educação para todos”, o que se reflete, por exemplo, em sua produção acadêmica. Nesse sentido, há uma escassez de estudos sobre o histórico da saúde mental e sua organização e funcionamento atuais no estado, em especial sobre o atendimento ao paciente psicótico. O processo de construção da caracterização dos serviços indicada neste tópico ocorreu até o mês de maio do corrente ano, através, principalmente, de interlocuções com pessoas diretamente envolvidas, como pacientes, familiares e profissionais das esferas estadual e municipal, bem como de participação em eventos promovidos por uma instituição de pós-graduação e pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, na cidade de São Luís. Para essa caracterização, foi também realizado levantamento de relatórios elaborados até agosto de 2007 pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Nesse percurso, considerou-se necessário buscar informações junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e à coordenação do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC) sobre a situação atual do estado. No Maranhão, há 6.184.538 habitantes e 217 municípios. Possui o mais baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do Brasil, 0,636<sup>3</sup> (IBGE, 2007). No ano de 2000, a taxa de mortalidade até um ano de idade foi de 55,4%. A maior parte da população tem menos de 24 anos e reside na zona urbana. Mais de 80% dos maranhenses não possuem rede de esgoto em casa; 22,6% não têm água potável; e 32,2% nunca tiveram acesso à escola ou estudaram menos que um ano (IMESC, 2007).

---

<sup>3</sup> A média do país é de 0,766. Quanto mais próximo de 1 for o IDH, melhor a vida da população (Lirio, 2005).

Diante das privações que a população de baixa renda enfrenta, são fundamentais a ampliação da quantidade e a melhoria dos serviços em todas as áreas do poder público. Embora essa premissa esteja cada vez mais recebendo a devida atenção, demandará um tempo significativo para se efetivar em razão de uma série de obstáculos históricos existentes na organização política do Maranhão, os quais contribuíram para a apresentação dos piores indicadores nacionais e para a migração de uma boa parte de sua população na busca por melhores condições de vida (Lírio, 2005). Haja vista que a maior parte dos maranhenses precisa enfrentar os desafios impostos pela desigualdade socioeconômica, é impossível não pensar nas condições de vida das pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais no estado e nos serviços de atendimento que a elas foram oferecidos nas últimas décadas.

Apesar do gradativo aumento da oferta de serviços nos últimos cinco anos, parece haver uma carência de informação pela sociedade sobre outros tipos de atendimento para indivíduos que apresentem um episódio psicótico, que não apenas a internação em emergência psiquiátrica. Por outro lado, observa-se que, pelos estigmas associados às pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, tende-se a buscar soluções que envolvem instituições de cunho religioso ou mesmo a se considerar que se trata de uma fase a ser resolvida com o “tempo”. Quando os familiares esgotam suas alternativas, recorrem, então, à internação do membro que apresenta um quadro psicótico, o qual já tende a apresentar sérios comprometimentos pessoais e sociais.

Parece ser comum, igualmente, que se traga para a capital pacientes provenientes de outras cidades do estado, por falta de recursos no próprio local. Provavelmente, isso ocorre pelo fato de que, historicamente, os hospitais psiquiátricos – única forma de assistência em saúde mental no Maranhão durante décadas, assim como em outros estados brasileiros – concentraram-se nos centros de maior desenvolvimento econômico (Delgado & cols., 2007), como as cidades de São Luís e Imperatriz, deixando os demais municípios carentes de qualquer recurso específico de atendimento.

No Maranhão, existiam, até agosto de 2007, segundo relatório do Ministério da Saúde (2007b), 822 leitos distribuídos em quatro hospitais psiquiátricos: três na capital – um estadual e dois particulares – e um em Imperatriz. Após a conclusão desse relatório, a quantidade de leitos foi reduzida com o fechamento do hospital psiquiátrico que havia na segunda cidade. Em seu lugar, foi criado o Núcleo de Atenção Integrada em Saúde de Imperatriz (NAISI), voltado para o atendimento de outras áreas, além da saúde mental. Como a reestruturação dos serviços se encontra, no momento, em intenso

processo, há ainda 80 leitos psiquiátricos no NAISI, tendo em vista a quantidade de pacientes que recebe não só de Imperatriz, como de outros municípios da região e do estado de Tocantins. A expectativa agora é que esse marco na rede de saúde mental no Maranhão contribua para a revisão da necessidade de manutenção dos três hospitais psiquiátricos em São Luís, nas condições de funcionamento atuais.

Segundo Oda e Dalgarrondo (2005), em São Luís, como em outras capitais brasileiras, até o início do século XX, o costume era o de que, antes da criação dos hospitais psiquiátricos, as pessoas tidas como alienadas fossem encaminhadas à cadeia pública ou às enfermarias da Santa Casa da Misericórdia, em que eram tratadas nas mais diversas condições de insalubridade. Em relação ao segundo local, a confraria católica “Irmandade da Misericórdia” esteve sempre presente nas principais capitais desde o século XVI. Embora, em seu início, nem todas as irmandades mantivessem hospitais de caridade, gradativamente, uma de suas principais atribuições consistiu no convencionado “cuidado curativo dos pobres”, que se estendeu aos alienados a partir do século XIX, sob a jurisdição e subvenção do governo local. Assim, os estabelecimentos, destinados ao recolhimento de alienados pobres, surgiram quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a Psiquiatria existisse como prática médica especializada. Com isso, embora pudessem contar, eventualmente, com alguma assistência médica, “sua principal intenção era dar aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos” (p. 985).

Em São Luís, conforme os autores supracitados, não é possível precisar a partir de quando os alienados eram remetidos ao Hospital da Santa Casa, onde permaneceram alojados até o início do século XX, quando, no ano de 1905, inaugurou-se o primeiro hospício maranhense na Quinta da Boa Hora. Para tanto, tal como em outras capitais, consolidou-se a idéia de que “o lugar deles não é entre os demais doentes, mas tampouco nas cadeias” (p. 1004). Na época, a expectativa, fruto do modelo francês de Pinel e de Esquirol, era a de que a criação de “hospícios modernos” seria a solução que tudo resolveria. O processo de institucionalização foi marcado “pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua reclusão em hospícios próprios” (p. 1005).

Da criação do hospício na Quinta da Boa Hora à fundação da Colônia Nina Rodrigues, em 1941, não foi localizado nenhum registro<sup>4</sup>, o que dificulta a compreensão das condições sociais que propiciaram o surgimento do segundo serviço. Nesse, até a

década de 1980, os métodos de tratamentos variaram da convulsoterapia e da insulino-terapia, no primeiro momento, ao uso de eletrochoque e à prescrição de psicotrópicos. Em todo esse período, “eram comuns cenas de pessoas seminuas, presas em cela forte e uso de camisa-de-força” (Viveiros, 2003, p. 16), o que provocou várias denúncias por parte da sociedade local. Somente em 1992, com a publicação da Portaria Ministerial Nº 224, evidenciam-se mudanças nesse cenário. Em vez de Colônia, passa a se chamar Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues. Ocorreram gradativas modificações nas condições insalubres de atendimento. Em 1996, foram criados os serviços até hoje existentes como a emergência psiquiátrica e a pensão protegida. Houve, igualmente, a ampliação dos serviços ambulatoriais (Viveiros, 2003).

O Hospital Nina Rodrigues atende, por mês, em seu setor de emergência, que possui 46 leitos, cerca de 820 pacientes de São Luís e de outras cidades. Do setor de emergência, após período de observação de 72 horas, caso se considere que o paciente não precisa ficar internado, ele poderá retornar a sua casa. Caso contrário, pode ser encaminhado a um dos dois hospitais psiquiátricos particulares conveniados pelo SUS. Nos dois casos, pode ser recomendado que realize atendimento posterior no ambulatório do próprio Hospital Nina Rodrigues ou no CAPS, localizado no complexo dessa instituição. O encaminhamento também pode ser feito para um dos dois ambulatórios municipais, de onde é possível que se oriente o paciente a procurar o CAPS dessa rede ou um hospital-dia – sendo esse credenciado através de licitação junto ao poder público.

Ressalta-se que todo esse itinerário é apresentado apenas de forma didática, não sendo necessário que a pessoa passe por uma internação para ser atendida nos serviços do sistema público de saúde mental. Logo, é possível que o paciente transite tanto por instituições pertencentes à rede estadual, quanto municipal. Embora não se possa afirmar, relatos feitos por profissionais de saúde mental da cidade de São Luís e observações da pesquisadora indicaram que havia costume de maior encaminhamento de pacientes do serviço de emergência do Hospital Nina Rodrigues para o CAPS da rede estadual, assim como do ambulatório de saúde mental do município para o Centro Psicossocial a ele associado, nos primeiros anos de fundação desses serviços.

É possível que esse quadro estivesse relacionado a uma longa rivalidade política entre as esferas do poder público municipal e estadual na cidade de São Luís, o que trouxe as mais diversas conseqüências para a organização e o funcionamento da rede pública de serviços. Com a recente mudança de governo após a última eleição para

---

<sup>4</sup> Até o momento de conclusão da escrita do presente texto.

governador, é possível que isso se modifique, haja vista pertencerem os atuais dirigentes de São Luís e do estado do Maranhão ao mesmo partido político.

Segundo informações obtidas junto à Coordenação Estadual de Saúde Mental<sup>5</sup>, há no Maranhão 45 Centros de Atenção, divididos em: vinte e oito CAPS I; doze CAPS II; um CAPS III; dois CAPSi; e dois CAPSad. Em relação a essa quantidade, cabe destacar que, embora muitos já estejam em funcionamento, outros se encontram em processo de implementação. Em algumas cidades, a dificuldade de contato com os gestores municipais é um dos principais empecilhos para a verificação dos serviços que se encontram de fato em funcionamento e em que condições. Destaca-se ainda que, somado ao fator número de habitantes, a carência de psiquiatras no Maranhão possivelmente contribui para a prevalência do CAPS I, haja vista que em todos os demais tipos deve haver médicos dessa especialidade<sup>6</sup>.

Em São Luís, cidade com 998.385 habitantes, cuja primeira coordenação municipal de saúde mental foi criada no ano de 2000, há dois Centros de Atenção: um estadual e um municipal, dos tipos I e II, respectivamente. Por estar localizado dentro do complexo do hospital psiquiátrico Nina Rodrigues – instituição na qual também funcionam, como já mencionado, o serviço de emergência psiquiátrica da cidade, um ambulatório e uma Pensão Protegida (com cerca de 100 pacientes residentes) –, o CAPS estadual Bacelar Viana, fundado em 1997, encontra-se numa situação delicada diante do que é preconizado pela Portaria Ministerial Nº 336. Provavelmente, isso contribui para que não conste no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (Ministério da Saúde, 2008a), bem como em relação fornecida pela Coordenação Estadual de Saúde Mental.

Para a definição de assistência adequada desse serviço nos estados brasileiros, estabeleceu-se como parâmetro a quantidade de um CAPS, de acordo com o tipo de atendimento oferecido, por 100.000 habitantes<sup>7</sup>. Nesse cálculo, é necessário que haja um resultado entre 0,50 e 0,69 para que se configure uma cobertura boa (Ministério da Saúde, 2007b). Com 45 CAPS, o Maranhão conseguiu alcançar esse patamar (0,50). Sua capital, todavia, continua a apresentar uma cobertura insuficiente.

---

<sup>5</sup> Esses dados foram fornecidos em maio de 2008.

<sup>6</sup> No CAPSi II, o psiquiatra pode ser substituído por neurologista ou pediatra com formação em saúde mental (Ministério da Saúde, 2004a).

<sup>7</sup> Para a construção desse indicador por município, o cálculo é realizado de acordo com a capacidade de resposta que se considera ser possível oferecer conforme o tipo de CAPS.

Em relação aos demais dispositivos extra-hospitalares, há quatro ambulatórios de saúde mental no Maranhão, dos quais dois estão na capital. Em geral, esses são serviços que prestam assistência, sobretudo, às pessoas com transtornos mentais menos graves, apresentando, em sua maioria, uma atuação pouco articulada à rede de atenção à saúde. São referências para consultas em Psiquiatria e Psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem se mostrado baixa, com grandes listas de espera e freqüentes crises no seu funcionamento. São necessários mais debates dentro do campo da saúde mental sobre esse serviço, de forma a se promover sua maior articulação com o CAPS, a atenção básica e o território (Ministério da Saúde, 2007a; 2007b).

Há, atualmente, 24 hospitais-dia cadastrados como de saúde mental no país. Desses, quatro estão no Estado do Maranhão, sendo três em São Luís (Ministério da Saúde, 2008a). Segundo relatório do Ministério da Saúde (2007a, p. 24), esse é “um serviço em processo de superação, especialmente face ao papel desempenhado pelos Centros de Atenção Psicossocial”. A supressão gradativa está ocorrendo tanto pelo recadastramento do hospital-dia que já funciona como CAPS, quanto pela revisão daquele que permanece com um perfil hospitalar.

No Brasil, há atualmente 479 serviços de residência terapêutica em funcionamento (Ministério da Saúde, 2007b). Há três residências no Maranhão, sendo todas localizadas na capital e regidas pela Prefeitura Municipal. Segundo recomendação do I Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas, realizado em 2004, a residência deve estar articulada a um Centro de Atenção (Delgado, 2006). Em São Luís, ficou acordado que os moradores de uma das casas seriam acompanhados por profissionais do ambulatório de saúde mental municipal, enquanto os das outras duas, pela equipe do CAPS da mesma rede. Atualmente, o segundo grupo vai ao Centro de Atenção três vezes por semana, o que caracteriza, informalmente, atendimento em regime semi-intensivo.

Delgado (2006) indicou que as residências são o dispositivo mais importante no processo de reintegração social dos pacientes “moradores” ou de longa permanência no hospital psiquiátrico. São também recomendadas para usuários de outros serviços de saúde mental, sem histórico de internações prolongadas, os quais, por razões diversas, precisam de dispositivos residenciais que permitam prover adequadamente suas necessidades de moradia (Ministério da Saúde, 2004b).

Apesar de sua expansão nos últimos anos, o número de residências terapêuticas é inferior às necessidades do processo de desinstitucionalização. O

principal motivo para isso é a falta de melhor definição do custeio, que depende do remanejamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) no âmbito do teto financeiro do próprio município no qual o paciente estava internado. Em paralelo, embora o incentivo para a implantação já esteja garantido por meio de Portaria Ministerial, a implantação depende da articulação desenvolvida por cada gestor local em apresentar projeto que possibilite o repasse de verba específica (Delgado, 2006). A esse quadro, somam-se receios de locatários dos imóveis e dos vizinhos em relação aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, o que requer um intenso e constante trabalho de sensibilização sobre as mudanças que estão ocorrendo.

Ressalta-se que para a efetiva consolidação da mudança da assistência em saúde mental brasileira, o que tende a se refletir na ampliação do investimento social em serviços como o CAPS e a residência terapêutica – tanto no sentido financeiro, como, acima de tudo, na confiança e no apoio a sua proposta –, faz-se imprescindível a articulação com a atenção básica de forma a se transpor os desafios descritos no presente capítulo. A responsabilidade compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local (Ministério da Saúde, 2004c).

Essa é uma atuação que aprimora não apenas a qualificação dos atendimentos, como também amplia a integralidade da assistência. Dentre suas potencialidades, pode contribuir para: o reconhecimento de pessoas em situações de grave fragilidade emocional, de modo a poder incluí-las nas ações de cuidado; acolher esse sofrimento ainda na casa do paciente, esclarecendo os familiares e, se possível, manter o cuidado através de visitas domiciliares; e, encaminhar, quando necessário, casos para atendimento especializado no CAPS (Loyola & cols., 2007).

No Maranhão, como em outros estados da federação, a articulação da saúde mental com a atenção básica está se constituindo de acordo com o avanço da reforma psiquiátrica em cada município, das especificidades de cada local e da união dos esforços de gestores, profissionais, pacientes e familiares. Em São Luís, segundo a coordenadora local de saúde mental, no momento, há 120 pessoas, que realizaram tratamento no CAPS municipal, que estão sendo acompanhadas em 20 unidades básicas de saúde, conforme seu local de residência. Desse modo, outras ações são necessárias para que se amplie a articulação da saúde mental com a atenção básica no futuro.

É importante destacar o ano de 2006 como um marco na história da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois esse foi o ano em que, pela primeira vez no país, o

repassa de verbas aos serviços extra-hospitalares superou o repasse aos hospitalares. Em 2007, o Maranhão também alcançou essa superação (Ministério da Saúde, 2008b). Nos próximos anos, o maior repasse de verba para os serviços extra-hospitalares deve crescer, sobretudo quando houver a criação de dispositivos como Centros de Convivência e Cultura e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os quais, até o presente momento, não existem no estado, e o aumento da quantidade de residências terapêuticas e de Centros de Atenção Psicossocial.

O planejamento das políticas de saúde mental não é uma proposta que se restringe às esferas de elaboração nos planos municipal, estadual ou federal. Para sua efetivação, há que se avaliar tanto as adversidades socioeconômicas de cada região brasileira como as singularidades de cada caso. A intersetorialidade é um processo que demanda tempo, não acontece por decreto. Não é porque são definidas as leis, que as transformações se dão, mas sim, mais provavelmente, porque há a abertura de um grupo de pessoas – em geral, as que estão mais diretamente envolvidas – para uma ação pautada no inusitado e na revisão das certezas.

Pode-se observar que, às pessoas com transtorno mental, tem sido gradativamente assegurado o direito a um tratamento em saúde mental digno no Maranhão. Contudo, provavelmente, como em outros estados brasileiros, ainda serão necessárias mudanças concretas – nas leis e nos serviços – e, sobretudo, de paradigmas, para que se possa incluir a diferença sem que se exclua o que a torna diferente. Trata-se, portanto, de perder as ilusões, não os sonhos, para que esses se tornem projetos cada vez mais condizentes com as demandas dos pacientes, dos familiares, das equipes de atendimento e da sociedade.

A fundamentação teórica apresentada sobre o conceito de psicose na Psiquiatria e na Psicanálise, seu impacto na vida do sujeito e de sua família e o papel do CAPS no contexto atual de atendimento em saúde mental se constituiu como imprescindível para a investigação empírica das perspectivas daqueles e dos profissionais de saúde mental acerca do fenômeno psicótico. Tal fundamentação, entrelaçada aos objetivos do presente trabalho, possibilitou a ampliação da compreensão sobre os desafios que permeiam a clínica da psicose na clínica do CAPS e a construção do método desenvolvido na pesquisa de campo, o qual é apresentado no próximo capítulo.

## 5. MÉTODO

A fundação da Psicologia como ciência se pautou nos moldes de controle, previsibilidade e objetividade das ciências exatas para o alcance e a produção de conhecimentos sobre a vida humana. Nos últimos anos, cada vez mais se vêm tecendo críticas a esse modelo, durante muito tempo hegemônico, em especial no campo da clínica. Diante da complexidade com que cotidianamente se depara, a Psicologia Clínica vem desenvolvendo pesquisas com enfoque qualitativo, as quais apontam como é fundamental a investigação do modo como o sujeito participante da pesquisa fala de sua inserção no mundo.

Ao questionar a tentativa de controle das variáveis na investigação dos fenômenos, a metodologia qualitativa de pesquisa em Psicologia Clínica considera a ciência como uma construção da subjetividade humana, dentro de um determinado sistema teórico. Trata-se, portanto, de uma forma de produção de conhecimento que apresenta uma epistemologia específica, “na qual a investigação é construída dentro do fenômeno estudado” (Batista Pinto, 2004, p. 74).

Essa epistemologia parte do princípio de que a própria investigação interfere no objeto a ser investigado, efeito que coloca em questão a neutralidade preconizada pelo modelo de ciência positivista. A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica pressupõe uma ciência de viabilidade, pois não pretende uma verificação direta dos resultados e das conclusões. Visa apontar para um sentido do fenômeno estudado (Batista Pinto, 2004).

O pesquisador é, então, um construtor de informações e os instrumentos que utiliza são indutores da interação. Esses implicam formas de estabelecer certo tipo de relação que pode permitir àquele que investiga estar simultaneamente em diversas posições – cientista, analista, observador, sujeito (Batista Pinto, 2004) – para a formulação de reflexões que falam da capacidade de elaboração teórica do pesquisador num certo momento de sua trajetória acadêmica e clínica, bem como de um determinado contexto.

Nesse sentido, Minayo (2004, p. 95) apontou que, na metodologia qualitativa, “as hipóteses perdem a sua dinâmica formal comprobatória para servir de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica”. A autora indicou que a natureza mais aberta e interativa de um trabalho qualitativo permite que o pesquisador combine o afazer de confirmar ou infirmar hipóteses com as vantagens de uma

abordagem não-estruturada. Colocando interrogações que vão sendo discutidas durante o trabalho empírico, o pesquisador pode repensar o que sabia sobre o campo<sup>8</sup> de acordo com o que ele lhe fala nesse percurso.

Essa consideração é mais do que presente na pesquisa em Psicologia Clínica, onde o objeto não se dá – é construído e reconstruído durante a investigação. Sobre os termos pesquisa e Psicologia Clínica, Guirado (1997, p. 143) apontou que parecem estar “fadados ao desencontro”, em especial quando se emprega a Psicanálise como referencial do estudo. Isso ocorreria devido à inquietante relação entre Psicanálise, ciência e ao que aqui se acrescenta, a Psicologia Clínica. Se, no entanto, conseguimos, segundo essa autora, “escapar das dicotomias irredutíveis e tomamos as interfaces da pesquisa e da clínica como objeto de estudo em si, temos a chance de buscar respostas novas a questões até certo ponto antigas” (p. 144). Dentre as suas contribuições para a Psicologia Clínica, a Psicanálise possibilitou uma via diferente de produção de conhecimento que rompe definitivamente com o positivismo metodológico ao não se inscrever em esquemas de verificação ou falseabilidade, que condicionam a definição de um conhecimento como científico.

Como na pesquisa em Psicologia Clínica, provavelmente mais do que em outras áreas do conhecimento, quem aponta nosso erro é aquele com determinada vivência que se deseja investigar, esse aspecto é o que nos remete à revisão de nossas certezas, até porque a Psicanálise não trabalha com certezas. É preciso interrogar com cautela. Não é possível se produzir conhecimento deixando-se de lado as implicações éticas envolvidas nesse processo. Provavelmente, um dos maiores desafios da pesquisa em Psicologia Clínica consiste em buscar uma consistência do objeto de investigação que possa ser compartilhada entre os profissionais da mesma e de diferentes áreas, ao mesmo tempo em que prioriza o caráter intersubjetivo da relação entre pesquisador e pesquisado.

Sobre o segundo aspecto abordado, esse é o que mais fala da Psicanálise, no que tange à sua premissa de colocar em questão como a relação entre dois sujeitos produz novos e revê antigos conhecimentos sobre o fenômeno investigado. Considera-se que, a partir do interjogo das reconhecidas especificidades de cada área acima citada (Guirado, 1997), é possível construir um diálogo entre a academia e a clínica sobre um certo modo de escuta e de se fazer pesquisa.

---

<sup>8</sup> Campo é entendido por Minayo (2004) como um recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação.

Com essa reflexão, destacam-se a seguir os objetivos que fundamentaram a construção do presente trabalho, conforme indicado na Introdução. Em seguida, são abordados os pressupostos epistemológicos e metodológicos norteadores do delineamento do método, para a posterior caracterização dos participantes, do contexto de realização do estudo, dos instrumentos de investigação e dos procedimentos utilizados. Conclui-se este capítulo com a apresentação do referencial utilizado para a análise do material obtido em campo.

## **5.1 Objetivos**

**Objetivo Geral** – discutir o atendimento ao paciente psicótico no CAPS a partir das perspectivas dele, de sua família e dos profissionais que o atendem num serviço de São Luís (MA).

**Objetivos Específicos** – identificar, nas perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais do CAPS, concepções sobre:

- ✓ O paciente psicótico.
- ✓ A proposta de atendimento do CAPS ao paciente psicótico.
- ✓ A contribuição da família para o atendimento do paciente psicótico no CAPS.

## **5.2 Pressupostos epistemológicos e metodológicos**

Diversas teorias psicológicas têm sido usadas como base na pesquisa qualitativa, sendo a Psicanálise uma das mais fecundas (Batista Pinto, 2004). Dentre suas contribuições para a pesquisa, ela vem fundamentar estudos que visam desvendar a relação entre sujeito, sociedade e suas instituições, bem como as mudanças e os impasses da subjetivação na atualidade. Isso requer a problematização da Psicanálise em extensão ou extramuros – campo iniciado por Freud e por ele denominado de Psicanálise Aplicada. Essa diz respeito à abordagem de questões que envolvem uma prática psicanalítica referente ao sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação de tratamento psicanalítico (Rosa, 2004). Discute uma escuta orientada mais pela ética da Psicanálise do que pela aplicação de categorias teórico-conceituais.

Assim, é Freud quem primeiro lança a questão da possibilidade de uma Psicanálise em extensão. Contudo, é por intermédio de Lacan que ela é trazida a público (Rosa, 2004). Esse tipo de pesquisa faz uma crítica ao modelo científico tradicional que

preconiza o raciocínio linear entre causa e efeito – sustentado em inferências reducionistas dedutivas e indutivas – acerca do modo de produção dos fenômenos subjetivos e intersubjetivos.

Sabe-se que Freud fez uso recorrente da análise de fenômenos coletivos para compreender processos individuais, com a afirmação de que a psicologia individual é, ao mesmo tempo, social. Ao recusar a divisão indivíduo-sociedade, ele demonstrou as modificações psíquicas que a influência das instituições impõem ao sujeito (Rosa, 2004). No texto “Psicologia de grupo e a análise do eu”, Freud (1921/1976) apontou como as operações psíquicas se processam no bojo dos enunciados sociais, construindo lugares que indicam a qualidade de pertencimento e reconhecimento do sujeito como membro da sociedade. Essas são operações que dependem das formas, condições e estratégias oferecidas por seu grupo de convivência. Freud sinalizou, assim, a importância da análise política do modo de atribuição dos lugares sociais (Rosa, 2004).

Já na década de 60 do século passado, Lacan retomou a discussão sobre a relação entre pesquisa e Psicanálise, ao distinguir a segunda como intensão e extensão. A Psicanálise em intensão refere-se à doutrina; em extensão, aborda a prática e o recenseamento do campo freudiano, o qual inclui a articulação da clínica com ciências afins (Rosa, 2004).

A Psicanálise em extensão contribui para a análise da articulação da subjetividade que se constrói segundo o entrelaçamento com determinados grupos sociais. Dessa forma, inúmeros são os modos como se pode desenvolver uma investigação dos fenômenos sociais, contribuindo para a elucidação de sua eficácia no processo de alienação do sujeito e apontando os laços que possibilitam a sua inclusão como sujeito do desejo. Por via da ética e das concepções da Psicanálise, tem-se como premissa a superação do discurso produzido pela consciência. Trata-se de um campo de saber sustentado pela verdade do sujeito, o que não gera certezas ou generalizações, onde se considera que, na investigação, o pesquisador sofre também os efeitos da descoberta (Rosa, 2004).

Em sua crítica ao modelo científico da Psicologia tradicional de causalidade linear, a Psicanálise se pauta, conforme Singer (2002), numa lógica do paradoxo que possibilita investigar as diferenças e contradições no interior de um sistema, cuidando de sua articulação específica. Nessa lógica, “os contrários não se excluem, tampouco são redutíveis um ao outro” (p. 100). Como o desejo humano é pautado pela falta e pela

ambivalência, o paradoxo nunca termina de poder ser dito e revelado, sendo, por sua vez, o saber que lhe corresponde sempre parcial.

Quanto às discussões e impasses dirigidos a esse tipo de pesquisa, aponta-se a dificuldade levantada pelo próprio método, uma vez que a Psicanálise freudiana não propõe um método ao qual todos os casos possam ser submetidos. O método psicanalítico vai do fenômeno ao conceito. Isso implica a construção de uma metapsicologia não isolada, “fruto da escuta psicanalítica, que não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas que integra teoria, prática e pesquisa” (Rosa, 2004, p. 341). O uso de entrevistas e a observação dos fenômenos estão em interação com a teoria, produzindo o objeto da pesquisa, não dado *a priori*, mas construído na e pela transferência.

A transferência se apresenta como instrumento e método não restritos apenas à situação de análise. Rosa (2004) indicou que, se partirmos do princípio de que em outras situações, não estritamente analíticas, o método não se aplica, porque seus fenômenos não resultam da associação livre, estamos considerando que o inconsciente está restrito à prática clínica. Tal concepção despreza o fato de que o inconsciente está presente como determinante nas mais variadas manifestações humanas, culturais e sociais.

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo se caracteriza como uma pesquisa-participante (Bairrão, 2005; Iribarry, 2003). Sobre essa metodologia de investigação, é fundamental pensar acerca da interseção entre pesquisa e intervenção em Psicologia Clínica. O compromisso ético com as demandas que possam se constituir no campo de investigação é fundamental para que o sujeito não se torne um mero informante do estudo. É preciso observar suas indicações quanto ao que, como e até onde se deve investigar, tendo em vista o exíguo tempo de contato com o campo, durante sua investigação, que o pesquisador dispõe.

Assim, ainda que como um estudo qualitativo do tipo participante, leva-se aqui em consideração que pesquisa e intervenção não estão em campos distintos na Psicanálise. No caso da pesquisa de fenômenos sociais e institucionais, como no presente estudo, há a reflexão constante sobre o modo de condução das entrevistas, da interação com os participantes do estudo e dos discursos envolvidos. A reflexão envolve a análise das condições de produção do conhecimento a partir da escuta psicanalítica. Essa escuta é, desde Freud, transgressora em relação aos fundamentos da organização social. Para se efetivar, implica um rompimento do laço que evita o confronto entre o

conhecimento da situação social e o saber do outro como um sujeito desejante. Dessa escuta, não se sai isento: um posicionamento ético e político se torna necessário (Rosa, 2004).

### **5.3 Participantes**

#### **5.3.1 Paciente**

Como o estudo foi realizado numa instituição de saúde mental, os pacientes que nela realizam tratamento tendem a receber um diagnóstico, segundo o código de doenças vigente no Brasil. Desse modo, levou-se em consideração, para a seleção do paciente, no levantamento realizado nos prontuários, casos já diagnosticados em alguma das categorias da seção “Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes” (F20 – F29) da CID-10 (OMS, 1993). Nos prontuários em que não se encontrou nenhuma hipótese diagnóstica, como o dos pacientes recém-chegados no local do estudo, foi definido ainda como critério de inclusão o registro de, pelo menos, um dos seguintes sintomas: delírio, alucinação, discurso desorganizado (p.ex., freqüente descarrilhamento), comportamento incomum (como riso imotivado) ou catatônico e presença de sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia ou abulia).

Nesse levantamento, optou-se somente pelos pacientes que: tiveram, no máximo, três internações em hospital psiquiátrico; estavam em tratamento no regime intensivo; situavam-se na faixa etária entre 18 e 30 anos; residiam com sua família; e, que tivessem concluído pelo menos até a quarta série do Ensino Fundamental. Os critérios de exclusão foram: casos em que houvesse suspeita de comprometimento orgânico (epilepsia, demência, retardo mental, etc.) e/ou quadro psicótico devido ao uso de substância, assim como dificuldades de fala ou audição que não possibilitassem a realização da pesquisa.

No levantamento, foram localizados 103 prontuários, dos quais 46 eram do regime intensivo, 40 do semi-intensivo, 11 do não-intensivo, 03 com registro de abandono do tratamento e 03 de pessoas que compareceram somente na consulta de admissão. Dessas 103 pessoas, 32 apresentaram quadro condizente com a proposta do estudo. Contudo, apenas 04 apresentavam perfil conforme todos os critérios de inclusão estabelecidos. Dos 32 prontuários, 10 eram de pacientes moradores no serviço de residência terapêutica, sendo que 06 apresentaram histórico de abandono familiar<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Quanto aos outros quatro, embora profissionais da equipe tenham feito contato de sensibilização com sua família, optaram por permanecer na residência terapêutica.

Os quatro pacientes selecionados, três mulheres e um homem, ingressaram na instituição no início de outubro de 2006. No entanto, apenas dois permaneceram. O paciente do sexo masculino optou por retornar a sua cidade natal e ser atendido em CAPS lá existente; outra paciente foi afastada da instituição pela família, por essa considerar ser seu “problema” de ordem “espiritual” e por insatisfação com as condições de infra-estrutura do local. Foi feito, portanto, contato com as duas pacientes restantes, com as quais foram realizadas entrevistas individuais. Como houve dúvida quanto ao diagnóstico de uma delas, optou-se somente pela paciente Elisa, cuja história de vida, familiar e de inserção no CAPS se denominou como caso-condutor do estudo.

Elisa<sup>10</sup> tem 29 anos, é solteira e natural de São Luís. Tem um filho de nove anos. Completou o Ensino Médio. Iniciou cursos de Magistério e de auxiliar de Enfermagem, mas não os concluiu. É da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Trabalhou durante dois breves momentos (aproximadamente um mês em cada um), como professora e como cuidadora de um idoso. Quando ingressou no local do estudo, estava desempregada.

### 5.3.2 Familiares

Como critério de inclusão para a composição desse grupo de participantes, foram entrevistados somente os familiares adultos que residem com Elisa. Assim, embora tenha cinco irmãos, participaram do estudo apenas os dois que moram junto com ela, bem como seus pais. O filho de Elisa não foi entrevistado. O pai, Joaquim, tem 52 anos e, a mãe, Benedita, 54. Os irmãos Jaime e Carla têm, respectivamente, 23 e 27 anos. Jaime voltou a residir com seus pais e irmãs após separação conjugal.

Benedita e os filhos concluíram o Ensino Médio. Joaquim, na época de realização da pesquisa de campo, estudava à noite para concluir a educação básica. Os quatro são da Igreja Adventista. No que tange ao nível socioeconômico, é uma família de baixa renda. Somente Carla não exerce atividade remunerada. Realiza curso técnico.

### 5.3.3 Profissionais

Dentre os profissionais que trabalham no local do estudo, foram selecionados para a entrevista somente os que acompanham Elisa diretamente, conforme verificado em seu prontuário, e que fazem, portanto, o registro nesse do andamento de seu caso. Foram entrevistados: um médico-psiquiatra; uma psicóloga; uma terapeuta ocupacional; uma assistente social; uma enfermeira; e uma técnica de

---

<sup>10</sup> Ressalta-se que todos os nomes utilizados neste trabalho para a identificação dos participantes são fictícios.

enfermagem. Elisa foi inicialmente acompanhada ainda por uma pedagoga e um fisioterapeuta. Como a primeira solicitou transferência poucos dias após o ingresso de Elisa na instituição, decidiu-se por sua não inserção no presente grupo. O fisioterapeuta esteve ausente da instituição durante a maior parte do tempo de realização da pesquisa empírica, por motivos pessoais.

O psiquiatra tem 62 anos. Exerce sua profissão há quase 30 anos. A técnica de Enfermagem tem 36 anos. Atua na área de Enfermagem há cerca de oito anos. Em relação às outras quatro profissionais, a mais jovem é a enfermeira, com 21 anos. A assistente social e a psicóloga têm 26 e, a terapeuta ocupacional, 25 anos. As quatro profissionais concluíram seus cursos de graduação há dois anos, em média.

O tempo de atuação no CAPS dos seis técnicos, no momento da entrevista, foi de quatro meses à aproximadamente dois anos. O psiquiatra atende à tarde três vezes por semana. Quanto às demais profissionais, algumas trabalham no turno matutino e, outras, no vespertino.

#### **5.4 Local do estudo**

Inicialmente, cogitou-se a possibilidade de execução do estudo no serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico Estadual Nina Rodrigues. Contudo, como se verificou uma escassez de informação nos prontuários, no que diz respeito a endereço e telefone das pessoas atendidas, o que dificultaria o contato posterior, bem como de dados sobre características do quadro que motivou a internação, optou-se por realizar a pesquisa no CAPS vinculado à Prefeitura de São Luís. Considerou-se que, nesse local, haveria menor chance de carência de tais informações, tendo em vista o maior tempo que o paciente passa na instituição.

O CAPS II Municipal atende, atualmente, além da população do distrito em que está inserido, que possui aproximadamente 120.000 (cento e vinte mil) habitantes, os demais distritos da cidade e mesmo pessoas provenientes de municípios próximos, em razão da escassez de serviços e de profissionais especializados nesses locais. O Centro de Atenção municipal foi fundado em junho de 2004. Na época, os profissionais que formaram seu quadro técnico foram recrutados pela SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde). Toda a equipe passou por treinamento. Decorridos mais de dois anos, houve saída e substituição de alguns membros. Em 2005, o CAPS Municipal foi reinaugurado em outro local, uma residência de dois andares, que foi adaptada. No primeiro andar, concentra-se a maioria dos serviços de atendimento da instituição. No segundo,

encontram-se as salas da coordenação, de Psicologia e de Psicopedagogia, sendo que o acesso dos pacientes a esse andar tende a ocorrer quando há atividade em alguma das duas últimas salas.

No local do estudo, diariamente se observa uma frequência média de 60 a 70 pessoas. Seu horário de funcionamento é das oito às dezessete horas, de segunda a sexta-feira. A equipe é composta por 47 membros, divididos nos turnos matutino e vespertino, a saber: um diretor-clínico (médico com especialidade em saúde mental, que realiza atividades administrativas e consultas); um coordenador-técnico (um psicólogo que foi remanejado para essa função); um administrador; seis psicólogos; cinco terapeutas ocupacionais; cinco enfermeiras; quatro assistentes sociais; dois médicos-psiquiatras; dois fisioterapeutas; uma pedagoga; uma farmacêutica; uma secretária; uma artesã; sete técnicos de enfermagem; duas recepcionistas; cinco “auxiliares operacionais de serviços diversos”; e, um motorista.

A divisão dos pacientes entre os profissionais de nível superior de mesma categoria e entre os técnicos de enfermagem ocorre segundo acordo por eles estabelecido ou conforme determinação do corpo administrativo, como no caso dos médicos. Essa divisão foi realizada da seguinte forma:

Assistente social – as profissionais da manhã se revezam no atendimento dos pacientes dos regimes semi e não-intensivo. As assistentes sociais da tarde ficam com os usuários do intensivo.

Enfermeiro(a) – quatro profissionais distribuem entre si os pacientes de acordo com o regime, intensivo ou semi-intensivo, e sexo. Somente uma profissional acompanha os pacientes do não-intensivo.

Fisioterapeuta – os profissionais dividem entre si os pacientes de forma a que cada um fique com uma quantidade equivalente.

Médico(a) – enquanto uma psiquiatra acompanha as mulheres do regime intensivo, outro profissional<sup>11</sup> é responsável pelo atendimento dos homens. Ao médico especialista em saúde mental, cabe o acompanhamento dos pacientes do semi e do não-intensivo.

Pedagoga – seu registro no prontuário do paciente ocorre somente nos casos em que faz acompanhamento psicopedagógico.

---

<sup>11</sup> Algumas vezes, em razão de demandas internas, a divisão por sexo dos pacientes entre os psiquiatras não é adotada. O paciente pode ser encaminhado para o médico que tenha mais disponibilidade no momento, como ocorreu com Elisa.

Psicólogo(a) – cada profissional acompanha, em média, vinte pacientes. Quando há um novo caso, ele é encaminhado ao psicólogo que estiver com menos pessoas no momento.

Técnico de enfermagem – o encaminhamento do paciente a um dos técnicos é determinado pelas enfermeiras.

Terapeuta ocupacional – o processo de encaminhamento do paciente a esse profissional segue praticamente o mesmo percurso dos psicólogos.

Ressalta-se que essa divisão não impede que o paciente solicite ser atendido por outro profissional se assim o desejar<sup>12</sup>, nem que o corpo técnico o remaneje para outro médico em razão de licença do anterior ou de outras situações que indiquem tal necessidade.

O ingresso no CAPS II pode ser feito através de encaminhamento ou por demanda espontânea. Nas duas situações, não é raro que a pessoa já tenha alguma indicação diagnóstica. Como não há CAPSad em São Luís, a maior parte da clientela da instituição tende a ser composta por pacientes com “transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas”. Em segundo lugar, aparece o grupo de pessoas com diagnóstico em alguma das classificações da categoria “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes”. Esse grupo é sucedido, por sua vez, pelo de “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”. Tende a ser freqüente, ainda, a presença de pacientes com transtornos “do humor” e de “personalidade e de comportamento em adultos”. Em menor porcentagem, encontram-se casos de pessoas com diagnóstico de retardo mental ou de epilepsia, sendo alguns em comorbidade com outra classificação nosológica.

Ao ingressar no CAPS, o indivíduo passa por consulta de admissão, comumente feita por médico e, em seguida, pela assistente social. Pode ser realizada também por outro profissional que esteja disponível no momento. Para o ingresso do paciente na instituição, exige-se a presença de um acompanhante<sup>13</sup> – que, em geral, vem a ser um familiar – que o leve e o busque nos horários de entrada e saída, bem como que participe das reuniões que se façam necessárias. Na consulta de admissão, além da escuta da queixa clínica, são fornecidas orientações sobre o funcionamento institucional.

---

<sup>12</sup> Essa solicitação tende a ocorrer mais em relação aos médicos e psicólogos.

<sup>13</sup> Pode-se abrir uma exceção quando se verifica que o paciente não tem ninguém que exerça esse papel.

Após esse momento inicial, o paciente já começa a frequentar o CAPS no mesmo dia ou no próximo. Quando chega, passa por uma revista na entrada<sup>14</sup>. Em seguida, há entrega de medicamento, que é repetida à tarde. Em alguns casos, o paciente recebe medicação para uso noturno. Quinzenalmente, é reavaliado pelo médico. Se necessário, a consulta pode ocorrer em intervalo menor.

Pela manhã, em geral, ocorrem duas oficinas – antes e depois do horário do lanche – assim como no turno vespertino. Periodicamente, há passeios a pontos turísticos da cidade e festas na instituição, especialmente em datas comemorativas.

A coordenação das oficinas se dá segundo cronograma elaborado pela equipe, no qual são estabelecidos datas, temas e o profissional responsável. Cada membro da equipe coordena semanalmente, em média, duas oficinas. Alguns profissionais são responsáveis, ainda, pela coordenação de grupos específicos para pacientes com depressão e dependentes de substâncias. Também são desenvolvidos, na instituição, grupos de redução do tabagismo para pessoas da comunidade que tenham interesse, bem como palestras em escolas da rede pública sobre prevenção ao uso de drogas.

A transição de um regime de atendimento a outro acontece a partir de avaliação realizada pela equipe. É feita uma lista dos pacientes que se considera já terem condições de passar para o semi-intensivo ou o não-intensivo. Devido à dificuldade de junção de todos os profissionais da equipe para tal fim, a avaliação em geral é feita por aqueles que trabalham no mesmo turno e estão disponíveis no momento da reunião. Como forma de contornar a dificuldade citada, definiu-se que todos os profissionais devem escrever seu parecer na lista das pessoas selecionadas para a mudança de regime. Caso algum dos membros da equipe demonstre discordância a que essa transição seja feita por determinado paciente, deve registrar seus argumentos em contrário.

Quando o paciente chega ao regime não-intensivo, inicia-se a etapa de sensibilização em relação ao momento da alta, através de reuniões semanais realizadas por psicóloga, assistente social e enfermeira. Em paralelo, é feito contato com a rede de atenção básica para que o paciente continue recebendo a medicação em postos de saúde após sua saída do CAPS. Quando aquele passa para a atenção básica, profissionais da

---

<sup>14</sup> A inspeção dos pertences foi definida após situações de ameaça aos profissionais por pacientes e de agressões desses entre si. Foi também estabelecida para que não haja entrada de cigarros ou de outras drogas na instituição. Considerou-se, ainda, a revista necessária, em razão da constatação de que alguns pacientes estavam guardando em seus pertences o medicamento que lhes era entregue, sem utilizá-los.

instituição (assistente social, médico, psicólogo e farmacêutica) vão quinzenalmente aos postos de saúde para acompanhamento do caso e prestação de assessoria à equipe.

## **5.5 Instrumentos**

Para a realização da pesquisa de campo, foram utilizados roteiros de entrevista e diário de campo. Segundo Minayo (2004), enquanto a entrevista faz parte da relação mais formal do trabalho de campo em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da fala dos participantes, o diário de campo, por meio da observação participante, permite o registro dos momentos informais de contato com o grupo investigado. Portanto, ambos os instrumentos se constituem como complementares no processo de investigação dos fenômenos individuais e coletivos. À análise das entrevistas, soma-se a reflexão sobre as relações que se dão no cotidiano, as quais “são significantes, mesmo sem intenção de significar” (p. 111). Esse caráter complementar contribui ainda para que, na medida em que convive com o grupo, o pesquisador possa retirar de seu roteiro questões que identifica como irrelevantes, acrescentando outras, e que consiga compreender aspectos que a ele se explicitam aos poucos.

Visando um melhor esclarecimento dessas duas estratégias de investigação, são apresentadas a seguir suas principais características.

### **5.5.1 Roteiro de entrevista**

Segundo Minayo (2004), trata-se de um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”, devendo ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Dele constam itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, no sentido de se encaminharem para lhe dar forma e conteúdo.

Foram desenvolvidos roteiros de entrevista específicos para o paciente, sua família e profissionais do CAPS. Para tanto, utilizou-se modelo semi-estruturado, por permitir maior flexibilidade na formulação das questões e pela possibilidade de obtenção da informação investigada de modo sistematizado (Iribarry, 2003). Todos os três roteiros foram elaborados a partir da literatura específica, de sugestões de profissionais da área de saúde mental e/ou acadêmica, assim como da experiência clínica da pesquisadora.

#### 5.5.1.1 Roteiro de entrevista com o paciente

Na entrevista realizada junto à paciente, buscou-se conhecer sua história de vida, de forma a se analisar o que propiciou sua ida ao CAPS. Para tanto, no roteiro, há questões sobre sintomas apresentados ao longo de seu desenvolvimento, a queixa que contribuiu para o ingresso no local do estudo e seu modo de compreensão de tudo isso.

Foram também formuladas perguntas referentes à sua dinâmica familiar. Buscou-se investigar como a paciente retrata a história de sua inserção nela e as relações que atualmente estabelece com seus familiares, segundo o tipo de parentesco e de proximidade. Por fim, há questões sobre a percepção ou não de mudanças em si que associa à sua permanência no CAPS e aos serviços nele oferecidos.

Ressalta-se que todos os pontos acima citados demandaram a realização de diversos encontros individuais com a paciente ao longo da pesquisa de campo. Foram realizados cerca de vinte encontros. Ponderou-se que, diante da extensão do roteiro, da necessidade de desenvolvimento de uma relação de confiança com a participante e do fato de seu discurso se encontrar, ao ingressar no CAPS, significativamente descarrilhado, as questões deveriam ser feitas de modo gradativo, para se propiciar um espaço de reflexão conjunta sobre implicações que o repensar de sua trajetória de vida viesse a lhe trazer e para se poder fazer a reconstituição dessa.

#### 5.5.1.2 Roteiro de entrevista com os familiares

O roteiro de entrevistas com os parentes de Elisa foi igualmente desenvolvido na tentativa de reconstituição do fenômeno psicótico na história de vida familiar e de compreensão de suas implicações na relação entre os membros. Procurou-se também investigar o itinerário terapêutico percorrido pela família até o ingresso no CAPS. Além disso, são propostas questões referentes a cuidados com a paciente que a família considera necessários e o modo de relação antes e após o reconhecimento do fenômeno psicótico. Nessa parte, o roteiro se baseou no modelo desenvolvido por Falcão (2006), em seu estudo sobre filhas cuidadoras de pessoas portadoras de Alzheimer.

Há questões sobre mudanças percebidas na paciente após seu ingresso e permanência no CAPS. Questionam-se, ainda, concepções sobre a instituição na perspectiva dos familiares, bem como sobre sua relação com profissionais da equipe.

Optou-se pela realização de entrevista individual com cada membro da família selecionado, por se considerar importante haver um momento específico para a escuta de sua relação com Elisa, de modo a que não se sentisse constrangido em falar de

conflitos na interação com ela e/ou com outros familiares. Foi analisado ainda que, como há muitos temas na dinâmica familiar que tendem a ser silenciados, a entrevista individual também poderia proporcionar, caso fosse necessário, um momento de acolhimento e de apoio.

#### 5.5.1.3 Roteiro de entrevista com os profissionais

Neste roteiro, investiga-se o que os profissionais têm a dizer sobre a relação CAPS e psicose. Sobre o primeiro, há questões relativas ao seu modo de ingresso na instituição, bem como à caracterização da proposta de atendimento dessa, em especial no que tange aos pacientes psicóticos.

Há questões sobre como os profissionais definem a psicose. A partir disso, são propostas questões referentes aos critérios que consideram necessários para a elaboração do diagnóstico e fatores que associam à ocorrência de uma crise psicótica. Busca-se investigar o modo como os profissionais caracterizam a relação entre o CAPS e a família. Por fim, são questionadas suas impressões sobre Elisa, o histórico de sua relação com ela desde seu ingresso no Centro de Atenção e com sua família, assim como sobre o desenrolar de seu quadro.

#### 5.5.2 Diário de campo

Na realização da observação participante, Bairrão (2005, 443) indicou que a Psicanálise proporciona “meios para, mais do que atribuir significados, resgatar nas coisas da realidade cultural a sua dimensão enunciativa, situando, interpelando e responsabilizando sujeitos sociais”, ao possibilitar que esses ouçam suas próprias falas. O método de observação participante implica, assim, uma participação observante, no caso, uma escuta participante. Dada a estrutura dialógica do fenômeno em estudo no presente trabalho, a participação se revela um instrumento de refinamento da escuta, a partir do cuidado que sinaliza da necessidade de se ter atenção a todos os modos através dos quais ele é contado.

A Psicanálise, ao preconizar uma escuta participante, torna-se mais do que um poderoso instrumento hermenêutico. Torna-se um instrumento heurístico, empiricamente posto, ao serviço do resgate de vozes coletivas (Bairrão, 2005).

Nessa perspectiva, a observação participante foi utilizada para a descrição, em diário de campo, das atividades acompanhadas pela pesquisadora ou narradas pelos pacientes, familiares e profissionais. A observação é entendida como o momento que enfatiza as relações informais do pesquisador no campo. No entanto, essa informalidade

aparente é igualmente revestida de cuidados éticos, teóricos e práticos (Minayo, 2004), para que, a partir da afinidade que se estabelece entre pesquisador e participantes, esses o considerem como um a mais no cotidiano da instituição, mesmo com o reconhecimento de ser sua proposta ali diferenciada. A partir disso, é possível, inclusive, que o pesquisador seja percebido como um membro do grupo a quem também se compartilha confidências.

Com a observação participante, o diário de campo se torna a redação da história da pesquisa, o que favorece o processo progressivo de compreensão do objeto pelo pesquisador (Minayo, 2004). Durante todo o período de realização da pesquisa de campo, fizeram-se relatos das atividades cotidianas ocorridas na instituição e do modo de interação intra e inter grupos de pacientes, familiares e equipe. Destaca-se que apesar de a observação livre ter se concentrado no CAPS, foram igualmente registradas visitas domiciliares, a um serviço de residência terapêutica e um jogo de futebol de quadra entre os pacientes.

Minayo (2004, p. 100) indicou que, no diário de campo, devem constar todas as informações “que não sejam o registro das entrevistas formais”. Todavia, nos encontros destinados à realização das entrevistas, considerou-se necessário o registro de impressões surgidas durante a contextualização da proposta do estudo, a apresentação e leitura do termo de consentimento e a gravação do diálogo. Nesses momentos, comentários dos participantes sobre a pesquisa, relações entre os três grupos de participantes e sobre a pesquisadora se constituíram como mais um rico dado a ser pensado durante a etapa de análise do material.

O diário foi adotado por se considerar que, uma vez inserido no campo de investigação como a instituição em questão, o pesquisador precisa de um instrumento que o ajude a delimitar os aspectos que irá registrar. Com isso, torna-se um diário clínico que permite ao pesquisador deixar fluir associações significantes formando uma trama, um tecido textual, em que sua experiência e a dos participantes do estudo ficam registradas. Esse é um registro que possibilita a estruturação e a análise do entrelaçamento de fenômenos histórico-culturais, político-ideológicos, institucionais e interpessoais presentes no tratamento dirigido aos pacientes no CAPS e a Elisa, em especial (Iribarry, 2003).

O diário de campo é dividido em quatro seções (Carvalho, 2007). A “caracterização do espaço físico” se refere às condições do local onde se deu a ação descrita. A seção seguinte, “ambiente social”, é dividida em duas partes. Numa,

fornece-se uma contextualização sucinta das atividades observadas; na outra, há a descrição, o mais fidedigna possível, das interações e acontecimentos ocorridos na data em questão. As duas últimas seções, “idéias analíticas e inferências” e “impressões e sentimentos”, referem-se ao registro de questionamentos, reflexões e incômodos decorrentes da observação.

### **5.6 Período de realização da pesquisa**

A realização das entrevistas e dos registros no diário de campo ocorreu entre os meses de setembro de 2006 e fevereiro de 2007. Após esse período, contudo, foram necessárias novas idas ao local do estudo, oportunidades essas que enriqueceram as informações anteriormente coletadas, em razão de questões que serão explicitadas nos capítulos referentes à análise do material.

### **5.7 Procedimentos**

Para a entrada no campo de estudo, a pesquisadora, tendo já contato prévio com o corpo administrativo e técnico do CAPS em eventos de saúde mental em São Luís, agendou encontro com a direção da instituição para a apresentação do projeto de pesquisa. Com a anuência, esse foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra. Após a aprovação (Parecer Nº 181/05), foi necessário ainda submetê-lo à Superintendência de Educação em Saúde – setor vinculado à SEMUS da Prefeitura de São Luís – conforme solicitação da direção do CAPS. Com mais essa aprovação, pôde-se, então, dar início à pesquisa.

Nas primeiras semanas, ocorreu a apresentação do projeto aos profissionais durante reunião que fazem mensalmente. Foi um momento importante, não só para a contextualização dos objetivos da pesquisa, mas também para a consolidação do *rapport* com a equipe.

No mesmo período, foi realizado o levantamento dos prontuários, nos quais se observou haver apenas uma seção destinada ao registro da hipótese diagnóstica, que tende a ser feito no momento do ingresso do paciente na instituição. No local de realização do estudo, esse registro cabe ao médico-psiquiatra. Assim, na ausência de tal informação, era feito contato com esse profissional. Houve casos ainda em que, mesmo diante de tal menção no prontuário, considerou-se necessário investigar junto a outros agentes da equipe a confirmação da hipótese diagnóstica inicial de acordo com a sua avaliação posterior do andamento do caso.

Com a seleção do caso citado na seção referente à caracterização do paciente, fez-se contato com Elisa e com seus pais, a fim de se solicitar sua participação no estudo. Após a anuência, realizou-se encontro individual com a paciente, no qual foram expostos objetivos e etapas da pesquisa, bem como feita a leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informou-se que os encontros seriam gravados e, posteriormente, transcritos. Tendo em vista a especificidade do trabalho realizado no local do estudo, indicou-se igualmente que os dados obtidos seriam discutidos com a equipe responsável, conforme a necessidade observada.

Após quase dois meses do desenvolvimento da entrevista com Elisa, agendou-se por telefone encontro individual com cada membro que com ela reside para a aplicação desse instrumento junto à sua família. Na mesma época, foram acertados, na própria instituição, os encontros com os profissionais, conforme sua disponibilidade de horário. A leitura do termo de consentimento foi realizada de forma conjunta de acordo com a preferência dos familiares e dos profissionais.

Tanto nas entrevistas com os familiares quanto com os profissionais, foi comum a necessidade de um segundo encontro para a conclusão das perguntas do roteiro, assim como para se tirar dúvidas ou formular outras questões que surgiram após a escuta da gravação do primeiro momento. Em razão disso, entre o primeiro e o segundo contato ocorreu, por vezes, um intervalo superior a um mês. Com a conclusão da pesquisa de campo propriamente dita, participou-se novamente da reunião mensal da equipe para se reiterarem os agradecimentos pela realização do estudo na instituição.

Após a conclusão das entrevistas com a paciente, sua família e os profissionais, as gravações foram transcritas e analisadas segundo o referencial descrito na seção seguinte. Destaca-se que o material transcrito e o diário de campo serão arquivados no “Laboratório de Psicopatologia e Linguagem” do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para fins de pesquisa.

### **5.8 Referencial de análise do material**

Sobre a etapa de análise do material coletado, Minayo (2004) apontou que são muitas as dificuldades e divergências entre os autores, pois não existe concordância nem quanto a pressupostos teóricos, nem quanto a métodos e técnicas a serem empregados. Essa é uma dificuldade que se acentua, em especial, em referenciais de apreciação do material obtido em campo que não apresentam etapas definidas para a categorização e discussão das informações, como a Análise do Discurso francesa.

Contudo, isso não desmerece sua importância; pelo contrário. Pode-se dizer que a Análise do Discurso consiste numa via de pensamento para a apreciação do material, a partir do entrelaçamento dos objetivos e das informações obtidas com o estilo do pesquisador.

A análise do discurso, fundada por Michel Pêcheux, nasceu da convergência do Marxismo, da Psicanálise e da Linguística, sob a égide do Estruturalismo. Tem como seu principal expoente atual Dominique Maingueneau. Pelo viés do materialismo histórico, a Análise do Discurso aborda as ideologias presentes nas relações concretas entre as pessoas, conforme suas condições socioeconômicas e o devir histórico, e, pelo recurso à Psicanálise, a evidência incontornável do inconsciente (Rocha & Deusdará, 2005).

Pêcheux desenvolveu a idéia de uma descentralização do sujeito. Houve, assim, um afastamento da noção de um sujeito que poderia fazer escolhas, como se ele possuísse um completo controle sobre o ato de enunciação. Na Análise do Discurso, o que interessa é a descrição das vozes que ressoam, atravessam e abalam a ilusão de uma unidade que se apresenta nos enunciados, denunciando as falácias de uma ótica que priorize o ideal cartesiano de um sujeito da razão (Rocha & Deusdará, 2005).

Essa noção de descentramento foi, para alguns, entendida como uma negação do sujeito diante da linguagem. No presente trabalho, ao contrário dessa perspectiva, concorda-se com Lacan, cuja obra influenciou o desenvolvimento da Análise do Discurso, que não se trata de negação, mas de dependência, quer porque o sujeito esteja dentro de um discurso, quer pelo esforço de se inserir em um, como na psicose. Por essa via, é que é realizada aqui a aproximação com a Análise do Discurso, ao se considerar, por exemplo, que a “instância de subjetividade enunciativa possui duas faces: por um lado, ela constitui o sujeito em sujeito do seu discurso, por outro lado, ela o assujeita. Se ela submete o enunciador a suas regras, ela igualmente o legitima, atribuindo-lhe a autoridade vinculada institucionalmente a esse lugar” (Maingueneau, 1997, p. 33).

Nesse referencial, o discurso, bem menos do que um ponto de vista, é uma organização de restrições que regulam uma atividade específica. Assim como num discurso não é tanto a palavra que importa, mas a maneira como é explorada, um ponto em debate não pode ser dissociado do modo como esse debate é tecido. Isso preconiza o primado do interdiscurso sobre o discurso, em que a relação com o Outro é o fundamento de toda discursividade e da própria constituição dos sujeitos falantes. A

enunciação é um dispositivo constitutivo da construção do sentido e dos sujeitos que aí se reconhecem. Como um discurso nasce a partir de um trabalho sobre outros discursos, o sentido produzido não é algo estável, como se fosse pautado em posições absolutas. Constrói-se de acordo com as posições enunciativas (Maingueneau, 1997).

A Análise do Discurso recusa a concepção de linguagem como um simples suporte para a transmissão de informações. Considera-a como “o que permite construir e modificar as relações entre os interlocutores, seus enunciados e seus referentes” (Maingueneau, 1997, p. 20). A linguagem é considerada como uma forma de ação, em que cada ato de fala (permitir, prometer, afirmar, interrogar, etc.) é inseparável de uma instituição, aquela que esse ato pressupõe pelo simples ato de ser realizado. Para a Análise do Discurso, a instituição não se limita a um organograma estático. É um complexo que inclui modos de relação entre os sujeitos. Nesse sentido, interessa-se pela análise do caráter institucional da atividade discursiva de textos produzidos, por exemplo, no quadro de instituições que restringem fortemente a enunciação, cristalizando conflitos históricos, sociais, dentre outros.

Ao considerar que, através do discurso, cada sujeito atribui um lugar a si e ao outro, a Análise do Discurso formula as instâncias de enunciação em termos de lugares, visando o debate acerca da preexistente topografia social sobre os falantes que aí vêm se inscrever. Seu propósito, assim, não é apreender uma formação discursiva, mas sua interação com outras. Como um mesmo discurso se encontra geralmente na interseção de múltiplos gêneros do discurso, cabe ao pesquisador definir, em função de seus objetivos, os recortes que lhe parecem pertinentes (Maingueneau, 1997).

Pautado nesse referencial, após a realização de intensa leitura das transcrições das entrevistas e dos relatos presentes no diário de campo, as informações foram categorizadas e analisadas de acordo com os objetivos definidos e os pressupostos epistemológicos do presente trabalho. Como já indicado no tópico referente à contextualização dos instrumentos utilizados, considera-se que as entrevistas e o diário de campo são estratégias complementares de investigação. Desse modo, e tendo em vista o caráter processual da pesquisa de campo realizada, as informações foram analisadas a partir do constante confronto da literatura com os temas recorrentes e significativos presentes nos textos (transcritos e decorrentes dos registros feitos no diário), bem como a partir da experiência clínica da pesquisadora. Destaca-se ainda que a análise realizada não se restringe aos aspectos descritivos da forma assumida pelo objeto investigado. Pressupõe a ênfase na singularidade do modo como os participantes

o entendem e das relações que desenvolvem entre si, de forma a se discutir as versões apresentadas pelos participantes do estudo sobre Elisa, sua família e o CAPS.

Nos Capítulos 7, 8 e 9, referentes à apresentação dos resultados e discussão dos dados, procede-se à análise das entrevistas individuais realizadas, respectivamente, com Elisa, seus familiares e profissionais do CAPS. Nos três, os tópicos foram organizados de acordo com os temas que se tornaram mais relevantes na fala dos participantes. Em alguns dos tópicos, há uma correspondência mais visível com os objetivos específicos do estudo; todos, porém, trazem questões imprescindíveis para a elaboração da discussão a que este trabalho se propôs.

No Capítulo 10, além das entrevistas, são enfocados os dados oriundos da observação participante para o debate sobre o modo de funcionamento da instituição investigada e as relações nela presentes. Apesar desta divisão dos capítulos, cabe ressaltar que formam uma unidade, a qual foi tecida ao longo das idas ao Centro de Atenção.

## **6. ELISA: UM CASO DE AFETO**

No processo de construção do presente capítulo, considerou-se necessária inicialmente uma contextualização da história de Elisa – da infância até o seu momento atual de vida – para a discussão de seu ingresso na instituição CAPS. São descritos os eventos ocorridos na ordem o mais cronológica possível, tendo em vista a dificuldade por ela apontada, às vezes, de lembrar como e quando ocorreram, bem como a forma de temporalidade que estabelece. Nos tópicos seguintes, aborda-se o modo como Elisa fala sobre sua família, o CAPS e a tentativa de inserção no laço social através do delírio que constrói. Em todo esse percurso, buscou-se discutir as formas de subjetivação que ela desenvolve a partir dessas três dimensões.

### **6.1 A história de Elisa antes de seu ingresso no CAPS**

Ao se solicitar que comentasse sobre os possíveis eventos que contribuíram para o seu ingresso na instituição, Elisa contou que:

Minha mãe era médium e ela engravidou de mim. Com três dias de nascida, eu tive desmaios, me levaram pros médicos. Os médicos não sabiam o que era que eu tinha, até que meu pai me levou pr'um centro espírita com a minha mãe. Freqüentei casa de umbanda, fiz trabalho, trabalhos no meu corpo. Meu pai gastou assim mais de mil, mil cruzeiro na época. E esse ano ele gastou mais de mil reais pra mim ficar boa. Então, antes d'eu ser adventista, eu... Eu, eu recebia reencarnação de espíritos.

Posteriormente, foi possível analisar como Elisa condensou sua história na fala “minha mãe era médium”. Benedita, sua mãe, também teria participado da umbanda, mas se afastou. Como não mais “manifestava os espíritos”, esses passaram para a filha. Contudo, essa parecia ser uma herança negada, pois Elisa dizia que sua mãe não gostava dela por ter se envolvido com a umbanda.

Acrescentou que, após o desmaio no primeiro mês de nascida, seus pais a levaram a um hospital, mas nada foi diagnosticado. Elisa associa esse desmaio ao fato de aos doze anos apresentar medo de “ficar trancada sozinha” e vir alguém para a “matar”, assim como “alucinação”. Na época, como “manifestava os espíritos”, mas “tomava remédio de médico e não ficava curada”, seus pais a levaram para a casa de umbanda acima citada, na qual permaneceu aproximadamente até os vinte anos. Ficou sob os cuidados do pai-de-santo proprietário da casa. Ele teria lhe dito que:

não tinha jeito pra mim, que ele não podia fazer nada. Então, eu tive que ir pra casa desse senhor, (...) que ele já faleceu, que é o pai do meu filho. Então, ele me tratava muito bem, me tratava como esposa dele, me dava carinho, me dava as coisas. Não me dava muito, mas me dava.

Num local onde foi levada para a realização de tratamento espiritual, gradativamente passou a ser tratada como esposa. Ainda que o tipo de relacionamento entre ela e o pai-de-santo tenha se modificado, não comparece no discurso de Elisa um estranhamento a essa mudança, o que parece estar relacionado em sua compreensão ao fato dele tê-la tratado com um carinho e um cuidado que pareciam / parecem faltar em sua própria casa.

O “não ter jeito” citado por Elisa se refere ao fato de o pai-de-santo ter-lhe dito que era médium. Diante dessa condição diferenciada, só o tratamento espiritual não seria suficiente. Seria necessário que fizesse a “preparação” para ser “mãe-de-santo”, o que lhe permitiria poder receber as divindades em momentos específicos dentro do culto, de forma a ter sobre elas algum controle. Conforme informação fornecida por uma antropóloga da cidade de São Luís, essa preparação leva muitos anos, às vezes, vinte anos, o que não foi o caso de Elisa. É necessário primeiro se tornar filho-de-santo para depois alcançar aquele *status*.

Dentre os encantados<sup>15</sup> que recebia, o da “Menina da Ponta D’Areia” foi o mais citado. Trata-se de uma entidade feminina infantil que, segundo Elisa, não tem uma idade certa, pois é menina e mulher, ao mesmo tempo. Durante a relação em que engravidou, aos 19 anos, disse que estava com esse encantado, assim como o parceiro estava com outro.

Embora tenha o “encantado” da Menina da Ponta D’Areia um sentido dentro do movimento que participou, cabe questionar a vivência de sua sexualidade na adolescência, momento em que dúvidas tendem a ser freqüentes no jovem acerca da perda do corpo infantil e do lugar que passa a ocupar no mundo e para o outro. Como apontou Saggese (2001, p. 101), a “adolescência é para a mulher um momento decisivo, durante o qual deve dar conta do que é o feminino”. Assim, ao mesmo tempo em que Elisa vivencia a experiência de receber um encantado que é menina e mulher, tem que lidar com seus próprios desafios face ao processo de transição da vida infantil para a adulta e, a partir disso, do que é ser mulher.

<sup>15</sup> Segundo o antropólogo Ferretti (1996), pesquisador de religiões afro-brasileiras em São Luís, esse termo é usado no Maranhão como sinônimo de divindade, caboclo ou invisível.

A própria relação com o pai-de-santo é também algo a ser pensado, tendo em vista que, embora a família-de-santo não se constitua a partir de laços de consangüinidade ou de matrimônio (Ferretti, 1996), era como filha que ela se dirigia a ele. Relata que seus pais ficaram “magoados” após terem conhecimento de que a confiança naquele investida não foi respeitada.

Ao descrever a preparação para “ser mãe-de-santo”, fala do momento em que exercia um controle sobre a experiência (os espíritos) que nela tinha se “materializado”. Essa experiência não é entendida como algo estranho. É retratada como algo da ordem do compreensível, por não ser sentida como uma invasão, sem nenhuma relação com o sujeito que a vivencia. É aceita e justificada pelo grupo em que está inserido. Ainda que haja a percepção de perda de espaço no próprio corpo, trata-se de uma experiência que é consentida.

Além da relação com o pai-de-santo, Elisa teve vários namoros. Ao comparar as relações que teve, comentou: “Eu só me metia em encrenca”. Disse isso em razão de envolvimento com homens casados ou que já tinham namorada. Enquanto falava sobre as relações afetivas que teve, relatou ter sofrido um “estupro” durante uma festa de formatura. Quando solicitada para que falasse sobre essa situação, colocou:

Foi difícil, foi chata, foi difícil. Foi chata. Eu tava com o vestido todo... Nesse tempo, eu dançava mina<sup>16</sup>. Eu tava com um vestido todo lindo, todo de seda, todo de organza, vestido de organza, parecido vestido de noiva que eu tava vestida. Mas eu tô feliz, Isa, não me interroga mais não. Eu tô feliz.

Aparentemente, ao contar sobre o estupro, falava como se estivesse comentando sobre qualquer outro evento ocorrido em sua história de vida. Contudo, quando pede para que não seja mais interrogada, indica o limite que se permite falar sobre o assunto.

Com quinze anos, ingressou na “Igreja Adventista do Sétimo Dia”, mas continuou a frequentar a casa de umbanda em momentos alternados. Elisa esteve, portanto, em dois espaços de cunho religioso marcados por uma significativa oposição: rejeição ou aceitação de sua relação com os “espíritos”. Relatou ter permanecido na

---

<sup>16</sup> Refere-se ao “Tambor de mina”, “nome dado no Maranhão aos cultos de origem africana realizados em casas ou terreiros de mina” (Ferretti, 1996, p. 306), os quais se assemelham aos candomblés da Bahia. Pelo que se pôde inferir, Elisa participou tanto de terreiros de umbanda, quanto de mina.

umbanda até o momento em que sua cabeça “fechou”<sup>17</sup>, ou seja, em que não poderia mais recebê-los.

Elisa fala sobre o momento em que a etiologia acerca do que vivenciava deixa de ser de ordem espiritual e passa a ser de ordem psiquiátrica. Com a cabeça fechada para os trabalhos da casa de umbanda, percebeu novamente a necessidade de recorrer aos médicos. Essa parece ter sido uma gradativa percepção sua e de suas famílias consangüínea e de santo. Chegou a utilizar, ao mesmo tempo, “remédio” de umbanda e “de médico”, até o momento em que parou de utilizar os medicamentos prescritos pelo segundo e ficou se tratando somente no primeiro local. Como não houve o resultado esperado, retornou para o tratamento médico. Próximo ao final de sua adolescência, foi atendida por um neurologista durante cerca de quatro anos, o qual lhe disse que tinha disritmia.

A disritmia, tem pessoas que têm facilidade de aprender. Tem pessoas que têm dificuldade de aprender. A minha disritmia é a facilidade de aprendizagem. (...) A minha disritmia é de aprendizagem, aprender, aprender, aprender. E tem pessoas que têm disritmia e elas não aprendem. Elas ficam o tempo todo tapada. Não têm movimento, nas pernas, nos braços. Não conseguem fazer nada. E a minha não. A minha é todo tempo ativa, movimento normal. Toda pessoa tem disritmia. Você tem disritmia, só que você não apresenta a doença, mas você tem.

Essa definição proporcionou a Elisa uma explicação para seu “problema”, que tanto a assemelhava a qualquer pessoa em relação à capacidade de ser ativa e estudar, quanto a diferenciava dos que dificilmente teriam tal capacidade, em seu entendimento. Quando a questão passa para o campo médico, o diagnóstico de “disritmia” surge com a diferenciação dos casos graves e não graves. Elisa se coloca no segundo grupo. Após uma crise, o neurologista “fez um elétron e descobriu que precisava de lítio, uma substância que faz com que eu seja uma pessoa ativa”.

Distintos especialistas, diferentes diagnósticos, muitos medicamentos. Nessa peregrinação entre os campos científico, representado pela figura do médico, e religioso, visa-se não apenas resolver o “problema”, mas o colocar em alguma categoria

---

<sup>17</sup> Isso acontece quando a pessoa não quer mais participar dos rituais. Para tanto, precisa realizar “trabalhos” orientados pelos pais ou mães-de-santo. Deve ainda ficar prestando “obrigações” aos encantados de outra forma, como ter um local em sua casa dedicado a seu culto, participar de algumas festas, ajudar financeiramente, a fim de que possa manter o vínculo. No caso de Elisa, pôde-se inferir que

que traga um sentido satisfatório. Diversas explicações que convergem ou são negadas, de acordo com o grau de resolução e de sustentação que oferecem para transformar o estranho em algo familiar.

Como o atendimento com o neurologista era particular e não tendo mais sua família condições financeiras, foi encaminhada para o ambulatório de saúde mental municipal de São Luís. No ambulatório, foi atendida por diversos psiquiatras e por um psicólogo durante os quatro anos em que lá realizou tratamento, bem como participou de atendimentos em grupo com terapeuta ocupacional.

Em 2006, ano em que ingressou no CAPS, em razão de um pastor de sua igreja, Jeremias, pelo qual era apaixonada, ter se mudado para São Paulo, teve uma “crise de depressão”. Ele teria ido para uma casa de recuperação nessa cidade, por ter “adulterado com uma moça”. Além da viagem do pastor, a “falta de cuidado” por parte de seus pais, “porque eu já vinha apresentando problemas e eles não davam atenção”, e um “trabalho” feito contra ela por uma vizinha também teriam contribuído para a crise. Descreveu que, cansada de esperar pelo retorno do pastor, tomou uma cartela de Diazepam e “meio litro de detergente” na frente de seus pais. No mês de setembro, seu pai a internou na emergência do hospital psiquiátrico Nina Rodrigues. Quando retornou ao ambulatório após a internação, foi indicado o atendimento no CAPS Municipal.

A partir dessa contextualização de sua história, pode-se perceber como Elisa teve, desde o nascimento, significativas e, por vezes, traumáticas experiências de vida. São histórias como essa que promovem o início e o curso de uma psicose? Sabe-se que não. Não se pode indicar o início de uma psicose como se houvesse uma causa específica e única em sua origem. No entanto, pode-se tecer uma reflexão acerca dos eventos que marcaram os primeiros anos de vida na infância e na adolescência que, de alguma forma, trouxeram implicações para a constituição da subjetividade e de uma possível estruturação psicótica, como as vivências de Elisa na umbanda e em sua dinâmica familiar na época.

Segundo Lacan (2002b), acontece que, quando em condições especiais, as quais não há como precisar, alguma coisa aparece no mundo exterior que não foi primitivamente simbolizada, o sujeito se vê absolutamente desarmado. Por não poder restabelecer de maneira alguma o pacto com o outro, por não poder fazer uma mediação simbólica entre o que é novo e ele próprio, o sujeito entra em outro modo de mediação.

---

essa manutenção não ocorreu. Os praticantes consideram que se essas tarefas não forem realizadas, a pessoa pode sofrer “castigos” de ordem econômica, social e psíquica, dentre outras.

Desenvolve, então, outro tipo de mediação possível para si com o mundo, mundo esse que tende a ser representado, sobretudo, pela família.

No tópico a seguir, não são aprofundados eventos ocorridos ao longo da história de vida de Elisa em família. Foi privilegiada a dinâmica familiar atual de forma a se analisar dificuldades nela existentes que possivelmente contribuíram para seu ingresso no CAPS, bem como as questões que surgiram após sua inserção na instituição.

## **6.2 A família, por Elisa**

Elisa é a mais velha de seis filhos. Em sua infância e adolescência, alternou períodos na casa de seus pais e na casa da avó paterna, a qual queria tê-la criado. Segundo Elisa, seu pai recusou, mas sua mãe não se importou com tal possibilidade. Aos quatorze anos, morou durante um ano com sua avó materna, residente no interior do Maranhão, por sua mãe não aceitar seu namoro com um rapaz seis anos mais velho que ela.

Elisa não soube precisar, mas considera ter nascido um ano depois que seus pais se casaram. Descreveu Joaquim como brigão e namorador, antes de ingressar na Igreja Adventista. Benedita teria “quase” apresentado uma depressão por causa disso. Seu pai teria batido em sua mãe quando Elisa era criança: “Ele quis matar ela”.

Diz se sentir melhor na casa de sua avó paterna, mesmo tendo essa já falecido, do que na sua própria, onde é “discriminada”, especialmente, por sua mãe. Ao descrever o porquê de não gostar de sua casa, diz que o chão dessa é sujo por ter “coisas de mina”. Acrescenta que seu pai, irmã, irmão e vizinhos são envolvidos com “mina” e, por isso, querem prejudicá-la e/ou a seu filho. Sua mãe é a única que não tem tal envolvimento, mas ela não acredita no que Elisa diz acerca das perseguições que sofre.

Questionou-se o que a leva a considerar que sua mãe não acredita no que relata. Repete que Benedita não queria dela ter engravidado. Se não há o desejo de ter um filho, conclui que isso justifica o fato de não haver um investimento materno no que fala e nas ações que realiza. Exemplifica que, quando chega em casa, depois de passar o dia no CAPS, é recebida com ignorância por sua mãe.

Caracteriza sua casa como grande, mas reduzida e apertada. Elisa a compara com o CAPS. Enquanto nesse há espaço para se soltar, não pode fazer o mesmo em sua residência. Parece indicar que não são as dimensões de sua casa que são reduzidas, mas sua liberdade nela. Não é a casa que aperta, mas a rigidez e a frieza por parte de alguns membros na relação que com ela estabelecem.

Dentre os fatores que relaciona ao seu ingresso no CAPS, Elisa fala que seu pai foi o “grande contribuidor pra isso”. Ele ficou “atordoado” pelo envolvimento com uma mulher que “mexia com mina”, o que o levou a interná-la no serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Nina Rodrigues. Apesar de considerar ter Joaquim atentado contra ela e seu filho, Elisa diz tê-lo perdoado e o libertado dos espíritos através de oração. Ele se tornou, então, “um outro pai, um novo pai, (...) o pai que tinha antigamente”. O pai novo é o pai de antes, que, mesmo a tendo levado para outras casas (da avó, de umbanda), sempre a tratou como a filha preferida.

Quanto à relação com seu filho, descreve-se como uma “ótima mãe”. Contudo, relata que ele não a obedece mais depois que ela ficou doente. Está parecido com Benedita, ou seja, não confere crédito ao que diz. Há muitos momentos em que ele não a respeita como mãe. Pelo que relata, é possível que não confira a ela esse papel diante do que escuta na dinâmica familiar, o que contribui para que indague à equipe e durante a entrevista o que precisa fazer para cuidar do filho, mesmo “estando com esse problema”. Não deseja ter em sua relação com ele dificuldades como as que tem com outros membros de sua família. Se, atualmente, Elisa considera ter uma “ótima” relação com o filho, comenta que não havia o desejo de ser mãe quando soube que estava grávida. Teria rejeitado a criança em razão de um “encantado” que recebia na época, divindade que também lhe foi transmitida por sua mãe.

Ela (*sua mãe*) recebia uma Pomba Gira (...). Ela era só pra matar. Entendeu? Só que a minha mãe nunca aceitou ela. Aí, ela começou a judiar comigo, esse espírito. Na minha gravidez do meu filho, ela fez eu pegar os cartões de baby-chá e jogar tudinho fora, porque ela queria, esse espírito, queria que eu jogasse meu filho fora.

É preciso considerar seu estado durante a gestação e o modo como pôde construir um vínculo com seu filho a partir disso. Parece ter sido através da figura do encantado que conseguiu lidar com a rejeição de um corpo em seu corpo ao não considerar a rejeição ao filho como sua, mas vinda de algo que lhe era externo.

Dentre as dificuldades presentes em sua dinâmica familiar, Elisa destaca, sobretudo, as que tem na relação com sua mãe e irmã. Em relação a Benedita, diz que essa não tem consigo o mesmo carinho e paciência que tem com seus irmãos. Em sua dificuldade de se desprender do outro, parece não reconhecer que Benedita tem outros desejos, além do desejo de ser sua mãe, nem a compreender que essa, como um ser que tem a sua própria falta, não pode realizar tudo.

Isso remete ao que Aulagnier (1991) indicou sobre a relação entre o psicótico e sua mãe. Já na gravidez, “o que é narcisicamente investido no nível do embrião é o significativo onipotência materna” (p. 60). Tudo o que no corpo da criança lembra a contribuição paterna é negado. Como indicou essa autora, “a forclusão do nome do pai tem aqui o seu ponto de origem” (p. 61). Nessa relação que se estabelece entre mãe e filho, constitui-se para o segundo a dificuldade de se ver como um sujeito. Ao se colocar na posição de objeto, demanda ao outro respostas para a condução de sua vida. Provavelmente, isso contribui para que considere que Benedita só será uma boa mãe, ou melhor, como ela quer, se lhe der o cuidado que demanda. É uma dedução que lhe traz as mais diversas dificuldades em assumir o que lhe cabe na relação com sua mãe e como mãe – conforme será discutido no capítulo referente à análise das entrevistas realizadas com sua família.

Quando discorre ainda sobre como gostaria de ser tratada, Elisa afirma que se sua avó paterna e o pai de seu filho estivessem vivos, não estaria no CAPS. Como cuidariam dela, não a deixariam adoecer. Nessa lógica que constrói, parece considerar que como sua mãe não quer dela cuidar, transfere o cuidado para a instituição. Mas, como não reconhece o Centro de Atenção como um lugar de cuidados, quando nele ingressa, considera que sua mãe lá a colocou apenas para dela “se livrar”, pois “desde quando ela me botou aqui, ela nunca veio falar com nenhum médico. Ela só me deixa no portão e vai embora”. Sente que é entregue à instituição, sem que se questione seu desejo de estar ali. O CAPS se torna, assim, para ela, um lugar em que tem de ficar por não poder permanecer em casa durante o dia.

Parece identificar o Centro de Atenção como um local em que os familiares colocam os membros indesejáveis, cuja voz não tem crédito na dinâmica familiar. Sobre essa instituição, Elisa diz que: “Tudo o que eu falo pra ela (*sua mãe*) que acontece aqui, ela não acredita”. O questionamento à qualidade do tratamento e aos eventos que ocorrem na instituição são apenas mais uma prova de que não está mesmo bem.

Conforme Elisa, seu pai não considera ser necessário que ela esteja no CAPS, pois “falou pra mamãe que isso é bobagem... Que eu tenho que fazer... procurar outra atividade pra mim fazer”. A partir da discordância entre seus pais, parece considerar que aquele está do seu lado, apesar de haver momentos em que ele também é grosseiro. Descreve a relação que tem com cada um:

Com o meu pai que tava sendo péssimo, agora tá sendo bom. Com a minha mãe que tava sendo bom, tá sendo ruim agora. Porque ela não entende. Ela

não entende que quando eu não quero vim pra cá, é porque eu não quero vim. Ela não entende isso. Ela quer que eu venha todo dia.

A relação com Joaquim melhorou depois que ele se libertou dos “espíritos” e voltou a ser o pai que “era antes”. A relação com sua mãe ficou ruim depois que ela começou a insistir que fosse para o CAPS. Em ambos os casos, parece adotar como critério de avaliação da qualidade da relação a aceitação pelo outro de sua vontade de estar em tratamento.

A relação entre Elisa e seu pai é, provavelmente, a mais polarizada, por ser marcada por momentos de significativa proximidade e de intenso conflito. Embora não questione o investimento que dele recebe, como faz em relação a sua mãe, seu pai parece ter perdido para ela a probidade que tinha em razão de relações extraconjugais. Pôde-se perceber, ainda, que os conflitos entre Joaquim e Benedita tendem a se misturar com os de sua relação com Elisa. É possível que, diante do círculo que os pais estabelecem em torno da filha, é como se não houvesse mais espaço para outras questões entre o casal.

Na identificação que Elisa gradativamente estabelece com o CAPS como lugar de tratamento, quer indicá-lo inclusive para membros de sua família, em especial, sua irmã, Carla, que descreve como “agressiva”. Parece considerar que se está “doente”, não é a única de sua família a estar assim.

Descreve os sinais que associa à necessidade de sua irmã também estar em tratamento no CAPS: é “materialista”, “muda de comportamento de hora em hora”, “é difícil de ficar alegre” e “tem mais o lado de maldade do que o lado positivo”. São ações que se tornam para Elisa indícios de alguma alteração psiquiátrica. Tenta compreender o porquê de ser a única a estar “internada”. Não percebe o que a diferencia dos demais membros de sua família. Quer que sua irmã esteja junto com ela no CAPS. Como não identifica nenhum fator que as aproxime, percebe a internação da irmã como uma possibilidade de realizarem algo juntas, nem que seja um tratamento.

Elisa sofre ainda por considerar que sua irmã e o noivo dela querem machucá-la e a seu filho. Como forma de proteger a ambos, teria pego uma tesoura para mostrar ao noivo de sua irmã que não tem medo dele. Ele estaria agindo assim porque é “de umbanda e pra ele casar com ela (*com sua irmã*), ele tem que dar uma criança em troca do casamento. E ele ta querendo dar o meu filho”.

Como apontam Coriat e Pisani (2001), se, na neurose, o sujeito admite que o inconsciente fala através dele e que ele é seu agente involuntário, na psicose, o sujeito,

repleto de certeza, tem a dolorosa convicção de ser vítima de uma voz tirânica que o aliena. Diante da ameaça que sente, quer que sua irmã e o noivo dela também sejam internados. Quinet (2006, p. 103) indicou que, na paranóia, “como efeito da forclusão do Nome-do-Pai, o Outro não tem lei, e é por isso que ele tenta colocar a lei no Outro, acusando-o, abrindo processos, recorrendo à justiça”, não aceitando a decisão que contradiga sua causa. O sujeito quer colocar uma lei naquilo que lhe parece ser uma desordem do mundo, como Elisa querer uma internação para sua irmã e o noivo dessa. Reivindica uma justiça para que não tenha que fazer a sua própria por meio de ameaças.

Observa também que seus pais também precisam de um auxílio externo, pelo menos um atendimento psicológico, sem a necessidade de estar no Centro de Atenção: “a minha mãe, ela precisa de uma psicóloga. Minha mãe e meu pai precisam de um psicólogo. E eles não querem aceitar, mas eles precisam de psicólogo”. Parece querer encaminhar seus familiares para tratamento no CAPS ou, ao menos, psicológico, de acordo com sua avaliação do grau de severidade do caso e da qualidade da relação que tem com cada um dos membros com os quais reside. Quando fala do psicólogo, ressalta ainda a necessidade de que esse profissional transmita orientações a seus pais sobre como serem melhores pais ou, como já abordado, como serem os pais que ela deseja ter. Demanda, ainda, uma intervenção por parte da instituição para que sua família corresponda ao ideal que tem de família. Com isso, seu pai, mãe e irmã serão mais carinhosos, tolerantes e, conseqüentemente, menos exigentes com ela.

Em seu discurso sobre a relação entre o CAPS e sua família, gradativamente, quando parece não mais considerar que sua mãe a leva para lá por querer dela se “livrar”, Elisa percebe que a atenção que essa lhe dedica aumentou, por estar em tratamento. Se a família recorre a uma instituição de saúde como forma de salvaguardar o bem-estar entre os membros e de poder encontrar um suporte que a ajude a lidar com as passagens ao ato pelo sujeito psicótico, como a tentativa de suicídio descrita, é como se Elisa reconquistasse um apoio perdido no cotidiano das relações, por meio do tratamento. Mesmo sendo um apoio condicionado a que tenha uma abertura para tratar de questões que extrapolam as soluções que a família tem, isso é algo necessário para que ela identifique sentidos em estar na instituição. Observa, ainda, que o tempo de permanência no CAPS trouxe benefícios para sua relação com a irmã:

Quando eu chego do CAPS, ela já fala comigo. Ela já fala comigo direitinho. Ela tá mudada. Ela tá mudando. Acho que é o fato de eu não ficar o dia inteiro perto dela, acho que ela vai sentindo falta.

Um pouco de distância – mesmo que seja de horas – como um meio para se preservar algo em sua relação. Com este afastar, há uma possibilidade de revisão dos sentimentos e das expectativas em relação ao outro, pensamento que é provavelmente compartilhado pelos demais membros de sua família. A instituição CAPS parece se tornar, assim, um espaço que possibilita a (re)construção de referências de vida e de afeição para a família.

### **6.3 O CAPS, por Elisa**

Nas primeiras semanas em que estive no CAPS, Elisa falava constantemente sobre o desagrado que sentia por estar ali, como se pode observar na fala abaixo em que descreve o contato inicial com profissionais e pacientes da instituição.

Ah, eu não gostei daqui não, porque no primeiro dia me fizeram uma... Uma psicóloga me fez uma interrogação que se eu não respondesse... Eu passei por três fases. Não, por quatro fases, quatro fases. (...), eu tive uma interrogação. Todo mundo me olhava. Aqui tem pessoas que usam drogas, pessoas que matam, que roubam. Eu fiquei com medo.

Ao se queixar da consulta inicial, Elisa questiona o fato de, ao mal chegar à instituição, já ter que narrar sua história a estranhos, uma história, inclusive, que faça algum sentido para os que atendem nesse momento. Não entende por quais procedimentos está sendo encaminhada pelos profissionais e o que eles estão fazendo a partir daquilo que lhes relata. Desconhece o sentido que é dado ao seu discurso e o que farão com ele. Estranha também os pacientes com os quais precisará conviver por um tempo indefinido. Como o CAPS recebe tanto funcionários da Polícia Militar que para lá são muitas vezes encaminhados por uso de drogas, quanto, por outro lado, pessoas com história de passagem pela polícia, não há como não estranhar a diversidade de pessoas, de histórias e de queixas com as quais se depara. Além do estranhamento inicial, considera que os “recursos” da instituição são poucos para sua reabilitação.

A gente fica mais é andando, assistindo filme. A gente fica mais assistindo filme; quando não é, é fazendo alongamento. Aí, tem a hora do lanche. Aí, fica passeando. Eu quero uma coisa mais dinâmica. Onde eu possa morar. Eu quero morar numa casa de reabilitação pra mim poder (...) ter o tratamento mais prolongado. Aqui em São Luís não tem, só em São Paulo.

Mais do que considerar monótono estar no CAPS, Elisa parece indicar que precisa morar na instituição para que de fato tenha um tratamento eficaz. Percebe-se

aqui que, após tantos anos de história de internação fechada e prolongada para o paciente psicótico, será necessário ainda um tempo significativo para que compreenda que não precisa estar isolado da sociedade para obter um tratamento satisfatório. Por outro lado, é necessário pensar a que casa está se referindo. Seu desejo de uma nova casa, onde tenha algo “dinâmico”, possivelmente está relacionado a uma rejeição dos modelos de morada e de convívio que conheceu até então.

Como indicou Bachelard (2000, p. 74), a “casa do futuro”, residência idealizada, “é mais sólida, mais clara, mais vasta que todas as casas do passado”. Idealizar uma casa está relacionado não apenas a sua estrutura física, mas também a todas as pessoas e relações que nela desejamos que estejam presentes. Contudo, mesmo que se mude de casa, a nova sempre terá algo do lugar passado. Por isso, preferimos “viver no provisório, que no definitivo” (p. 74).

Ao se referir à instituição anterior na qual fazia tratamento, um ambulatório, compara-a com a atual. No CAPS, “parece que ninguém liga pra ninguém”. Além da instituição anterior não ser monótona, lá “era todo o tempo reparada”. Tinha um psicólogo “específico”, não “integral com todo mundo”, ou seja, havia um atendimento individual. Este serviço é importante para Elisa, o que se pôde inferir da quantidade de vezes em que discorria sobre o atendimento que teve e sobre a possibilidade que a entrevista lhe trazia de falar sobre suas dificuldades intra e intersubjetivas.

Percebe-se que não está simplesmente falando sobre o que torna uma instituição de atendimento em saúde mental menos ou mais maçante e sobre a quantidade de horas que se deve nela permanecer. Fala do cuidado que percebe por parte da equipe em relação aos pacientes e de como isso se presentifica em seu desejo de retornar no dia seguinte.

Quando passa a estabelecer vínculos com profissionais e pacientes, sua descrição do CAPS como monótono não é mais freqüente em sua fala. Diz ter melhorado “100%”, desde que lá se encontra. Comenta que se “pudesse, se aqui tivesse lugar pra ficar direto, o dia inteiro, eu ficaria aqui. Eu moraria aqui. Aqui é muito bom. Eu moraria. Traria uma cama e uma rede”. Nesse momento, Elisa não parece mais considerar o Centro de Atenção como um lugar de tratamento, mas como um lugar que para ela se assemelha a uma casa.

Se no início não quer ir, tanto que, inicialmente, pensa em fugir, cogita agora a possibilidade de morar na instituição pela amizade e acolhimento que lá identifica ao contrário de sua casa. Como desde criança Elisa praticamente residiu em outros lugares

– como nas casas de umbanda e de sua avó paterna – para que de alguma forma se remediasse o comportamento que apresentava, a vivência de se sentir excluída do convívio familiar não parece ser algo recente em sua trajetória. É possível que a rejeição inicial ao Centro de Atenção também estivesse relacionada ao mal-estar através do qual se descrevia quando de seu ingresso. Além de não se sentir bem, tinha que estar num local estranho, onde se deparou com inusitadas histórias. Entre uma família em que alguns de seus membros a rejeitam e uma instituição que rejeita ao ingressar, gradativamente parece sentir o CAPS como um ambiente mais familiar que sua casa.

Vai reconhecendo benefícios associados ao fato de estar no CAPS. Passou a falar das amizades e dos flertes que começou a ter. Identificou ainda como um benefício decorrente do período em que se encontrava na instituição o reconhecimento de um potencial terapêutico para auxiliar outros pacientes, a partir do que assimilara do jeito de ser dos profissionais e das atividades por eles desenvolvidas.

Eu não sei se é uma sobrecarga que a gente pega, ou se é uma energia. Eu sei que eu sinto a mesma coisa que vocês sentem. (...) Eu fico toda pesada. E consigo olhar pras pessoas com ar de terapeuta. Consigo detectar o que a pessoa tem. (...) Ela (*uma terapeuta ocupacional*) tá perto de mim, fazendo terapia, e eu comecei a sentir um peso no meu corpo, o mesmo peso que ela sente, parecido. Eu disse: “Isso é terapia”. Aí, eu fui pro almoço e lá tinha uma moça que tava se sentindo mal. Quando eu cheguei perto dela, com meia hora, ela ficou melhorando.

Segundo Elisa, a terapia contagia, pois passa dos profissionais para os pacientes e esses a transmitem entre si. Há um momento em que não agüenta mais receber a energia, porque quer distribuí-la também em sua casa, mas nessa “não tem conforto para isso”. Não há como distribuir a energia onde não há espaço, já que sua casa é apertada e reduzida. Pela compreensão de que uma proposta terapêutica circula pela instituição, considera que essa não se restringe a seu próprio bem-estar. Pode também atuar como um canal que possibilite o bem-estar do outro, o que possibilita o auto e o heterocuidado, algo que parece faltar em sua casa. Atribui ainda à instituição outras competências.

Eu queria que o CAPS fosse na minha casa, com pessoas habilitadas, porque a minha casa não é apropriada pra mim. Ela é muito pequena, o espaço. Eu não consigo me soltar, como eu me solto aqui. Então, eu queria que fosse feita uma vistoria na minha casa, porque eu queria trocar de casa. Queria que

meu pai comprasse uma casa, ou que nós recebesse uma doação de uma outra casa. (...) Do CAPS, pra verificar a minha casa e fazendo uma campanha pra mim ganhar uma outra casa pra mim morar com minha família.

Essa fala sinaliza que Elisa, ao se colocar no lugar de objeto do Outro, considera ser seu direito que algo lhe seja dado. Recusar essa demanda é fundamental para que algum trabalho seja feito, o qual possibilite a construção de uma crítica sobre o tipo de casa que visa possuir e sua responsabilidade diante disso.

Questionou-se a Elisa em que situações deve haver contato de sua família com o CAPS e vice-versa. Ela respondeu que: “Sempre que necessário, que eu achar necessário, que eles têm que vir, aí eu vou trazer eles aqui”. Necessário se refere em seu discurso a providências como mudança de regime, autorização de saída antes do horário, liberação por motivo de consulta externa ou outros motivos administrativos e burocráticos. Isso não deixa de ser uma contradição quando se recorda seu desagrado, anteriormente citado, pelo fato de sua mãe simplesmente a deixar no portão sem falar com a equipe. É possível que, em seu processo de construção de vínculos com profissionais e pacientes, consiga diluir, entre a instituição e sua família, as demandas que, antes de seu ingresso, fazia somente à segunda. Isso permite a Elisa requisitar menos a presença de sua mãe no CAPS.

Quando indagada sobre a possibilidade de outras situações que requereriam o contato do CAPS com sua família ou o inverso, respondeu que só nos casos em “que houver alguma coisa de errado, que eu fizer alguma coisa de errado. E só”. Mais uma vez, refere-se às situações em que algum tipo de providência precisa ser feita. É uma concepção que remete a uma prática comum no contexto escolar tradicional, mas estranha ao pressuposto da família enquanto uma peça-fundamental do cotidiano do CAPS (Ministério da Saúde, 2004c). É como se a família, especialmente sua mãe, não precisasse mais ter um papel ativo no tratamento, quando identifica na instituição algum tipo de cuidado substitutivo satisfatório. A participação do “responsável” deve ocorrer somente quando houver a solicitação institucional.

Dentre as descrições que faz sobre a instituição quando passa a ter com ela alguma afinidade, indica que: “O CAPS, pra mim, hoje é uma escola de vida. É uma escola onde não é só eu que tenho problema, mas muita gente tem problema, tem problemas pior do que eu”. Em instituições em que há atividades em grupo como o Centro de Atenção, o fenômeno de espelhamento tende a ser comum. Se o outro

melhora, também se pode melhorar. Com o compartilhamento das histórias, observa-se a forma como o outro sofre e desenvolve estratégias de enfrentamento. Com isso, cada um pode se sentir menos solitário em seu sofrimento e mais solidário com o sofrimento alheio. Por outro lado, na comparação que acontece no espelhamento também há incômodos, como Elisa teve em relação a uma colega sobre o porquê dela já ter mudado de regime se ingressou na instituição há menos tempo.

A mudança ou permanência no regime é percebida, respectivamente, como um êxito ou um fracasso. A permanência parece ser entendida como uma falta de reconhecimento do empenho. No entanto, há o receio de mudar de regime e “ter uma crise”. A cada regime são associadas as mais diversas vantagens e desvantagens. Estar no intensivo possibilita receber uma atenção mais sistemática e freqüente da equipe, mas passar para o semi-intensivo implica a legitimação institucional de que houve uma melhora.

Elisa descreve o comentário de uma psicóloga – a profissional que ficou responsável pelo seu atendimento – a qual teria dito que a equipe observa os pacientes, tudo o que fazem e como fazem. Contudo, a fala a seguir, sobre a participação dos pacientes nas oficinas, deixa dúvidas acerca de quem de fato está observando.

Ganho pra gente, né, porque vai ter mais... alta mais rápido e ganho também pro prontuário. Porque quando o médico chega que ele olha o paciente, como (*o psiquiatra*) falou, que está se identificando bem, quer o tratamento, tá ocorrendo tudo dentro do tratamento, tá participando das atividades, então, pra ele (*o paciente*) é muito bom.

O paciente identifica que se seguir o tratamento, conforme o que é estabelecido pela instituição, isso lhe será vantajoso, sendo a alta o auge das vantagens. Elisa comenta que os profissionais registram numa “lista” a “participação dos alunos nas atividades”. Essa fala nos remete a concepções sobre o tratamento institucional que o paciente constrói. Ele considera que o modelo de tratamento assemelha-se ao contexto escolar tradicional ou, como já apontava Goffman (1961/2003), assimila que diante do monitoramento existente no Centro de Atenção uma comprovação de sua melhora é estar de acordo com a interação social que foi convencionada? É provável que ambas as concepções permeiem a visão do paciente em relação ao CAPS; até porque, numa análise mais aprofundada, não são tão distantes.

Elisa afirma que em seu prontuário está demarcado um período de seis meses para a ocorrência de sua alta. Caso apresente alguma “crise” nesse período, terá

que ficar um ano na instituição. A partir do que ouve dos profissionais e dos pacientes, constrói suas concepções acerca do tempo necessário para que permaneça no CAPS e as condições relacionadas à sua melhora. Nessa construção, a crença religiosa tem um papel fundamental: “Já to me sentindo curada já. Quer dizer, eu tô curada. Cristo já me curou. Tô apenas ficando em tratamento”.

Cristo cura, o tratamento parece exercer uma função de manutenção, pois acompanhar não é curar. Tem uma função complementar, mas não estratégica. Mas, a fé e a confiança no tratamento nem sempre andam juntas. O poder da primeira para o paciente, muitas vezes, suplanta o da segunda, razão pela qual ele pode não perceber nenhum sentido em permanecer na instituição nem em aceitar as orientações dos profissionais. Pode entender os dois discursos como divergentes, o que não ocorre com Elisa. Ela busca encontrar uma forma de sintonia entre sua religião e o que apreende das atividades desenvolvidas na instituição: “Eu analiso tudinho e consigo colocar, encaixar, nas coisas que os outros psicólogos lá embaixo, terapeuta... Localizo e consigo organizar com a leitura da bíblia”.

Elisa tenta organizar todas essas experiências de modo a encaixá-las num todo que lhe traga bem-estar. Numa forma de dar um sentido à experiência de desmoronamento psicótica, identifica que há um encadeamento entre o que lhe é dito na instituição e suas crenças religiosas, como um “casamento” em que os parceiros vão gradativamente se conhecendo e alinhando. Por outro lado, não se pode esquecer que como o termo religião vem do latim *religare*, o que implica o laço que serve para religar o ser humano a Deus, ela, através de sua prática religiosa, localiza para si certa estabilização ao se fixar num significante que carrega toda uma noção de infabilidade.

Depois de quase dois meses de permanência no CAPS, Elisa solicitou a sua mãe autorização para ir e sair sozinha da instituição por já estar se “sentindo possibilitada”, o que foi acordado por Benedita e pela equipe técnica. A autorização sugere que, quando não é mais necessário para a família e o *staff* institucional um acompanhante que garanta a ida do sujeito ao local de tratamento, alguma confiança está sendo nele novamente investida no que se refere à capacidade de autogestão. Essa é uma confiança possivelmente pautada nas evidências do cotidiano e na expectativa de que não venha a ser comprometida. É um crédito, portanto, que não é simples nem imediato.

A partir da mudança acelerada em seu estado que relaciona ao Centro de Atenção e do apoio que sente por parte de sua mãe para que permaneça, ela pensa em

pedir para ficar “um ano, dois anos”. Chega a cogitar três anos, mas como precisa “trabalhar”, estipula o prazo de um ano, período suficiente para obter mais resultados, como ter sua “personalidade aperfeiçoada” – modo de se comportar, aprimoramento das “boas maneiras” e melhora da sua capacidade de explicar ao outro o que pensa e sente.

Mais adiante, após três meses de permanência na instituição, pede para se ausentar às terças e quintas em razão de uma proposta de trabalho que recebeu da igreja que frequenta. Disse que a equipe não queria concordar, mas depois de diálogo entre os profissionais do turno matutino e os da tarde, deferiu-se sua solicitação.

Passa para o regime semi-intensivo. Afirma considerar estar ainda no intensivo porque a mudança não foi decidida pela equipe; deu-se a partir de um pedido seu. Parece considerar que não se trata de uma decisão conjunta, mas de algo que pôde escolher independente de sua família e da equipe. Se as regras referentes aos regimes de tratamento preconizam uma tentativa de controle institucional, Elisa fala de como as subverte em seu processo de subjetivação da relação com o CAPS. Indica que precisará permanecer mais tempo no regime semi-intensivo como se a compensar o período que deveria ter passado no intensivo de fato.

Seu discurso em relação ao CAPS, à equipe e ao tratamento oferecido é marcado por mudanças e contradições à medida que desenvolve um vínculo com a instituição. Há dias em que sente o tempo passar rápido, noutros o horário da saída parece nunca chegar. Há profissionais com os quais estabelece um vínculo por desenvolverem atividades que a interessam, como artesanato, bem como aqueles em relação aos quais cria certa antipatia por proporem tarefas que não sabe realizar, como desenhar, ou que são repetitivas, como a exibição de um mesmo filme. Elisa sinaliza como sua saúde também está pautada em sua capacidade de poder modificar seu interesse pela instituição e membros da equipe.

Alterna momentos em que diz não querer sair mais do CAPS, com outros em que não quer mais ficar. Quando entrou, as atividades eram uma novidade, pois o que era discutido contribuía para um exercício de análise do seu cotidiano. Com o decorrer do tempo, descreve as atividades como cansativas e repetitivas. Questiona se não haveria meios rápidos para a obtenção de sua melhora. Como não sabe qual é o período de duração do tratamento, nem conhece sua eficácia, demanda uma intervenção que seja praticamente imediata e que lhe traga menos efeitos colaterais.

Esse tratamento tem que ser assim? Não pode ser uma medicação com injeção... Prefiro tomar uma injeção do que ficar tomando comprimido e

ficar dormindo... Tô preocupada em... Eu tô muito preocupada sabe o que é, (...) em ter alguma crise, crise de louca. Eu tô tão bem esse dias que, que se eu tiver alguma crise aqui, eu vou ficar com vergonha dos colegas.

Ao mesmo tempo em que faz amizades e, conseqüentemente, reconhece o apoio do grupo, receia que os colegas dela se afastem, pois ter uma nova crise é o que evidencia para si e para os demais que uma recaída é sempre possível. Numa tentativa de diluir seu receio, a pesquisadora colocou que, como o CAPS é um espaço de tratamento, o contato com a “crise” de um paciente pelos outros tende a ser comum. Visou-se apontar que, nesse momento, cabe aos profissionais desenvolver ações de acolhimento e incentivar que haja o mesmo movimento pelos usuários da instituição.

Elisa também descreveu o Centro de Atenção como uma clínica de recuperação “de tudo”. Acredita na recuperação de “drogados”, apesar de relatar ter ouvido profissionais que não acreditam. Diz ser a recuperação dessas pessoas possível porque “eu vivo com eles o tempo todo. E eu conheço todos eles. E eles são totalmente diferentes. E aí eu acredito que eles podem se recuperar sim. Basta eles quererem”. Para a recuperação, tem que ter interesse pelo tratamento como ela tem, observação que escutou do psiquiatra que a atende. Com isso, parece indicar como a aposta dos profissionais da equipe na melhora do paciente é imprescindível para que ele também tenha a mesma expectativa. Em outros momentos, observa como o desejo de se tratar é ambivalente. Sua observação sinaliza que não se trata do paciente ser refratário ao tratamento, mas de se considerar sua resistência como um dado clínico fundamental para o entendimento de seus silêncios, ausências ou assíduo comparecimento, quando constantemente repete não ter melhorado ainda.

Elisa parece dividir os diagnósticos em bons ou ruins. Nesse segundo grupo, encontram-se as pessoas com esquizofrenia, cujo tratamento deve ser realizado por uma “família fiscalizada”, o que ilustra através do caso de um colega, o qual, em sua opinião, não deveria estar no CAPS. Define esse transtorno como: “Esquizofrenia é a pessoa que não fica falando coisa com coisa. Coisas que não têm sentido. (...) Fica chorando. Fica repetindo as mesmas, as mesmas coisas”.

O CAPS também não é local de pessoas que agridem os demais pacientes – como viu uma colega fazer. Elisa cita pessoas que, como têm “problema mental”, não são indicadas para tratamento na instituição, mas sim num hospital psiquiátrico. Pacientes que “têm surtos” e “são conscientes”, como é o seu caso, devem estar em tratamento no Centro de Atenção. Aqueles que não têm condição de permanecer são os

que não podem “casar, trabalhar, ter uma vida normal”, pois não têm noção do que fazem. Segundo Elisa, “a maioria aqui é normal. É droga ou álcool, ou problema como eu tenho, que toma a medicação, faz a terapia, dois, três meses tá curado. E, quem tem saúde mental, não. Não cura”. Além de equiparar saúde mental à doença mental, não parece considerar sequer o Centro de Atenção como um serviço da área. Trata-se de uma clínica de recuperação para doentes, mas não para qualquer doente. Parece considerar que a equipe deve ter critérios acerca dos pacientes a serem atendidos. No CAPS, como lugar de pessoas normais, não há lugar para a loucura.

Considera que o fator que contribuiu para sua “recuperação” foi o retorno do uso da medicação. Observa que para levar o tratamento “a sério” não pode interromper o uso como já fez noutros momentos em que não sentia “mais nada”. Tem que se acostumar, afinal, toma medicamentos desde criança. Embora saiba que há casos em que a dosagem da medicação vai sendo gradativamente reduzida e que a pessoa deixa de consumir o remédio, precisará utilizá-lo até ficar “velhinha”, ainda que o porquê do uso nem sempre tenha lhe sido claro. O remédio possui uma substância que “combate a doença”.

Como (*o psiquiatra*) falou, eu não posso deixar a medicação, eu tenho sempre que tomar ela, porque se eu deixar de tomar eu posso ter um surto. Um surto é tipo pegar um choque na tomada e pegar uma descarga.

Mesmo com tal reflexão, isso não impede a interrupção do uso, conforme será discutido posteriormente. Segundo Pignarre (1999), da confecção da substância química à ingestão pelo paciente, há a tentativa da ciência e da sociedade de tornar o medicamento um objeto socialmente estabilizado, o que equivale a uma plena aceitação de seu uso. Para tanto, o medicamento implica um nível de tecnicidade, o do médico, que decidirá as regras de seu consumo para um indivíduo particular; uma medicina que se preocupa em resolver os problemas, mais do que refletir sobre suas significações. Nessa perspectiva, o consumidor delega saber e poder ao especialista, delegação que seria “o melhor meio de garantir um bom uso do medicamento” (p. 128). O medicamento é prescrito sem uma análise das relações que o sujeito estabelece consigo próprio e com a equipe, em especial, com o médico.

Sabe-se, no entanto, que isso não é suficiente para que o paciente continue a utilizá-lo. Mesmo que deposite saber e poder no médico, a medicação não existe independente de quem dela faz uso. A prescrição pautada na garantia do estrito valor de uso em instituições públicas de saúde como o CAPS tende a excluir qualquer noção de

contratualidade na relação (Pignarre, 1999), quando cabe ao médico prescrever e ao paciente acatar. Não é essa relação o que faz Elisa se implicar no tratamento medicamentoso. Do mesmo modo, não é o que contribui para que considere a importância de se responsabilizar por si própria. Para o alcance, de alguma forma, dessas questões, é necessário avaliar como se relaciona com cada profissional e com a equipe, de forma a se promover estratégias de esclarecimento e de escuta que coloquem em questão suas dúvidas, receios ou mesmo construções delirantes sobre o remédio e, mais ainda, sobre o tratamento como um todo que é feito no CAPS.

Tenório e Rocha (2006) apontaram que o campo da Psiquiatria está marcado hoje por duas grandes tendências: a chamada Psiquiatria Biológica, vocábulo vago para designar a abordagem da doença mental em termos de transtornos atribuídos ao funcionamento cerebral, tratáveis prioritariamente pela intervenção química dos fármacos; e a atenção psicossocial, que é hoje a diretriz legal da assistência psiquiátrica pública, paradigma caracterizado por uma ampliação do escopo das intervenções no sentido de tratar a psicose no próprio meio social, incluído o objetivo de preservar ou resgatar os laços sociais de pertencimento do paciente.

Inserida a proposta de criação do CAPS no segundo paradigma, o tratamento proposto deve contribuir para que o paciente tenha um funcionamento mais favorável à convivência social – na família, no trabalho – e uma maior autonomia pessoal. Para isso, em oposição ao modelo de assistência psiquiátrica tradicional pautado exclusivamente no uso da medicação, é necessária uma intervenção no entorno social do paciente, a fim de que haja uma maior abertura para “acolher este sujeito que circula aí de um modo um pouco peculiar” (p. 57). Conforme Tenório e Rocha, é uma intervenção que não deixa de visar certa normalização, na medida em que o funcionamento esperado requer “o funcionamento mais próximo possível do normal” (p. 57).

É um objetivo em que cabe considerar, em contrapartida, que a psicose tem uma lógica própria, uma lógica interna, que não entra totalmente em nossas tentativas de normalização (Tenório & Rocha, 2006). Ao lado de tal premissa, é preciso assinalar, como aponta a Psicanálise, no que é provavelmente sua maior contribuição para o fenômeno em questão, que:

O sujeito é sempre responsável por sua posição subjetiva, seja ele neurótico, psicótico ou perverso. Ele é responsável por seus sintomas. (...) Assim, o sujeito é responsável pelo seu gozo em todas as suas manifestações sociais e sexuais, subjetivas e objetivas, individuais e coletivas. Por outro lado, se o

psicótico está fora do discurso, isto não quer dizer que a sociedade deva avalizar essa posição (Quinet, 2006, 163).

Essas são premissas a serem ponderadas no planejamento das ações terapêuticas para e com o paciente, de modo a que ele possa identificar a importância de sua participação nesse processo. No caso de Elisa, ela indica que, como toma banho, utiliza os remédios e se alimenta, a “ajuda” para sair da crise na qual se percebe deve partir fundamentalmente das pessoas que estiverem ao seu redor, como sua família. Cabe avaliar, portanto, como é possível contribuir para que perceba o que lhe compete em seu sofrimento e o que pode fazer a partir disso.

#### 6.4 O delírio

Toda a construção delirante de Elisa, na época da entrevista, pauta-se no desejo do retorno de um pastor de sua igreja, Jeremias. Com o retorno, acredita que terá com ele a relação que nunca teve – tocar, namorar, casar. Nessa expectativa, fica em dúvida sobre seu estado civil.

Solteira, quer dizer, solteira agora, mas em todo caso eu to acreditando que somos casados, eu e ele. Ele, em São Paulo, e, eu, aqui. Nós somos casados por essa chamada de áurea que a gente faz assim, ó. A menina (*da igreja*) faz a abertura. Aí, ela faz um movimento. Eu levanto a cabeça e... olho pro Céu. Danço. Faço um movimento com a cabeça, movimento que ele quer. E ele responde através da áurea de outra menina. (...) Então, meu estado civil hoje, ou eu tô noiva, ou eu tô casada com ele.

Elisa se ressentia de uma enfermeira do CAPS que tentou matá-la, ao não lhe dar a medicação “correta”, por ter ficado “a fim” do Jeremias. Ela deseja ser uma esposa de pastor. Sabe-se que, como um mentor espiritual, cabe ao pastor guiar e doutrinar os membros da igreja. Essa função se assemelha ao do pai-de-santo na umbanda. São figuras religiosas que trazem a reflexão de como foi e é para Elisa a possibilidade de ser a mulher de um pai cuja autoridade é divinamente sancionada.

Ao se pensar o delírio como uma tentativa de cura, do envolvimento com um pai-de-santo à expectativa de envolvimento com um pastor de sua igreja, Elisa parece escolher figuras que representam a lei que lhe falta, característica da psicose. Em ambas as relações, permanece sua tentativa de suplência do Nome-do-Pai e mesmo de ter um pai, o qual no discurso de Elisa aparece retratado como alguém que, como não teve condições de lhe prover o suporte necessário, a entregou para um outro pai. Ao ter um

filho de um pai-de-santo, um filho-de-santo, obtém um reconhecimento até o momento em que sua “cabeça” fecha e sai da casa de umbanda. Quando se afasta, no entanto, recusa o que é a esse local associado, como a possibilidade de que o filho siga o mesmo destino do pai, pelo fato de também ser médium.

Já na igreja Adventista e na expectativa de dar um destino para seu filho que não seja o que lhe foi dado por sua mãe, identifica outra figura cuja autoridade lhe é significativa, um pastor. Faz todo tempo “apelo” para que possa se comunicar com ele, demandando inclusive o auxílio da pesquisadora. Quer uma comunicação “concreta”, pois a que tem com ele pela “tubulação” de sua igreja não lhe satisfaz. Diz que em sua casa tudo é do Jeremias, ao que se questionou: “Se tudo é dele, o que é seu na sua casa?”. Chega a responder “minha cama”, mas depois se corrige: “a minha cama é minha e dele”. Como objeto de amor do Outro, tudo lhe pode ser por esse expropriado. Deposita as decisões sobre o seu futuro na expectativa de enlace com o pastor.

Porque se eu não encontrar ele, vou ter que casar com outra pessoa. Eu tenho duas opções. Eu sou sincera. Ou tomo o remédio, tomo a medicação na veia pra falecer de verdade ou, então, arrumo uma pessoa pra mim casar e ter minha família.

Essa é uma fala delicada, a qual sinaliza um desejo de morte que requer uma escuta atenta e sistemática, haja vista ser comum na vivência psicótica a tentativa de suicídio como forma do sujeito escapar do modo pelo qual se sente tratado pelo Outro. Por outro lado, Elisa também reconhece a possibilidade de continuar a viver a partir de um novo amor, o que requer a compreensão da morte a que se refere. Nas alternativas presentes em seu discurso, o delírio assinala que a ruptura com a realidade nunca é completa na psicose. A expectativa que estabelece em relação ao pastor não impede a busca de uma relação concreta, caso aquela não tenha o desfecho esperado.

Contou ter já recebido proposta de namoro de uns três pacientes. Namorou um deles. Assim, se quando chega no CAPS tem uma doença “pegativa”, indica que para “ficar boa”, precisa “beijar na boca” e “praticar sexo”, conforme teria lhe orientado o psiquiatra que a atende. Precisa realizar tais ações para “melhorar”, ainda que considere que isso só vai acontecer de fato com o retorno do pastor.

Elisa diz que de todas as crises que já teve antes, a atual é a mais difícil, pois ninguém compreende o que fala. Não pode falar em sua casa sobre Jeremias, porque sua mãe não gosta dele. Sente que não só não pode falar sobre o seu sofrimento, como, ainda que tente, não consegue se fazer compreender. Sentindo-se sozinha, em seu

delírio identificava um apoio: “Eu preciso (...) dele ficar perto de mim toda hora. Não me vigiar, mas ficar perto de mim conversando comigo”. Embora o delírio seja uma tentativa de restabelecimento do laço social, Elisa também fala de sua contrapartida: a exclusividade da relação delirante interfere na possibilidade de haver outras relações sustentadas na realidade.

No discurso de Elisa comparecia constantemente a espera do retorno de Jeremias, embora a expectativa parecesse diminuir em alguns momentos. No final de 2006, informou à pesquisadora ter ele retornado. Pouco tempo depois, teria partido dele a “decisão” de se casarem. Começou a planejar a cerimônia e a escolher quais funcionários e pacientes do CAPS convidaria. Ele lhe teria dito que queria ser seu “responsável” junto à instituição e já pretendia solicitar sua alta, pois já estava “ótima”. Elisa informou, inclusive, ter já ela pedido sua alta à equipe técnica, que não concordou por considerar precoce sua saída.

Sabe-se que, dentre outras definições, “responsável” é alguém que responde pelos atos de outro. Na reflexão sobre o tratamento que há, na instituição investigada, ao paciente psicótico, cabe considerar como ele se apropria de um termo que tem tal significado. Como no delírio o objeto “está carregado com aquilo de que o sujeito se descarrega” (Safouan, 1991, p. 218), a forma como Elisa fala de si e sobre o que deseja para a instituição parece ser através do propósito de tornar o pastor seu “responsável”. Essa parece ser a alternativa que desenvolve para ter um controle sobre o tempo e o rumo do tratamento.

Em outros momentos, Elisa falava sobre a proposta de namoro feita a ela por um outro paciente do CAPS. Através de diálogos com funcionários da instituição, soube-se que iniciou namoro com essa pessoa. No entanto, nos encontros com a pesquisadora, Elisa repetia que ia se casar em breve com Jeremias. Pôde-se concluir que, afinal, é como se tivesse feito uma escolha. Remanejou sua construção delirante para outra pessoa, a qual continuou a chamar de Jeremias. Parecia, com isso, ter conferido um sentido à experiência de desmoronamento que sentia, bem como identificado uma forma de vínculo possível com o outro (Coriat & Pisani, 2001).

Contudo, o delírio, “mesmo que pareça estabilizar-se numa construção precisa e complexa, continua a ser uma construção imaginária, de equilíbrio precário” (Coriat & Pisani, 2001, p. 62), pois tem sempre que sustentar uma certeza. Na expectativa de um enlace, Elisa não via mais motivos para permanecer na instituição. No mês de março de 2007, ela solicita novamente sua alta. Justifica que, como sua mãe

lhe disse que não tinha ninguém durante o dia para cuidar do seu filho, precisa ficar em casa. Como o pedido é novamente recusado pela equipe, relatou ter falado de forma agressiva com alguns funcionários. Disse-lhes, ainda, não querer mais o tratamento, o que acarretou sua “alta por abandono”.

O uso do termo abandono na citada situação chama a atenção. No caso de Elisa, não querer mais o tratamento não implica seu abandono. É preciso analisar as repercussões desse significativo para ela, sua família e os profissionais, de modo a que não seja a instituição quem estará, de fato, abandonando. Dentre outras definições, abandono implica em desamparo. É necessário, assim, entender a que sua fala, “não quero mais”, está relacionada, ou seja, como tenta tornar sua família e os profissionais cientes de seu sofrimento com uma demanda para que algo seja feito.

Elisa ficou cerca de vinte dias ausente do CAPS. Nesse intervalo, relatou ter sido agredida por seu pai “sem motivo” e que o denunciou à Delegacia Especial da Mulher. Sua família teria entendido que a “delegada” disse que a casa em que residem deveria ficar com ela. Seus pais cogitaram a possibilidade de Elisa morar sozinha. Eles, os demais filhos e o neto iriam para outra residência.

Através do respaldo de um representante da lei, Elisa parece ter reconquistado uma voz em sua família. A oportunidade de morar só foi percebida como um ganho por ser algo almejado desde a adolescência. Como seu pai se desculpou, garantindo que não mais a agrediria, retirou a queixa. Disse que ele se tornou mais paciente depois desse evento. Elisa resolveu, então, que continuaria a morar com sua família. Aparentemente, diante da mudança de comportamento de seu pai, parece ter dado a si e a sua família uma oportunidade para que possam encontrar juntos antigas e novas formas de convivência.

Na tentativa de promover seu retorno ao Centro de Atenção, foi realizada uma visita domiciliar por uma assistente social e uma psicóloga<sup>18</sup> da instituição, na qual a pesquisadora esteve presente. Destaca-se que, nesse período, tendo concluído a realização da pesquisa de campo e encontrando-se já em processo de transcrição do material gravado, a pesquisadora estava afastada da instituição. Ao ser informada, entrou em contato com os profissionais do turno matutino, responsáveis pelo caso, a fim de obter mais informações e contribuir no que fosse possível. No encontro ocorrido, ficou acertada a visita domiciliar – com a solicitação à pesquisadora para que dela participasse.

Apesar de a visita ter sido previamente agendada, Elisa não estava em casa. Ao tomar conhecimento, ficou contente, pois suas “orações” foram atendidas. Durante sua ausência, disse ter refletido muito e chegou à conclusão de que: “o meu melhor lugar é aqui (*no CAPS*), porque são pessoas (*os profissionais*) que se dedicam a trabalhar pra dar a saúde da gente. (...) que se botam de verdade pra fazer a obra de Deus”. Após seu retorno, disse ter preferido terminar o namoro com Jeremias. Justificou que como ele também tem “problema psicológico”, a relação entre os dois “não daria certo”. Considerou melhor tê-lo como “amigo”. Chegou à conclusão de que não são todos os tipos de relação que adoecem. Amizades não adoecem, assimila, mas a relação “homem-mulher” sim. Na mesma época, soube-se do término do namoro com o paciente da instituição.

Elisa parece ter considerado que os profissionais do CAPS não lhe proporcionaram a sustentação necessária à experiência de desmoronamento psicótico que sentia. Quando soube do engajamento deles, é como se tivesse voltado a identificar a instituição como um possível ponto de apoio para si. Com o reconhecimento de se encontrar em crise, quando sente que os recursos que tinha até então não são mais suficientes para dar um sentido à experiência de desmoronamento, o retorno ao CAPS é identificado como uma possibilidade de suplência ao retorno daquilo que, embora seja seu, rejeita. Desse modo, a partir da transferência que estabeleceu com a instituição é possível que tenha encontrado um ponto de sustentação para o descarrilhamento psicótico e de oxigenação dos laços familiares.

Ao não passar do pensamento ao ato, consegue estabelecer algum limite para não revidar contra quem acredita ter lhe prejudicado – como o noivo da irmã – e para questionar a ideia suicida apresentada ao ingressar na instituição. É por que voltou a tomar medicamento no CAPS que não fez isso? Ou por que nele encontrou um espaço no qual identificou uma função continente? Ambas as opções não são excludentes. Falam de duas formas que o sujeito reconhece como uma mediação a seu desejo. Falam, ainda, conforme ilustra o período que Elisa esteve ausente da instituição, sobre o trabalho que o sujeito realiza para alcançar uma estabilização da psicose.

### 6.5 O sujeito Elisa

Dois pólos clássicos indicativos de paranóia aparecem na fala de Elisa: “idéias de prejuízo e perseguição e idéias de superestimação de si mesmo” (Coriat &

---

<sup>18</sup> A profissional responsável por seu atendimento.

Pisani, 2001, p. 46). Como já citado, é comum em seu discurso histórias de pessoas que realizam conspirações, como membros de sua família, para prejudicá-la e/ou a seu filho. Mesmo sua mãe que não realiza nenhuma ação nesse sentido, também está contra ela, já que não acredita em sua palavra. É comum ainda em seu discurso descrições em que aparece como a melhor ou a mais negligenciada dentre todos: a filha mais querida de seu pai; a mais mimada por ele e mais rejeitada por sua mãe; a mais inteligente dos filhos (os “irmãos são burros”); a garota mais bonita de seu bairro, quando adolescente. Descrições que indicam que o outro só pode invejá-la, portanto.

Elisa fala de seu incômodo por não estar se sentindo normal. Para ela, gozar de normalidade é poder realizar o que fazem as outras pessoas que não estão em tratamento no CAPS – “minha vida é de casa pra cá, daqui pra casa” – cujo campo social de circulação é muito mais amplo. Não se sente normal por estar doente. Seu objetivo é “viver em sociedade”, o que pode ser lido como um receio de deixar de *estar* em sociedade e de ter com as instituições e grupos nela existentes os mais diversos vínculos. Questiona, então, se sua doença é “reversível”, o que para ela representa ser igual às outras pessoas. Em seguida, revê essa fala. Quer saber se ficará como antes ou melhor.

Alternando a nomeação do mal-estar que sente como “doença” ou “problema”, indica que além de considerar que o recebeu de sua mãe – por ela ter sido praticante de umbanda – também acredita que é genético. Sobre a segunda possibilidade, mescla em sua explicação o que Pessotti (1999), a partir das idéias de Morel, denominou como teorias da hereditariedade similar ou por metamorfose. Elisa relaciona o que sente tanto ao fato de duas primas de seu pai possuírem o “mesmo problema”, quanto ao de haver casos de mal de Parkinson e de derrame em sua família.

Essa explicação ocorre no momento em que se questiona o porquê de sua “doença” ter ocorrido nela e não, por exemplo, em algum de seus irmãos. Inicialmente, responde que pode ser por causa do destino, depois reformula o que diz: “Eu disse que é do destino, mas não posso nem dizer que é do destino porque Deus não quer doença pra ninguém”. Parece considerar que se é “genético”, não há interferência divina. Fala, portanto, de condições médicas e de experiências que, de alguma forma, foram a ela transmitidas ao longo das gerações.

Contudo, dizer que há uma causa genética ou herdada<sup>19</sup> envolvida não é suficiente para Elisa. Dentre as coisas que demanda, inclusive, à pesquisadora, solicita a essa que lhe diga qual diagnóstico considera ela ter. Deseja saber qual classificação médica possui para “saber a possibilidade que eu tenho de sair daqui e poder trabalhar... E fazer com que minha mãe acredite em mim, meu pai acredite em mim, acredite no que eu falo”. Considera que é o diagnóstico o que vai permitir que sua família aceite que há uma verdade em seu discurso. Através dele poderá justificar o que sente e não sabe explicar. Através dele poderá confirmar para si e as pessoas de seu convívio a gravidade do que vivencia. Elas poderão compreender e ser mais solidárias a seu sofrimento.

Elisa reconhece que os diferentes diagnósticos têm diferentes impactos familiares e sociais. Alguns já têm certa aceitação, como a depressão, haja vista a própria banalização do termo na sociedade (Roudinesco, 2000). Outros são rejeitados, como o de esquizofrenia, conforme discutido no tópico sobre a instituição CAPS. É possível que isso a leve a citar a “depressão” como um dos sintomas que sente.

Ao se devolver a questão sobre qual diagnóstico considera ter para que reflita, fala do que os médicos com os quais já se consultou lhe disseram. Parece reunir fragmentos de diversos diagnósticos, para, a partir do modo como pôde assimilar o que lhe foi dito, compor sua explicação sobre o que sente e sua história. No primeiro momento, quando ingressa no CAPS, informa que o psiquiatra que a atendeu lhe deu um diagnóstico de “hiperpilexia”. Observou que não era para confundir com epilepsia. O médico teria lhe dito que era uma “doença pegativa”. Com o tratamento, deixou de ser uma doença que pode transmitir às pessoas, o que restituiu sua possibilidade de contato com o outro. Posteriormente, entende que esse médico considera que tem “um problema de afeto”, diagnóstico com o qual se identifica e assume, tendo em vista o sofrimento que sentia em razão da ausência do pastor.

“A minha (*doença*) agora é paixão”. Seu diagnóstico muda de algo que exclui para algo que inclui o outro. O médico-psiquiatra teria dito que: “O nome da minha doença é afeto e alguma coisa lá”. Não guarda em que consiste “alguma coisa lá”. Ela se fixa no significante afeto. Pareceu contentar-se com essa explicação. Sua doença tem algo “ligado ao afeto”. Indagou-se o que estaria ligado.

---

<sup>19</sup> Sabe-se que nem toda patologia de ordem genética é hereditária. Contudo, como há uma confusão entre essas duas possíveis etiologias nas falas de Elisa, bem como nas de sua família e dos profissionais do CAPS, como se verá adiante, optou-se no texto pelo acatamento ao que foi dito pelos participantes, com a conseqüente discussão sobre os significados por eles associados.

Falta de carinho da minha mãe, né? Um principal afeto, falta de carinho dela. E (...) todo mundo aqui fica triste, quando eu fico triste. (...) Quando eu fico alegre, todo mundo fica alegre, os colegas... Isso aí já é a parte do afeto, porque se eu chego triste aqui, eu vou ficar... Eu vou ficar afetando eles também, não é?

Elisa fala de várias questões relacionadas ao afeto que a adoecem, como ser obrigada a fazer algo que não quer fazer, a exemplo de sua mãe que a obriga a ir ao CAPS, ou de alguém que diz que com ela vai namorar, mas não o faz, como Jeremias. É como se considerasse não possuir imunidade alguma diante do outro.

Não considera o “afeto”, de fato, uma doença, embora o chame assim. Ao dizer que sua doença é “afeto e alguma coisa mais” cria para si um diagnóstico que tenha algo de si, algo de humano, pois uma classificação alfanumérica lhe diz pouco ou nada sobre o que identifica como a origem de seu sofrimento. Logo, sente-se afetada pela falta de carinho de sua mãe, assim como sente que Jeremias foi uma das pessoas que mais atingiu seu afeto. Entre a falta de afeto materno e o pensamento de que alguém afeta seu afeto, Elisa parece estar falando de sua disposição afetiva para estar no mundo e por esse se deixar afetar, o que indica através do delírio. Recorre a uma fala do neurologista que a atendeu em sua adolescência: “Cada tempo, a doença vai se apresentando de uma outra maneira, de uma outra forma”.

Conclui que, desta vez, a doença “evoluiu pelo afeto” e que quem mais o atingiu foi Jeremias. Identifica que o afeto está ligado tanto à falta de investimento do outro em si, quanto à sua capacidade de afetar os demais. Como está rodeada do “sentimento” de afeto no CAPS, começa a perceber melhoras em si, como inclusive realizar uma autocrítica acerca de ideiação suicida dita no início de sua participação na instituição e na entrevista. Sente que sua melhora agora está acelerada em comparação a outros momentos de sua vida, o que relaciona ao Centro de Atenção e ao retorno do uso do medicamento. O segundo não parece ser considerado como uma parte de um todo maior do tratamento que é oferecido pela instituição.

Acrescenta que se deixar de tomar os remédios indicados, a doença vai só evoluindo e se mostrando diferente em cada época de sua vida. Os nomes da doença mudam, mas algo continua. Algo que tem a ver com sua história e com o seu modo de estar com o outro que permanece. Por que permanece? Provavelmente, por falar de uma questão cujo significado, por ser muito caro a Elisa, ela precisa repetir, o que comparece em seu delírio.

O neurologista que a atendeu em sua adolescência teria dito ainda que, para uma doença como a dela, a solução é: nada de emoções fortes e a não interrupção do uso do medicamento. A primeira orientação implica evitar qualquer ação que possa prejudicar seu bem-estar, como namorar, amar. Elisa sabe que o tipo de tratamento que realiza não possui previsão de término. Trata-se, portanto, de uma orientação impossível. Não se pode estar no mundo sem duas questões inerentes à condição humana: prazer e sofrimento psíquicos. Como sua doença está ligada ao afeto, percebe que algo sempre retorna mesmo que não interrompa o uso da medicação. O remédio alivia os sintomas, mas não elimina o sofrimento que os produziu.

Como relata que Jeremias retornou, questiona o que deverá fazer, já que ele a pediu em casamento. Está realizando duas ações contrárias: namora e está em tratamento. Conclui que, como está “tomando remédio”, conseguiu seguir, pelo menos, uma das orientações. Ao ser interrogada sobre se poderia ter uma outra crise, respondeu que isso só aconteceria se ele a deixasse. Indica que “cada fase da minha vida é uma coisa diferente”. Reconhece que nenhum momento é igual ao outro, porque o sujeito que os vivencia não é o mesmo de outrora.

Como já discutido no tópico anterior, diante da experiência de desmoronamento psicótico é através do delírio que Elisa desenvolve uma tentativa de ligação com sua família, profissionais e pacientes do Centro de Atenção. Quando informa que ela e Jeremias se tornaram amigos parece ter encontrado na ressignificação de seu delírio, no apoio familiar e na instituição um ponto de sustentação na realidade. Nesse processo, identifica o CAPS como um outro lugar para si, ainda que por vezes oscile seu desejo de estar ali. Que bom que oscila.

Ao assimilar a rotina da instituição, por vezes, fornecia praticamente um relatório médico, no início dos encontros, para falar como se sente de acordo com seu interesse por atividades da vida diária: comer, dormir, tomar banho (e quando). A avaliação que faz acerca de seu bem-estar se torna pautada por esses parâmetros. Afinal, se é isso que lhe perguntam na instituição, é isso que aprende a responder sobre si. A auto-avaliação fala de uma sintomatização das atividades da vida diária – se as realiza ou não, como e quantas vezes realiza, etc.

Em sua identificação com os profissionais, pensa em realizar o curso de Terapia Ocupacional. Quer “ser terapeuta pra mexer com a cabeça das pessoas”. Pode-se pensar o verbo mexer tanto no sentido de movimentar, provocar um deslocamento, quanto de bulir, importunar. Diferentes ações presentes na possibilidade de mexer com

a cabeça dos pacientes. Em todas, há o reconhecimento de que, quer a equipe exerça um poder benéfico ou incômodo, algum efeito é produzido.

Ao longo dos encontros para a conclusão da entrevista com Elisa, comumente ela repetia não saber que tipo de tratamento é feito no CAPS. Conquanto percebesse um resultado em si, desconhecia o processo através do qual esse foi adquirido. Isso possivelmente se deve, dentre outras questões, a uma dificuldade de diferenciação – conforme inferido do discurso de Elisa e de outros pacientes – acerca das atribuições específicas relacionadas a cada profissional que compõe a equipe, bem como de suas atribuições em comum. A atividade de prescrição do medicamento pelo médico parecia ser a mais conhecida. Ela também associou esse profissional à atribuição de fornecimento da alta. Relacionou, igualmente, o assistente social à ação de conceder a alta. Sua concepção sobre esses dois técnicos foi modificada quando, ao solicitar a conclusão do tratamento, é-lhe dito que a equipe precisará conversar com sua família.

Em relação a profissionais como o psicólogo e o terapeuta ocupacional, como ambos no local investigado trabalham com grupos, realizando técnicas de interação – Elisa associa a eles essa atribuição, sobretudo ao segundo. Fala de técnicas grupais que lhe foram tão significativas que pensa inclusive em empregá-las com seu filho. Espera que as “virtudes” que nela se desenvolveram também passem para ele.

Sabe que o psicólogo realiza atendimento individual por já ter passado por essa modalidade de intervenção na instituição anterior, onde fazia tratamento. Esse é um dos pontos recorrentes em sua fala ao comparar as duas instituições. Como esse serviço não acontecia consigo no Centro de Atenção, chegou a demandar à entrevistadora que, concluída a pesquisa de campo, deixasse de ser a “psicóloga-entrevistadora” e passasse a ser apenas sua psicóloga.

É possível que Elisa tenha reconhecido os encontros destinados à realização da entrevista como um espaço em que pôde falar sobre Jeremias sem reservas, ao contrário de sua casa. Sua fala sinalizou uma demanda de ser escutada e assessorada em seu processo de construção de sentidos, que possibilite uma outra via para o escoamento de seu desejo. Esse é um trabalho que implica escutar o que o paciente diz, como diz e além do que diz a fim de que o delírio não se restrinja a um indicativo de melhora ou piora para a família e a equipe do CAPS.

## 7. A FAMÍLIA E A INSTITUIÇÃO CAPS

No presente capítulo, tal como no anterior, é realizada, inicialmente, uma reconstituição das histórias pessoal e em família de Elisa – da infância até o momento em que ingressa no CAPS – a partir da análise conjunta das entrevistas desenvolvidas com seus pais e irmãos. Em seguida, são apresentadas e discutidas as falas referentes à: dinâmica familiar antes e após o ingresso de Elisa no Centro de Atenção, sobre essa instituição, bem como acerca da etiologia, diagnóstico e desenrolar de seu quadro.

### 7.1 A história familiar de Elisa

Elisa possui cinco irmãos – três mulheres e dois homens. Entre os nascimentos do segundo e do terceiro filhos, Benedita teve um aborto espontâneo, uma criança do sexo masculino. De uma gestação a outra, houve um curto intervalo, tanto que a filha mais velha, Elisa, tem 29 anos e, o caçula, Jaime, 23.

Dos cinco irmãos de Elisa, apenas Carla e Jaime ainda residem com ela e os pais. Da família, apenas uma das filhas não é adventista. Elisa foi a primeira a ingressar nessa religião.

Tal como Elisa, seus irmãos manifestaram desconhecimento acerca do início da história de sua família. Os pais informaram que o casamento entre os dois ocorreu poucos dias após o nascimento daquela. É possível pensar que, por se tratar de uma história que começou de forma não intencionalmente planejada, somada a um cotidiano doméstico marcado por valores tradicionais de educação – questões essas que serão discutidas adiante – os pais não se sintam motivados a contá-la integralmente aos filhos.

Os pais de Elisa também colocaram que, com poucos meses de vida, ela teve um desmaio. Foi levada a um serviço de emergência hospitalar, mas nada foi identificado naquele momento nem nos exames realizados posteriormente. Além do desmaio, os pais indicaram que, na infância, Elisa apresentou comportamentos que despertaram sua atenção, os quais se acentuaram na adolescência. Ela teria piorado depois que engravidou. Para os irmãos, antes da adolescência, ela não apresentou nada que despertasse sua atenção.

Em comum, observou-se nos discursos dos quatro familiares certa dificuldade em indicar que “problemas” ela manifestou e quando ocorreram, os quais teriam contribuído para seu ingresso na umbanda e a procura por assistência médica. Foram citados motivos das mais diversas ordens, como: viroses infantis; ter visto

“visagem” na infância; e, desobediência à autoridade parental, na adolescência. Sobre a “visagem”, Joaquim disse que a filha tinha medo, quando criança, do escuro por ver “bicho”. Não soube informar a que ela se referia. Todos esses motivos sinalizam, assim, a dificuldade familiar em descrever e entender o que Elisa vivenciou.

Nas falas de pais e filhos, foi recorrente a presença de lembranças truncadas ou poucas sobre a história de Elisa. Embora lapsos no discurso sejam comuns, a reiterada afirmação de desconhecimento acerca de eventos cruciais na vida daquela foi surpreendente. O pai, por exemplo, indicou que, em relação aos cuidados médicos, era mais frequente que Benedita acompanhasse a filha, em sua infância e adolescência, durante as consultas – algo habitual nas famílias brasileiras por ser a mãe (mulher), em geral, a principal cuidadora. Jaime relacionou seu pouco conhecimento ao fato de ser muito jovem na época.

Contudo, ainda que suas justificativas sejam esperadas, dado o tempo de ocorrência dos eventos em questão, as lacunas nos discursos dos quatro levam a refletir até que ponto os eventos identificados como incômodos, dolorosos, sem sentido dentro de seu contexto de vida, precisaram ser, de alguma forma, esquecidos. É necessário analisar, assim, como os membros de uma família organizam em conjunto suas memórias, especialmente os pais – quem usualmente se considera terem mais informações sobre o crescimento e desenvolvimento dos filhos – de acordo com o que eles têm condições de suportar.

Como o “problema” não foi diagnosticado nem “curado” pelos médicos consultados, os pais buscaram outro recurso. Elisa foi levada, então, para uma casa de umbanda. Pôde-se entender que o principal motivo para essa escolha foi o fato de ter sido algo corriqueiro na comunidade na qual Joaquim cresceu.

É possível que, como o pai-de-santo da casa de umbanda afirmou que o “problema” era decorrente de questões da genealogia familiar materna, Elisa assimilou tal colocação. Tal como ocorreu com seu pai, ela era levada à casa de umbanda por qualquer motivo, pela prática religiosa de sua família na época. Assim, a participação foi algo relativamente comum para todos os membros. No caso de Elisa, tornou-se frequente por ter sido identificada como médium.

Essa é uma história que ilustra a dificuldade não só da família, como também médica e do entorno social em compreender o sofrimento vivenciado pelo sujeito diante do fenômeno psicótico. Na tentativa de compreensão, de acordo com a lógica adotada, pode haver ou não oposição entre os distintos espaços buscados. Nesse

sentido, Vieira Filho (2005) indicou que, na interação entre religião e saúde, os percursos terapêuticos das pessoas que se consideram ou são consideradas doentes não são comumente lineares e ordenados, segundo uma única lógica religiosa (evangélica ou umbandista) ou médica. Uma visão de mundo sincrética parece estar na raiz desses itinerários. Esse modo de compreensão do sofrimento consegue aliar discursos sobre a saúde tradicionalmente díspares, ou mesmo, excludentes.

Quando mãe e filhos se tornaram evangélicos, somente o pai permaneceu na casa de umbanda. Era ele quem comprava os materiais indicados para a realização dos ritos. Continuou a levar Elisa, sem comunicar à esposa.

Eu entrei na igreja desde 12 a 13 anos... Não acredito em nada que não seja Deus ou nada que não seja o diabo. (...) É a divisão que existe no mundo. Se você não está d'um lado, você está do outro. (...) Que meu pai tinha, por ainda não conhecer a mensagem... (...) Ele achava interessante ouvir conselho de "A" e de "B" e procurar pai-de-santo pra fazer isso, pra fazer aquilo. (...) Ele ouvia conselhos e quando ela (*Elisa*) adoecia, levava (Jaime).

Essa fala retrata como, para a família, as explicações religiosas são, por vezes, mais acessíveis que as fornecidas pelo médico, em especial nos casos em que nenhuma resposta satisfatória é identificada após uma freqüente peregrinação pelas instituições de saúde. Isso contribui, por exemplo, para que um combate religioso entre o bem o mal seja de mais fácil assimilação e/ou aceitação do que uma explicação fornecida em linguagem hermética acerca do papel de uma determinada deficiência neuroquímica no adoecimento de alguém. No primeiro caso, há a possibilidade de lutar contra um inimigo bem definido. No segundo, é mais difícil compreender o que se está combatendo (Cerqueira-Santos, Koller & Pereira, 2004).

Desde a época de escola, segundo os irmãos, Elisa sempre foi "a mais problemática", atrasando-se para ir ao colégio e de lá retornar. Sempre foi a filha mais controlada pela família. Sua mãe e seus irmãos indicaram que, desde a adolescência, Elisa começou a apresentar comportamentos desviantes dos padrões familiares, como mentir (para ir a festas, por exemplo), dormir com os namorados em casa, bem como discussão com os pais e desobediência em relação à sua autoridade. Desde aquela época, eles passaram a ver o comportamento de Elisa, primordialmente, como transgressor. Joaquim foi o único que não apresentou tal descrição sobre a filha. Provavelmente, por isso, seus outros filhos e a esposa considerem que ele sempre foi excessivamente conivente com ela.

(...) lá em casa, desde quando eu, que eu lembre (...)... Meu pai sempre foi... Como nós somos seis irmãos... É, assim, ele sempre deu muito... Sempre foi muito pro lado dela, os outros... E ela aprontava muitas coisas. A gente reclamava pra ele. Ele achava que a gente não gostava dela, que a gente fazia intriga com ela (Carla).

Jaime relatou, igualmente, considerar que o pai tem certa preferência por Elisa, o que relacionou ao fato de ela ser a filha mais velha. As falas dos dois irmãos sinalizam que essa situação pode ter contribuído para seu distanciamento em relação àquela. Jaime relacionou a pouca afinidade entre ele e Elisa ao fato de que: “ela é a primeira, eu sou o sexto. Tem quatro na frente”. Nesse sentido, até a ordem de nascimento é colocada como algo que dificulta a aproximação e a interação.

Não se trata de uma simples rivalidade entre irmãos, mas da percepção de uma preferência paterna sem motivo: “É mentirosa. Até hoje, ainda mente”, diz Carla. Conseqüentemente, deve-se sempre duvidar de suas palavras.

Na adolescência, Elisa começou a apresentar ações que ainda realiza na atualidade, como usar roupas e calçados de sua mãe e das irmãs “sem permissão”. Aparentemente, não é somente uma ação como essa que desagrada Carla, mas, sobretudo, o fato de Joaquim ficar ao lado da filha mais velha (“a certa”), em detrimento da palavra dos demais filhos (os “errados”). Questionou-se a Carla o porquê de Elisa pegar objetos pessoais das irmãs e da mãe sem autorização. Por “inveja”, respondeu. Em relação ao episódio que contribuiu para o ingresso no CAPS, os pais acrescentaram que a filha mais velha não só queria usar apenas roupas alheias, como rasgava ou jogava fora as próprias, por considerar que não prestavam.

Pode-se considerar, portanto, que não é de inveja que se trata a ação de Elisa. Trata-se da forma como lida com seu próprio corpo nos momentos de crise, o que revela através da ação de não querer se vestir com algo que é seu, como se o que é seu não fosse bom. Essa parece ser a sua tentativa de, através de um significante que toma emprestado do Outro (“boa”), quase sempre materno, cobrir o ser estragado que tem certeza de ser (Soler, 2007).

Para Carla, Elisa “não era para ser uma pessoa” como é, “já que ele (*o pai*) sempre deu o que ela quis”. Essa fala sinaliza a dificuldade de Joaquim de reconhecer que, entre o que proporciona à filha mais velha e o que ela lhe demanda, há um grande hiato. Preocupado em suprir suas vontades, ele não se dá conta de que o exercício da função paterna se refere a algo muito mais complexo: a interdição. Se qualquer

comportamento incomum realizado por Elisa e suas delicadas conseqüências são esperados, também é prevista a ausência de questionamento paterno. Desse modo, Benedita e os filhos parecem considerar que sempre houve por parte de Joaquim receio em agir como pai em relação a Elisa, sobretudo quando ela era adolescente.

Segundo Alberti (2002), a adolescência, como um processo com implicações acerca das quais o sujeito não costuma refletir em seu decorrer, leva-o a fazer escolhas sem avaliar o preço que irá pagar. Aliás, não raro, o jovem se ilude, acreditando que não terá de arcar com nada. A maior das escolhas com as quais o sujeito se depara nesse momento é pagar o preço por seu desejo de desligamento de seus pais, o que implica assumir que o Outro é barrado, castrado.

Paradoxalmente, ainda que o sujeito viva num contexto em que se sinta socialmente impelido a se distanciar de seus pais, permanece deles precisando. Há ainda uma outra grande questão a ser enfrentada por todos os envolvidos: para que o adolescente se separe de seus pais, é fundamental que eles não se separem dele. Os pais não devem duvidar de sua função junto ao filho adolescente, pois, por mais que esse os contradiga e se rebele contra sua autoridade, ele está se exercitando nesse novo lugar, no qual poderá prescindir deles por já tê-los internalizado (Alberti, 2002).

Se o adolescente faz um trabalho de luto frente à perda de autoridade dos pais, o sujeito psicótico não pode fazer esse trabalho, por falta de uma referência interna que sustente o desligamento das figuras em relação às quais está colado. É porque o segundo jovem não tem essa referência, que tende a permanecer na dependência de outra referência, concreta, ficando impossibilitado de realizar o trabalho de desligamento da autoridade paterna. Na ausência desta, quer por falta de investimento, quer por excesso de trabalho ou mesmo por abandono, o jovem poderá desejar substituí-la das mais diversas formas possíveis (Alberti, 2002). Para isso, poderá, inclusive, correr o risco de apresentar comportamentos que tragam danos à sua saúde, o que favorecerá a ocorrência de outros comprometimentos ao seu bem-estar e à sua interação com a sociedade.

Carla considera que os pais “fazem tudo” por Elisa, mas a mãe não exagera. A irmã comenta que se esforça para ter e manter algum diálogo, uma relação um pouco mais íntima, mas reconhece a grande dificuldade que sente nessa tentativa. “A minha relação com ela, eu não consigo... Não tem jeito, entendeu? Eu oro muito pra Deus. Eu acho que eu posso até perder a minha salvação por causa disso”. A crença religiosa não

é suficiente para que haja uma ampliação dos laços. No sentido abaixo apontado por Carla, essa crença parece, inclusive, justificar a distância entre as duas.

Eu sinto por ela mesmo, só pena, entendeu? Só pena. Por ela ter chegado a esse ponto que ela chegou. Que eu acho assim que... Não é nem que eu acho, a bíblia mesmo fala, que aqui se faz... Que o que você faz aqui, aqui nesse mundo você paga, entendeu? Eu acho assim que tudo que ela ta passando é sofrimento do que ela veio, vem fazendo desde... pra cá. (...) pra tudo há uma reação, né? E o que você fez aqui, mais tarde você vai sofrer as conseqüências. (...). Mas amor, sinceramente, eu não tenho... É minha irmã, mas eu não tenho amor por ela. Eu tenho pelos outros, mas por ela...

Há, aí, a consideração de que o quadro apresentado é a conseqüência de uma história de falhas. Pautada numa perspectiva religiosa, Carla considera que o adoecimento da irmã é uma penitência. Para alguns grupos evangélicos, conforme Cerqueira-Santos e cols. (2004), é comum a crença de ser a doença uma punição decorrente do comportamento do sujeito enfermo. Enquanto o mal que cometeu não for por ele reparado, continuará a padecer. Afinal, o poder divino é limitado pelo livre-arbítrio. Deus pode ajudá-la, desde que se responsabilize por seus atos.

Dentre os atos que Elisa está pagando, o não cuidar do próprio filho, provavelmente, é um dos principais. “A gente tem que lutar, não pode botar fora, né?”. Essa foi a resposta de Benedita sobre o que sentiu ao saber que a filha estava gestante. Embora pareça uma resposta seca, fala da forma como a família conseguiu e consegue lidar com os momentos inesperados e árduos que Elisa lhe traz. Segundo Benedita, muitos desses momentos são decorrentes da desobediência da filha, que age assim para a “aporrinhar”. Sua visão sobre o agir de Elisa lembra, muitas vezes, o estereótipo social relacionado ao adolescente: rebelde, mal-educado, não compreensivo, grosseiro.

Benedita se queixa de que a filha sempre lhe foi desobediente e pouco ou nada grata em decorrência do que por ela faz. Discorreu, ainda, sobre a frequência com que Elisa diz não ser ela sua mãe, com a declaração para pessoas externas ao grupo familiar de sua intenção de realizar um exame de DNA para confirmar a existência de laços consangüíneos entre as duas. Quando indagada sobre o que sente diante de tal colocação, afirmou: “Eu fico escutando. E, às vezes, até eu dou logo razão pra ela”. Concorde para evitar novas discussões e, talvez, por considerar, de alguma forma, que a filha esteja certa. Também lhe é difícil ser mãe de alguém que não corresponde às suas expectativas. Através de uma aparente resignação à fala de Elisa, é que desenvolve uma

forma de suportar os delicados eventos ocorridos na história entre as duas. No entanto, se Elisa tem dúvidas em relação ao fato de Benedita ser sua mãe, nunca disse nada semelhante sobre Joaquim.

Freud (1909/1976, p. 245) observou que, quando a criança finalmente consegue diferenciar os papéis desempenhados por seus pais na relação sexual, compreende que se “a paternidade é sempre incerta, a maternidade é certíssima”. Após esse momento, seu questionar em relação à identidade de algum de seus pais pode ocorrer quando ela se sente negligenciada por acreditar que sua afeição não está sendo retribuída na mesma proporção em que é dada e/ou pelo lamento em ter de compartilhar o amor parental com os irmãos. Surge, então, a idéia, pela criança, de ter sido adotada ou de que seu pai ou sua mãe não passam de um padrasto ou de uma madrasta.

No caso de Elisa, é possível que, por considerar que não recebe de sua mãe um investimento como o que lhe é fornecido por seu pai, ela coloque em dúvida a existência de um laço consangüíneo entre as duas, como forma de obter algo mais do que lhe é dedicado. Pode ser, também, um reflexo de sua dificuldade em realizar um descolamento de sua posição de objeto do desejo materno.

Questões sobre a identidade parental também se presentificam na relação de Elisa com o próprio filho. Sua mãe e irmãos têm dúvidas se o pai da criança é quem ela afirma ser, em razão de relacionamento que ela teve com outra pessoa na época. Seu irmão, inclusive, ressentido-se pelo fato de o sobrinho possuir o sobrenome de um “aproveitador”. Por que aproveitador? “Porque o nome dele ficou. A memória dele ficou”. É um nome de um pai que é negado, o qual, para ele, não tem nada a ver com sua família. Um nome que de, alguma forma, traz a constante lembrança de um passado do qual todos querem se afastar. Um nome, como indicou Freud (1913/1976), que é encarado como uma parte essencial da personalidade da pessoa falecida.

À exceção de Joaquim, todos os demais familiares de Elisa expressaram que ela nunca agiu como mãe para com seu filho. Informaram que ela ameaçou abortar na época da gravidez. Ameaçou, ainda, entregá-lo na maternidade quando nasceu e em outros momentos ao longo do desenvolvimento da criança. Esse quadro traz a consideração de que, para qualquer mulher, é possível que ter um filho e desejar dele ser mãe não sejam noções equivalentes nem possuam uma relação óbvia e simples. Essa situação tende a se tornar mais delicada quando um processo psicótico se presentifica entre a mulher e a criança. Enriquez (2001, p. 110) considerou que:

Creio que há em todos os psicóticos (e talvez não só neles), uma impossibilidade absoluta de assumir o risco de uma descendência que possa ser portadora do mesmo e do outro. Para um psicótico, toda descendência contém uma ameaça real, e não só fantasística de destruição. Ela é (mesmo que não seja apenas isso) objeto de um desejo de assassinato, assassinato da alma ou assassinato real, pois reativa um desejo de morte que tivera por objeto os próprios pais.

Para a autora acima, o desejo de assassinato do genitor se atualiza “no desejo de assassinato do filho e de seu poder de transmissão, da vida e de um nome” (p. 110). No caso de Elisa, é possível que sua dificuldade em lidar com tais questões de transmissão geracional tenha contribuído para que registrasse o filho com um sobrenome de uma pessoa que não possuía nenhum vínculo com sua família. Elegeu alguém que, de alguma forma, pudesse barrar e dar um sentido à experiência de desmoronamento psicótico vivenciada na época.

Jaime informou que, antes da crise que propiciou o ingresso de Elisa no CAPS, era praticamente unânime a crença familiar da existência de uma questão religiosa determinante dos comportamentos incomuns manifestados por Elisa. Gradativamente, cada membro passou a considerar que não se tratava mais de um estado espiritual abalado, mas de um estado psicológico abalado.

Segundo Jaime, quando “não era psicológico, ela falava coisas na sua sã consciência, como uma pessoa normal fala”. No entanto, em razão de “manifestação do inimigo” em seu corpo, apresentava uma força descomunal que “mulher normalmente não tem”. Para a irmã, quando a pessoa está “possessa” a agressividade não é dirigida para uma só pessoa, como a que Elisa direcionou a seu pai. Nessa diferenciação entre os estados, pode-se considerar que o primeiro, a possessão, é tido como algo que confere um poder, enquanto o segundo, referente ao campo médico/psicológico, implica uma perda, um enfraquecimento. Em comum, ambos os estados têm a capacidade de assustar a rotina familiar.

Ela era uma pessoa sadia. Tinha lá seus problemas como adolescente, os problemas como pessoa (...). Mas, é, depois do contato com ele (*pai-de-santo*), depois de ir pra terreiro (...), sua mente vai, normalmente, enfraquecendo. (...) parecia que ela era dependente agora de uma coisa. (...) Mas, ela parecia ser uma dependente mesmo, uma drogada daquele tipo de coisa (*a umbanda*). E, isso, veio a prejudicar o lado psicológico dela (Jaime).

Como indicaram Cerqueira-Santos e cols. (2004), ser um evangélico batizado não exclui a possibilidade de adoecimento. O evangélico que possui histórico de participação em outras religiões, sobretudo as que o seu grupo religioso considera envolver possessão por espíritos, é mais suscetível. Para Jaime, se, na adolescência, a irmã agia como uma “aborrescente”, ela realmente adoeceu quando ficou sob a influência de “espíritos demoníacos”. Com isso, Elisa precisa agora de remédios, sem poder gozar de saúde e de autonomia. A fala abaixo de Carla ilustra a dificuldade familiar em reconhecer o momento de transição do estado espiritual para o psicológico:

Já tava misturado, entendeu? Ao mesmo tempo, ela já tava fraca por não tá tomando o remédio, já tava fraca porque já tava freqüentando o terreiro e ao mesmo tempo freqüentava a casa de Deus, entendeu? Tudo isso o inimigo aproveita. Ele aproveita os teus pontos mais fracos pra te derrubar... a mente. Não que ele que se aposse da tua mente, porque só quem tem esse poder é Deus. Mas ele fica falando nos teus ouvidos.

A divisão entre estados espiritual e psicológico não elimina a crença de que há sempre um componente espiritual envolvido. A busca por auxílio médico é pautada numa lógica biológica. Logo, embora questões espirituais sejam um elemento imprescindível na avaliação do adoecimento, algumas vezes se deve considerar a possibilidade de uma disfunção biológica que justifique o tratamento médico (Cerqueira-Santos & cols., 2004). Segundo os irmãos, o pai foi quem mais tempo levou em acreditar que o “problema” de Elisa era exclusivamente espiritual.

(...) eu mesmo, não tava mais agüentando, porque todo dia o meu pai vinha e falava isso: “Que era espírito, que era espírito. Que a gente tinha que se ajoelhar”. Fez semana de oração lá em casa. (...) eu já tinha dito pra ele o que era, e ele sempre acreditando... Inclusive, as próprias pessoas da igreja chegava e diziam pra ele que ela tava precisando era de tratamento (Carla).

Percebe-se, a partir desse relato, como o pai de Elisa, em especial, esforçou-se por encontrar na religião uma explicação e uma cura para o quadro apresentado pela filha. A insistência paterna não permitia a identificação da exaustão familiar. Para Benedita, quando ele reconheceu que estava “errado, aí, já foi tarde demais”. Somado a isso, com a interrupção do medicamento, ela teria “enfraquecido” mais ainda.

É possível considerar que, inicialmente, a umbanda possuía uma noção de obrigação familiar, devendo todos os membros participar, de alguma forma, dos ritos. Quem não participasse, não estaria contribuindo para a cura de Elisa. Posteriormente, a

inserção na umbanda se torna proibida e, falar sobre ela, um tabu. Sobre esse, Freud (1913/1976) apontou que são atribuídas a certas pessoas um poder perigoso, o qual se considera que pode ser transferido através do contato com elas.

Esse poder está ligado a todos os indivíduos especiais, como reis, sacerdotes ou recém-nascidos, a todos os estados excepcionais, como os estados físicos da menstruação, puberdade ou nascimento, e a todas as coisas misteriosas, como a doença e a morte e o que está associado a elas (Freud, 1913/1976, p. 42).

Essa crença no poder que é adquirido através da religião ou de outros estados “especiais” tende a criar uma distância em relação à pessoa que o “possui”. À distância, justificada pelo medo e/ou pelo estranhamento em face de comportamentos incomuns, somam-se, como no caso da família de Elisa, os conflitos presentes na interação cotidiana.

Na dinâmica familiar estabelecida em torno de Elisa, apesar de esposa e filhos serem contrários à decisão paterna, há submissão à sua autoridade. “A palavra dele (*do pai*) é a que vale”, disse Carla. O dito paterno é o que tem mais peso, ou melhor, é o que tem peso. Estabelecem-se, assim, interações familiares verticais, marcadas pelo poder dos pais em relação aos filhos e do homem sobre a mulher. À primeira vista, há apenas aqui uma questão comum nas famílias brasileiras, decorrente do modelo patriarcal de relações, pois, embora a mulher, principalmente a mãe, seja, em geral, a principal cuidadora do membro familiar com uma psicose, sua voz fica em segundo plano diante da que pertence ao marido, pai e chefe da casa. Todavia, essa é uma situação muito mais delicada. Fala de toda uma gama de relações cristalizadas, a qual os participantes se sentem impelidos a aderir, em maior ou menor grau, como forma de preservar os papéis construídos ao longo da história de sua família. Como um pacto estabelecido, qualquer ensaio de questionamento tende a ser rechaçado.

“(...) eu vejo que ela (*Elisa*) faz coisa errada, eu vou, falo pra ele. A gente discute. Tem dia que ele me bate” (Carla). Essa fala não se refere apenas à dificuldade paterna em reconhecer as falhas da filha mais velha. Carla retrata um contexto em que os filhos não podem contradizer os pais e que esses podem, a qualquer momento e por qualquer motivo, agredir fisicamente aqueles, independente de fatores como idade, estado civil ou de já terem se tornado pais. Trata-se de um contexto no qual o pai detém uma autoridade que não pode ser questionada pelo receio das penalidades associadas. Não se trata de uma simples convivência à agressão paterna. Representa algo comum na

dinâmica familiar e na parceria conjugal, em que a mãe, inclusive, indica, quando e como deve ser realizada a agressão, conforme o relato da orientação que Benedita deu a Joaquim: “Rapaz, tu quer bater? Pega um cinto, que é muito melhor. Que tu te zanga, tu perde a calma com ela (*Elisa*), aí, tu quer bater pra matar. Então, pega um cinto, é melhor”. Como discutido no capítulo anterior, Elisa parece ter sido a única que questionou de forma mais incisiva e evidente a autoridade paterna ao procurar numa lei concreta uma interdição para a agressão que sofreu.

Os filhos se queixam de que o pai não os escuta. Contudo, ele indica que a mudança de local de atendimento, de um ambulatório para o CAPS, ocorreu a partir de uma orientação de Carla. Assim, não é só o diálogo dos irmãos com Elisa que parece ser pouco freqüente. A palavra também não circula na interação entre Joaquim e Carla. Com isso, tendo Elisa como centro das discórdias familiares, o grupo se divide em dois subgrupos, segundo Carla, um dela com sua mãe e outro formado por aquela e Joaquim. Jaime fica neutro. Mas, neutralidade, não significa falta de escolha.

Após essa exposição da história de vida de Elisa em família, pode-se perceber que os aspectos indicados pelos familiares entrevistados não caracterizam, necessariamente, sintomas psicopatológicos, tal como os recomendados pela CID-10 (OMS, 1993), que indiquem ter aquela desenvolvido, ao longo de sua infância e adolescência, uma psicose. O entrelaçamento das histórias narradas por seus pais e irmãos revela aspectos comuns na vida de uma criança (víroses) e de uma adolescente (rebeldia, desobediência). Esses aspectos não devem ser tomados de forma reducionista, como se vê em algumas anamneses, em que qualquer comportamento, para mais ou para menos dos padrões sociais culturalmente instituídos, é identificado como um indício de alteração psiquiátrica.

As histórias narradas falam, acima de tudo, dos desafios e dificuldades na interação que há entre pai, mãe, filhos e irmãos e, especialmente, de cada um desses em relação a Elisa. Nessa perspectiva, a avaliação do que hoje possivelmente ela apresenta não pode ser pensada como se os sintomas que manifesta nada tivessem a ver com as relações intersubjetivas anteriores e atuais de seu cotidiano; até porque não se trata de qualquer relação. Como indicou Lacan (2002b, p. 50):

É que o eu humano é o outro, e que no começo o sujeito está mais próximo da forma do outro do que do surgimento de sua própria tendência. Ele é originariamente coleção incoerente de desejos – aí está o verdadeiro sentido da expressão corpo espedaçado – e a primeira síntese do ego é

essencialmente *alter ego*, ela é alienada. O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá a sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto enquanto objeto do desejo do outro.

Se o sujeito apresenta na atualidade uma psicose, faz-se necessária a análise de como essa, como um modo de existência, desenvolveu-se de acordo com a co-existência dentro de um grupo familiar. A análise favorece a intervenção junto aos sofrimentos cristalizados hoje na relação, sobretudo daquele que vai ou é levado ao CAPS, cuja fala, muitas vezes, é mal escutada ou mesmo não escutada, ao se considerar que a queixa – estopim e motor da necessidade de ocorrência do tratamento – está relacionada ao ponto de saturação familiar. Esse envolve diversos comportamentos emitidos pelo membro com uma psicose, cuja gravidade é baseada em critérios específicos da dinâmica familiar e do contexto no qual o grupo está inserido, os quais nem sempre correspondem aos psiquiátricos.

Pais e filhos falaram do momento que antecedeu ao ingresso de Elisa no CAPS. Na época, ela apresentava ações que evidenciavam não se encontrar “no padrão correto” (Joaquim), tais como: passar tempo desnecessário lavando a mesma peça de roupa; deixar de pedir “bença” aos pais; perda de apetite; negligência com a auto-higiene; quebra de objetos; ficava “desorganizada”; não falava “coisa com coisa”; insônia; passava o dia “todo em pé”; e, constante hetero-agressividade, especialmente em relação ao seu pai. Sobre a alimentação, teria começado a “cismar” em relação à comida que lhe era dada por Joaquim, a qual estaria envenenada. Inicialmente, atendia o que o pai dizia, bem como aceitava os cuidados por ele fornecidos. Com o agravamento da crise psicótica, para surpresa familiar, revoltou-se até contra ele.

Em função da perda da avó paterna, de um “namorado que foi se embora” e da interrupção do uso do medicamento que recebia do ambulatório onde fazia tratamento, o quadro de Elisa se agravou, conforme Benedita. O estopim para a internação, no serviço de emergência do Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, foi que, em dois dias seguidos, agrediu ou ameaçou agredir alguém dentro de casa. No segundo caso, a ameaça foi contra Joaquim. Conforme inferido, foi quando Elisa tentou agredir seu pai que ele aceitou a necessidade de intervenção “médica”.

Parece ter sido esse o ponto em que Joaquim considerou que Elisa não era mais vítima de espíritos. Era, agora, vítima de uma doença. O gradativo comprometimento dos vínculos com a realidade, com o grave auto-retraimento

conseqüente, indicou que o estado de Elisa já havia chegado a um ponto que muito extrapolava as explicações fornecidas pelo contexto cultural paterno.

Houve uma fala em comum acerca do que a família sentiu na época: receio de dormir, bem como necessidade de vigiá-la por não saber o que poderia fazer. Seus familiares precisaram adotar precauções no cotidiano doméstico, como esconder objetos perfurantes ou que pudessem trazer algum dano a Elisa ou outro membro. Carla colocou que nunca a “tinha visto assim”.

No retorno ao ambulatório municipal de saúde mental após a internação, sua mãe solicitou à equipe um local em que ela pudesse fazer um “tratamento intensivo”, ou seja, no qual pudesse “passar, pelo menos, o dia”. A família considerou a transferência para o CAPS necessária em razão de todos os membros trabalharem e/ou estudarem durante o dia, não havendo quem a pudesse acompanhar naquele momento em casa, em que já estava “até fugindo” (Carla). Como informou Benedita: “(...) eu vou pro serviço, meu corpo tá lá no serviço, mas o pensamento tá em casa. É por isso o motivo dela tá aqui. É só por isso”. No CAPS, a família sabe onde ela está.

## **7.2 Repercussões do atendimento no CAPS na dinâmica familiar**

Conforme Benedita e Joaquim, após o ingresso de Elisa no CAPS, houve uma evidente melhora em sua interação com a família.

Ela falava essas coisas bobas, que ela ia embora, que ela ia arrumar as coisas dela, que ela ia se embora. Eu digo: “Pra onde que tu vai?”. Que ela vai vender, ela ia vender a cama dela, ela ia dar esse filho dela e que ela... não sabia o que quê ela ia fazer da vida dela. (...) Que a gente não gostava dela, que ninguém gostava dela, só a avó dela que gostava dela. É assim. Então, quer dizer, isso aí ela já deixou mais de falar essas coisas, né? (Benedita).

Que antes... ela não se comunicava. Ficou um período aí (...) sem tá se comunicando. Se chegasse, de repente, uma pessoa estranha, não pessoas da casa, que morasse dentro da casa, se fosse conversar com ela, ela conversava normal. Dizia que tava tudo bem. Mas, com nós, de casa, era todo tempo calada. A gente perguntava alguma coisa, ela ficava alterada (Joaquim).

Como discutido no capítulo anterior, para Elisa, seus familiares eram vistos como perseguidores. Ela pode ter elegido a família como um dos principais elementos de seu sistema delirante em razão não apenas do maior tempo de convivência com seus pais e irmãos, mas também, em decorrência, da quantidade e qualidade de conflitos

surgidos na história de vida em comum. É possível que falasse com pessoas estranhas pelo fato de não ter nenhuma relação com elas e delas não terem nenhuma concepção prévia ou expectativa a seu respeito.

Pro estado que ela estava, ela melhorou muito. Pro estado que ela tava de não querer comer, de não querer dormir, de não querer tomar banho e ficar todo tempo em pé melhorou demais, porque ela já dorme. Eu já não tenho mais tanto medo, como eu tinha antes, entendeu? (...) Já pensei até em chegar a ponto de dormir e não acordar (Carla).

Situações como inapetência, insônia, “problemas de ficar ouvindo voz, de ver, de agredir” foram controlados. No entanto, para Carla, Elisa não mudou o que a família precisa sempre lidar: a personalidade. Seu “temperamento” permanece igual.

Olha, pra te ser sincera, ela tá... Antes dela ter entrado nessa crise, ela já era... (...) Ela era desse jeito, entendeu? Então, quando ela entrou na crise, ela tinha mudado e agora ela voltou novamente ao estado que ela tava, que ela era antes de ter esse problema (irmã).

A personalidade, aquilo que desagradava, voltou a ser como era antes. O que modificou foram os sintomas de superfície. Para a irmã, o que Elisa está vivenciando não é simplesmente uma fase, é o seu modo de ser, o qual: “continua do mesmo jeito, o comportamento dela, agressiva, saliente. Eu achava que isso fosse do problema, mas não é não. O problema em si, digamos que tá controlado”. Carla esperava que o comportamento de Elisa fosse se modificar a partir da “convivência” que teria no CAPS. A interação com pessoas educadas poderia modificá-la, o que não ocorreu. Parece considerar que a convivência com outras pessoas não afeta sua irmã, como se ela fosse imune a qualquer influência. Logo, não é que Elisa não mude a partir do convívio com pessoas que não pertencem ao seu contexto familiar. A transformação que ocorre provavelmente não é percebida por Carla haja vista não se referir ao que ela deseja.

Benedita, em contrapartida, observa que Elisa está mais “esperta”, conseguindo realizar alguns cuidados em relação ao filho, bem como atividades referentes à higiene pessoal e diárias da rotina doméstica, desde que ingressou no CAPS, sem que, para isso, precise ser estimulada. Contudo, apesar da melhora percebida, diz que ela e Joaquim preferem lhe “poupar” da realização de muitas tarefas cotidianas, independente de seu estado. Esclarece que prefere as executar em seu lugar, como forma de economizar os materiais domésticos. Há, aí, aparentemente, um reforço a que Elisa se coloque no lugar de objeto. Contudo, nada numa interação entre psicose e

família é tão simples. Os pais tentam incentivá-la a participar da rotina doméstica, mas sem saber até onde podem ir e como deve ser esse estímulo. Benedita relata que Carla também se queixa do modo como Elisa realiza as atividades domésticas. Essa parece ser vista, assim, como alguém cujo comportamento é sempre visto com cautela.

Benedita fala que, por vezes, cogita em não realizar atividades que cabem a Elisa, diante da ingratidão que ela demonstra, mas não faz isso. Nesses momentos, os outros filhos lhe cobram que seja firme em suas decisões. “(...) eles acham que eu não era pra fazer as coisas pra ela assim, né, como eu faço. Mas se eu não fizer, quem que vai fazer?”. Essa situação contribui para que Benedita se sinta dividida, haja vista que prover algum cuidado a Elisa pode implicar o afastamento dos demais filhos.

Diante das dificuldades apresentadas por Elisa, torna-se, para sua mãe, pouco provável agir de forma diferente. Com isso, na dinâmica familiar, enquanto um filho não se sente reconhecido (Carla), o outro (Elisa) sente que não há o que reconhecer. No segundo caso, há uma ausência de compreensão de que, como o sujeito na psicose vê o outro como um doador, tende a esperar que esse sempre lhe forneça algo e de qualquer modo.

Como já mencionado, a relação de Elisa com suas mãe e irmã é bastante delicada. No entanto, para Benedita, a relação com a filha mais velha melhorou depois que ela ingressou no CAPS:

Antigamente, não era bem (...). Ela era desobediente comigo. Mas, hoje, não. Hoje, a relação de nós duas tá mais, mais calma, né? Ela já senta, já conversa. (...) Eu já digo as coisas pra ela, já entende, ela já num discorda, né? Antigamente, não. Ela num... não aceitava muito o que eu dizia pra ela.

Pode-se perceber que, para Benedita, a melhora na relação se encontra pautada na mudança de comportamento de Elisa em relação a sua autoridade. Ser desobediente é um possível sinal de agravo. Obedecer é o contrário. Pode-se considerar que o sinal que Benedita considera como indício psicopatológico se refere à própria história da interação entre as duas, em que o processo de questionamento de Elisa no que tange à autoridade materna parece sempre ter sido visto como afronta. Numa família em que o significante obedecer tem um significado tão demarcado, ações como as de Elisa adquirem um peso maior. A tentativa de realização de um processo de individuação pela filha mais velha parece ser pouco levada em questão.

Recentemente, agora, ele (*Joaquim*) falou pra minha mãe... Porque já que ela tá fazendo tratamento aqui, ela disse que ela não vinha mais pra cá. (...) A

minha mãe disse que ela vinha. E ele não tá nem pensando, primeiramente, no tratamento dela. (...) Já tá pensando em trabalhar. Ela já fala em trabalhar. Aí, ele deu um dinheiro pra ir tirar xerox, de mandar fazer currículo. (...) E a minha mãe falou pra ele. E ele foi contra a minha mãe. Aí, minha mãe pegou e disse que não ia mais falar nadinha. Só que quando ela entrou novamente em crise, ele ia ficar com ela, porque ela ia embora (irmã).

Carla parece perceber o apoio paterno como um boicote ao tratamento. Em sua fala, aponta como os pais têm formas aparentemente opostas em contribuir para o bem-estar de Elisa. Carla parece considerar que Joaquim nega a gravidade do caso. Ela destaca que a irmã precisa primeiro se tratar para poder depois trabalhar. Contudo, diante da caracterização que faz de Elisa, alguém que nunca teve a iniciativa de “correr atrás”, quais são seus critérios e dos outros familiares para a identificação desse momento? Assim, embora todos almejem sua melhora, todos também têm expectativas próprias em relação ao que ela será capaz de realizar posteriormente.

Para o pai, o distanciamento da família em relação a Elisa é recente. Começou após o episódio que motivou seu ingresso no CAPS. Para os demais, é uma história de longa data. Os familiares apontam que a iniciativa para a ocorrência de diálogo parte, em geral, de Elisa. Os pais e Jaime alegam falta de tempo para isso. Sua disponibilidade de horário teria ficado mais restrita ainda depois que ingressou no CAPS, por ela permanecer praticamente o dia inteiro na instituição. Carla é mais direta: não tem interesse.

A dinâmica familiar de Elisa evidencia que, para que os familiares se sintam mobilizados em estabelecer uma relação mais próxima com o membro com quadro psicótico, é preciso acreditar não apenas que há um sujeito para além da doença. É necessário considerar que há algum sentido em tentar resolver os conflitos específicos e comuns nas interações que cada um tem com ela. Logo, não é a instituição de saúde que vai possibilitar uma melhora na relação familiar por si só. Para tanto, é necessário que pais e filhos também considerem que os sintomas apresentados por Elisa têm tanto influência sobre, quanto sofrem influência dos sintomas específicos de cada membro e intersubjetivos da família. Essa consideração talvez os auxilie a reconhecer o CAPS como um lugar que possui outras atribuições tão ou mais importantes que a de ser um local no qual Elisa passa seu dia.

### 7.3 O CAPS, para a família

Foi indagado aos familiares como souberam da existência do CAPS. Segundo Carla, sua mãe foi informada por um vizinho, que considerou o tratamento lá feito positivo. A partir disso, Benedita teria obtido mais dados sobre esse serviço no ambulatório no qual Elisa fazia atendimento, o que a fez solicitar a transferência. Aquela observou que: “Logo que ela começou, ela não queria vir. (...). Porque ela, todo dia, ela era vigiada, todo tempo ela era vigiada. Eu digo: ‘Mas é assim mesmo. É assim mesmo’”. Benedita percebeu certa melhora na filha depois que ela deixou de apresentar resistência em ir.

Então, ela passou umas duas semanas aí (*no CAPS*), é, do jeito que vinha, voltava. Os remédios, né, e tava numa fase de experiência, né? Eu até imagino que o médico tava ali colocando os remédios pra encontrar qual seria o ideal, (...) até um tipo de pesquisa, né, uma observação. E ela começou a apresentar um quadro melhor já esse mês. (...) Eu cheguei aqui de manhã, eu tinha dito (*para o médico-psiquiatra*) que ela tava com dificuldade de falar. Tava babando, né? Tava chupando muito líquido que ficava assim descendo na boca. E, tava com dificuldade de andar, de movimentar. E, ali, é, pra meus olhos, não tava tendo melhora. Tava se agravando até mais. Aí foi que (...) o médico me explicou que ali era em função d’uma medicação, é, que a dose era um pouco forte, que tava deixando ela naquela feição (Joaquim).

Joaquim, na fala acima, está se referindo às primeiras semanas de Elisa no CAPS, período em que não percebeu nela nenhuma melhora. Depois da substituição da dosagem, considerou que ela foi “normalizando”, o que exemplificou com o fato de já lavar sua roupa sozinha, embora perca muito tempo nessa atividade – como apontado por Benedita. Joaquim acrescentou que, agora, ela “já vê” o filho, sendo com ele afetuosa. Já faz planos. Essas são ações que ela havia interrompido quando estava em crise. Mas, provavelmente, a principal modificação por ele percebida foi em relação à comunicação de Elisa com a família, como indicado no tópico anterior. As falas abaixo ilustram, em geral, o que os familiares conhecem sobre o CAPS.

A única coisa que eu sei, diz que é um órgão, né, pelo menos, tem feito um bem a ela. Tem dado uma atenção especial, a ela. Melhorou em pouquíssimo tempo. Pelo menos, eu acho isso uma melhora. É... Nem a sigla, eu não sei (Jaime).

Eu sei que as pessoas vêm pra cá... Tem vários, vários profissionais que ajudam a pessoa pra que ela não fique pensando bobagem. Tem toda aquela atenção. Fazem atividade direto. É isso o pouco que eu sei daqui (Carla).

O irmão percebeu uma melhora em Elisa, o que credita à instituição, a qual não conhece o nome nem o que nela ocorre. Na fala de Carla, o atendimento é descrito como uma forma de ocupar o paciente para que ele não pense “bobagem”, como falar sozinho. As atividades se tornam, assim, uma forma de impedir pensamentos sem sentido e uma ocupação propriamente dita.

Olha, quando ela chega em casa, ela relata das coisas que ela fez, da oficina de arte que eles têm. Ela chega em casa contando, mostrando as coisas que ela faz. (...) Ela tem... outros profissionais na área da Educação, Educação Física, que ela diz que toma banho de piscina pra exercitar o corpo (irmã).

Não há profissional de Educação Física no CAPS, mas sim de Fisioterapia. Contudo, como Carla informa, seu conhecimento sobre as modalidades de atendimento ocorre de acordo com os fragmentos que colhe do que escuta Elisa dizer a alguém em casa – ver filmes, confeccionar produtos artesanais, realizar exercícios físicos. A partir disso, faz suas inferências acerca das atividades que são desenvolvidas na instituição. Ao se solicitar que discorresse sobre as atribuições específicas de cada profissional do Centro de Atenção, indica não saber quais são. Considera que há uma equipe, cuja ação conjunta poderá contribuir para a recuperação de sua irmã: “Porque, através de cada conhecimento de cada um deles (*dos profissionais*), (*esses*) vão ajudando as pessoas. A pessoa que tá nesse estado se recuperar ou então melhorar um pouco, sair do estado que estava”. Espera que a equipe faça algo por sua irmã, ainda que não saiba o quê nem como. Indagou-se, então, qual seria sua sugestão para a melhora de Elisa, a partir de sua inserção no Centro de Atenção.

Ela precisa ela mesmo trabalhar, ela com Deus, pedir muito pra Deus transformar a vida dela. (...) Ela sempre gostou de fazer enfeite. Então, aquilo ali, pra ela, eu acho que já é um... trabalho. Só que ela precisa tocar aquele trabalho em frente. (...) E, aqui, eu acho que vocês, já que ela gosta disso, vocês poderiam incentivar bastante as pessoas já que vocês trabalham nessa... (...) Então, vocês dando um incentivo a mais pra essa pessoa, com certeza, quando eles saírem daqui, eles vão querer colocar o próprio negócio deles (irmã).

O início da fala acima traz a reflexão de que Carla parece considerar que qualquer mudança que Elisa apresente depende exclusivamente dela própria, pois a família já fez tudo o que era possível. Nem Deus pode ajudá-la se ela não se mobilizar para tanto. Como a melhora é decorrente do esforço de Elisa, Carla parece considerar pouco provável que haja qualquer mudança significativa. Acrescentou que: “pra mim, Elisa não tem mais jeito não. Mudança, mudança, não tem mais jeito. Se a pessoa não quiser, não tentar se esforçar pra mudar, tem jeito não”. É preciso lembrar que a mudança indicada se refere a uma modificação da personalidade. O CAPS pode até fornecer atividades laborativas que estimulem a inserção posterior no mercado de trabalho, mas não pode mudar a personalidade. É como se Carla considerasse, portanto, que a instituição pode promover mudanças periféricas. As transformações essenciais competem unicamente ao sujeito em atendimento. Cabe a ele ser um outro sujeito.

Numa perspectiva semelhante, Jaime aponta que o CAPS só pode ajudar Elisa, se ela quiser ser auxiliada, pois, nos momentos em que ela quer a ser a dona de seu nariz, “acha que não precisa de ninguém”. Sua expectativa em relação ao tratamento é que Elisa se “dedique mais ao que ela tá aprendendo aqui”, para que possa realizar sua “vontade” de cuidar do filho e “arrumar um emprego”.

Benedita, ao falar sobre Elisa, destaca seu hábito de comprar objetos sem ter condições financeiras, o que leva os pais a assumirem o pagamento. Essa é uma situação que também ocorreu no CAPS, o que a fez indagar a Elisa: “Já está fazendo besteira?”. Benedita parece considerar que como o CAPS é uma instituição de saúde, Elisa está lá para se tratar, não para desenvolver outros tipos de relação. É possível que o comércio na instituição seja, para Elisa, uma tentativa de desenvolver processos de subjetivação que lhe permitam construir uma outra imagem acerca do local que frequenta diariamente. No entanto, diante das dificuldades ocorridas no cotidiano doméstico após ações que realizou, é compreensível o esforço de Benedita em evitar novas contrariedades.

Carla comentou que Elisa levou um usuário do CAPS a sua casa. Acrescentou que seu pai manifestou objeção à intimidade com que ele transitou pela residência. Joaquim, por sua vez, comentou sobre o receio que sentiu de que a filha leve “qualquer pessoa” da instituição para casa. Em razão de seu questionamento, o rapaz teria terminado a relação, o que fez Elisa se queixar. Conforme Carla, após dois dias, ela levou outro namorado do CAPS. Na primeira situação, houve uma indicação paterna para Elisa que uma coisa é ela estar no Centro de Atenção, outra, é desenvolver relação

afetiva com um paciente dali e levá-lo para a sua casa. Parece essa ter sido uma tentativa de evidenciar que os laços feitos na instituição não serão assimilados prontamente pela família.

Após a queixa de Elisa, a mudança na atitude paterna está, possivelmente, relacionada a um esforço para demonstrar sua confiança nela, bem como o incentivo para que não interrompa sua ida à instituição. Afinal, a partir do momento em que ela *leva* o CAPS para casa, através de alguém com quem estabeleceu uma relação amorosa, sinaliza para a família não desejar que essa perceba a instituição apenas como um local de recuperação, tal como descrito por seus pais e irmãos.

Sobre o segundo namorado que Elisa levou para casa, essa teria dito: “que vai casar. Ainda não tem nem um mês de namoro, disse que tá se preparando pra casar. Eu já dou graças a Deus, tomara que case mesmo” (Carla). O estranhamento de Carla diante do breve tempo de namoro da irmã parece ser suplantado pelo desejo de que essa resida em outra casa. Em sua fala, mais do que o zelo pela intenção de Elisa, evidencia-se seu interesse de não precisar mais conviver diariamente com ela.

Carla descreve o ambiente familiar quando a irmã está no CAPS: “quando ela não tá em casa, é ótimo, mas quando ela tá...”. Quando Elisa está em casa “é chato”. Sua expectativa é a de que a irmã fique mais tempo no CAPS. Justificou que, na instituição, “ela tem atividades pra desenvolver e ela... e, tem iniciativa (...). É, por mais que ela não queira, mas eles botam... Dão pra ela fazer. Em casa, não. É só comer, dormir, gastar”. Quando Carla fala em mais tempo, não indica até quando. Para ela, é como se a instituição fosse um local que serve para restringir o contato entre as duas. Concluída essa função, Elisa passará mais tempo em casa, expectativa que lhe é pouco desejada. Benedita, por sua vez, considerou que a alta deve ocorrer quando:

(...) achar que tá no ponto de mandar pra casa, né? Achar que já tá bem... melhor, que tenha capacidade mais de se recuperar, né? Já teja bem recuperado. Eu acho que é tempo de mandar pra casa, procurar fazer alguma atividade em casa.

É como se a decisão sobre a alta e o período necessário para tanto não tivesse nada a ver com a família. Pelos anos de delicada convivência com Elisa, há certa transferência de responsabilidade para a instituição, o que tende a dificultar o desenvolvimento de uma integração entre a família e o CAPS. Indagou-se a Benedita que atividades Elisa poderá realizar em casa ou noutro local após a alta. Respondeu: “Aí, ela vem pra cá”. Parece considerar o Centro de Atenção como uma forte alternativa

para a permanência diária de Elisa, mesmo que ela não esteja mais em tratamento. Nesse sentido, Benedita indicou algo semelhante ao discorrer sobre quais eram suas expectativas quando Elisa ingressou na instituição.

O meu problema mais de ter colocado ela é porque ela fica em casa, ela não tem quem dê assim muita atenção pra ela, né? Porque ela fica o dia em casa todinho dormindo, aí, isso aí, não é bom pra ela. Eu gostaria que ela ficasse em casa, mas que ela ficasse, que ela fizesse alguma, alguma atividade.

Na fala de Benedita, dois motivos se apresentam e se confundem no que tange ao encaminhamento para o CAPS pela família: ao mesmo tempo em que se espera que as atividades realizadas na instituição contribuam para a melhora de Elisa, também se almeja que essas a mantenham ocupada, o que é uma necessidade do cotidiano familiar. Com a execução de atividades e o uso do medicamento, poderá “botar a mente pra funcionar”. Nessa lógica, ficar parado agrava o adoecimento. O desejo de que a filha permaneça no CAPS, como alternativa para que realize alguma atividade, revela sua dificuldade em perceber outros locais para ela, que não uma instituição de tratamento.

No meu ponto de vista, assim, a pessoa... Quando começou a... fazer o tratamento aqui, eu não achava... Eu não pensava nada, entendeu? Achava que era só os médicos com o paciente. (...) Nunca achei que eles fossem, é, chamar a família pra conversar... (...) se relacionar com a família (irmã).

Carla está se referindo ao convite que recebeu para participar da presente pesquisa. Como não percebe nenhuma razão que indique a necessidade de uma relação mais estreita entre a equipe do CAPS e sua família, pelo menos no que tange aos irmãos da pessoa em tratamento, é com surpresa que reage ao que considera ser uma requisição institucional. Para ela, assim como para os seus familiares, embora a pesquisadora tenha informado, não apenas no contato inicial, não ser membro da equipe do serviço, percebeu-se, ainda, uma comum associação. Dentre outras possibilidades, considerou-se que essa associação se relacionava ao fato de ser psicóloga, pois, assim, segundo Carla, deve “conversar com todos”. Ao comentar sobre o desenrolar do quadro apresentado por Elisa após o ingresso no Centro de Atenção e as expectativas relacionadas, Jaime e Joaquim também fizeram referência à pesquisadora.

Como pessoa hoje, eu te digo que ela tá 100%... não tá 100%, né? Não sei, não sei se estará. Só você pra me dizer se um dia ela pode estar 100%, pra seguir uma vida normal, que a gente deseja, como irmão, que viva (Jaime).

(...) a informação que deram pra Benedita, que a pessoa vinha pra cá, passava o dia. Aqui ele tem alimentação. Aqui ele tinha até o médico e as outras pessoas que faz parte do corpo, né, de tratamento. No caso, você e outras pessoas... a assistente social, né? Então, a gente veio. Mas a gente já sabia que tem o médico, tem psicólogo, tem assistente social e a pessoa que fica na área da diretoria, né? Agora, em função do tratamento, a gente veio pra cá (...), dela ficar aqui e sair daqui curada. Sair daqui curada. E é o que a gente espera. Quer dizer, primeiramente em Deus, que seja realmente realizado isso através da fé e das pessoas que ele designou para cuidar de outros, né? (*Curada em que sentido?*) (...) Curada no sentido de boa. Dela vir cá pra com enfermidade, e que a gente espera que ela retorne sem a enfermidade. Que os medicamentos que são passados a ela, são medicamentos que realmente vai combater essa necessidade (Joaquim).

Para Joaquim, a cura se dará a partir de profissionais que considera serem os instrumentos de Deus. Como algo que será fruto de intervenção divina, a cura é, para ele, a completa remissão dos sintomas. O tratamento é assemelhado, nesse sentido, a uma empreitada, cuja vitória já está assegurada pela existência de fé. Jaime, por sua vez, relacionou a melhora de Elisa a:

Acho que foi no tratamento psicológico e, no tratamento de... reeducação ou... Não sei se a expressão certa é essa. Pra viver em sociedade novamente, autoconfiança, pra conversar, pra poder sair de casa. É, tipo, ela novamente no mundo onde nós vivemos, né? (...) Uma ajuda em que mexe no estado social, psicológico dela. Deixa ela mais animada. (...) é um órgão que, no meu ponto de vista,... surtiu efeito, né? (...) Ajudou e está ajudando ela modo especial, a ponto de ela tá agora do jeito que está, né? O dia de amanhã, só a Deus pertence, mas, hoje, o CAPS tá fazendo um trabalho muito bom.

Segundo Jaime, o CAPS teria auxiliado Elisa a se reinserir no mundo dos que têm condições de conversar e transitar na sociedade, por contribuir para que sua irmã adquirisse novamente a confiança em si própria e a do outro. Contudo, sua crença religiosa, diferente do que considera Joaquim, indica-lhe que o bem-estar de sua irmã não é algo garantido. Como dependente de desígnio divino, não há como prever o desenrolar de seu estado.

Fora a ida ao Centro de Atenção para serem entrevistados pela pesquisadora, os irmãos e os pais, esses em menor proporção, indicaram não ter contato algum com a

instituição. Carla e Jaime destacaram que a primeira vez que foram ao CAPS foi para a realização da entrevista. Pôde-se perceber, na fala de ambos, carência de informação não só sobre a instituição atual, na qual Elisa realiza tratamento, bem como sobre as anteriores.

Os outros tratamentos dela, eu não sei se há outros. Só sei te falar que estou acompanhando esse aqui, não, porque a senhora me convidou pra conversar, mas porque eu tenho, que é... Eu vi um interesse de papai, de mamãe, dela, processo dela mesmo e, aí,... Trazer ela e vim deixar e levar e esse tipo de coisa, no começo. Hoje, ela já vem sozinha, né? (Jaime).

Como Carla, Jaime sabe sobre as atividades que Elisa desenvolve no CAPS a partir do que essa lhe fala ou a outros membros da família. É possível que sua atenção referente à instituição atual tenha se acentuado ao perceber a mobilização que seus pais e ela própria apresentam, a qual não se lembra de ter percebido antes nos locais onde ela fez tratamento. Nesses locais, ela nunca havia tido um quadro tão grave como o que propiciou sua ida para o Centro de Atenção, nem passava a maior parte de seu dia. Para Benedita, o fato de o paciente ir acompanhado para o CAPS não é o único fator que o diferencia das demais instituições de saúde mental que Elisa freqüentou.

O CAPS, ao contrário das outras instituições que Benedita conheceu acompanhando a filha, é considerado um local para as pessoas que apresentam grave piora. Além disso, nas instituições anteriores, o tratamento não era cotidiano, nem era durante o dia inteiro, fatores que possivelmente a levem a pensar que, agora, sua filha está “internada”. Com isso, parece entender a instituição, ao mesmo tempo, como um lugar de acompanhamento, monitoramento, vigilância, bem como um lugar onde Elisa “não fica só”, num momento tão delicado.

Sobre a interação entre o serviço de atendimento e a família, Carla observou que: “Eu não vejo necessidade de ter contato”. Caso haja, deve se restringir ao diálogo com os pais, opinião compartilhada por seu irmão: “por eu não ter o contato direto (*com Elisa*), tem coisas que eu prefiro não me envolver diretamente. (...) Eu joga a responsabilidade pra cima do pai e da mãe”. Carla e Jaime indicaram que os pais seriam mais indicados por morarem juntos. Mas eles também residem. Esse ponto leva ao questionamento acerca do significado não só do ser pai e mãe na sociedade contemporânea, mas do que é entendido e vivido como ser irmão nas famílias, sobretudo, no que se refere ao laço que mantém com o membro com quadro psicótico.

Houve certa concordância entre os familiares em descrever o CAPS como uma “casa de saúde” ou um hospital, onde a pessoa vai para se restabelecer. Além disso, e tal como Elisa, eles também o compararam a uma escola.

Nessa comparação, a figura da “diretora” é substituída pela do médico, que chama os pais quando considera necessário discutir o comportamento do paciente. Como uma escola, diz Jaime, os pais precisam saber como está a “situação dela”, o que está “sendo feito com ela”, “que hora entra, que hora sai”, sendo que, uma “boa” instituição, convoca os pais semanalmente para o repasse desse relatório. É preciso considerar que essa associação do CAPS a uma escola tende a infantilizar o paciente, como se seus comportamentos tivessem que ser vigiados e, quando for o caso, corrigidos. As falas dos irmãos possivelmente estão relacionadas à sua própria dificuldade de interação com Elisa, o que tende a se refletir em seu interesse em contribuir, de alguma forma, para o tratamento por ela realizado. Nesse sentido, Benedita expressa sua dificuldade em identificar outro motivo para a existência de contato entre membros do CAPS e de sua família que não seja para que os primeiros informem os segundos acerca do desenrolar do quadro de Elisa na instituição.

Aí, eu num, num sei. Só... só eles aqui mesmo, né? Eu acho que assim marcando essas reuniões, né, esses encontros, acho que já é alguma coisa, né? Já dá pra gente... se familia... se famializar.

Ainda que não se trate de um ato falho, ou de troca de palavras, mas da dificuldade de dizer a expressão “familiarizar”, a expressão “se familia” parece refletir seu desejo de que a família se torne mais família em relação ao que Elisa vivencia, nem que seja por meio de encontros promovidos pela equipe na instituição CAPS.

Ontem à noite, ela chegou daqui (*do CAPS*) zangada, que ela não vinha mais pra cá. Eu digo: “Tu vai”. Não, que ela não ia. Então, que eu não era mais a mãe dela. “Sim, tá bom. Eu não sou mais tua mãe. Não tem problema não”. (...) Porque ela foi se consultar... Foi lá onde o médico, aí, o médico tratou ela mal. Ela discutiu com o médico. Mas também eu nem... Não dou muito assim atenção, porque eu sei que ela tem hora que ela se zanga mesmo. (mãe).

Benedita parece evitar qualquer confronto com Elisa no que se refere ao CAPS como um modo de favorecer a que ela permaneça em tratamento. Informou não ter procurado conversar com o médico para averiguar a queixa da filha. Parece considerar que, como paciente da instituição, numa perspectiva psiquiátrica tradicional,

Elisa deve acatar o que lhe é orientado pelo médico. Por outro lado, Benedita sinaliza que se há algum atrito entre Elisa e esse profissional, foi porque a filha provocou. Não é necessário, portanto, saber o que pode haver por trás de tal reclamação.

Como já mencionado, houve uma dificuldade em comum em definir quais profissionais integram a equipe do CAPS, bem como as especificidades de sua atuação. Como os pais foram mais vezes à instituição, tiveram mais condições de falar sobre os membros que compõem a equipe, apesar de permanecer a associação da pesquisadora como integrante do corpo técnico institucional.

(...) eu não conheço a área de cada um (...). Mas, a mim, eu tenho que você colhe as informações, se tem um outro trabalho, eu não sei, né? A mim, o que entendo, é que a senhora colhe umas informações e dentro das informações que você colhe do paciente, aí, você tá colhendo não só pra você. Você tá colhendo pra você e pra todo contexto do, que forma o grupo, o médico e a assistente social, e outras pessoas, né? Porque, você, a sua entrevista, você é uma pessoa que faz uma análise, né, olhando pras pessoas, você faz uma análise e, ali, você percebe, né, de cada pessoa. Se ele está realmente, é, com enfermidade, um problema assim, que eu não sei lhe explicar, mas você, né, você conhece e... Já a assistente social, ela, acho que não tem, é... Ela entende de organizar, né? A parte realmente de cada pessoa, o contexto... (Joaquim).

O psicólogo é, assim, aquele que “conversa” para colher informações necessárias à realização do diagnóstico, de forma a transmiti-lo aos demais membros da equipe. Ao assistente social, cabe organizar condições de vida da pessoa em tratamento. Como se pode perceber, não é que a opinião de Joaquim esteja certa ou errada. Afinal, a dificuldade de definição das atribuições de profissionais como o psicólogo, o assistente social e o terapeuta ocupacional parece ser algo comum na sociedade. Joaquim fala do que pôde identificar a partir da atuação de cada um. Quanto aos irmãos, como manifestaram seu desconhecimento quanto à composição e às atribuições específicas e em comum dos membros da equipe, a pesquisadora informou.

O médico, em geral, foi o mais citado por todos, provavelmente por ser o profissional tradicionalmente associado ao campo da saúde, com uma ação bem circunscrita: prescrição de medicamentos. Todos os familiares, de qualquer modo, discorreram sobre a existência de ação conjunta dos profissionais, ainda que também expressassem sua dificuldade em definir que ação seria essa.

Como ressaltado no capítulo anterior, a etapa de realização das entrevistas já havia sido concluída na época em que Elisa saiu do CAPS. Após seu retorno, considerou-se necessário investigar o que representou esse momento para seus familiares. Benedita informou o que Elisa comentou antes de sair da instituição.

(...) ela disse assim: “O médico vai me dar, me deu alta. É pra senhora ir lá que o médico me deu alta”. Eu digo: “Te deu alta e ninguém me avisou? Tu tem certeza?”. Disse: “Tenho!”. Eu digo: “Tu não tá mentindo?”. “Não”. “Então, eu vou”. Cheguei aqui, quando o doutor (*psiquiatra*) foi me olhando ali: “A Elisa não está de alta!”. Ela já tinha espalhado aqui dentro que ela já estava de alta.

Para Benedita, o motivo para a filha afirmar que receberia alta tem estreita relação com seus hábitos em família. Entender sua fala como uma mentira, mais uma, surge, assim, como uma explicação diante de uma situação inaceitável. Não há um questionamento sobre o porquê dela não mais querer ficar. Informou o que argumentou para a filha na época:

Eu digo: “Tu vai sair? Pois, então, eu não vou mais ser responsável por ti. Porque já que tu vai sair pela tua conta, então eu não vou mais ser responsável por ti. Tu vai te responsabilizar mesmo por ti, porque o que acontecer contigo, tu mesma é responsável por ti”.

Como Elisa insistiu em sair, informou que uma assistente social forneceu a alta, com a afirmação de que o CAPS não a aceitaria mais em razão do abandono do tratamento.

Se os pais se sentem impelidos a assumir a responsabilidade pela vida do filho por considerar que esse não tem condição por si próprio para tanto, em situações limite, querem que ele volte a assumi-la. A indicação a Elisa de chegada a esse ponto parece ser colocada como uma forma de fazê-la arcar com seu desejo de não mais estar em tratamento na instituição e consigo própria de forma geral. Na época, Benedita entendeu que o CAPS não atenderia mais sua filha. A assistente social pode não ter emitido um comentário tal como descrito acima. De qualquer modo, o que disse foi assimilado como uma fala taxativa, sem possibilidade de argumentação conseqüentemente. Se a família entende que nem o local de atendimento aceitará mais o familiar com quadro psicótico, é possível que isso confirme suas delicadas crenças de não haver mesmo o que se fazer. Uma confirmação que tende a diminuir cada vez mais suas esperanças de que haja alguma mudança positiva na rotina familiar. Entendido o

desligamento como irreversível, nem o medicamento, principal agente do tratamento para a família, conforme será enfocado adiante, pode, para Benedita, ser mais solicitado à equipe.

Conforme Benedita, após a agressão cometida contra Elisa por Joaquim, a “delegada” teria recomendado a denúncia do que considerasse como “ofensa”, quer feita pelo pai ou pelos irmãos. Com isso, esses passaram a falar com ela somente o “essencial”. A delegada teria afirmado, ainda, que se Elisa decidisse ficar em casa, seu pai teria que se mudar. Ele chegou a sair, mas retornou após decisão da esposa.

Para Joaquim, a denúncia “foi uma coisa assim que foi mais pra, não foi pra arrumar, foi pra desestruturar, pra bagunçar. Mas as coisas fazem a gente aprender também, né?”. Essa fala sinaliza que houve, para o pai de Elisa, um reconhecimento da importância de utilização de meios que não envolvam a agressão física para mostrar sua autoridade. Denotam também seu desagrado diante do questionamento feito por Elisa à relação que havia na família até então e suas dúvidas acerca de como poderá transformá-la conseqüentemente.

Após a denúncia, Joaquim informou recear que Elisa guardasse na “memória que lá (*na delegacia*) ela tem um respaldo, apoio”. Acredita que sua filha agiu assim para adquirir uma forma de “arranjar um lugarzinho pra ela”. Desse modo, a família de Elisa parece concluir que ela pode recorrer a medidas tidas como drásticas para assegurar seu desejo de ter um lugar para si e de mudar as relações existentes em seu grupo familiar.

Qual pode ser um lugar para Elisa? O CAPS é uma instituição para realização de tratamento. A casa de umbanda, que ela ainda vai periodicamente segundo sua mãe, tornou-se um local tabu para seus pais e irmãos. Logo, entre os dois espaços, só o primeiro é uma opção para a família. Os locais para a circulação de Elisa precisam ser selecionados, assim, a partir de um delicado diálogo entre ela e seus pais.

Pode-se imaginar que, se as interações cotidianas já eram difíceis em relação a Elisa, se tornaram muito mais após esse evento. Num grupo familiar marcado pela existência de subgrupos, conforme indicado por Carla, a queixa de Elisa contra uma ação comum no ambiente doméstico provavelmente contribuiu para o acirramento da fronteira entre os dois grupos. Com isso, o desejo de convivência diária tende a se fragilizar. No caso de Elisa, há uma falta de lugar por uma questão de estrutura, o que, possivelmente, impulsiona sua busca por um espaço continente para si. Essa é uma

questão que se reflete em sua dinâmica familiar, que contribui para que os familiares se sintam também, de alguma forma, sem lugar.

Depois do retorno de Elisa para a instituição, Benedita expressou: “assim como ela abandonou... aqui, o CAPS (...) não era pra ter aceitado ela de volta, né, porque ela que resolveu abandonar”. Mostra-se grata pela revisão da decisão institucional. Entre a informação dita pela equipe e a que é assimilada pela família, há vieses que precisam ser identificados e discutidos na interação entre ambos. Diante de uma colocação entendida como um imperativo irrevogável, não é sem motivo que a família se surpreende com a admissão do retorno.

O CAPS não parece ser visto como um serviço criado para o atendimento da população. Parece ser concebido de forma hierárquica, devendo a família se submeter ao que sua equipe diz, o que lembra a relação tradicional entre o médico e o paciente. Com isso, a função social do Centro de Atenção não é colocada em questão. Afinal, como pode uma instituição de tratamento não receber mais o paciente de volta? Benedita considerou que a aceitação ocorreu pelo fato de uma “doutora” analisar “que os problemas dela não era (...) fácil”. Para ela, a gravidade do caso de Elisa favoreceu seu retorno. Se não fosse identificado como grave, provavelmente não ocorreria a autorização.

Na visita domiciliar feita pela equipe do CAPS na época em que Elisa se ausentou da instituição, foi sugerida a ocorrência de reuniões, pelo menos, mensais, com a família. Após o retorno, houve um encontro entre membros da instituição e os pais. Como esses solicitaram informações sobre o diagnóstico da filha, os profissionais sugeriram a necessidade de outra reunião. Benedita informou terem esses colocado que convidariam a pesquisadora para participar do próximo encontro, a fim de que ela os ajudasse a fornecer informações e orientações para a família. Não foi, portanto, apenas a família quem associou aquela à equipe do CAPS. Os profissionais da instituição também a relacionaram, de alguma forma, ao seu diálogo com os parentes de Elisa, conforme será discutido no próximo capítulo.

No dia da reunião marcada, nenhum membro da família compareceu. Foi acertado um novo encontro. Nesse, somente Benedita apareceu, mas expressou estar com dificuldade para falar devido à inflamação na garganta. Foi-lhe sugerido, então, que decidisse junto com seu esposo e filhos a data para outro encontro. Depois disso, não houve mais nenhuma manifestação da família no sentido de saber mais informações sobre o caso de Elisa.

Até onde se pôde acompanhar de forma mais próxima a trajetória de Elisa na instituição CAPS, percebeu-se a dificuldade por parte de seus familiares, sobretudo de seus irmãos, em querer uma revisão dos laços com ela mantidos. As expectativas e impressões referentes ao Centro de Atenção pela família em questão revelam a importância de que a instituição de saúde mental seja percebida pelo familiar como um gradativo espaço de referência não somente para o filho ou irmão em tratamento, mas como um lugar de cuidado também para si. Há que se escutá-lo para além de sua identidade de familiar, a qual, algumas vezes, tende a ser concebida de forma rígida por ele próprio e pelos profissionais do serviço de saúde (Melman, 2001). Tal concepção dificulta a criação de outros laços da família com a instituição que não seja pela via do chamado para resolução de problemas apresentados pelo usuário do serviço.

A esse respeito, quando Benedita informou que ela e o marido já tiveram “depressão”, acrescentou que ambos fizeram tratamento com médicos que atendiam Elisa na época. Ela relacionou a queixa depressiva que apresentou a conflitos em suas relações com a filha mais velha e conjugal. No último encontro destinado à realização da entrevista, indagou: “Tem como eu me consultar com o médico daqui?”. Foi sugerido que procurasse atendimento em ambulatório, bem como que também tivesse um acompanhamento psicológico a fim de discutir questões surgidas ao longo da entrevista e outras. Foi fornecida essa sugestão por não haver, naquele momento, nenhum serviço sistemático de atendimento direcionado aos familiares dos usuários do CAPS. Pode-se considerar que, a partir dos tratamentos feitos por sua filha, é que Benedita identificou espaços em que pôde refletir sobre suas próprias questões. Logo, o Centro de Atenção também foi percebido por ela como outro possível lugar para o cuidado de si.

É necessário que a equipe técnica em parceria com os parentes, que demonstrem uma disposição para a ampliação dos vínculos com o membro em tratamento, identifiquem os recursos de mediação de ambas as instituições, família e CAPS. Com isso, a família poderá aprimorar o papel da equipe em propiciar a circulação mais favorável do sujeito psicótico na comunidade. Será possível, igualmente, que o *staff* institucional contribua para a revisão e a ampliação dos vínculos que há na dinâmica familiar, ao estimular o debate acerca dos receios e dúvidas que a vivência psicótica de um filho ou irmão traz para o cotidiano doméstico, bem como de outras questões que se façam necessárias.

#### 7.4 A etiologia, o diagnóstico e o prognóstico, na perspectiva dos familiares

Quando indagados acerca do diagnóstico conferido pela equipe do CAPS após o ingresso de Elisa nesse ou mesmo em alguma das outras instituições em que ela fez tratamento, seus familiares expressaram dificuldade, sobretudo os irmãos, em responder qual seria. Foi através de Elisa que Benedita soube sobre o diagnóstico que o psiquiatra do Centro de Atenção teria dito: “o médico daqui disse pra ela que essa doença dela não tem cura, que essa doença é um tal de afeto”. Não soube a que a filha e esse profissional se referiam. Como Elisa não pode falar em casa sobre a relação com o pastor já discutida, é difícil para Benedita entender a que a filha se refere a partir do significativo afeto.

Benedita comentou que repreende Elisa quando percebe que ela fala de questões que considera sem sentido. É como se tentasse impor alguma barreira ao discurso da filha que contribua para que não se desligue da realidade familiar e material. No entanto, isso dificulta que escute o que Elisa tem a dizer sobre a origem de seu sofrimento.

Os pais colocaram o diagnóstico que um neurologista, com o qual Elisa fez tratamento durante alguns anos, informou: “disritmia”. Igualmente, expressaram seu desconhecimento acerca do que consiste tal patologia e como se manifesta. O fato de os familiares não possuírem formação universitária, em especial, médica ou psicológica, foi indicado como justificativa para sua carência de entendimento sobre o assunto, bem como para uma desautorização do conhecimento que têm a respeito.

Não tenho assim como lhe dizer (*o que Elisa tem*), porque é... A gente... Na área científica, eu não entendo. (...) E, essa área espiritual, maligna, eu tenho certeza, eu não entendo e não quero entender. Às vezes... Quem sabe de toda artimanha é Deus, porque ele criou tudo e, sobre ele, é que tá todos os conhecimentos. Mas, esse lado, até antes a gente imaginava que funcionava, que existiria, né? (Joaquim).

Como destaca sua ausência de conhecimento científico, Joaquim se apóia em explicações religiosas condizentes com seu universo cultural, ainda que já tenha certa crítica em relação a essa perspectiva, como evidencia o final de sua resposta. Por outro lado, a informação de que Elisa possui disritmia parece ter coerência para a família, por implicar um “desvio” no cérebro, conforme viu no dicionário e foi informado pelo neurologista.

Indagou-se sobre a existência de pessoas com transtorno mental na história familiar. Pai e filho não souberam informar. Benedita respondeu que, na sua família de origem, não há casos, mas sim na de seu marido. É possível que, a procura da origem do quadro de Elisa na genealogia das duas famílias, com a identificação do lado que transmitiu a herança patológica, torne-se não apenas uma forma de compreensão dos sintomas, como também um alívio por não se fazer parte da cadeia geracional que se considera ter maior probabilidade de conduzir a um processo de adoecimento.

Então, como é genética e, aí, nós aprendemos isso na escola... Então, como é hereditário, então, alguém, se não fosse ela, poderia ser eu. Poderia ser algum dos meus irmãos. Ou, então, futuramente, os nossos filhos, poderia acontecer isso. (...) Se houve no passado um membro da família que um faleceu... É tipo... diabete: se na família antepassada teve alguém com diabete, então, isso vai sempre ta passando. De geração pra geração, isso vai passando (Carla).

De acordo com a concepção acima, como a herança de Elisa é devido a uma questão genética, alguém há de adoecer, numa seleção que ocorre de forma aleatória. No entanto, na comparação entre diabete e psicose que Carla realiza, cabe analisar o que diferencia os dois quadros. No primeiro caso, tendem a ser mais patentes os fatores desencadeantes e os que favorecem um bom prognóstico. No segundo, essa identificação se apóia em variáveis, não raro, pouco evidentes.

Jaime relacionou o adoecimento de Elisa a uma “questão de primogenitude”, que, “para a religião, é muito válida”. Nesse sentido, o filho mais velho não é só o que recebe a maioria das benesses parentais. Pode também ser o destinatário das patologias. Joaquim, por sua vez, indicou como hipótese o início da história da família.

E, de repente, possa até ter sido... esse problema de Elisa tenha começado, né, no período de gravidez, né, no período de gestação, é? (...). Que, às vezes, eu fico pensando isso também. Será que... porque ela engravidou, se... E, ali, logo nesses primeiros, foi um pouco, assim, cheio de altos e baixos, né? E, isso aí, é... (Benedita) Não chegou a dizer pra mim, mas a gente fica preocupado. Oh, eu era noivo com uma moça. Depois, ela encontrou uma outra moça comigo. Aí, eu tive que ir pra Parnarama, que o exército me mandou pra ali. Aí, ela ficou só em casa, né? (...) Então, sei lá. A gente não sabe que quê ela... Assim, como é que ela... é, no seu interior, se

comunicava, né? Então, às vezes, eu fico pensando será que também esse problema de Elisa é em função de tudo isso.

Na época, Joaquim indagou a Benedita sobre a possibilidade de aborto. Ela recusou. Ele se questiona se a preocupação que a esposa teve naquele momento “abalou seus nervos”, pois ficou “ali engolindo”, o que teria afetado o “sistema nervoso da criança”. Joaquim afirma não se sentir responsável pela “enfermidade” da filha, mas demonstra as dúvidas que possui a respeito. Elisa seria hoje como é em função de seus erros, como se tivesse transmitido algo que comprometeu o seu bem-estar. É possível que isso contribua para que ele aja hoje de forma excessivamente permissiva com Elisa, como se queixam sua esposa e demais filhos.

Como indicou Freud (1913/1976, p. 188), “nenhuma geração pode ocultar, à geração que a sucede, nada de seus processos mentais mais importantes”. Para ele, todos possuem, na atividade mental inconsciente, um *apparatus* que os capacita a interpretar a reação de outras pessoas, de modo a desfazer as deformações que os outros impuseram à expressão de seus sentimentos. Ao discutir sobre a transmissão da vida psíquica entre gerações, Kaës (2001, p. 09) indagou:

Como estabelecer a medida e o ritmo dessa tensão entre o que é da ordem do dentro dividido (*dimensão intrapsíquica*), e, por isso, constitutivo da realidade psíquica, e o que se manifesta na produção intersubjetiva da psique como uma condição decisiva de sua formação? Como conceber e tratar o sujeito como sendo ‘um fim para si mesmo’, segundo a formulação de Freud, e herdeiro?

“Aquilo que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu”, essa é uma frase de Goethe que Freud (1913/1976) utilizou para discutir o esforço que o ser humano realiza ao longo de seu desenvolvimento a fim de se constituir enquanto sujeito, mesmo sendo o elo de uma cadeia a que está submetido à sua revelia. Com isso, mostrou como nossa origem é precisamente o que nos escapa, ao sermos constituídos no e pelo desejo de um outro, num processo que precede nossa existência concreta (Kaës, 2001). Embora os pais acreditem que só transmitem ao filho aquilo que conscientemente expressam, há uma série de não ditos inconscientes que também lhe repassam.

A compreensão dos significantes que constituem um lugar para o sujeito no universo simbólico dos pais antes mesmo de nascer é algo indispensável para a discussão das relações que há entre eles e na família como um todo em sua atualidade.

A pré-história que antecede o sujeito, nele produzirá marcas constituintes acerca de seu lugar na cultura, na família e, mais precisamente, diante da dimensão simbólica. Nesse processo, o desejo de ser pai e de ser mãe não se dá num momento único, como fica subentendida a expressão “gravidez planejada”. Esses desejos são construídos num processo simultâneo de luto pelos projetos antigos e de elaboração de novos, quando o exercício da parentalidade não é mais uma possibilidade, é uma realidade concreta.

Nas famílias em que há um integrante que apresenta um quadro psicótico, o exercício da parentalidade em relação a esse sujeito tende a se tornar mais delicado pela dificuldade em identificar uma causa que justifique a “enfermidade”, como denominou Joaquim. Para isso, por vezes, indagam-se acerca de sua responsabilidade nessa questão, o que contribui para que criem formas de compensar os filhos pelo que acreditam ter feito. Isso, por sua vez, favorece que haja mais sofrimento na relação familiar, como indicam as falas dos entrevistados.

Quanto ao possível desenrolar do quadro de Elisa, pais e irmã relacionaram sua melhora ou piora à, respectivamente, continuidade ou interrupção do uso do medicamento. Jaime foi o único a declarar que ela melhora quando “se sente o centro das atenções”. A associação entre melhora ou piora do quadro e o uso da medicação parece ter como fundamento uma fala do neurologista citado, o qual teria dito aos pais que ela precisaria ingerir remédios durante toda a sua vida. Segundo o pai de Elisa, o psiquiatra do CAPS confirmou essa orientação. Houve, assim, uma unanimidade familiar em associar o desencadeamento do episódio referente ao ingresso no CAPS à interrupção do medicamento.

“E, o que vai fazer, corrigir o problema (...) é dar continuidade no remédio e no tratamento, né? Deixar de fazer o tratamento piora. Continuar o tratamento, fica bom” (pai). A cura é concebida numa relação linear de causa e efeito. Contudo, entre a substância prescrita e seu uso, há um fator imprevisível, o sujeito que a utiliza. Espera-se que o remédio controle tudo, como sua subjetividade. Não há como. São controlados os sintomas de superfície, mas há outros que sempre escapam.

Carla informou que a irmã “sempre tomou remédio controlado”. Como interrompeu o uso, teve uma recaída, o que contribuiu para seu ingresso no CAPS. Carla acrescentou, o que foi confirmado por seus pais, que Elisa jogava os comprimidos fora ou os escondia em seu quarto. Com isso, seu estado se agravou. Houve certa uniformidade nas respostas em apontar o porquê da interrupção.

Olha, as pessoas que têm esse tipo de problema, eles não tomam os remédios inclusive por eles acharem que eles não precisam. Inclusive, essa foi uma decisão dela, de achar que ela não precisava desses remédios. E, aí, ela parou de tomar os remédios... (irmã).

Em famílias em que há um membro com uma psicose, observa-se ser comum que o grupo queira que ele tenha um entendimento de que precisará fazer uso do medicamento “enquanto vida tiver” (Benedita), incorporando-o como um hábito tal como outros imprescindíveis de seu cotidiano. Assimilada a palavra do médico como a verdade, é como se não houvesse necessidade de investigar o que aquele apresenta que preconiza a necessidade do medicamento, o porquê de ser a vida inteira nem outros motivos, além do já convencionado pela família, que o levem a interrupção do uso. Há, ainda, a contradição de que embora todos considerem que a decisão sobre o medicamento pertence ao sujeito em tratamento, a continuidade do uso é para os familiares um imperativo.

No entanto, ainda que para a família o uso diário e prolongado do(s) medicamento(s) ateste a existência de alguma doença, o membro com quadro psicótico pode não se caracterizar como alguém que é doente. O desejo de ser “normal como os outros”, conforme dito por Elisa, e a percepção de que houve uma melhora contribuem assim para a interrupção do uso. Como a família pode considerar que esse sujeito jamais será normal, para ela, a não ingestão do remédio agravará justamente o que o diferencia dos demais.

Rosa e Elkis (2007) apontaram que, em média, a não adesão ao tratamento medicamentoso é em torno de 50%. Somado a esse aspecto, o fato de a recaída ocorrer, tipicamente, semanas ou, até mesmo, meses após a descontinuação da medicação, favorece que raramente o paciente a atribua à não adesão. Aqueles autores indicaram que se deve orientá-lo e a sua família em relação ao medicamento, entendendo-se o termo orientação num sentido mais amplo que a simples informação. A promoção de uma escuta, que possibilite a exposição e a reelaboração de suas crenças sobre o(s) remédio(s) e sua administração, precisa ser a diretriz de qualquer proposta de orientação.

Antes da crise que motivou a ida de Elisa para o CAPS, seus pais confiavam que ela estava “usando os remédios dela, nas horas certas”. Da confiança, seus pais passaram à preocupação cotidiana com o uso. Foi estabelecida, assim, uma delicada contradição em sua rotina: confiar nela e, ao mesmo tempo, observar se realmente

ingere o medicamento. Como indicado, Elisa passou a esconder seus remédios num lugar que poderia ser facilmente descoberto, seu quarto. Esse esconderijo, um local sem porta, pode ter sido sua forma de demandar alguma intervenção familiar. Com isso, foi encaminhada para o CAPS, local onde a família considerou haver menor chance de ocorrer outra interrupção do uso do medicamento. A fala de Carla abaixo descreve seu entendimento acerca da função do Centro de Atenção quanto a essa questão.

É... restabelecer... restabeleção da memória da pessoa (...). O que ocorre, porque... nossa mente... nossa memória, é que controla todo o nosso corpo. Nosso cérebro, que controla todo o nosso corpo. Então, através de um tratamento, de medicação... Que eu acredito que, você conversando, conversando... você não vai, é... Como é que se diz? Ajeitar o que tá errado lá dentro do cérebro. É através d'uma medicação que é feita aquela tapada naquela brechinha que tá com... (...) Acredito que seja assim. Através da medicação, que aqui é dado... E, através da medicação, que a pessoa... observando que ela ta... Como é que ela age depois da medicação, como é que ela se comporta. E, aí, depois vai tentando colocar a pessoa pra começar a desenvolver, que é pra não ficar só parada, ficar pensando besteira. Tem que colocar uma pessoa pra ocupar o seu tempo, sua mente.

Pode-se perceber nessa fala que as demais modalidades de atendimento do CAPS são concebidas como acessórias ao tratamento medicamentoso. É a partir do momento em que o medicamento corrige as lacunas no “cérebro” que as outras atividades ocorrerão. No entanto, não é porque o paciente passa a utilizar o remédio diariamente e de forma sistemática que não apresenta mais nenhum comportamento que desperta preocupação familiar: “E agora ela tá internada aqui, já vem um bom período, e tem dia que ela passa, né? (...) O remédio assim parece que não tá combatendo” (Joaquim).

Joaquim estranha que a “doença” tenha voltado a “prejudicar” sua filha, apesar de ela não ter mais interrompido o uso da medicação. Manifesta seu desejo de saber se Elisa ficará definitivamente curada de sua “enfermidade” ou se o tratamento é paliativo. Como o único diagnóstico médico que recebeu sobre a situação de Elisa foi o de disritmia, indica o que pretende solicitar ao médico-psiquiatra do CAPS:

(...) pra ver se aquela parte aonde o neurologista fez tratamento, se aquilo voltou a evoluir, essa tremedeira, esse mal-estar, o cansaço que dá nela.

Agora, semana passada, ela me disse que ela tava com um medo terrível de vir na rua.

O código que a equipe do CAPS lhe forneceu para obtenção de benefícios como transporte gratuito, não o ajudou a entender em que consiste a enfermidade apresentada por sua filha: “E esse código, eu não sei se esse código, ele é... se refere à disritmia ou se é um outro caso”. Entre uma palavra que para Joaquim significa um “desvio no cérebro” e um código alfa-numérico, que lhe é ininteligível, pôde-se entender o porquê dele sempre se referir ao diagnóstico de disritmia.

Segundo Joaquim, há dias em que Elisa fica com uma “babaceira” (excesso de saliva) e com a “musculatura” “um pouco rígida”. Relaciona esses dois efeitos à dosagem da medicação, porém lhe é mais difícil fazer tal associação às expressões faciais emitidas por Elisa: “Você percebe o rosto dela, ela tá com o rosto assim, de pessoas assim quando tá zangada”. No início do tratamento, percebeu ter ocorrido uma melhora em sua filha, como já indicado, mas, após meses de permanência de Elisa na instituição, questiona:

Porque, pra mim, era pra tá mais num quadro mais positivo em função do tratamento e negativo no desenvolvimento da enfermidade, né? O que eu quero te dizer é que a saúde dela era pra tá mais perfeita, né, e não mais assim sentindo essa coisa.

Preocupa-se, ainda, se a ingestão de “tanto remédio” não ocasionou uma dependência. É nesse sentido que ele percebe a necessidade de encontros com membros do CAPS, para que compreenda, bem como sua família, as implicações do diagnóstico conferido a Elisa. Segundo Joaquim, é preciso haver reuniões programadas pela equipe institucional, nas quais estejam presentes todos os irmãos de Elisa, não apenas seus pais, para que toda a família seja orientada sobre como agir, caso seja indicada a necessidade de haver mais tolerância em relação a ela. Considera que, como a equipe tem o saber sobre o que sua filha apresenta, pode fornecer informações que eliminem ou, pelo menos, diminuam a ansiedade familiar.

Joaquim almeja que sua família saiba o que Elisa apresenta, para que, em especial, os filhos se sensibilizem acerca de sua “responsabilidade familiar” para com ela. Considera que, sem essa informação, a família continuará com dificuldade para lidar com ela e lhe fornecer o suporte necessário. Nessa perspectiva, em paralelo aos conflitos na dinâmica familiar, é possível que a carente clareza pela família quanto a que os sintomas apresentados por Elisa podem estar relacionados tenha contribuído para

que os irmãos não se sentissem mobilizados a comparecer nas reuniões agendadas pela equipe do CAPS anteriormente comentadas.

Porque nós lá em casa, estamos convivendo com a Elisa, mas nós num... O tratamento que nós fazemos com Elisa o que quê é? É na hora do remédio, só passar pra ela. A gente não sabe a gravidade da enfermidade. (...) Então, eu acho que isso aí, apresentar pra família é... Não sei nem como dizer. Se é com texto (Joaquim).

Melman (2001, p. 20) apontou que nos casos em que “a gravidade do quadro é maior e a duração dos sintomas se prolonga muito tempo, os repetidos fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, os freqüentes insucessos nos tratamentos” contribuem para que os projetos de vida dos familiares, em especial dos pais, sejam pautados de forma praticamente exclusiva em eventos ocorridos na vida do filho e nas expectativas do que com ele poderá acontecer. Desse modo, Joaquim quer que seus demais filhos sejam conscientizados sobre o caso apresentado por Elisa a fim de que adquiram alguma responsabilidade acerca do cuidado que acredita que ela talvez precise depois que ele e sua esposa falecerem. Essa é uma preocupação comum em famílias em que há um membro portador de patologia considerada grave e irreversível. É uma preocupação que tende a se intensificar diante da identificação pelos pais da dificuldade de interação que há entre os filhos.

Melman (2001) indicou que há muitas dúvidas sobre os transtornos mentais e seus tratamentos pelas famílias atendidas. No Maranhão, estado marcado pela pouca escolaridade da população, as dúvidas tendem a se acentuar. Somado a isso, Melman observou que muitos médicos não fornecem informações detalhadas acerca da ação dos fármacos e de seus possíveis efeitos colaterais. Não explicitam o significado de um determinado diagnóstico nem explicam os motivos que o levam a prescrever determinado procedimento terapêutico.

No caso do CAPS, serviço caracterizado como de atendimento interdisciplinar, uma outra dificuldade pode tornar a situação acima indicada por Melman (2001) ainda mais delicada. É possível que, devido a uma visão historicamente convencionada sobre o papel do médico, alguns profissionais considerem que qualquer esclarecimento sobre os sintomas é uma função exclusiva daquele. Com isso, embora o sujeito já esteja em tratamento há meses, ele e sua família podem continuar sem saber qual inferência diagnóstica lhe foi conferida na instituição e o porquê.

Destaca-se, igualmente, que as falas dos pais e irmãos de Elisa apontam ser imprescindível a análise da dimensão cultural da parentalidade e da relação entre irmãos, de forma a se promover uma revisão das discussões pautadas num modelo conservador acerca do que é ter e estar em família. Na sociedade atual, é comum se ouvir vozes que supervalorizam a função social da família ou que a definem como uma instituição falida. Em torno desses dois pólos, há uma série de imagens e de expectativas que dificultam a apreciação dos cotidianos específicos de cada dinâmica familiar.

Bombardeados por uma série de orientações sobre o que caracteriza uma “boa família”, os pais se sentem inseguros acerca de como agir em relação ao filho, insegurança que tende a se acentuar quando ele apresenta um quadro psicótico. Talvez, por isso, Joaquim e Benedita se apeguem a valores tradicionais sobre o que é ser pai e ser filho. Como não possuem um espaço de interlocução com outros pais sobre o que é ter um filho com psicose, é-lhes difícil visualizar outros parâmetros de interação. Ficam sem saber se confrontam, brigam ou colocam limites (e como), se devem calar ou fingir aceitar a realidade de sua filha (Melman, 2001) nem o que devem dizer a esse respeito aos demais filhos.

A dinâmica familiar discutida no presente capítulo ilustra como é difícil para seus integrantes a circulação da palavra, o que contribui para que o cotidiano doméstico seja marcado por insegurança, raiva, ressentimento, desconfiança. Como indicou Jaime: “(...) eu não confio... 100% (*em Elisa*). Não sei se isso é um defeito familiar. Não sei se contribui ou não contribui pra recuperação dela”. Sua fala reflete uma rotina em que há estreitas vias para o esvaziamento e a ressignificação do sofrimento vivenciado por seus integrantes. As queixas se cristalizam, o que compromete a construção de uma vivência em conjunto mais benéfica para todos.

Fica a impressão de que praticamente ninguém se sente próximo ou parece ter interesse de se aproximar de Elisa, o que é justificado tanto pela falta de tempo quanto por questões mais delicadas, como no caso de Carla. Parecer haver uma dificuldade de tolerar não apenas a diferença que aquela traz para a interação familiar, mas de buscar outros parâmetros nos quais possam se sustentar para tanto. O pai de Elisa é o que, aparentemente, mais se preocupa com ela. Contudo, esposa e filhos consideram que ele nega ou, pelo menos, minimiza ações por ela realizadas. Ao que se pode questionar: será que ele está minimizando ou os outros é que estão maximizando?

Não se trata de identificar o familiar “bom” e o “ruim” do paciente em tratamento no CAPS, mas os pontos que possivelmente o afastam ou o aproximam desse.

Pode-se perceber como as expectativas referentes à modificação na dinâmica familiar em decorrência do ingresso de Elisa no CAPS e as considerações sobre os resultados obtidos divergem na família em questão. Para Elisa, sua permanência contribuiu para uma reaproximação familiar, em especial no que tange às suas mãe e irmã. A reaproximação teria ocorrido tanto pela “saudade” que a ausência diária trouxe quanto pelo apoio que sentiu ter passado a receber.

Para sua família, a inserção de Elisa no CAPS tem um outro efeito. Por um lado, contribui para a diminuição do ócio que preocupa seus familiares, já que em casa ela não faz nada ou, quando faz, é de modo inapropriado. Por outro, evita a ocorrência de conflitos, o que favorece uma expectativa de que sua permanência no Centro de Atenção seja prolongada.

Melman (2001, p. 120) indicou que o processo de idealização da família “conduz à ilusão de pensar que a única solução para sustentar um paciente e inseri-lo na comunidade passa necessariamente pela família”. Concorda-se aqui que a família não deve ser pensada como a única via mediadora entre o sujeito psicótico e a sociedade. Contudo, suas possibilidades e limitações nesse processo devem ser consideradas de forma a se alcançar um entendimento acerca do porquê de sua resistência ou mesmo recusa em aderir.

Na discussão sobre a dimensão cultural, faz-se, igualmente, necessário o debate acerca do papel que crenças e valores religiosos representam para a intersubjetividade familiar. Vieira Filho (2005) observou ser comum que tais representações não sejam valorizadas na consulta psiquiátrica, com a identificação de elementos religiosos presentes nas falas do paciente e de seus familiares apenas como mais um elemento componente do sistema delirante do primeiro, com a adoção da CID-10 de forma unidimensional. Mesmo que o discurso dos familiares receba, em geral, uma maior consideração (Coelho, 1999), pode ser visto como algo exótico, sem relação com o processo de adoecimento em questão (Vieira Filho, 2005). Diante disso, as práticas religiosas de pacientes e familiares correm o risco de serem qualificadas como mero paliativos ou mesmo rechaçadas, em especial as que se referem a religiões de origem africana, pelos estereótipos e preconceitos tradicionalmente associados a essas.

O modo de intervenção e a lógica terapêutica dos diferentes especialistas e espaços, a que o paciente e sua família recorrem, são importantes elementos não apenas

para a compreensão de suas influências na vida dessas pessoas, mas também de seus possíveis pontos de articulação, de forma a se criar alguma parceria entre eles (Vieira Filho, 2005). Essa proposta é ainda mais necessária quando se identifica uma crise psicótica em famílias como a de Elisa, tendo em vista que os discursos sobre as “perseguições” e “encostos”, que o sujeito sente sofrer, podem ser vistos como algo demoníaco, o qual não se consegue combater devido a uma insuficiente fé apresentada por ele ou por ser uma punição resultante de ato que cometeu. São casos que tendem a gerar mais desgaste, frustração e pessimismo nas pessoas envolvidas.

Apesar de os familiares de Elisa, sobretudo seus irmãos, terem declarado com frequência não possuir informações sobre sua história nem sobre seu cotidiano no Centro de Atenção, esse “desconhecimento” já foi, por si só, um importante dado sobre sua dinâmica de interação. No decorrer das entrevistas, visou-se apontar que, mais relevante que a quantidade de respostas fornecidas, buscava-se identificar o modo como cada um vivencia sua interação com ela. Almejou-se, portanto, fazê-los analisar que todos são pessoas indicadas para falar sobre Elisa, independente do tipo de vínculo familiar existente em relação a ela, como uma forma de fazê-los questionar, dentre outras possibilidades, seu papel enquanto pais e irmãos de alguém que está no CAPS para se tratar de um sofrimento psíquico grave.

Por outro lado, a carência de informações pelos familiares sobre o CAPS sugere a necessidade de compreensão sobre o que caracteriza uma família para cada grupo familiar e como essa caracterização se reflete no aparente desinteresse sobre o tratamento por parte de alguns membros e/ou em seu desejo de transferir o cuidado para a instituição. Essa compreensão contribui para o aprimoramento do serviço que é oferecido. Logo, foi a partir do “silêncio” da família de Elisa sobre o CAPS que se verificou a importância de se investigar o que representa o significativo família para essa família em face do fenômeno psicótico.

## 8. A PSICOSE E A INSTITUIÇÃO CAPS

Na análise das concepções dos profissionais entrevistados sobre o fenômeno psicótico, considerou-se necessário, primeiro, discutir como caracterizam a proposta de atendimento da instituição CAPS. Após essa discussão, são realizados, então, a apresentação e o debate de suas falas no que tange à psicose. Aborda-se o tratamento desenvolvido no local investigado ao sujeito psicótico, com destaque para a intervenção no momento da crise. Discute-se como a equipe retrata a relação entre o Centro de Atenção e as famílias neles atendidas. Por fim, são analisadas as falas referentes ao sujeito Elisa e a seus familiares.

### 8.1 O CAPS, pelos profissionais

Entre os profissionais entrevistados, apenas o psiquiatra e a assistente social foram contratados após contato direto com a direção do CAPS. Os demais foram encaminhados à instituição pela SEMUS. Dos seis, a maioria não teve nenhum trabalho no campo da saúde mental propriamente dita. Apenas a terapeuta ocupacional e o psiquiatra já tinham experiência na área. Para as outras quatro profissionais, o contato ocorreu através da realização de estágios ou de disciplinas da graduação. Em comum, a atuação no CAPS foi uma experiência nova para todos.

Me ligaram (*da SEMUS*), que eu vinha pra cá. (...) Aí, eu vim pra cá. Mas eu não sabia nem de CAPS. Assim, não tinha noção, entendeu? Porque eu nunca tinha trabalhado com pacientes com... problemas mentais, nem com depressão. Eu já tinha visto, né? (...) Mas, assim, eu não tinha noção de CAPS. Aí, eu: “Vixe, o que quê é CAPS?” (psicóloga).

A surpresa acima indica como a proposta CAPS foi algo inusitado, em razão da pouca informação anterior ou nenhuma que os profissionais possuíam quando de seu ingresso na instituição. Como é um serviço relativamente recente no estado do Maranhão – mesmo na capital – e o debate sobre políticas de saúde pública nos cursos de graduação da cidade parece ser ainda escasso, isso contribui para que muitos profissionais comecem a nele trabalhar sem conhecer a que se refere sua proposta e em que consiste seu funcionamento. O conhecimento para os profissionais entrevistados ocorreu à medida que observaram o cotidiano institucional e obtiveram informações de outros funcionários, após sua contratação.

É possível, igualmente, que devido à grande demanda pública nas diferentes instituições de saúde e de saúde mental da cidade, os profissionais que ingressam no serviço público são encaminhados de acordo com as necessidades de cada local. A expressão “aprender na prática” é mais do que exigência, nesse sentido. É uma realidade.

Solicitou-se a todos que discorressem sobre as concepções que têm sobre a proposta do serviço CAPS. A técnica de enfermagem descreveu o Centro de Atenção como um local de “ajuda”, no qual o paciente obtém “orientação” sobre a “doença dele”, para que ele, conseqüentemente, possa realizar o tratamento. Pelo que se pôde entender a orientação, na fala dessa profissional, refere-se ao uso da medicação.

O CAPS, ele serve para... auxiliar, né, no tratamento das pessoas que estão sendo assistidas aqui. (...) Auxiliar na conscientização desse paciente, como ele é importante no processo de tratamento, não é? Como essa família, ela precisa do nosso suporte e, ao mesmo tempo que ela precisa desse nosso suporte, ela também é responsável, né? Então, assim, eu acho que... deve ser uma equipe composta pelos profissionais, pelo paciente e pela família, todos desenvolvendo seu nível de responsabilidade, né? (...) Então, o CAPS, a gente diz, também desenvolve essa responsabilidade de... auxiliar nessa assistência, né? Auxiliar nessa assistência pra que possa promover esse resgate, essa reinserção, melhor possível, né, interpessoal, primeiramente, o familiar, né, que é a base pra que se possa ter um desenvolvimento saudável, social, saudável (terapeuta ocupacional).

Para essa profissional, a equipe institucional e a família têm como função auxiliar no processo de conscientização do paciente para a melhor eficácia do tratamento. No caso da família, essa deve reconhecer que é “tão responsável quanto nós somos aqui” em relação ao bem-estar do membro em tratamento na instituição. Mas, além de ser co-responsável, precisa ser assistida, o que também a torna um grupo que requer cuidados. A intervenção institucional é, assim, pautada na autoconscientização de pacientes e familiares no que tange ao tratamento. É, igualmente, pautada no esforço da equipe em promover essa conscientização.

No segundo caso, o esforço está relacionado ao fato de que, como os pacientes estão numa instituição de saúde, devem querer se tratar. A terapeuta ocupacional apontou que alguns “não se conscientizam de que aqui é um local de tratamento, para tratamento”. Para ela, o sujeito precisa adquirir um “nível de

conscientização” que lhe permita “compreender o que é o tratamento”. Esclareceu que há situações em que ele está “intolerante para a atividade”, mas que precisa nela permanecer, por precisar “respeitar o espaço, a instituição”. Para tanto, a equipe deve sinalizar que ele não está ali para agir como quiser, de modo a que consiga aceitar as regras do local. Através dessas, que preconizam a uniformidade do atendimento, o sujeito deve perceber que não possui uma posição de destaque – o que não deixa de ter, de certa forma, em sua família. Está numa instituição que, assim como os demais, buscou para obter uma melhora. Ele precisa se “conscientizar” de que:

(...) a principal pessoa que deve estar interessada na melhoria é a própria pessoa, em primeiro lugar. Claro que ela tem umas outras... pessoas que ela pode contar, mas que, ela, é a pessoa de maior valor dentro do... atendimento. (...) É tentar desmistificar um pouco aquela questão do: “Ah, do coitadinho, do pobre coitado que perdeu...”. Não enfatizar ainda mais isso, mas... valorizar essa questão da auto-estima, de como você é capaz, de como: “Ah, você passou por isso e por isso, mas vamos lá”. (...) ta trabalhando, ta favorecendo essa auto-estima, ta orientando, ta estimulando pra que essa pessoa possa ter essa motivação, né? Que é uma questão individual, você se motivacionar pra alguma coisa, né, de você querer alguma coisa e aquilo tem que ser próprio (terapeuta ocupacional).

No trecho acima, conscientizar-se sugere uma capacidade de automotivação. A equipe pode estimular, mas a “motivação” tem que partir do paciente. É como se essa tivesse que surgir de forma meramente espontânea, independente das ações de sua família e da equipe para tanto. Foram citados casos de pacientes que não participam das oficinas, vão somente por causa da alimentação, chegam atrasados ou “bêbados” no CAPS, como exemplos de situações que revelam a carente ou falta de adesão ao tratamento. Todas essas são situações que denotam diferentes tipos de compromisso com a instituição, merecem uma investigação sobre o que as fundamenta. Dizer que o sujeito não quer aderir pode colocar em detrimento a análise de que, se ele continua indo, é porque algum desejo tem diante do atendimento que é oferecido. A escuta a esse desejo é o que pode contribuir para que ele queira mais do que estar ali.

Foi igualmente recorrente a definição da proposta do CAPS baseada na comparação do que diferencia sua clientela daquela atendida em outras instituições de saúde mental.

(...) os pacientes, que vão pras outras instituições, são os pacientes mais, mais complicados, que têm um quadro clínico que não tem nada a ver com o CAPS. (...) Os pacientes que vêm pra cá, que a gente recebe aqui no CAPS, quando chegam pacientes que a gente vê que é caso de Nina Rodrigues, pacientes que vêm amarrados, que trazem pra cá dopados de medicação, essas coisas assim desse tipo, não são pacientes pra cá. Os pacientes do CAPS são pacientes lúcidos, orientados (...) Que podem melhorar. Que já sabem conversar, já sabem contar a sua história. Os pacientes do Nina Rodrigues, eles não são bem orientados. Eles chegam lá falando... falando coisa com coisa, tratando mal, batendo nos profissionais. (...) Os pacientes não se interagem com a equipe que trabalha lá. (...) Os pacientes daqui têm atividades. Eles fazem oficina. Eles sabem escrever (enfermeira).

A enfermeira acrescentou que a clientela indicada para o CAPS apresenta um “quadro clínico”, que “pode ser resolvido sem grandes complicações”. Esclareceu que esse grupo “tem toda a condição de ir pra casa”, de “comer sozinho, tomar café, de tomar sua medicação direitinho”. Para ela, “se não for paciente com quadro de CAPS, não adianta fazer a admissão porque ele vai estragar o serviço da gente aqui e dos outros pacientes”. Apontou que essa é uma diferenciação que a sociedade em geral – em especial os profissionais das demais áreas da saúde de São Luís – já sabe. É como se os pacientes do Centro de Atenção tivessem um perfil privilegiado dentre os pacientes atendidos no campo da saúde mental ludovicense<sup>20</sup>. Podem melhorar e se engajar em atividades, ao contrário dos que são atendidos nos hospitais psiquiátricos da cidade.

No entanto, segundo o psiquiatra, muitas vezes, a informação sobre a finalidade do CAPS não é adequada, haja vista a ausência de discriminação de casos que são encaminhados para lá. Ele indicou a necessidade de uma “triagem” para a avaliação das queixas. É possível que o encaminhamento, sem uma ponderação mais detalhada sobre o caso, esteja relacionado tanto a escassez de serviços de saúde mental em São Luís e em outras cidades, de onde também chegam pacientes, quanto à própria dificuldade da sociedade em identificar qual é a clientela indicada, dificuldade que também pode ocorrer entre os profissionais dos demais campos da saúde.

Do ponto de vista técnico de tratamento de saúde mental, eu continuo a... achar que Hospital-Dia teria indicações mais precisas do que eu vejo aqui. O Hospital-Dia é uma alternativa de tratamento psiquiátrico pra evitar uma

série de internações, que existiam antigamente, que eram internações sem necessidade, gratuito. Agora, eu acho que nalguns casos, nalguns casos, de dependência química, um quadro grave, o Hospital-Dia não resolve. (...) Eu não sou contra internações psiquiátricas integrais. Eu sou contra internação psiquiátrica sem necessidade (psiquiatra).

Na fala do psiquiatra, pôde-se observar que o CAPS não difere do hospital-dia, tanto que, na entrevista, foi comum que empregasse o segundo termo para se referir ao primeiro. Nessa equiparação, não é que ele não considere o Centro de Atenção uma boa alternativa. De fato, parece considerá-lo apenas uma alternativa, um serviço complementar, opinião que também compareceu nas falas da enfermeira e da assistente social. É como se indicasse que o CAPS é um serviço, não o serviço, estratégico, que possibilita a “organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país” (Delgado & cols., 2007, p. 59). Não é o eixo da atenção em saúde mental pública.

Para o psiquiatra, o Centro de Atenção é uma modalidade institucional que não é indicada, por exemplo, para pacientes que apresentam episódios psicóticos graves, “crônicos” – indicação que está de acordo com o que foi apontado pela enfermeira – ou dependentes de substâncias. Ele considera que esses três grupos, como não têm condições de se adequar às normas institucionais, prejudicam o funcionamento do serviço. O psiquiatra acrescentou que: “o paciente pra vir tratar em CAPS, ele pode até ser psicótico, mas tem que ter uma parte do ego dele que ainda esteja sadia”. Em relação a essa fala, pode-se considerar que, quando o profissional parte da noção de que não há um eu no outro, é provável que não valorize o que faz esse outro um sujeito.

Se você pegar um doente psicótico totalmente desorganizado, regredido, sem nenhuma capacidade sequer de comunicação, qual é o benefício que ele vai ter numa oficina terapêutica? Nenhuma. A não ser que fosse um serviço... onde o número de pacientes psicóticos fosse bem maior do que os de dependentes químico. Certo? Aonde ele não fosse um corpo estranho. Mas eu cansei de ver paciente psicótico aqui os outros ficarem olhando (psiquiatra).

Como a maioria dos pacientes do CAPS é composta por dependentes de substâncias, o psiquiatra considera que sujeitos com grave comprometimento psicótico não são indicados para essa instituição, haja vista a atenção que demandam ficar em detrimento em comparação à atenção que é aos primeiros dedicada. Isso dificulta a

---

<sup>20</sup> Termo referente à pessoa nascida em São Luís.

realização de um trabalho específico com o segundo grupo e o reconhecimento por alguns profissionais e demais pacientes de que o Centro de Atenção também é o seu lugar. A fala do psiquiatra remete à de Elisa acerca de quem pode e quem não pode ser atendido na instituição investigada, de acordo com sua capacidade de inserção na rotina da instituição.

Porque, no CAPS, pelo que eu tenho observado, a medicação é fundamental, o psiquiatra é fundamental, mas a equipe pára-médica ainda é mais fundamental, não é? Psicólogo, terapeuta ocupacional... Um paciente daquele estado, ele não participa. (...) A auxiliar me diz aqui: “Ah, não quer...”. Não é que ele não queira, é porque ele não pode. É porque a doença mental tira dele a capacidade de comunicabilidade, de participação, porque ele é doente mental. (...) Mas eu não to aqui pra mudar nada. Eu faço o que eu posso (psiquiatra).

Se houve uma época, segundo Foucault (1972), em que as pessoas eram detidas no hospital psiquiátrico pelos mais diversos motivos, hoje se observa cada vez mais a importância de um critério não só para a internação no serviço de emergência, bem como para o atendimento em outros serviços de saúde mental. Contudo, torna-se complicada a definição de um perfil de usuários de forma a se evitar o ingresso de pacientes “problemáticos”. Esses são o que mais precisam de um serviço de referência como o CAPS. Ao se definir um(o) perfil, corre-se o risco de se estabelecer uma marginalização inversa a que acontecia há dois séculos no hospital psiquiátrico. Se antes se colocava nesse todos os que de alguma forma eram excluídos pela sociedade – prostitutas, ladrões, homossexuais ou mesmo aqueles que poderiam ser caracterizados como portadores de transtornos mentais – passa-se a colocar, então, os que não apresentem fatores que dificultem o tratamento – como agressividade, resistência à participação nas oficinas – apresentando “receptividade à abordagem” da equipe.

Para o psiquiatra, se o paciente não participa das atividades oferecidas pelos profissionais que citou acima nada há a ser feito pela instituição. Parece considerar que esse é um paciente sem desejo, refratário a qualquer intervenção, mesmo a medicamentosa, para o qual não vale à pena uma aposta. Sugeri que o CAPS não é recomendado para o paciente “crônico” em razão da desorganização que apresenta, pois ele se torna “incompatível” com o tipo de serviço proposto.

É muito fácil você... apregoar: “Ah, faz o tratamento em casa”. Vai ficar com ele... em casa. Vai, vai ficar. É difícil. Esse teria que ser em hospital

psiquiátrico mesmo. (...) Até porque eles não ficam em casa, depois de algum tempo, o doente começa a apresentar um quadro de hospitalismo (psiquiatra).

Cronicidade e hospitalismo: uma relação de iatrogenia. Mais do que indicar que o lugar do sujeito com grave comprometimento dos laços sociais é no hospital psiquiátrico, cabe a discussão do que essa instituição lhe oferece, que lhe proporciona alguma suplência à deriva psicótica, de modo a se reproduzir esse efeito e outros importantes na clínica do CAPS. Essa discussão favorece o questionamento sobre sua permanência como o principal, ou mesmo, o único local que pode garantir uma contenção à demanda por continência que o sujeito faz no momento da crise e noutros do fenômeno psicótico. É possível considerar, então, que, se ele ficou dependente do hospital, foi porque nenhuma outra opção lhe foi oferecida durante anos. Quanto aos pacientes apresentando uma crise psicótica “aguda”, o psiquiatra apontou:

Você tem 50 pacientes em crise psicótica aguda, delirante, alucinatória. Não interessa a causa. Droga, álcool, não interessa. É, vai pra hospital psiquiátrico. Ele saiu de crise, dependendo... da estrutura de família, da estrutura social, ele continuaria o tratamento no CAPS. Aí, eu acho que seria bem melhor.

Após sair do hospital, o encaminhamento para o Centro de Atenção seria uma oportunidade boa para ele continuar o tratamento e “descontinuar a internação” (psiquiatra). Mas, para esse sujeito, há ainda ressalvas, somente os que apresentarem poucos episódios psicóticos e contarem com a participação da família e de seu entorno no tratamento. Ambas as condições denotam outros critérios que, na perspectiva do psiquiatra, devem ser observados para o afunilamento da clientela atendida no CAPS. A segunda condição, em especial, é ainda mais complicada por sugerir que a instituição nada tem a ver com o asseguramento dos laços sociais pelo paciente, tanto em relação à sua família quanto no que tange ao seu entorno. O atendimento fica condicionado à existência prévia do apoio familiar e social.

A fala do psiquiatra remete aos impasses que, segundo Barreto (2005), desafiam todo o projeto terapêutico institucional: a resolução de crises psicóticas e o seguimento da patologia dos pacientes considerados crônicos. Os psiquiatras, “em virtude de prerrogativas da formação profissional não contestadas na prática” (p. 139), vêem-se convocados a intervir incisivamente nessas duas situações-limite, as quais mais colocam em xeque a proposta de desinstitucionalização na clínica da psicose.

Na crise, é quase irresistível a tentação de se atribuir à “doença” sua eclosão e de intervir sobre ela nos mesmos termos da intervenção psiquiátrica clássica, perdendo-se de vista “todos os elementos que fariam reconhecíveis na crise uma contestação contra os dispositivos de exclusão” (Barreto, 2005, p. 140), o que mergulha o serviço na contradição de ser a instituição que nega a outra instituição – conforme será discutido em tópico posterior. Essa é uma questão que se torna mais delicada ainda quando a equipe se considera diante de um quadro crônico, que caracteriza como avesso a qualquer tratamento. A eclosão de crises e a cronicidade são, assim, provavelmente, as situações que provocam maior debate em relação à eficácia da proposta CAPS, por exigirem o confronto entre antigas e novas práticas no campo da saúde mental e a construção do que fazer a partir disso.

Para a enfermeira, o atendimento no CAPS parece ser direcionado aos pacientes cuja gravidade os profissionais, de acordo com a estrutura institucional, têm condições de se responsabilizar. Não foi possível identificar em sua fala se, caso a estrutura do CAPS fosse outra (semelhante a do hospital psiquiátrico?), seria possível atender aos sujeitos acima citados.

O que o CAPS tem de bom, eu acho que... (...) é dar pros pacientes o que eles tão precisando de saúde, eles tão precisando de saúde mental, da saúde mental. Cura a doença mental deles. Não cura totalmente, mas cura. (...) Um paciente que quer realmente, o CAPS muda o quadro com certeza. (...) Traz melhorias de vida. Traz melhorias de habitação, de saúde, de educação, como se comportar na sociedade. (...) E se não fosse o CAPS, como seria? (...) Todo mundo interagindo na mesma causa, fazendo as reuniões que a gente faz pra ver como melhorar. Então, acho que é uma atenção psicossocial mesmo que o CAPS tem pros pacientes (enfermeira).

Nessa perspectiva, a enfermeira questionou: “se não fosse o CAPS, como que Elisa ia ficar? (...) Me diz como que Elisa ia ficar no Nina Rodrigues? Ela... não ia ficar convivendo com aqueles outros pacientes, que têm vários que têm os transtornos maiores do que o dela”. Sinaliza com esse exemplo que o CAPS é para pacientes graves, mas não tão graves, como Elisa. Parece considerar que essa, quando ingressou na instituição, era uma paciente cujo quadro a equipe tinha condições de arcar.

Como mencionado, foi recorrente a indicação de que o CAPS melhora o quadro daqueles que querem melhorar. É como se se considerasse que os pacientes que estão nos hospitais psiquiátricos de São Luís não têm esse desejo. Com os usuários do

Centro de Atenção, é possível se realizar algum trabalho. Os pacientes dos hospitais psiquiátricos, como não interagem e precisam de doses altas de medicação, não se tornam refratários apenas a qualquer intervenção. São também refratários a qualquer interlocução. A diferença parece se referir, portanto, ao tipo de interação que se pode ter com eles – se é que se pode ter. Para a psicóloga, a finalidade do CAPS é:

(...) colocar esse indivíduo novamente na sociedade, entendeu? Tentar resgatar muitos valores que a gente percebe que eles já perderam. (...) E, aí, não tem mais contato com família. Tem briga entre eles, entre os irmãos, entre pai, entre mãe. Então, o CAPS, eu acho que é isso. É um conjunto. Não só tentar ajudar, né, tentar diminuir esse sofrimento mental, que eles vêm com sofrimento mental pra cá. A gente tenta diminuir isso. Mas, também, tentar resgatar isso, reabilitar esse paciente. Porque ele chega muito assim, ó, diminuído, né? (...) Então, a gente consegue, às vezes, aproximar, né, essas famílias com os pacientes. Aí, eles vão resgatando tudo isso.

Nas perspectivas da psicóloga e da terapeuta ocupacional, o CAPS contribui para o resgate de valores sociais perdidos, sendo o familiar o principal. É um serviço que possibilita a reinserção do paciente na família e a reconstrução de antigas amizades ou formação de novas. A psicóloga esclareceu, e outros entrevistados, que através de visitas domiciliares e de reuniões feitas com as famílias, a equipe busca essa reconstrução. Para que haja o resgate de valores perdidos ou para a aquisição dos que não foram transmitidos ao longo do desenvolvimento, as regras de convívio favorecem o reconhecimento de noções como “limite” e “respeito” entre os pacientes inseridos na instituição. São regras que preconizam como devem agir em sociedade, de modo a que eles a (re) apreendam. Isso pode contribuir para que valores historicamente convencionados como apropriados, pelo menos no que se refere a ser paciente, sejam transmitidos “como a forma adequada de ser e agir” (Cedraz, 2006, p. 117).

Ah, eu penso que a proposta do CAPS é que o usuário tenha um atendimento de qualidade, que ele consiga fazer o tratamento aqui e obter os melhores resultados possíveis. E... paralelo a esse processo, eu acho que o mais importante é a reinserção desse paciente à sociedade (assistente social).

Ao se solicitar que essa profissional falasse sobre seu entendimento do significativo psicossocial, ela indicou que a intervenção vai: “desde o atendimento medicamentoso, passando pelo terapêutico, até questões macro, né, que são sociais de tá compreendendo, fazendo a leitura da realidade desse usuário, né, e poder tar intervindo

da melhor forma possível junto à família”. Em sua fala, comparece uma proposta mais ampla do CAPS, no que tange à premissa de retorno do sujeito à sociedade. Indica que o trabalho não deve se resumir ao intramuros. Deve ir mais além.

Rinaldi e Lima (2006, p. 55) destacaram que as “novas práticas e técnicas devem resultar em ações que aumentem as possibilidades de governabilidade dos sujeitos sobre sua vida”. No tratamento, ao saber psiquiátrico, são somados outros saberes e instrumentos, numa proposta que implica acompanhar a vida do paciente, de forma a promover sua reinserção social “pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Ministério da Saúde, 2004c, p. 13). É uma proposta, assim, que ultrapassa a estrutura física do CAPS.

Logo, para que o Centro de Atenção se estenda extramuros, é indispensável o escrutínio do que cada profissional entende por reinserção, reintegração, inclusão ou resgate social. Essas são noções comuns nos discursos dos entrevistados. Há uma consideração de que o paciente está fora da sociedade e precisa ser nela novamente inserido. Para tanto, deve primeiro passar pelo CAPS para depois haver o retorno. Sem esse processo, sua reinserção pode ser incerta.

Tem a questão do trabalho, que é importante, né? E eles, às vezes, reclamam muito aqui: “Doutora, eu quero mudar de regime. Não sei o que. Eu preciso trabalhar”. Aí, a gente sempre, né, botando em primeiro lugar a saúde. “Como é que tu vai trabalhar se não tem saúde mental, psicológica? Como é que tu vai trabalhar se tu não tem condições? Tu acha que tu tem condições?” Aí, tem uns que bota na cabeça que tem condição. Aí, pedem alta. Aí, a gente dá alta. E quando é depois de alguns meses volta pra cá. Voltam pra cá: “Pôxa, doutora, bem que a senhora disse. Não sei o que, que eu não tinha condição”. Aí, eu digo: “É, a gente falou assim porque a gente sabia que, em um momento, isso poderia acontecer, não é?”. (...) A gente sempre explicava isso assim. Vários voltaram pra cá e a gente deu a chance (psicóloga).

Por vezes, a avaliação do paciente sobre o seu bem-estar não coincide com a da equipe. Como uma profecia auto-realizada, o retorno do primeiro pode soar para a segunda como uma confirmação de seu saber, o que, por sua vez, favorece uma perigosa certeza de que o sujeito em atendimento não sabe mesmo nada sobre si. A falta de correspondência entre as duas perspectivas demanda uma delicada explanação sobre o

porquê da saída do paciente não ser recomendada pelo *staff*, a partir do momento em que se pode escutar a que se relaciona seu desejo de sair.

Com o retorno do paciente para a instituição, após uma alta não sancionada pela equipe, a fala da psicóloga sugere que nova oportunidade está sendo a ele oferecida, como um alerta para que não aja mais da mesma forma futuramente. Como a família e o paciente vão assimilá-la, como se discutiu no caso de Elisa e de seus familiares, é uma outra questão. Podem entender dar uma chance como: não haverá outra. Podem, por outro lado, compreender como uma aposta que, no paciente, é feita, um investimento que é imprescindível na prática clínica. Cabe à equipe investigar qual é o entendimento que usuário e família assimilaram, bem como a escuta das questões que levam o primeiro a querer sair ou mudar de regime sem o aval institucional, como ocorreu com Elisa, pelo desejo de pleno retorno ao campo social. É uma investigação que põe em questão os diferentes significados que o paciente, sua família e a equipe construíram em relação ao significante reinserção.

O paradigma da reinserção, quando colocado de forma radical e acrítica, pode ser interpretado como o retorno ao campo social a qualquer custo. Nessa meta, pode-se não observar o tempo do paciente, suas condições e seu desejo diante disso. Para Dunker e Kyrillos Neto (2004, p. 117), faz-se imprescindível a compreensão de como a noção de inclusão social é apropriada pela equipe, no quadro de certa estratégica retórica, para que não se coloque em posição de “antagonismo com o projeto de uma clínica da escuta dos transtornos mentais”. Trata-se de analisar uma série de deslocamentos discursivos que constituem, localizam e individualizam a loucura em espaço à margem da sociedade, de modo a garantir sua entrada no campo social. Quando se questiona “uma condição historicamente construída e bem definida” (p. 117), a exclusão no hospital psiquiátrico, cabe analisar a significação de outra condição ideal e indefinida, a inclusão.

A interrogação em relação a que a inclusão se refere é indispensável. A possível resposta conseqüente, mais uma vez e sempre, depende do processo de construções de suplência pelo sujeito a partir e além das estratégias que lhe são oferecidas. É claro que essas estratégias são fundamentais. O perigo é considerar que fracassaram porque o sujeito continua buscando formas particulares de estabilização para o descarrilhamento psicótico, pela insistência institucional em transformar a demanda de cura em demanda de inclusão (Dunker & Kyrillos Neto, 2004).

Todas as formas de intervenção – remédios, organização do círculo de relações, restrição das exigências da vida ou oportunidades no mercado de trabalho – são operantes pragmáticos do gozo inerente à psicose (Soler, 2007), desde que levem em consideração os esforços de estabilização realizados pelo sujeito nesse processo. Como indicaram Rinaldi e Lima (2006), não se trata somente de dar voz ao paciente, quando se dá, para que ele possa exercer seus direitos de cidadão, mas de levar em conta o que falar quer dizer, pois é por meio da fala que é possível ver surgir efeitos de sujeito como resultado do trabalho clínico, em especial no caso da psicose.

Ao se assumir uma postura pedagógica que visa recuperar a autonomia e o poder de contratualidade dos pacientes com quadro psicótico, ou seja, de resgatar sua competência social, pode-se calar o sujeito, com seu desejo e modo próprio de se inserir no mundo. Pensar a cidadania como inserção numa forma de vida social contribui para que a inclusão se torne uma sutil forma de exclusão (Barreto, 2005). A constante interrogação das possibilidades de inclusão de sujeitos que não estão inseridos nos códigos culturalmente convencionados de competência social é o que provavelmente mais diferenciará a proposta de atendimento preconizado pelo modelo atual em relação ao anterior. Caso essa interrogação se estagne, estaremos apenas repetindo o que antes combatíamos.

Não se trata de circunscrever a proposta de atendimento do CAPS, como se fosse possível se chegar a uma única finalidade no que tange ao seu funcionamento. Trata-se da construção do reconhecimento de que seu campo de ação não se restringe à gravidade do caso nem se limita às condições de infra-estrutura institucionais. É um espaço que se pretende de acolhimento e de respeito ao paciente, cidadão, não apenas referente ao seu direito de ir e vir, mas de compreensão aos seus diferentes modos de enlaçamento social. Ao persistir em tal perspectiva, é possível que o Centro de Atenção se torne cada vez mais um mediador de seu encontro com a sociedade.

A consideração de que a adesão do paciente ao tratamento no CAPS tem como resultado sua reinserção na sociedade precisa ser pautada no debate de que a abertura para tanto deve ser realizada por ambas as partes. A sociedade não está fazendo uma concessão a esse sujeito, como se ele nada tivesse a lhe fornecer em troca. A reinserção contribui não somente para o aumento da tolerância social em relação à diferença. Auxilia na compreensão de que o outro, o sujeito psicótico, traz questões que levam a sociedade a rever suas concepções de mundo, de homem e de sucesso.

A partir da opinião dos profissionais sobre o perfil da clientela do CAPS no que se refere aos pacientes psicóticos, pode-se considerar que não devem ser atendidos os que estejam na fase aguda da crise nem os considerados crônicos. Isso faz pensar que o paciente adequado para a instituição é o que está numa posição intermediária entre esses dois estados. Assim, é como se para cada fase, devesse haver uma instituição correspondente, não podendo o paciente receber atendimento se não naquela condizente com a forma de apresentação atual dos sintomas.

Parece haver, para alguns profissionais, uma limitação do campo de atuação da instituição em questão, com uma conseqüente limitação da clientela a ser atendida. Com isso, em vez de ser um espaço por excelência de articulação do cuidado a ser desenvolvido para o paciente, haja vista suas atribuições junto ao território de relações desse sujeito, tende a ser concebido como um local entre o hospital e o hospital. Isso implica que seu público-alvo não é composto pelos pacientes em crise – esses devem ser encaminhados para a internação integral – nem pelos considerados crônicos – que deveriam continuar residindo no hospital psiquiátrico.

Desse modo, os discursos dos profissionais denotam certa dificuldade em falar sobre a proposta de atendimento do CAPS. Parece ser, para eles, incerto o lugar que ocupa na política de reforma da atenção em saúde mental, com restrições das ações que nele e a partir dele podem ser desenvolvidas. Essas são questões que têm implicações no tratamento que é oferecido na instituição investigada.

## **8.2 A psicose, na perspectiva dos profissionais**

A construção desta seção se pautou na investigação dos modos de definição do fenômeno psicótico pelos entrevistados. Observou-se que explicações de base psicogênica e/ou orgânica se mesclaram em suas falas.

Vamos supor, uma pessoa bem... uma criança, que, durante toda a infância, foi retraída, mas sempre foi muito estudiosa. Aí, consegue chegar até o Ensino Médio, normalmente... normalmente entre aspas, mas ao momento que ela faz o vestibular e não consegue passar e aí... esse único fator pode desencadear algo bem... Sei lá, algumas frustrações, algumas coisas que podem levá-la a chegar, vamos dizer assim, a uma crise. Penso dessa forma. Não sei se é isso (assistente social).

Para a assistente social, iniciada a psicose como uma resposta a alguma situação de “stress”, tende para uma condição clínica “constante”, portanto, permanente.

Acrescentou que a experiência psicótica se caracteriza pela apresentação de sintomas como “um comportamento repetitivo, né, isolamento, dificuldade em se socializar com outras pessoas, de falar em público, né?”. A pesquisadora sinalizou para a entrevistada que esses sintomas também se manifestam noutros fenômenos clínicos, de forma a identificar o que lhe possibilita e a toda equipe a realização de um diagnóstico diferencial. A assistente social indicou que, por exemplo, na depressão:

Eu penso que a depressão é um estado assim... efêmero e, a qualquer momento, pode ir e vir e a pessoa convive normalmente com isso, enquanto que, a outra, não. Tem vários indicativos: se na família já teve alguém... Né não?

Inferiu-se que, para essa profissional, na psicose, há um retraimento social, um ensimesmamento, que não percebe na “depressão”. A diferença seria ainda que:

Porque eu penso que outros pacientes são fatores exógenos, né, e... o fato dele se tratar é uma opção dele. E ele pode vir a se tornar uma pessoa normal, livre da dependência química, enquanto o outro, não. Eu penso que é um fator genético e por mais que ele tente, ele vai ter que conviver com isso. É como se fosse um vírus: a pessoa tem e, a qualquer momento, pode, né, pode... entrar em latência, entrar em período de latência. A pessoa tem que conviver com isso eternamente.

Embora também relacione o desencadeamento da psicose a circunstâncias de vida, conclui que, como algo que “tem principalmente o fator genético” envolvido, uma questão de ordem biológica, a realização do tratamento não é uma opção, como noutras clínicas presentes no CAPS. É algo indubitável.

Eu acho que a primeira coisa que se poderia ver se há algum... transtorno psicótico é... dialogando com o paciente! Dialogando, porque, às vezes, quando o paciente não tá em crise, não é fácil saber que ele tem um transtorno psicótico. Quando ele vai entrar em crise que a gente vai ver: “Realmente, é psicótico” (enfermeira).

Para a definição de uma psicose, o sujeito precisa apresentar “comportamentos bizarros”, ou seja, manifestar ações que fogem do padrão social. Assim, a ocorrência de uma crise auxilia na identificação dos sintomas classicamente associados: delírio e alucinação. A enfermeira exemplificou essa noção citando o caso de Elisa.

Ela é uma paciente com características psicóticas. Que ela tinha um transtorno do pensamento... ao mesmo tempo, ela se contradiz e faz... apresenta inquietação (...). Vem também flashes de coisa que aconteceram, que ela vem a falar, que a gente não sabe se aconteceu ou não, mas que ela... que o paciente vem a falar e que não... e que não é normal que uma pessoa... (...) Ela falava que: “Meu filho vai morrer. Meu filho vai...”. E chamava o nome do filho dela. Era o quê? Ela tinha um transtorno do pensamento. Era uma paciente que... era inquieta... Nada adiantava pra ela, nenhuma medicação, quando ela entrou no CAPS. (...) Ela continuava com a inquietação, com as perturbações motoras (...) todas essas características juntas, dava ver que era um transtorno psicótico.

O modo de manifestação de fatos da infância e de outras fases da vida, produtores de sofrimento psíquico, revelaria, no momento da crise, o fundo psicótico.

(...) no momento da crise, no alto do delírio dele, ele, muitas das vezes, eles não sabem o que tá se passando, ele... O que tem na cabeça dele pode até ser fatos que ocorreram antes, na vida, quando era criança, quando era adolescente. Algum fato que ocorreu na vida, que influenciou no momento da crise, aos delírios, ao medo, junto com o medo a obsessão e, é nesse momento, que eu falo, que ele não sabe o que ele quer (enfermeira).

Para essa profissional, o sujeito não sabe “o que quer” apenas no momento em que apresenta um episódio psicótico. Depois, ele age como “uma pessoa normal”. Contudo, ao compará-lo ao “dependente químico”, indica a qualidade de não saber sobre o desejo o diferencial entre esse sujeito e aquele. Os pacientes dependentes de substâncias são “colaborativos”, “dizem o que querem e, se não querem, dizem também. São claros”. A assistente social ressaltou: “(...) o dependente químico, em alguns momentos, ele tem um momento de lucidez, de consciência, em que a gente pode tar tratando, tar fazendo uma reflexão e fazer com que ele perceba os erros que cometeu”. Para a técnica de enfermagem, o sujeito psicótico: “Uma hora, tá de um jeito, aí, depois, tá de outro”. Com isso, é difícil a equipe saber o que esperar dele. Essas falas denotam o sentimento de impotência do profissional em fazer com que o paciente psicótico assimile determinadas noções, inclusive, as que denotam certo moralismo. Parece considerar que, para o dependente de substâncias, há como mostrar suas falhas. Em relação ao sujeito psicótico, isso não é possível.

Há um incômodo do profissional ao reconhecer uma falta de ressonância entre o que diz ao paciente psicótico e o que dele escuta. Ele não manifesta seu desejo de se tratar como o dependente de substâncias. Conforme a enfermeira, ele não diz: “Ó, doutora, eu quero me tratar. Eu quero fazer um tratamento. Eu quero isso, isso e isso. Eu sou doente mental”. Ele não diz o “que tem, o que está sentindo”. Ele não faz a admissão de que possui uma doença. É possível que isso contribua para que alguns membros da equipe se identifiquem mais com a “área desses pacientes dependentes químicos” – uma preferência indicada pela enfermeira. Para a técnica de enfermagem, o paciente em questão é: “o doente profundamente... com quadro de transtorno mais elevado assim. É isso, a psicose”. Sentiu dificuldade de definir o que o torna mais “elevado”. Igualmente, fez uma comparação com o dependente de substâncias. Esclareceu que o paciente psicótico: “vai, por ir, e, o outro, não, vai com a consciência de ir. Se ele não quiser ir, também ele não vai”.

Para a técnica de enfermagem, o dependente de substâncias é um “paciente consciente”. Ele não fica numa vida só dele. Por isso, é possível estabelecer uma comunicação. Em seu discurso, não se observa uma crítica às possíveis razões que levam o sujeito psicótico a acatar a imposição do Outro institucional. Se ele vai, é porque se sente impelido a ir, haja vista que se percebe na posição de objeto.

Nas características apontadas pelos profissionais, foi comum a noção de que há algum comprometimento da linguagem ou do pensamento envolvido, ainda que lhes seja difícil identificar a diferença entre esses dois.

(...) um transtorno psicótico, que eu acho, o que eu entendo, é um transtorno que agride o pensamento. (...) juntamente, junto com o pensamento, os atos...  
(...) Eu acho que pode vir ter melhora. Mas eu acho que cura total, eu acho que não tem, cura total. (...) Pode ter um tratamento, um tratamento adequado, como o tratamento de diabetes, que a pessoa não fica boa, mas que... tem uma vida saudável (enfermeira).

Como na fala da irmã de Elisa, a comparação da vivência psicótica com qualquer doença clínica – mais uma vez a “diabetes” – é sempre complicada. Embora seja compreensível o esforço do profissional em indicar, por exemplo, para a família que se trata de uma condição que pode ser tratada, mesmo que não haja uma “cura total”, a comparação é delicada por restringir um outro modo de existência ao campo da patologia. Por outro lado, quando a noção de cura é pautada em graus de

restabelecimento da saúde (“parcial”, completo), pode-se não levar em consideração a direção de cura indicada pelo próprio paciente.

Na fala acima, a psicose é o que agride o pensamento, não permitindo ao sujeito seu controle. Há “uma resposta do cérebro que vem falando o que a pessoa tá pensando” (enfermeira). A agressão do pensamento, a que se refere, provoca a repetição incansável de determinado discurso, pela ausência de controle interno do paciente. Para a técnica de enfermagem: “É só aquilo, em cima daquilo, batendo todo tempo na tecla daquilo ali, que ele criou”.

(...) eu acho que tem um comprometimento na... comunicação, né, compromete a comunicação da pessoa, pelo pensamento, né, então, o comprometimento do pensamento que vai dar na linguagem, que vai trazer a comunicação dificultada da pessoa, né? Então, eu acho que pensamento é o foco principal do transtorno, né? É a dificuldade para o pensamento, né, em saber como dissociar, né, algumas situações para o convívio (terapeuta ocupacional).

Essa profissional acrescentou que as “alucinações, elas estão bem presentes também. Só que, aí, a gente tem que tomar cuidado, porque alucinações são sintomas que são presentes em outras situações...”. Esse discurso oscila, contudo, ao se referir ao diagnóstico de Elisa. Não considera que ela apresenta um quadro psicótico, pois não apresenta alucinações e discurso delirante todo o tempo – conforme será discutido posteriormente.

As psicoses... são psicopatologias de natureza endógena. Tem uma certa organicidade. Certo? Então, é uma doença mais médica, mais médica. (...) Um grande número de indivíduos que são usuários de droga, eu parto do pressuposto de que, antes de ser usuário de droga, ele tem um transtorno de personalidade (...) personalidade anti-social, psicopática, como queira. E, em função disso, ele se torna um usuário de droga. E, não tem tratamento pra transtorno de personalidade, nem psicoterapia nem remédio nem nada. Então, o usuário de droga, ele é cínico, ele é irresponsável, ele é absenteísta, ele é complicado (psiquiatra).

Para ele, a psicose é algo médico; o uso de drogas, não. No primeiro caso, trata-se de doença, no segundo, há um desvio de personalidade. Como alguém que possui uma estruturação perversa, o uso de drogas é algo que não pode ser tratado em nenhum campo, até mesmo no campo médico. O psiquiatra indica, ao contrário da

enfermeira – a qual parece priorizar o fator interação –, que prefere tratar as “psicoses, embora sejam mais dramáticas enquanto doença”, por terem como etiologia um fundo biológico. Acrescentou que: “Você atende um doente psicótico no auge da crise dele, da crise psicótica e o atende, depois de um mês, é outra pessoa. Então, houve alguma modificação neuroquímica pra ter melhorado. Não é porque ele me viu”. Em sua perspectiva, como há algo orgânico a ser corrigido pelo medicamento, o tratamento é possível. O psiquiatra foi o único que não indicou como sintomas principais da psicose o delírio e a alucinação. Para esse profissional, o sujeito psicótico:

Ele tem o afeto comprometido. E, num determinado estágio dessa patologia, ou dessa psicopatologia, ele perde o contato com a realidade. É o indivíduo psicótico. Ele não sabe o que é. Ele não tem nem consciência do ego. (...) E precisa de ajuda. E é uma patologia que eu acho... Eu acredito, eu! Acredito que esteja relacionado com fatores eminentemente... Não são... como antigamente: “Ah, é psicológico. É a mãe de... Castrou (...)”. São pessoas que têm uma alteração de alguma proteína cerebral, né? Eu acho que pra psicose... você tem levar em conta não apenas uma causa orgânica cerebral, mas como causas. Aí, entram em jogo o hereditário, que é fundamental. (...) O indivíduo que não tenha uma predisposição genética e hereditária pra desenvolver um quadro de esquizofrenia, (...) eu acredito que mesmo que ele tenha uma estrutura familiar desorganizada, uma vida social indigente, ele fica indigente social. Ele fica marginalizado, mas ele não psicotiza. Pra ele psicotizar, ele tem que ter uma predisposição genética, hereditária.

Como indicou a assistente social, o psiquiatra considera que fatores sociais e familiares servem como gatilho para disparar algo que já está no sujeito, em latência. Como a fala acima denota, para o psiquiatra, ao contrário dos demais profissionais, o marco diferencial é o comprometimento do afeto. Para esse profissional, na esquizofrenia, pode ocorrer uma crescente pobreza afetiva, tendendo para a completa ausência de afeto. O comprometimento pode ser, ainda, um erro em seu direcionamento e intensidade. Em ambas as possibilidades, deve haver uma perda irremediável do contato com a realidade.

Então, eu acho que pro indivíduo ser esquizofrênico, ele tem que ter uma alteração do afeto. Eu acho que tem que ter. (...) É complicado, porque eu já vi casos de... que a gente pensa que é esquizofrênico e o indivíduo sai d’um surto, sai do surto e nunca mais adoecer (psiquiatra).

Apesar dessa ressalva, destacou: “Um paciente que tem um diagnóstico de esquizofrenia e se depois ele ficar totalmente normal, eu digo: ‘O diagnóstico tá errado!’”. Esquizofrenia é uma doença de evolução crônica. Sempre fica a marca da doença na personalidade”. Embora o psiquiatra não tenha citado Bleuler ou Kraepelin, autores com noções distintas em relação à esquizofrenia, é provável que sua indicação sobre esse quadro se baseie na definição do segundo autor de que, nessa categoria nosológica, há uma gradativa redução afetiva até a zerificação do desejo (Quinet, 2006).

Sabe-se que, para Bleuler, a indiferença *relativa* às coisas importantes, como a família, é uma das principais características da esquizofrenia. Contudo, ao contrário do pessimismo de Kraepelin, ele indicou que isso “não significa abolição do sujeito, nem prejulga a impossibilidade de ele vir a se relacionar afetivamente com os outros. A afetividade não está em caso algum completamente aniquilada” (Quinet, 2006, p. 74). Tomar o afeto como principal indicativo da esquizofrenia é sempre algo que dificulta a análise da vivência de satisfação que o paciente encontra no gozo que nele se extravasa. Sem a análise da relação que estabelece com o Outro, pode haver, pelo profissional, um apagamento do sujeito desejante.

Outro aspecto identificado nos discursos foi o comprometimento da consciência, sendo esse significante equiparado aos de percepção e de responsabilidade. Freud (1913/1976) questionou o que é a consciência. Na linguagem corrente, indicou que está ligada ao que se está “consciente com mais certeza” (p. 89). Contudo, apontou, ainda, como em algumas línguas, a exemplo do português, as palavras para designar consciência no sentido de percepção do que se passa em nós e ao nosso redor e no sentido moral mal podem ser distintas.

No primeiro caso, inferiu-se que, para os profissionais, a percepção está relacionada à sensopercepção, como indicam os manuais de Psiquiatra. Consequentemente, a alucinação é o que a prejudica. Há um déficit entre o sujeito e o objeto que é percebido, pois o segundo não tem realidade concreta. É uma falsa percepção. Essa é uma definição que pressupõe uma completa transparência da relação do sujeito com o objeto. Entretanto, assinalar que o objeto não existe não auxilia a análise do que o sujeito, que dele fala, quer, de alguma forma, dizer. Esse objeto, “longe de ser uma realidade degradada, é uma outra realidade, uma realidade psíquica, que se

imiscui, justamente, entre o *percipiens*<sup>21</sup> e o que chamamos de realidade” (Soler, 2007, p. 32).

A identificação do sintoma no que se refere a que o objeto tem de realidade concreta ou compartilhada com os demais é necessária do ponto de vista nosológico para a equipe. Auxilia na definição, por exemplo, da terapêutica a ser adotada. Todavia, não é suficiente para a compreensão do modo de funcionamento da vida psíquica do paciente, haja vista que dizer simplesmente que ele tem alucinação pouco contribui para o debate do que significa para o sujeito que a ela se refere.

Os dois significados apontados por Freud comparecem no discurso dos profissionais entrevistados de forma indistinta. São concepções que sinalizam uma ambivalência que tende a trazer complexas implicações em sua atuação. Na segunda definição, em especial, há uma equiparação de consciência à razão. É uma equiparação em que a consciência, como um atributo do homem desenvolvido, torna-o apto a se engajar no convívio social. Como em relação à psicose se considera que o sujeito é alguém cujas razões estão no campo da irracionalidade, conseqüentemente, ele não tem a capacidade de autocensura pelo ato realizado (Freud, 1913/1976). Definida a consciência como responsabilidade sobre si ou do que assegura o autodomínio, observou-se, ainda, uma confusão entre não ter “consciência” e não saber sobre o próprio desejo – como ilustra a fala da enfermeira.

Dizer que o sujeito não tem consciência em noções tão diversas dificulta a compreensão de em que sentido está comprometida e de como a equipe pretende fazer algo para modificar essa questão. Ainda que pareçam ser noções muito próximas, sua mistura pode se refletir numa problemática capacidade de escuta a esse sujeito. A última definição, em especial, tende a ser uma barreira para a compreensão de que o sofrimento do sujeito é tão grande diante do Outro que ele opta pela projeção no mundo externo do que não consegue suportar, como forma de obter algum alívio (Freud, 1913/1976), o que não significa dizer que nada sabe sobre seu desejo. Mas, esse alívio tem seu preço: o comprometimento dos laços sociais pela dificuldade do outro semelhante de perceber isso e acompanhá-lo nesse momento.

“Ter consciência” é, assim, o que garante que aquilo o que o sujeito escuta, vê, acredita e deseja é igual para todos, ou seja, é uma consciência compartilhada. Essa é uma definição que também está longe de ser simples (Soler, 2007), tendo em vista que a realidade material tem várias nuances para nossa realidade psíquica individual.

---

<sup>21</sup> Aquele que percebe.

Desse modo, a consciência parece ser o fator diferencial em relação a outros fenômenos psicopatológicos. Na maioria das falas, a análise do “envoltório formal” do sintoma é escassa. Não se percebe um necessário enfoque com o trabalho do inconsciente, o que parece ser em prol dos “estados de consciência”, ainda que essa noção não seja muito clara. Embora a equipe não trabalhe no referencial psicanalítico, chama a atenção como se atém, por vezes, ao dito pelo dito do sintoma. Nas falas, pouco se percebe algo que evoque uma significação subjacente ao que é manifestado. Os sintomas são qualificados em sentido estritamente descritivo (Soler, 2007), o que se reflete na busca do nível de veracidade do discurso do paciente, como ilustra a fala abaixo sobre o que permite ao profissional identificar um quadro psicótico.

O que pode indicar é quando a gente percebe que pode ser algo real, né, que pode ser realmente o que ele tá falando, que seja verdade, a gente procura investigar... e quando não é. Que, às vezes, a gente percebe que não é. (...) O que ele tá falando pode ter uma coerência. Pode ser verdade. A gente procura investigar. Liga pra família. (...) Então, eles vêm até aqui. A gente conversa: “Olha, o paciente tá falando isso, isso, isso, isso. Tem a ver? É verdade?”. Sabe que têm umas coisas que são... “Ah, meu pai é dono de uma fazenda. Meu pai é não sei o que”. A gente sabe que isso é mais difícil de ser verdade, mas têm umas coisas que... pode ter alguma... é... verdade mesmo, não é? “Ah, meu pai... Não sei o que...”. Fala alguma coisa do pai ou da mãe. Uma coisa que pode tá mais trazendo pro real. E tem coisa que a gente sabe que é mais fantasia do que realidade (psicóloga).

Essa é uma fala que sinaliza um juízo de valor em relação ao discurso do paciente. A preocupação em confirmar a veracidade do que é dito parece ser tão freqüente, que até a família é requisitada nessa busca. É uma ênfase que tende a deixar de lado a escuta da verdade que há em seu discurso: de que continua a desejar, mesmo sendo “doente mental”. Se a preocupação em atestar a verdade é o foco do trabalho, tudo o que paciente diz pode passar pelo crivo da desconfiança, isso quando não se considera que não há verdade alguma em seu discurso. Freud (1913/1976, p. 189) apontou que o que caracteriza os neuróticos “é preferirem a realidade psíquica à concreta”. Com isso, seu sofrimento provém de um universo singular em que a intenção tem peso de ação. Na clínica da psicose, essa complexidade se acentua pelo fato de o sujeito se sentir indefeso diante das intenções do Outro, as quais não reconhece como suas. No CAPS investigado, no entanto, essa análise parece não ocorrer. Isso pode

contribuir para que não se reflita sobre o modo de funcionamento da realidade psíquica desse sujeito.

Para Rinaldi e Lima (2006, p. 58), “qualquer um pode acolher e ocupar o lugar de intérprete de um discurso, mas, na perspectiva da Psicanálise, uma escuta efetiva implica tomar a fala de cada sujeito como fala verdadeira, ou seja, como expressão fidedigna de sua condição existencial”. Acrescentaram que não basta “boa intenção racional, disposição para escutar e acolher. É necessário também saber o que fazer com o que se escuta, o que depende da perspectiva que se assume diante da clínica das psicoses” (p. 61).

As autoras acima apontaram que “nem todos os que trabalham no campo da saúde mental estão efetivamente atentos à demanda dos pacientes e preocupados com a forma de responder a ela. A fala do sujeito pode ser tratada como algo natural ou como um excesso. Pode também ser amplamente detalhada e, ainda assim, a escuta não se fazer presente” (p. 61). Ao contrário de uma postura moral que tem um ideal de cura e que parte de modelos prévios sobre o que é o melhor para o outro, a ética da Psicanálise nos ensina a como nos dirigirmos ao sujeito “em sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho possível para a sustentação de seu desejo” (p. 59).

“Eles falam... o que sentem, o que eles estão sentindo. Não o que a gente quer ouvir” (enfermeira). Não dizer o que dele se almeja é identificado como mais um indício de sua doença. É como se o paciente tivesse que proferir uma determinada fala, a que está de acordo com os parâmetros de saúde da equipe. Isso contribui para que os casos se tornem uma sucessão de eventos espinhosos, sem uma necessária articulação entre clínica e teoria, ao se tomar, por exemplo, um “trauma”, isolado, como determinante da vida do sujeito.

Quando tu vai estudar a história de cada um paciente, que tu vai ver o que eles já passaram, qual o estilo de vida deles, a rotina deles, porquê que eles vieram, porquê eles caíram nessa, tu vai ver que sempre é uma deficiência em algo da vida dele (enfermeira).

A fala acima sugere que a ocorrência de uma deficiência na vida favorece a que os pacientes não sigam os padrões culturalmente convencionados. A deficiência os fez *cair* na vida que atualmente têm. Em essência, essa opinião não difere da que foi apresentada pelo psiquiatra. Em ambas as perspectivas, orgânica e psicogênica, parece haver uma noção de erro. Foi algo que não ocorreu da forma certa, quer biologicamente quer no curso de vida. São perspectivas que tendem a aumentar a distância entre equipe

e pacientes, como se só esses tivessem “desvios” em sua trajetória. Nesse sentido, o tratamento pode ter um caráter normativo de correção dos aspectos desviantes, sem uma análise de que não é a saída da norma o que caracteriza o adoecimento, mas a dificuldade de criação de outras normas de vida (Canguilhem, 2002). Na psicose, essa dificuldade tende a restringir os limites da autonomia do sujeito, comprometendo sua capacidade de modificar o meio no qual está inserido (Leal & Delgado, 2007).

Como indicou Lacan (2002b), a forclusão não é a causa da psicose, é sua condição essencial. É preciso uma causa adjunta, complementar – essa sim ocasional – para que se desencadeie a psicose. A causa ocasional varia conforme as circunstâncias da vida. É ela que produz um apelo ao Nome-do-pai, evidenciando sua falta. São circunstâncias cruciais da vida e da morte – como a procriação, o amor – que abalam os alicerces imaginários do sujeito (Soler, 2007). Isso assinala a importância da escuta constante do que, para o sujeito, constituem seus pródromos.

Quando um paciente ingressa no CAPS, como, geralmente, é encaminhado de outras instituições, ele já tem alguma indicação diagnóstica, a qual tende a ser mantida, com o uso da medicação relacionada. No caso em que não há tal indicação, parece ser comum que o médico a faça sem uma necessária interlocução com os demais membros da equipe. Isso lhes dificulta a obtenção de mais conhecimentos sobre o fenômeno psicótico e a realização de um questionamento à categoria nosológica por aquele assinalada.

Geralmente, “tu olha lá os ‘F’ não sei o que. (...) Paciente com transtorno afetivo bipolar, tu vê esquizofrenia. A maioria vem com esquizofrenia”, informou a psicóloga. Essa profissional acrescentou que: “Então, às vezes, a gente... acredita que aquele paciente é esquizofrênico o tempo todo, mas há comportamento... comportamento dele que a gente percebe que pode até ser uma coisa (...). Não é só esquizofrênico. Pode ser outra coisa”.

A psicóloga indicou não se sentir à vontade para expressar suas dúvidas quanto ao diagnóstico, devido à: “É aquela história até da... hierarquia”. Como considera que o médico sabe mais que ela pela formação e pela experiência, sugere que ele pode se incomodar se for questionado. Indaga: “Quem sou eu para está discutindo com médico?”. É como se o próprio profissional não conferisse o devido crédito nem à formação nem ao saber que possui, os quais poderiam sustentá-lo em seus questionamentos. Parece sentir, ainda, dificuldade em se sentir como membro de uma equipe que deseja obter mais informações sobre o paciente que todos atendem. Parece

recessar assumir, inclusive, um posicionamento de aprendiz da clínica, o qual contribui para a desconstrução de hierarquias tradicionais e do imaginário que as cerca (Rinaldi & Lima, 2006).

No movimento da Reforma Psiquiátrica, há um esforço gradativo de substituição de categorias profissionais, como psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, por uma categoria mais vasta e menos estratificada, a de trabalhador em saúde mental. Dunker e Kyrillos Neto (2004) alertaram que nem sempre a substituição modifica a posição dos agentes na cena enunciativa. Por vezes, a mudança de termos mantém as posições de poder num substrato discursivo que as torna menos perceptível. Ainda que a interdisciplinaridade seja sempre citada, desenvolvem-se duas relações: uma vertical, dos profissionais em relação ao médico; e, outra horizontal, daqueles entre si.

A psicóloga indicou a necessidade de que o médico recorra à equipe para a elaboração do diagnóstico, visto que os demais técnicos passam mais tempo com o paciente que ele. Esclareceu ser importante que o médico investigue mais profundamente a história do paciente, para informar de forma mais precisa se é, por exemplo, um caso de esquizofrenia ou de transtorno afetivo bipolar. Caso seja esquizofrenia, que ele comunique à equipe qual é o tipo. A preocupação da psicóloga é importante na prática clínica, mas há certa crença – conforme inferido de seu discurso e de outros – de que a correta classificação nosológica explicará por si só todos os modos de subjetivação (“comportamentos”) do paciente. Parece haver uma superestimação do diagnóstico, como se esse fornecesse a orientação exata sobre o modo de lidar com o paciente (Cedraz, 2006).

Na clínica da psicose – não apenas nela – o diagnóstico é sempre processual. É um exercício de escuta que requer tempo, o tempo do paciente. Como apontaram Rinaldi e Lima (2006, p. 62), “não se trata, na clínica, de comparação simples de sintomas, mas de comparação que revela ordenação própria, a forma e a frequência como se sucedem e sua determinação recíproca para cada sujeito”.

Conforme se pode perceber nas falas acima discutidas, houve uma dificuldade, em geral, nos profissionais para falar sobre o fenômeno psicótico, o que sinalizou que sua compreensão parte da experiência cotidiana no CAPS e da intuição que desenvolvem a partir daí. Diante disso, no presente tópico, provavelmente mais que em qualquer outro referente à análise das informações obtidas em campo, houve o esforço de deciframento dos possíveis referenciais em que se baseiam os discursos dos participantes em relação à psicose. Houve a tentativa de buscar uma tradução que não

contrariasse as intenções presentes no que por eles foi dito. Uma empreitada que se pautou no reconhecimento de que, na linguagem, há sempre mal-entendidos entre os sujeitos falantes e de que, nela, alguma coisa sempre escapa.

Apesar dessa dificuldade, observou-se, no discurso dos profissionais, uma oscilação da posição de sujeito do paciente psicótico. Em alguns, é um doente mental, simplesmente. Noutros discursos, é alguém “normal”, com uma doença como outra qualquer. Em ambas as concepções, em maior ou menor grau, o lugar que esse sujeito tem no discurso institucional é o de objeto da intervenção, daquele que nada sabe sobre o seu desejo. Não é à-toa que Lacan diz que ele não está fora da linguagem, está fora-do-discurso (Soler, 2006). A dificuldade não é só do sujeito em perceber a dialética entre as formações discursivas. Há a dificuldade do outro em reconhecer que lugar lhe oferecer em seu discurso.

Possivelmente, mais do que a presença de sintomas historicamente caracterizados como psicóticos, a exemplo da alucinação e do delírio, o que, de fato, indica a existência de uma psicose, para a equipe, é o modo de relação do paciente com os demais, os quais não conseguem se reconhecer no que ele diz e faz. Assim, todos os profissionais entrevistados, de algum modo, expressaram a dificuldade de interação que percebem em si no que tange ao paciente psicótico. É um reconhecimento que sugere a importância de se compreender como esse sujeito se faz sujeito no CAPS a partir dos discursos que a ele são dirigidos ao longo do seu tratamento.

Segundo os discursos, há o profissional que usa de autoridade para marcar um limite entre ele e o paciente, enquanto outros membros da equipe têm uma postura assistencialista, ou seja, “passam a mão”. Em ambos os posicionamentos, a relação entre o técnico e o paciente pode perpetuar, quando há uma ausência de crítica à interação estabelecida, o paradigma que se visa combater. Com isso, o primeiro é aquele que detém o conhecimento sobre o segundo, cujo saber sobre si se torna opaco em comparação.

Isso requer que os profissionais se invistam da noção de que ali há um sujeito. É uma empreitada que, obviamente, não se efetiva de forma fácil nem rápida, por exigir uma série de revisões das concepções sobre o fenômeno psicótico na sociedade e o tratamento que a esse foi historicamente convencionado. Dentre essas revisões, há a necessidade de avaliação da contradição no que tange à relação psicose e consciência. Se o sujeito psicótico é alguém sem consciência para a equipe, como é possível que se conscientize acerca da importância do tratamento? Pelo que se pôde

entender, nesse sentido o trabalho se pauta na proposta de que ele alcance “um nível de consciência”.

### 8.3 A psicose e o tratamento no CAPS

No CAPS investigado, as modalidades de atendimento ocorrem, sobretudo, segundo dois eixos: a prescrição de medicamentos a seus usuários e a realização de oficinas terapêuticas – como de alfabetização, de expressão plástica (desenho, artesanato), verbal (aplicação de técnicas de dinâmica de grupo) e corporal (ginástica). A partir desses eixos, buscou-se investigar questões como desafios identificados pelos profissionais no atendimento ao paciente psicótico e seus parâmetros para a definição de um desenvolvimento positivo do caso. Em todas as falas, observou-se que os benefícios associados ao uso do medicamento foram predominantes em comparação aos decorrentes da participação nas oficinas, conforme se pode perceber ao longo do presente tópico.

Eu acho que há um desafio. Há um desafio em atender essas pessoas (...). Depois do, no tratamento, depois de terem adaptado, não tem mais o desafio, mas, ao adaptar-se, é muito difícil. (...) Assim, no caso dela (*de Elisa*), o desafio que a gente tinha era de controlá-la. Na verdade, era isso. É controlar a paciente pra... ficar, receber o tratamento, aderir ao tratamento, querer. Porque, assim, o paciente psicótico, na verdade, ele não sabe o que ele quer. Então, o desafio maior é tentar mostrar pro paciente que esse é o certo. Que esse é o que, o que ele tem que querer. Que ele tem que aderir. (...) Porque, nos outros, não, a gente conversa e eles entendem. Se não querem, eles dizem. Mas os pacientes psicóticos, eles não sabem querer. Eles não sabem querer (enfermeira).

Nessa fala, a adesão ao medicamento parece ser uma imposição: o paciente tem que dele fazer uso, pois não sabe o que é melhor para si. É uma premissa que sinaliza a negação de qualquer possibilidade de decisão pelo sujeito acerca do que lhe é apresentado, como se ele nada sentisse diante do que lhe é imposto. É interessante que na fala da enfermeira, como na de outros membros da equipe, o significante aderir é utilizado tanto em relação ao uso do medicamento quanto à inserção nas oficinas. Para ela, o desafio que sente na clínica da psicose ocorre somente no início, antes da adaptação ao tratamento. É um desafio que se circunscreve a fazer com que o paciente aceite o medicamento, sobretudo no momento em que sua falta de “consciência” chegou

ao auge. Nesse momento, avalia como ele chegou, como está e “como ele vai ficar”, observando em que grau se encontram seus “sintomas clínicos”, alto, médio ou baixo. Seu foco é, assim, a observação constante da intensidade e gravidade dos sintomas.

O medicamento parece ser a peça-fundamental do tratamento para a equipe. É possível que isso leve o psiquiatra a indicar que o desafio que a clínica da psicose lhe traz se refere a: “O que é mais difícil, pra mim, quando eu to tratando um doente psicótico é quando, a despeito da medicação, você não consegue, às vezes, uma melhora, até porque alguns tipos de psicose não melhoram mais”. Logo, quando a medicação não surte efeito ou, pelo menos, o efeito esperado, a equipe se sente impotente por não saber “o que fazer” com essa pessoa. Esse é um sentimento que pode implicar numa carente aposta no sujeito em tratamento ou, o que é mais grave, numa descrença de que há ali um sujeito.

Ainda em relação aos desafios que a equipe observa na clínica da psicose, a psicóloga informou que: “Já teve um paciente que me agrediu aqui, logo que eu entrei”. Não teria abordado o motivo da agressão com o paciente por ter pensado: “Depois, ele me marca. Quer fazer alguma coisa aí”. Informou ter receio de atender sozinha, com a “porta fechada”, não apenas pacientes com quadro psicótico. Tem o mesmo receio em relação às outras clínicas atendidas no CAPS. Esse é um temor, portanto, que possivelmente não se refere somente à agressão sofrida. Há outras questões envolvidas. Como não há um espaço para a diluição dos medos, esses tendem a se cristalizar no cotidiano dos atendimentos. Isso dificulta que a sociedade reveja seus estereótipos e preconceitos em relação ao paciente em questão e outros atendidos no campo da saúde mental, haja vista as apreensões que podem identificar na equipe. Não se pode esquecer também que o receio de se fazer alguma intervenção em face de situações tão delicadas compromete a possibilidade de escuta ao que o ato quer dizer.

(...) quando (*o profissional*) lida com paciente psicótico, essa paciência, essa disponibilidade, ela tem que ser maior ainda, né? Então, esse nível de interesse, ele tem que ser maior. Então, assim, eu não posso avaliar o nível de interesse dos outros, mas eu posso perceber, né? (...) Assim, a paciência existe. Existe, porque estamos aqui pra lidar com pessoas com algum transtorno. Mas, essa paciência a mais, eu acho que... essa paciência a mais que é necessária, eu acho que ainda não tá acontecendo assim muito assim. Claro que isso não com todo mundo (terapeuta ocupacional).

A profissional reconhece que há diversos graus de implicação e de iniciativa conseqüentes em si e nos colegas de equipe em relação à clínica da psicose. Apontou que em “se tratando, principalmente, de paciente psicótico, a gente deve elaborar um pouquinho mais nosso nível de expectativa, em relação à melhoria dele, né?”. Em sua prática, fala que busca constantemente assimilar que esse sujeito apresenta outro modo e tempo de comunicação. Fala de sua angústia em não conseguir “estabelecer algum diálogo” inteligível, bem como da constante revisão das expectativas que faz a partir disso. Desse modo, a não obtenção da resposta que dele se deseja ou mesmo no tempo em que se deseja é, possivelmente, o maior impasse para a equipe.

Pra mim, o desafio pra quem trabalha com saúde mental é de desenvolver a cada dia o seu potencial de escutar, escutar e escutar pra que você possa intervir, né? (...) Então, da mesma forma, eu acho assim que... no caso do psicótico, né, acho que a gente deve mesmo ter mais esse desenvolvimento da escuta, entender um pouco mais o... pensamento, né? (terapeuta ocupacional).

O desafio é, assim, a reiterada necessidade de desenvolvimento e de aprimoramento de sua escuta em relação a esse sujeito. Para a enfermeira, o desafio que a clínica da psicose lhe traz está relacionado à medicação, como indicado anteriormente.

(...) nós enfermeiros e técnicos, através mesmo das medicações, que a gente consegue controlar. Porque a gente, sozinho, eu acho que ninguém sozinho consegue controlar um paciente psicótico, se não for a medicação. (...) E, às vezes, nem a medicação faz efeito, né? Então, a gente consegue fazer isso com a medicação e dando um tratamento, tratamento de enfermeiros, acompanhando, conversando... Como é que eu posso dizer? Distraindo o paciente com... tentando saber... Eu tentava muito saber o que a Elisa gostava de falar, pra ela se acalmar, pra poder a medicação fazer efeito. (...) Então, a gente conversava, tentava acalmar ela, dar atenção ao máximo, distrair, pra poder fazer efeito a medicação. E, foi assim que a gente conseguiu (enfermeira).

No trecho acima, apesar da valorização do medicamento como o eixo da intervenção, há um reconhecimento de que ele não dá conta de tudo. O profissional precisa interagir com o paciente, de forma a que essa interlocução sirva como um mediador para a adesão ao psicofármaco. A enfermeira e a técnica de enfermagem indicaram não ser comum a interrupção do uso do medicamento pelos pacientes com

quadro psicótico no CAPS. Quando ocorre, conforme a segunda profissional, pode estar relacionada ao fato de que “essas pessoas, eles não têm responsabilidade com eles mesmos”. A continuidade ou retorno ao uso é relacionado à assimilação pelo paciente de que a medicação possibilita seu convívio com a família e outros grupos.

Quando ele percebe que ele necessita dessa medicação pra poder viver em harmonia com as pessoas que estão ao redor dele. Porque, aí, fica muito mais complicado o relacionamento dele com as pessoas, né, o convívio, se ele não toma a medicação. Que ele vai ficar uma pessoa agressiva, né, e... aí, vai ter aqueles delírios e as alucinações (enfermeira).

Essa fala sugere que o uso do psicofármaco se torna, para o paciente, a condição para a circulação no campo social. Contudo, esse entendimento pode implicar, como se observou no caso de Elisa e de sua família, pouco ou nenhum questionamento sobre os benefícios e os efeitos colaterais do medicamento, bem como a crença de que o emprego, por si só, é suficiente para a ocorrência de um convívio familiar harmônico. Por outro lado, o reconhecimento destacado pela enfermeira no trecho acima sinaliza a importância de que a equipe, junto com o paciente e seus familiares, promova um debate que permita identificar o que produziu o retorno do uso do medicamento.

A interrupção do uso do psicofármaco também foi associada à consideração pelo paciente de que, como já melhorou, não precisa mais utilizá-lo. Para a assistente social, os remédios:

(...) talvez tenham efeitos colaterais brutais e que ele sente na pele. Tem consciência de que isso produz um efeito que não é agradável ao organismo dele e pára de tomar. E, não consegue compreender que esse medicamento é essencial ao equilíbrio dele.

Na fala acima, há a reflexão de que, para o paciente, os efeitos colaterais podem competir, de forma desproporcional, com os efeitos benéficos. Há ali um sujeito que se incomoda com o que a substância lhe traz. No entanto, a conclusão da profissional fica contraditória quando parece desconsiderar essa questão em prol de uma ausência de compreensão pelo paciente da importância do medicamento.

A “falta de esperança” no medicamento, quando se considera que é um “paliativo”, o receio de “dependência” ou a expectativa pelo paciente de “que vai se curar apenas pela fé”, segundo a terapeuta ocupacional, também interferem no uso do medicamento. Em todos os casos, a ausência de crença pelo paciente de que o medicamento propicia a melhora é algo que, possivelmente, traz para a equipe a

consideração de que seu trabalho não poderá ser realizado. Essa crença requer a aposta em dois fatores: no poder do medicamento em tratar os sintomas e de que seus efeitos colaterais serão menores do que esses, bem como no saber do médico que o prescreve e do restante da equipe que incentiva o uso.

Ambos os fatores permitem uma analogia com o que Lévi-Strauss (2003) denominou de eficácia simbólica, no que tange ao poder do feiticeiro em sua sociedade. Para esse autor, o êxito do tratamento exige o seguinte tripé de crenças: a do profissional na eficácia da intervenção que realiza, bem como do doente e do grupo no poder daquele de curar. Em relação ao grupo, é esse que fornece a confiança de que o mal-estar será vencido pela necessária relação antagônica entre o doente e o médico. Na intervenção, o doente é associado à passividade, e, o segundo, à atividade. O primeiro deve se submeter ao segundo, cujos poder e saber são sancionados pelo coletivo.

Esse tripé não é tão simples na clínica da psicose. Nessa, a possível carência de análise pela equipe dos esforços que o sujeito faz de compreensão dos efeitos do uso da medicação traz à tona o paradigma psiquiátrico tradicional de que o outro sempre sabe o que é melhor para ele (Quinet, 2006). Conforme observou a psicóloga, “às vezes, mesmo tomando a medicação, ele entra em crise. Lógico, que entra”. Se mesmo com a ingestão do fármaco, outra crise ocorre é porque algo do sujeito sempre retorna, o que demanda um trabalho de escuta de, por exemplo, seus processos de subjetivação em relação ao uso do medicamento e à sua constância, como observou o psiquiatra: “(...) os próprios sintomas do doente fazem com que ele não aceite a medicação. Então, a medicação é... veneno. Vai fazer mal. (...) Aí, surta novamente. 98% das internações em hospital psiquiátrico são reinternações”.

Numa relação de causa e efeito, é como se entre o corpo químico – o medicamento – e o corpo biológico – o organismo, não houvesse um sujeito. O psicofármaco tem que ser ingerido. Essa é uma hermética recomendação da equipe que interfere na avaliação do que possivelmente está por trás de um índice tão alto de reinternações.

Questionou-se aos profissionais quais fatores compõem na avaliação da mudança de regime. Para a confirmação de que houve melhora, que possa sinalizar a necessidade de transição para outro regime, é observado se:

(...) já conversa, já se expressa normalmente, já vai pra casa sozinho, sem a família ter que vir buscar. Já tem uma boa relação com a família, que antes não tinha e que agora já tá tendo. Toma a medicação certa, porque, às vezes,

ele toma a medicação aqui no CAPS, chega em casa, eles não tomam. Eles não vão ter aquela preocupação de lembrar de tomar a medicação todos os dias. E se eles não tomarem as medicações todos os dias, eles não vão ter melhora e não podem mudar de regime. E a gente observa se ele tá tomando as medicações, porque a gente conhece quando o paciente tá ou não tomando a medicação. Ele não volta a mesma pessoa que ele foi pra casa. Doze horas que ele passou sem medicação, a gente já conhece se ele tomou ou não (enfermeira).

Um sinal que sugere a possível mudança de regime é, assim, a constância do uso do psicofármaco. A enfermeira esclareceu que a equipe avalia se houve reduções na dosagem dos medicamentos e em sua quantidade. Esse é um indício objetivo de melhora, pois, sendo algo definido como uma ação precisa, há como observá-lo e mensurá-lo. Em paralelo, é feito contato com a família para se obter informações quanto ao “comportamento” em casa, de forma a se verificar suas condições de se “socializar com a sociedade”.

Quando a pessoa, né, tá aderindo ao tratamento, que ela toma a medicação, que ela participa das atividades, né? Porque, geralmente, no começo, ela tem dificuldade de participar. (...) A gente... observa que, a pessoa, ela se expõe mais. Ela fala mais. E, quando fala, tu percebe que é mais coerente do que antes, né? Já observa que a pessoa não tem mais crises. Quer dizer, tu percebe que a pessoa tá com um monte de bobagem ali. Tem alguma coisa errada. (...) Tu vai percebendo que vai diminuindo, né? (psicóloga).

Os indícios de que houve melhora se referem a algo a mais que, agora, o paciente está fazendo. Além da ingestão do medicamento nos horários indicados, a maior participação nas atividades é um indício de que houve uma positiva mudança. Essa participação indica haver cada vez menos a presença do delírio no discurso, algo que aponta a possibilidade de manutenção de uma comunicação com o paciente, pois há uma mensagem compartilhada. A enfermeira exemplificou que o sujeito passa a atender quando é chamado, a responder de acordo com o que lhe é perguntado. Há um reconhecimento de que a mensagem transmitida pode ser retomada pelo outro. O discurso, cuja verdade antes não era partilhável, segundo alguns dos entrevistados, torna-se sancionado pela equipe.

Entretanto, chama a atenção o uso do termo “bobagem” para a caracterização da fala do paciente quando ingressa no CAPS. Quando o delírio é assim considerado

pelo profissional é possível que considere haver pouco ou nada que valha a pena escutar. Com isso, pode-se tolher a análise de que o delírio é, para o sujeito, uma forma de fornecer um sentido a uma situação tida por ele como sem sentido. Sem o delírio, ele se sente vazio.

O que eu avalio é a questão... dos cuidados básicos, né, as atividades individuais. Eu avalio quando o paciente ele tá... né, pode ser considerado melhor ou não. Eu avalio a questão dos cuidados. Isso é prioritário. Mas, em segundo lugar vem também... o nível de relação interpessoal (...) porque quando você tem o cuidado básico mínimo de higiene pessoal, assim, isso indica que você tem uma relação interpessoal, né, boa. (...) Que eu penso... se a pessoa ela ficar minimamente bem consigo mesmo, ela vai vivenciar isso com... as outras pessoas. Então, eu parto assim do individual pro grupal, passando dificuldades pessoais pras relações interpessoais (terapeuta ocupacional).

Do autocuidado para a interação. O cuidado com a aparência implica maior zelo com a higiene pessoal, que se reflete no convívio interpessoal. São aspectos que, no entanto, nem sempre estão diretamente relacionados, o que se pode perceber quando descreve a “evolução” de Elisa na instituição. A terapeuta ocupacional observou que ela está “mais cuidadosa” com a higiene pessoal, mas não consegue estabelecer uma “comunicação mais permanente” com profissionais e demais pacientes. É um exemplo que sugere a necessidade de freqüente reflexão pelo profissional de seus critérios no que tange à melhora ou piora do paciente, haja vista que a aparência, quando concebida de forma exclusiva, é sempre um delicado parâmetro para a avaliação do bem-estar.

A partir do momento que se faz uma oficina, uma atividade, o paciente entra em contato com a gente, a gente já vai observando, as melhora dele, né? A freqüência do paciente aqui, né, assim, o contato com a família, a gente pode saber se ele tá aceitando bem a medicação, o comportamento dele em casa. Então, a partir disso, né, desses pressupostos, é que a gente avalia o usuário e essa decisão é uma decisão conjunta, né? Todos os profissionais participam: “Fulano, o que quê tu achas que... Se determinado usuário tá bem?”. Aí, todo mundo coloca ou ok ou não. Todo mundo vai colocando. Não é uma decisão única. Uma decisão coletiva (assistente social).

A equipe verifica o “nível de consciência”, “o comportamento”. São critérios que preconizam a ampliação desse nível e a manifestação de ações condizentes com o

funcionamento institucional, de acordo com o que o paciente deixa de e/ou começar a realizar. É como se, a partir disso, ele se fizesse cada vez mais sujeito para a equipe. Para tanto, observa-se se já está “bem orientado”, “lúcido”. São jargões que remetem à identificação de que o paciente não está mais apresentando uma crise psicótica. Como há a concepção de que, em crise, ele não tem consciência, é como se a tivesse recuperado ou, pelo menos, alcançado um nível favorável à interlocução.

#### **8.4 A intervenção em crise**

Como indicou Barreto (2005), a eclosão de crises é um dos principais desafios para a efetivação da política de reestruturação dos serviços de assistência em saúde mental. Nesse sentido, e tendo em vista as inquietantes colocações dos profissionais a respeito, considerou-se necessário que a discussão sobre o tema ocorresse em seção específica. Para tanto, discute-se, inicialmente, como caracterizam uma crise psicótica.

Eu penso que o paciente ele começa a agir de uma forma diferente. Ele sai do seu estado de tranquilidade, de... consciência e vai pra um estado que... deplorável, (...), porque, de repente, ele começa a se isolar, começa a não interagir mais com os demais, com os familiares, com as pessoas que o cercam e isso aí pode ser já um indicativo do início de uma crise. Então, a crise é todo o processo desde esse início aí que a família tem que estar percebendo, não só a família, mas os profissionais que os acompanham, né, até realmente uma crise da pessoa explodir, ficar irritada, agressiva, ficar com o comportamento fora do normal, entre aspas (assistente social).

Essa profissional acrescentou que:

(...) O paciente, ele sai um pouco do comportamento dele estável, assim normal quando ele tá assim controlado e que tem a intervenção médica, o medicamento de urgência, a gente observa que, às vezes, em minutos, ele... retorna, né, ele sai dessa agitação, desse... incômodo, né, que chega assim a... passar pra gente e que não é dele. É... da cabeça, né?

A identificação de que a origem do mal-estar está na cabeça, como se esse fosse algo externo, sugere que não há nenhuma relação com o sujeito que o apresenta. Essa é uma consideração que, aparentemente, auxilia a profissional a lidar com as dificuldades que identifica em si diante de uma crise psicótica. A enfermeira, por sua vez, destacou os fatores que favorecem a ocorrência de um episódio em sua avaliação.

Porque, às vezes, a pessoa não tem estrutura pra agüentar certos tipos de coisas que vem na vida da gente, né? Não tem uma estrutura emocional. Então, o que eu acho que pode... de neurológico, que venha a ter um surto psicótico é o emocional mesmo de cada um. A pessoa não tem estrutura física, mental de agüentar certas situações que vêm a acontecer na vida.

Nessa fala, fatores de ordem neurológica e emocional se mesclam. O neurológico é o emocional. Embora a literatura indique que transtornos do espectro psicótico resultem da interação de fatores biológicos e psicossociais (OMS, 2001), a confusão presente no discurso entre condições desencadeantes de ordem neurológica e emocional evidencia uma ausência de clareza sobre o que os diferencia e aproxima.

O psiquiatra colocou: “Eu já vi crises psicóticas aparecerem independentemente de nenhum fator causal”. A busca de um exclusivo fator causal – o que se verifica, às vezes, nas falas de alguns profissionais e de familiares – não favorece a análise da interação entre o sujeito e seu contexto e de como ele responde a esse através da psicose. É interessante que o DSM-IV (2002) aponta como indicativo de um melhor prognóstico a ocorrência de eventos desencadeantes. Em caso contrário, há a possibilidade de maior comprometimento no funcionamento psicossocial, como se nesse não houvesse nada relacionado. Por mais aparentemente banal ou fortuita que determinada situação pareça ser, pode haver, para o sujeito, um sentido que, ao outro, é ininteligível. As relações em que está inserido, em especial, a familiar, o atingem, por mais que se considere que nada relevante ocorreu. Essa análise possibilita a investigação de seu modo de resposta às interações das quais faz parte.

(...) muita coisa relacionada, muito em família... família... família. Muitas vezes com... vamos dizer, relacionamento de pai, mãe, filho... É difícil ter assim: de casos de homem e mulher, marido e mulher. É mais em relação ao sistema familiar mesmo, desestruturado (psicóloga).

É necessário que os profissionais se questionem sobre as concepções que têm sobre a família a fim de que possam repensar o que entendem por desestrutura familiar, termo que remete a disfunção de um determinado modelo.

A crise não é só aquele estopim no momento, é desde esse início. Então, se o profissional percebe que ele tá entrando nesse quadro, deve-se agir logo e não esperar que o paciente entre em crise realmente, tenha esse estopim, para que ele seja atendido, porque, se ele chegar ao estopim, a única coisa que vai

dar resultado é o medicamento e essa não é a proposta daqui do CAPS. A proposta é um centro de atenção psicossocial (assistente social).

Embora destaque a importância de que todos profissionais intervenham nesse momento, reconhece que isso ainda não ocorre. A assistente social sugere que a equipe deve contribuir, nem que seja pela “solidariedade com esse usuário”. Outros entrevistados também indicaram a importância de que todos participem.

(...) o que eu percebo é que, às vezes, alguns profissionais têm essa dificuldade em lidar com isso. Têm uma certa resistência em lidar com a situação de surto, não é? Eu percebo que alguns profissionais não têm uma postura que seria... que poderia ter uma postura mais adequada no sentido de intervir (terapeuta ocupacional).

Essa profissional esclareceu que a dificuldade se refere a: “ele (*o técnico*) não saber mesmo como remediar, achar que tem sempre que chamar o médico, por exemplo, pra remediar a situação. Quando, na verdade, o médico é mais um como todos nós”. Para a terapeuta ocupacional, o médico não detém mais saber que a equipe. É um profissional que a compõe. Observou-se que a dúvida em comum nas falas da assistente social e da terapeuta ocupacional foi identificar que intervenção se pode oferecer nesse momento. Desse modo, por mais que os profissionais indiquem a importância de uma atuação conjunta no processo de intervenção em crise, na prática, recorrem, por vezes, exclusivamente ao médico, quem a equipe tende a considerar como a figura que detém um saber e uma ação pontuais.

Os profissionais informaram que, observada a eclosão da crise, o paciente é encaminhado ao médico, o qual faz sua própria observação – que parece estar ainda à parte da equipe – em consulta isolada. Como o horário de trabalho do psiquiatra entrevistado não é o mesmo que o do restante dos técnicos, pode ser difícil ocorrer uma análise concomitante e conjunta. Assim, há o encaminhamento pela equipe para outro profissional e, por vezes, de acordo com o que esse avalia, para outro lugar. Essa situação sugere a importância de que cada profissional valorize o conhecimento com o qual pode contribuir nesse momento, para que sua opinião não se torne apenas complemento para a avaliação médica. Feito o encaminhamento para o médico, esse avalia a necessidade de modificação da medicação e/ou da dosagem. Após se considerar que o episódio foi debelado, a atenção dirigida a ele é a que está presente na “rotina” da instituição – segundo a técnica de enfermagem.

(...) atendimento do paciente com transtorno psicótico, a gente deve dar uma atenção diferenciada, não mais especial do que a dos outros, mas diferenciada justamente pelos atos dele, de como eles agem no momento da crise... Depois da crise, não, mas, no momento da crise, no momento da admissão, deve dar uma... ter uma postura mais centrada na doença, no transtorno (enfermeira).

Para a enfermeira, a atenção diferenciada se refere a acompanhar as fases do sintoma durante o episódio, bem como o controle da medicação correspondente. Seu foco é a doença. Indicou que quando o paciente “não está em crise, é uma pessoa normal. Então, a gente trata como qualquer pessoa normal”. O sujeito é tratado de acordo com sua doença. Parece não ocorrer o inverso. Para a enfermeira e outros profissionais, é como se houvesse uma mudança em sua noção de sujeito na e após a crise. Isso requer uma necessária revisão das concepções associadas a fim de que a atenção, nesse momento, não se reduza ao aumento da medicação. A “atenção” ao paciente quando ele manifesta seu sintoma de forma evidente, não coloca em questão o fato da existência de uma história e de um sofrimento anteriores à crise.

Os profissionais, em geral, destacaram que, na crise, é necessário verificar como a medicação está “atuando”, bem como fornecer um “apoio mais reforçado”. Possivelmente, o segundo aspecto é o mais complexo para a equipe, tendo em vista que a maioria indicou que o único técnico que pode intervir nesse momento e a única intervenção que pode ser feita são, respectivamente, o médico e o remédio que ele prescreve. Há o desafio para a equipe em como fortalecer sua disposição para criar um ambiente suficientemente continente, que forneça uma sustentação aos diferentes estados apresentados pelo sujeito.

A psicóloga relatou o caso de uma paciente que teve “três crises” durante um mês. Isso requer a análise de que, provavelmente, não se trata de um novo episódio, mas de que o paciente permanece em seu processo de busca de uma estabilização. Geralmente, “pela quantidade de pacientes, quando se percebe, a pessoa já tá mesmo no auge, onde só o medicamentoso mesmo surte efeito” (assistente social). Para essa profissional, a equipe observa quando o sofrimento já chegou a tal ponto que não há mais como não identificá-lo. Nesse momento, parece haver a consideração de que os sintomas apresentados pelo sujeito, como “agressividade” e “agitação psicomotora”, extrapolam a capacidade de contenção do CAPS. A crise tende a ser reduzida, assim, ao surto. Constatado esse quadro, há o encaminhamento para o hospital psiquiátrico.

Soler (2007) apontou que os fenômenos da psicose se apresentam de modo muito mais descontínuo do que os fenômenos da neurose. Nessa, embora haja oscilações sintomáticas, sua modalidade subjetiva é relativamente estável e constante. A psicose, ao contrário, apresenta desencadeamentos repentinos, assim como remissões, às vezes, enigmáticas. Soler apontou que a questão é “apreender qual é o móbil das peripécias descontínuas da psicose, se quisermos ter alguma chance de saber onde e como podemos dirigir o tratamento, talvez” (p. 194), o que implica a ponderação de que uma crise não é a mesma para todos, nem o comprometimento do laço social nesse momento e noutros do fenômeno psicótico.

É sempre a medicação que faz o paciente melhorar para a equipe. O reconhecimento dos esforços de cada profissional e conjunto são pouco frequentes. O medicamento não parece ser o mediador para outras intervenções, mas o protagonista da relação que se estabelece com o paciente. A preocupação com seu uso é algo comum entre os profissionais. A psicóloga pergunta, por exemplo, nos grupos, se o paciente o utilizou durante o final de semana. É como se todo o tratamento girasse ao redor do uso da medicação.

Por outro lado, embora a equipe indique que para o atendimento ser eficaz o paciente precisa “querer se tratar”, conforme abordado anteriormente, pouco comparece nas falas o reconhecimento do trabalho feito pelo próprio paciente em sua tentativa de estabilização, como se ele recebesse os cuidados que lhe são oferecidos passivamente. Assim, no caso de Elisa, sua rápida melhora foi fruto do medicamento.

Uma semana e três dias, eu acho que foi crítico mesmo, que não adiantava, mas, depois, ela foi... O organismo foi se acostumando com as medicações e foi fazendo o efeito que a gente... necessitava. Em duas semanas, a gente já viu resultado. Duas semanas, ela já estava bem, muito bem, haja vista o que tinha chegado (enfermeira).

Sabe-se que, de acordo com a gravidade do caso, a medicação viabiliza ao sujeito resignificar seu sofrimento, quando regula a severidade dos sintomas que dificultam seu processo de elaboração. Mas, a priorização do psicofármaco como o elemento essencial da intervenção deixa de lado – quando não a exclui – a idéia de história de uma subjetividade (Birman, 2001).

Segundo a psicóloga, o médico é “a melhor pessoa” para avaliar e intervir nesse momento. Comentou que “a gente é tipo como se fosse mediador”. Esclareceu que a equipe indica qual paciente deve ser reavaliado e os motivos que se identificou

para tanto. A concepção de mediação, nesse sentido, é estranha quando a premissa da atuação é o atendimento interdisciplinar. Se todos acompanham o paciente, a necessidade de que a equipe medie a relação entre o médico e o paciente se torna uma contradição. Isso sinaliza que, para alguns profissionais, o imaginário em relação ao poder e ao saber médico é ainda presente, o que contribui para que ele ocupe um lugar de destaque entre a equipe.

Parece haver certa submissão ao discurso do mestre pela equipe. O médico disse, ponto. É possível que, diante das dúvidas e receios que os demais profissionais sentem em relação à clínica da psicose, apoiar-se nesse discurso favorece sua atuação. Quando isso ocorre, a equipe pode sinalizar ao paciente que também deve acatá-lo. É como se houvesse um reconhecimento conjunto do que o médico pode oferecer, bem como, em contrapartida, um desconhecimento sobre que intervenção podem também proporcionar.

As falas dos entrevistados sobre a intervenção em crise sugerem que não se reconhecem habilitados para essa ação. Isso não equivale ao reconhecimento de que seu campo de atuação tem limitações. É como se fosse um reconhecimento de que há pouco a fazer, mesmo enquanto integrante de uma equipe. Existe uma concordância em indicar a necessidade de uma intervenção mais global na crise, mas também existe, em comum, a indicação da dificuldade para se identificar como proceder.

Rabelo e cols. (2006) destacaram que quadros de emergência psiquiátrica são de natureza eminentemente médica, psiquiátrica e não de reabilitação social, em sentido estrito. Demandam, pois, “atenção especializadíssima na prescrição de psicofarmacoterápicos, de contenção mecânica involuntária (na maioria das vezes) e de instalações ou suportes adequados de Enfermagem no CAPS, no Hospital Geral ou, quando possível, na própria residência dos familiares” (p. 63). Esses autores acrescentaram que a maioria dos técnicos do Centro de Atenção, hoje, já entendem “a dimensão e a natureza médica dessa situação, diferente do que, de maneira não técnica, se costuma chamar de sofrimento psíquico” (p. 63).

É imprescindível que o aparato acima citado possa ser desenvolvido na rede de saúde mental municipal. Contudo, tendo em vista as prerrogativas do movimento da Reforma Psiquiátrica – como a construção de respostas coletivas – considerar que a crise psicótica, em especial quando chega a tal extremo, é algo eminentemente médico, pode reforçar o sentimento dos demais profissionais da equipe do Centro de Atenção de que não há nada mesmo a se fazer nesse momento. Isso tende a dificultar a criação de

estratégias e de procedimentos que, de alguma forma, superem os impasses tradicionais associados e a concepção de que não há nenhum sofrimento psíquico envolvido num episódio psicótico.

A enfermeira apontou quem, para ela, além do médico, pode intervir quando ocorre uma crise psicótica.

Terapia mesmo com um profissional. No caso, psicólogo, né? (...) conversar... saber o que tá acontecendo. Ouvir, ouvir o paciente, o paciente. É... Tentar saber o porquê que ele quer... fazer pra melhorar, o que ele acha da doença que ele tem, né? O que é que ele precisa, o que ele precisa... pra ter saúde pra sair dessa doença, pra ficar bem emocionalmente... Ter o bem-estar físico e mental, né? Porque saúde tem que ter um, o bem-estar físico e mental. Conversa. Através da conversa mesmo e das sessões de terapia que tem, né?

Como Elisa e sua família, a fala acima sinaliza ser atribuição do psicólogo “conversar” com os usuários e suas famílias. Sinaliza, ainda, a dificuldade de identificação das possibilidades de atuação desse profissional a partir daquilo que é dito pelo paciente.

A minha contribuição? (...) Acho que só mesmo conversando assim, mas é difícil porque nós não temos assim tantos pressupostos assim, não temos tanto embasamento na Psicologia, que possibilite a entrada nesse, no mundo dessa pessoa... de forma que... se fizesse compreender alguma coisa. (...) A nossa intervenção mesmo, acho que seria, no caso, com a família e... assim que ele saísse da crise e que chegasse a um nível de consciência, aí, sim, nós poderíamos fazer uma intervenção juntamente com essa pessoa (assistente social).

Como é o profissional que lida mais com a família do que com o sujeito – conforme será discutido no tópico sobre a família – a assistente social indica que a sua função é a de orientar os familiares. Na intervenção feita com a família, esclarece quanto à necessidade de uso da medicação, bem como em relação aos riscos que podem ocorrer com o sujeito (suicídio ou atentar “contra a vida de outra pessoa”).

Além da orientação, é importante a realização de atendimentos com os familiares, de modo a que esses não considerem que todos seus esforços e os da equipe de nada adiantaram. Quando há uma crise psicótica, a família também precisa ser assistida, do modo mais próximo e sistemático que for possível para a equipe. Haja vista

ser esse, em geral, um período de dúvidas e receios, além do necessário esclarecimento sobre os sintomas que a afligem, a intervenção, como um espaço de escuta, pode proporcionar a clareza e a compreensão de que embora as recaídas possam diminuir com o tratamento, não há como a equipe garantir que não ocorrerão novas. A intervenção pode proporcionar, ainda, a análise de que, em face de, por exemplo, um primeiro episódio psicótico ou de um novo, a família também fica em crise. Isso contribui para a reflexão pelos familiares acerca de quais laços entre eles precisarão ser reconstruídos em consequência.

Como ilustrado no trecho acima, a assistente social considera que o psicólogo tem mais condições de intervir diretamente com o sujeito que apresenta uma crise psicótica por seus conhecimentos teóricos. Entretanto, ela indicou que não é todo psicólogo que atende nesse momento, ainda que o paciente sempre demande a escuta. Esclareceu que: “O paciente, ele, ele sempre quer. A necessidade dele maior é de ser ouvido. Às vezes, só de ouvir, ele entra aqui e só o fato da gente ouvir, já melhora bastante”. Sinaliza que a “disponibilidade” do profissional não deve ocorrer somente quando há a demanda explícita do paciente. Esclareceu que alguns psicólogos “pensam que a atividade dele está vinculada somente a essa questão mesmo institucional, só as rotinas institucionais e, geralmente, quando surge um imprevisto como esse, não quer ajudar... se dispor num momento emergencial”. A demanda não está relacionada apenas ao sujeito que sofre. É também daquele que a acolhe para que um processo psicoterápico se inicie.

Além da questão de alguns psicólogos “não gostarem de ser chamados”, esclareceu que a ênfase no atendimento coletivo dificulta a intervenção individual. Ambas as modalidades de atendimento, individual e em grupo, são importantes. Elas não se rivalizam. Em vez de se focar uma ou outra, é importante avaliar em qual o paciente prefere ser escutado. Na crise, a terapeuta ocupacional considera que precisa haver “uma ênfase maior”, individual e grupal, “mesmo que aqui (*no CAPS*) não seja atendimento ambulatorial”. A fala de que o CAPS não é um ambulatório, para justificar a carência de um atendimento mais sistemático, como o individual, torna-se contraditória diante da proposta que se preconizou para esse serviço: tratamento para pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, cuja severidade justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo (Ministério da Saúde, 2004c). Percebeu-se, assim, uma consideração de que o ambulatório é indicado para a realização de atendimentos individuais, como o psicoterápico. No CAPS, isso não é possível.

Não se considera que, no momento da crise, a responsabilidade deve ser transferida do médico para o psicólogo ou, mesmo, que deva ser somente entre os dois dividida. Todavia, se, em sua formação, o psicólogo adquire recursos teóricos e metodológicos para o trabalho de escuta do sofrimento psíquico, faz-se necessário que ele possa fornecer insumos à equipe no que tange à escuta dos processos de subjetivação do paciente. Por outro lado, a fala da assistente social aponta a importância da análise das questões institucionais e, possivelmente, das dificuldades do profissional que interferem na realização de uma intervenção nesse momento tão crítico.

(...) nesse momento, eu, pelo menos, não faço intervenção. Eu só observo.

(...) No momento certo, eu chego e converso com ele, né? Dependendo do caso, eu chego... (...) Vão-se passando os dias, eu sento e converso. “Ah, no dia que você tava aqui... Você lembra daquele dia? Você não tava bem, que você apresentou tais coisas”. A gente vai conversar a respeito (psicóloga).

O momento certo para a intervenção junto ao paciente, para essa profissional, depois que considera que a medicação surtiu efeito, é:

(...) a partir do momento que eu observo que ele tá também pronto pra ouvir algumas coisas... Quando a pessoa não tá tão sensível, né? Porque tem momentos que a gente vai querer conversar com o paciente, que ele pode não estar tão bem pra tá ouvindo. Ele pode não... vamos dizer, refletir da forma correta. A gente vai conversar, ele pode perceber isso como uma crítica.

A fala acima sinaliza a dificuldade da psicóloga em saber se deve se aproximar e como abordar o paciente, bem como de analisar que, o tempo, é o da fala, não do evento em si. Sinaliza, igualmente, uma dificuldade de escuta para o fato de que a própria experiência psicótica não possibilita que o sujeito faça, muitas vezes, uma demanda clara para o profissional. Sua indicação parece ser esperar o momento em que o paciente está em condições para escutar o que o profissional tem a dizer, momento em que a abordagem desse em relação àquele será feita. Com isso, há uma ênfase na fala do técnico em lugar da escuta do paciente.

(...) não é todo paciente que tem facilidade de tá falando sobre isso, né, de dizer que viu isso, que sentiu isso e não sei o que... Aí, tu vai conversar. Aí, tu tem que ter muito cuidado. “Eu não vi isso não. Eu não sei o que...”. Depois vem com agressividade pro teu lado, como é que tu vai reagir? (psicóloga).

Em vez da preocupação com o que falar e/ou mesmo em interrogar diretamente sobre os sintomas, o que tende a esvaziar seu conteúdo, cabe ao profissional possibilitar um espaço para que o paciente fale de si. Isso favorece a expressão do que ele demanda através da crise. Para Rinaldi e Lima (2006), a não-resposta e o silêncio têm a função de possibilitar o desenvolvimento da fala do sujeito, o que não significa que só os psicanalistas têm acesso a essa verdade. Nas instituições de saúde mental, muitos profissionais, mesmo não sendo psicanalistas ou trabalhando com a Psicanálise, levam em conta a fala de seus pacientes. Ao dar voz ao paciente psicótico, é preciso, contudo, empenho “em escutar seu testemunho sobre essa verdade que nos determina e nos põe a trabalhar” (p. 58), de forma a não utilizar o cuidado para ocultar, como indicou Lacan, um sentimental humanitarismo que mascara a tendência a impor o nosso modo de gozo e a considerar o outro como um subdesenvolvido.

As autoras acima reforçam a importância de que nos coloquemos na posição de aprendizes em relação à clínica da psicose, a partir de um esvaziamento dos saberes – ao que, aqui, coloca-se teóricos, estereótipos e outros – que permita perceber as indicações que o próprio paciente traz para seu tratamento. Essa posição é mais do que necessária para possibilitar “o encontro com um sujeito que detém um saber sobre si, tomado por ele na dimensão de certeza” (p. 59), no sentido de não alimentar invasões e perseguições de transferência para o paciente e de resistência para o profissional.

Como mencionado, a psicóloga não atende quando há uma crise psicótica. Após esse momento, realiza “atendimento individual, quando necessário. Mas, sempre aquela história, focando nas atividades em grupo”. Atende quando o paciente está “muito carregado”. Conforme inferido, nesse caso, realiza um atendimento para detectar o que pode ter ocasionado o mal-estar com a subsequente prescrição de orientações, como uma forma de alívio imediato do sofrimento; uma intervenção que não favorece a construção de um trabalho mais efetivo.

A psicóloga indicou não ser possível a realização de um trabalho sistemático personalizado em razão da quantidade de casos que há no Centro de Atenção. Como a assistente social, desconhece se a prioridade da atividade em grupo é algo específico do local ou se é comum a todos os CAPS. Observou-se, assim, um desconhecimento dos profissionais na identificação dos referenciais que embasaram o modelo de atendimento existente na instituição em que atuam, bem como a ausência de interlocução com outros Centros de Atenção.

O paciente indicado para o CAPS é aquele que apresenta intenso sofrimento psíquico, que lhe impossibilita “viver e realizar seus projetos de vida” (Ministério da Saúde, 2004c, p. 15). Contudo, os discursos dos participantes apontam que, dependendo da intensidade e do tipo de sofrimento, o Centro de Atenção não é um local adequado para ele.

Quando encontrar um paciente psicótico quebrando tudo... Imagina um quadro de transtorno bipolar do humor, com o paciente numa crise franca de mania. Como é que ele pode ficar aqui? Pense, porque um paciente num quadro de mania, ele desestrutura toda uma família e um lar. Desestrutura todo o hospital, certo? Então, se fecha o hospital psiquiátrico... (...) eu acredito que tem certos casos que você só pode tratar dentro do hospital psiquiátrico. Um quadro de mania, pra mim, é um. Um esquizofrênico paranóico, em crise aguda, incomoda. Incomoda. Não dá pra ficar. Não dá pra ficar. Eu acho que a Reforma Psiquiátrica, nesse aspecto, falhou, pra mim (psiquiatra).

Para o psiquiatra, a Reforma Psiquiátrica falhou porque o Centro de Atenção não oferece condições de atender o paciente na fase aguda da crise em São Luís e noutros municípios maranhenses. Esclareceu ser freqüente atender ainda uma grande quantidade de casos provenientes de todo o estado na emergência psiquiátrica do Hospital Nina Rodrigues, serviço no qual também trabalha.

Rabelo e cols. (2006) indicaram que os casos de emergência no CAPS, em que há riscos para o usuário e outros, é tema constante de debates em cursos e eventos da área de saúde mental em todo o país. É um tema que muito tem preocupado as equipes, principalmente as do interior dos estados. Esses autores assinalaram que tal problema permanecerá enquanto não houver uma rede de cuidados mais ampla nos municípios, tais como os cuidados passíveis de serem executados pela atenção básica e leitos psiquiátricos no hospital-geral.

É consenso que uma série de estruturas ainda precisará ser criada ou consolidada para a efetivação da reforma do modelo de assistência psiquiátrica vigente durante tantos anos no país. São crescentes os esforços no Maranhão, como em outros estados, para a melhoria do atendimento. Diante disso, afirmar que esse movimento falhou é algo mais que precipitado. Todavia, a fala do psiquiatra, e de outros profissionais entrevistados, revela um obstáculo que parece ser comum em vários locais, mesmo os que contam com o serviço CAPS: como intervir em situações de crise aguda,

que não seja pela via do hospital psiquiátrico. Esse é um obstáculo que se acentua em cidades que não contam com serviço de emergência psiquiátrica no hospital-geral, como em São Luís.

Por outro lado, cabe, ainda, aqui, uma dúvida. Se fosse um CAPS III, modalidade concebida para se “evitar internações psiquiátricas” (Ministério da Saúde, 2004c, p. 19), seria diferente? A equipe se sentiria em condições de intervir? Quando as ações do paciente passam da palavra ao ato, com uma grave demanda a uma continência que a instituição, na qual está inserido, não pode lhe oferecer, cabe à equipe, juntamente com a família, a reflexão acerca dos recursos disponíveis na rede de saúde mental para o encaminhamento. Mas, em paralelo, faz-se imprescindível a identificação do que não foi possível escutar – mesmo que seja difícil identificar os marcos de início e de término – antes, na e após a crise pela ausência de determinadas modalidades de atendimento e pelas dificuldades dos profissionais em lidar com o que escutam.

O medicamento é que o possibilita, muitas vezes, o controle dos sintomas de superfície, para que se possa tratar os sintomas fundamentais daquele paciente. No entanto, as falas sugerem que essa passagem nem sempre ocorre e a equipe continua a se restringir aos sintomas de superfície. Para tanto, faz-se necessária a análise de que o significativo crise não implica apenas perigo. Refere-se, igualmente, à oportunidade, que, no caso, pode ser a de promover o desenvolvimento de estratégias de intervenção que aliem as fragilidades e as potencialidades da instituição, da família e do entorno nesse momento.

É evidente que para a equipe, em especial para o psiquiatra – haja vista as atribuições a ele relacionadas –, é urgente conseguir tornar compatíveis com a vida em sociedade os distúrbios do gozo próprios da psicose. Deve-se reconhecer os méritos do medicamento na diminuição dos estados que interferem no estabelecimento do vínculo com o paciente. Contudo, é preciso que os distingamos do exercício de estabilização do sujeito diante da psicose (Soler, 2007). Na ausência de tal reflexão, pode-se considerar que a melhora de Elisa não tem relação alguma com seus processos de subjetivação diante do Outro, como se a experiência psicótica lhe fosse algo externo. Por outro lado, cabe, ainda, considerar os efeitos que os cuidados proporcionados pela família e pela equipe, individualmente ou em conjunto, tiveram nesse processo.

### 8.5 A família, na perspectiva de profissionais do CAPS

Foram investigadas junto aos profissionais entrevistados suas concepções acerca da proximidade da relação entre a família e o Centro de Atenção. Nessa perspectiva, discutiram-se questões como em que situações há um contato entre ambos e as condições de interlocução relacionadas.

A assistente social esclareceu que, já no momento da admissão, é informado para a família em que consiste o CAPS, bem como apontada sua importância “no acompanhamento do tratamento e o apoio moral” ao usuário que está ingressando. Essa fala também é colocada para o paciente, para “ver se tem um nível de consciência”. Após o ingresso do sujeito na instituição, alguns profissionais, como a psicóloga e a técnica de enfermagem, descreveram o desenrolar da relação entre a equipe institucional e a família como “estruturada”, “boa”. Justificaram que, quando a equipe solicita a presença da família, ela raramente não atende.

Eu acho que, na verdade, tem que haver (*contato entre o CAPS e a família*) o tempo todo. Só que, geralmente, a gente mantém mais contato quando ocorre algo: se o paciente tá faltando, se o paciente mudou o comportamento, né, se foi de repente, com algo que aconteceu na casa... Se é por conta de não tá tomando medicação... Aí, às vezes, a gente fica... entrega uma medicação, bota fora aqui, vamos dizer, imagina em casa, será que ele tá tomando? Tá enganando aqui, não tá tomando. Será que em casa tá tomando? (psicóloga).

Foi comum a colocação pelos profissionais que a interlocução entre o Centro de Atenção e a família deveria ser contínua e realizada noutras situações além das acima citadas. Contudo, na época da realização das entrevistas, ressaltaram que, em razão da quantidade de atendimentos, ainda não fora possível a execução planejada de atividades sistemáticas e freqüentes, como visitas domiciliares, encontros com a família de um mesmo paciente e com grupos de familiares na instituição.

Entre o ideal e o possível, a equipe recorre à família, em geral, quando há alguma “ocorrência”, como “comportamento esquisito”, “adverso” (briga com alguém), “passou mal”, não se apresenta “bem orientado”, está “muito faltoso”, chega constantemente atrasado. Em todas as situações, há uma preocupação com o modo de uso do psicofármaco na residência do usuário.

(...) na hora de dar uma medicação em casa, se o paciente não tiver alguém da família pra tá cobrando, de tomar a medicação no horário certo, não tem

como continuar o tratamento. Por isso que a gente já teve vários problemas com pacientes aqui, porque... por causa da família (enfermeira).

Cabe à família acompanhar o uso da medicação, para que não haja uma possível interrupção do tratamento. Nos casos de ausência do paciente, quem, em geral, percebe é a equipe de Enfermagem (enfermeiros e técnicos) em razão da distribuição diária de medicamento. Constatada a ausência, a enfermeira, primeiro, averigua junto ao “Serviço Social” e ao médico responsável se o paciente faltou devido a alguma liberação que lhe foi fornecida. Em caso contrário, entra-se em contato com a família, para que seja informada ou, se estiver a par do motivo da ausência, para que o esclareça.

Foi também ressaltada a necessidade de a equipe investigar se as ações do paciente em casa correspondem às que apresenta na instituição – “não adianta nada ele ter um comportamento bom aqui, se ele não tem o comportamento bom com a família” (enfermeira). Visa-se saber como o paciente age em sua residência e como a família reage em relação a isso. Recorre-se, igualmente, à família para se identificar se alguma das “ocorrências” acima citadas pode estar relacionada a conflitos na dinâmica familiar. A estratégia de se recorrer à família é também decorrente de queixas dos pacientes, caso em que podem ocorrer, além das reuniões no CAPS, visitas domiciliares para a análise da dinâmica familiar.

É aquela história: o familiar tá fazendo a parte só de tá trazendo e levando. Não. Quer dizer, e o afeto, né, e a compreensão, e o companheirismo, né, (...) tudo isso é importante. Ser sensível com a pessoa, conversar. Se interessar mesmo. Então, eles reclamam muito disso: que o familiar não tá nem aí. Então, eu acho que é muito importante o apoio da família, né? Como que tá a dinâmica familiar? Né? Se as coisas que antes aconteciam, se elas não tão mais acontecendo? As coisas que desencadeavam pra crise... (psicóloga).

A psicóloga esclareceu que quando a ida à residência “começar a ocorrer mesmo” – de forma planejada e sistemática – a intervenção junto ao paciente e à família vai melhorar, “porque a gente vai observar o ambiente”. A ausência de tal observação dificulta verificar se o que o familiar está falando “é verdade”. A ida à residência do paciente tem como função constatar se a família igualmente apresenta um discurso verídico. É uma ação que, mais uma vez, remete à busca do grau de sinceridade presente no que é dito, sem um enfoque que leve em questão as condições de produção dessa

fala. Isso é algo que, possivelmente, interfere na solidificação de uma relação de confiança e de paridade entre a equipe e a família.

Então, a gente pede nesse sentido também, né, quando a gente percebe que, a família, ela não tá desenvolvendo, né, aquilo que, anteriormente, ela se dispôs a fazer (...). Né, uma vez que você tá no CAPS, você tem o seu familiar que vai desenvolver o tratamento, mas você sabe que você também desenvolve, né, a sua função nesse processo (terapeuta ocupacional).

O contato com a família é feito para se identificar se e como está cumprindo sua parte no acordo que assumiu quando houve a admissão do paciente no CAPS. A não correspondência ao compromisso acertado na admissão pode interferir no “emocional” do paciente. Além disso, segundo a terapeuta ocupacional, como, na admissão, não há como ter uma “visão do todo”, a família é também contactada para que forneça mais dados sobre o paciente noutros momentos. Há, ainda, a preocupação em colocar para a família se concorda com a possível mudança de regime, de forma a se identificar seus porquês a favor ou contra. A enfermeira informou que também é feito contato com os familiares para congratulá-los pela melhora do paciente, “porque a gente deve estimular a família também”. Como esse motivo apareceu somente na fala dessa profissional, não foi possível realizar reflexões sobre sua ocorrência.

Pôde-se entender que, devido à quantidade de atendimentos realizados no CAPS, aqueles que não mais apresentam a gravidade anteriormente observada têm menos prioridade no estabelecimento do contato com as famílias. Isso compromete a qualidade da escuta, segundo a assistente social:

A qualidade não é a mesma, claro, né, porque esse atendimento individual, familiar, ele envolve a escuta, né, de ta ouvindo o que quê o familiar tá trazendo e poder intervir a partir daquelas informações. Claro que, com cinco pessoas pra atender mais outras que tão vindo te pedir outras coisas, não dá pra te ter um atendimento de qualidade. A gente faz o possível dentro do que é colocado, do que é permitido, né?

Para ela e, provavelmente para os demais, fica a questão de como é possível escutar familiares e pacientes e do que se pode pensar a partir daí diante da quantidade e diversidade de demandas que lhe são colocadas. Como é difícil para a equipe proporcionar mais momentos de interlocução com a família, é importante que essa pergunte o que está “acontecendo no CAPS. Porque tem uns que só botam o paciente

aqui. Leva e traz. Mas, quando chega em casa, não conversa” (psicóloga). O familiar considera que assim está “fazendo muita coisa” (assistente social).

Observou-se nos discursos certa divisão referente à participação da família: familiar comprometido ou não, preocupado ou não. Para a técnica de enfermagem, na “falta de apoio” “deve de ter desleixo assim, porque deixam de mão”. Pode-se perceber que essas dicotomias não auxiliam na aproximação entre os familiares e a equipe.

Olha, algumas famílias são bem presentes, né? Compreendem a importância dessa interação, compreendem a importância das informações que elas vêm trazendo, né, do comportamento do paciente em casa pra cá pro CAPS, compreendem que isso é importante, que essas informações fazem parte do processo, né? Isso sem a gente, vamos dizer assim, ficar com aquela pressão massiva em cima deles pra que estejam sempre aqui. Já tem outros que, por mais que a gente pressione, por mais que a gente esteja sempre convocando pra reuniões, ligando, realmente não se importam (assistente social).

A família, em algumas falas, parece ser vista como uma entidade. Há certa naturalização do vínculo familiar. Com isso, as ocorrências dos pacientes são relacionadas a conflitos numa “família desestruturada” (psicóloga), “desorganizada” (psiquiatra). É como se o desvio do padrão de normalidade, historicamente relacionado à psicose, não fosse só do paciente, é de sua família também.

É possível que, além dos próprios conflitos presentes na dinâmica familiar que dificultam a maior participação de pais, esposos, irmãos e outros no Centro de Atenção, que esses não percebam a importância de sua ida noutros momentos – que não seja levar e buscar o paciente – em razão da escassez de modalidades de intervenção com as famílias. Cabe recordar que, embora se fale em família, é, em geral, delegada a um único familiar a responsabilidade pelo acompanhamento durante o tratamento. A compreensão do porquê a ele foi delegada essa tarefa e de como a família, através dele, presentifica-se na instituição são questões que demandam uma escuta que vá além da dicotomia anteriormente discutida.

A assistente social observou que a maioria das famílias com um membro com quadro psicótico “se preocupa” (85%), sempre está presente, quer tenha sido ou não solicitada para o fornecimento de informações e outras questões. Os demais 15% “não estão nem aí”. Questionou-se quais fatores contribuem para que a maioria apresente uma inserção mais freqüente no CAPS. A assistente social respondeu: “Eu acho que é o esclarecimento mesmo. A pessoa tá aberta ao que a gente fala, a

compreender a importância do tratamento pra esse paciente, né, que esse momento deles aqui é importante pra uma eficácia maior, melhor do tratamento, né?”.

Como já há uma abertura, o familiar e a equipe podem buscar estratégias coletivas para sua ampliação, identificando condições que propiciem que os demais membros de uma mesma família também se sintam responsáveis, de forma a haver certo rodízio do cuidado que prestam ao sujeito psicótico. Essa aliança pode contribuir, ainda, para a criação de espaços que proporcionem a maior participação do grupo familiar minoritário (15%).

A assistente social esclareceu, ainda, que as mães são “bem mais presentes. Não sei se pelo nível de dependência deles em relação a essas figuras, né, que têm como referência e que também se tornam um referencial pra gente em relação a esses pacientes, mas, geralmente, eles (os familiares) são bem mais assíduos do que qualquer outro (*familiar de paciente com diagnóstico diferente*)”. A maior presença das mães no CAPS está de acordo com o que a literatura sobre saúde mental aponta ser o familiar mais participante nas instituições de atendimento. Às mulheres, culturalmente, foi instituído o papel de cuidadoras, em especial quando são mães. Torna-se, praticamente, uma obrigação para essas serem as “responsáveis” pelo acompanhamento do paciente em tratamento no Centro de Atenção. No caso de Elisa, alguns profissionais observaram ser seu pai mais assíduo na instituição que sua mãe, o que leva a pensar no limite a que Benedita deve ter chegado para que houvesse essa inversão em sua dinâmica familiar – conforme será discutido adiante.

Em comparação aos parentes de pacientes com outros diagnósticos, os familiares em questão “sempre colocam mais como é que o paciente tá em casa, né, (...) e, geralmente, querem participar da consulta avaliativa com o médico” (assistente social). Há o entendimento de que existe algum adoecimento envolvido, não relacionado, assim, à vontade desse sujeito – ao contrário do dependente de substâncias. Logo, a noção de que existe uma doença envolvida contribui para a realização do cuidado. Em consequência, independentemente do grau de autonomia do paciente psicótico, o compromisso familiar é perceptível.

Indagou-se o que a equipe visa quando recorre à família. Um dos motivos apontados foi a solicitação de que observem:

Em que momentos que eles (*os pacientes*) apresentam certos comportamentos de agressividade, de delírio. O que quê eles observam. Em

que momento que isso ocorre. Se ele tá chateado com alguma coisa, se ele não tomou a medicação, né, se ocorre um desentendimento (psicóloga).

A enfermeira informou que a maioria dos familiares segue a orientação de que deve acompanhar o uso do medicamento. Há aqueles que não observam, porque acreditam que, como o paciente está bem, “não precisa mais tomar”. É possível que, em ambos os casos, ocorra uma delicada negociação na dinâmica familiar para que o acompanhamento não seja interpretado como mera vigilância. Cabe a consideração aqui que, nas duas situações, o encontro com a equipe pode servir não só para a indicação da importância de que a família acompanhe o uso do psicofármaco, mas também que se sensibilize para o desejo de conhecer mais a rotina do membro com quadro psicótico no serviço. Pode contribuir ainda, e acima de tudo, para a construção de ações conjuntas que promovam o cuidado onde o sujeito em tratamento no CAPS vive (Leal & Delgado, 2007).

Como discutido no primeiro tópico, há a premissa de que a família é peça fundamental quanto aos cuidados que devem ser oferecidos: “Porque um paciente desse tem que ter atenção, apesar de ter problemas, é um familiar, né, você tem que amar de qualquer forma, como ama os outros” (psicóloga). Segundo a enfermeira, para o “tratamento, terminar bem, precisa de afeto, carinho da família”.

A fala de ambas as profissionais sinaliza uma delicada crença sobre o amor entre a família, como se esse fosse algo incondicional e sem aceção. Afeto e carinho envolvem uma série de questões, inclusive a compreensão da noção de ambos para cada família. Em muitas, não é comum a manifestação de troca afetiva e o diálogo sobre a relação entre os membros, tal como preconiza a idéia tradicional do que é um modelo de família, a qual não coloca em questão os possíveis desgastes existentes em cada dinâmica familiar e o tipo de relação que há em cada grupo. As crises apresentadas pelo sujeito, suas ações tidas como incomuns, contribuem para que muitas famílias não o percebam como qualquer integrante que deve merecer a afeição própria de cada grupo familiar. Sem saber como se relacionar com ele, os familiares podem apresentar receio sobre o que devem lhe dizer ou fazer no que tange ao cotidiano familiar e extrafamiliar. Na fala a seguir, comparecem interrogações acerca dos diferentes movimentos da família em relação ao tratamento realizado no CAPS.

Será que é só porque essa pessoa trabalha? Que, às vezes, a gente percebe que tem pessoas que trabalham, às vezes, perde o horário de serviço pra vir trazer o seu familiar, pra tá acompanhando, né? Não só a gente ligar. Eles

mesmos vêm até aqui. “Ó, porque eu queria conversar com a psicóloga, com... o médico, né, sobre a medicação, com o Serviço Social, alguma coisa do meu familiar, do paciente” (psicóloga).

Os diferentes modos de funcionamento familiar se refletem na inserção de cada parente ou cônjuge na instituição. Participar menos que outras famílias ou mesmo não participar não significa que o familiar não se importe. Pode significar que prefere transferir para a instituição uma responsabilidade que não se sente (mais) em condições de arcar. Outro fator relacionado à importância de se recorrer à família é para orientá-la sobre:

Então, eu penso que pode estar esclarecendo aos familiares que, caso eles não sejam assistidos adequadamente, que eles podem vir a... Sei lá, de repente, por em risco os familiares, não só os familiares, mas a eles mesmos, né? Porque a gente não sabe. De repente, ele tá tendo uma alucinação visual que tá... que tão subindo aranhas caranguejeiras por cima dele e querer matar, alguma coisa assim, tocar fogo. A gente não sabe. Então, eu acho que, nesse sentido, deve-se esclarecer a família, estar precavendo, né, sobre os possíveis... as possíveis alucinações e os cuidados que eles devem ter com esses usuários (assistente social).

É importante que a família seja orientada quanto ao que o membro em tratamento pode apresentar e suas possíveis conseqüências, mas a fala acima sugere que, a partir de como for feito tal esclarecimento, os receios em relação ao sujeito psicótico podem perigosamente se acentuar. Ainda segundo a assistente social, o primeiro ponto a se esclarecer é que “não se trata somente de questões genéticas, a gente sabe que influencia um pouco, mas, geralmente, eu penso que as pessoas ficam assim: ‘Ah, eu não tenho filho doente. Eu não quero ter um filho doente’”.

A não aceitação pela família desse sujeito é um dos principais desafios que a assistente social percebe em sua prática. Indicou que o familiar não aceita que aquele não obteve êxito acadêmico e profissional por sua patologia, com a justificativa de ser “apenas uma pessoa que não se deu bem na vida”. A família não compreende que há limitações envolvidas. Provavelmente, entre aceitar que o filho “não deu certo” e que ele é doente há uma grande distância para a dinâmica familiar. A primeira tende a equivaler a ausência de oportunidade ou mesmo falta, consciente, de esforço. A segunda implica não apenas assimilar seu adoecimento, como as limitações que esse traz e trará para o convívio familiar.

A segunda opção requer a realização do luto pelo filho que se sonhou e o reconhecimento do que se tem, conforme discutido a partir das falas dos familiares de Elisa. É a perda narcísica da possibilidade de obtenção dos privilégios abandonados pelos pais e que eles esperavam concretizar através do filho. “A doença, a morte, a renúncia ao prazer” não o atingirão, apontou Freud (1914/1974, p. 108) em relação às crenças que os pais depositam no filho. Logo, não é sem razão que a família apresente tanta “resistência” em aceitar que determinado membro é doente, admissão que pode ser entendida como um fracasso em preservar sua saúde.

Para a assistente social, sem essa aceitação, a “recuperação” se torna mais difícil. Sabe-se que, de acordo com o grau de comprometimento do laço social, o sujeito psicótico precisará de auxílio para o enfrentamento de suas limitações. Contudo, é preciso respeitar o tempo da família para a elaboração do luto pelo filho desejado. É igualmente importante que se avalie a forma como assimila o significativo “doente”, para que aquele sujeito não perca seu direito de colocar e de realizar o que acredita ser melhor para si.

A orientação à família também deve ocorrer quando se considera a necessidade do repasse de informações sobre:

(...) necessidades que... possam surgir, né, no caso,... alguma orientação que porventura o paciente tenha dificuldade em... ouvir, entender ou aceitar ou cumprir, digamos assim... alguma situação que se torne corriqueira e que a família, ela deve ter... intervindo de maneira mais direta junto ao seu familiar, que é atendido aqui (terapeuta ocupacional).

O contato é realizado para que haja a transmissão de uma informação para quem se considera ter condições de escutá-la. É uma estratégia que, de acordo como for desenvolvida, pode reforçar o lugar do membro em tratamento como alguém à parte de sua dinâmica familiar.

A assistente social observa a necessidade de que a assistência que o CAPS fornece seja estendida à família. Para tanto, considera que cabe a todos os profissionais do CAPS esclarecerem à família o que é “uma esquizofrenia, (...), o que quê pode acontecer em casa, caso ele não seja medicado, caso ele não tenha assistência”. Logo, o contato com as famílias é necessário para a realização de um trabalho psicoeducativo. Contudo, como houve certa unanimidade, entre os profissionais, acerca de sua dificuldade em falar, por exemplo, sobre o que caracterizaria a vivência psicótica – o que se pôde inferir através das solicitações de alguns à pesquisadora para que fornecesse

informações sobre a psicose – a orientação aos familiares pode ser uma árdua tarefa para a equipe.

No caso da família de um paciente que é psicótico, né, ou que tem os sintomas, os comportamentos psicóticos, então, a gente vê, geralmente, que é uma família que tem... comportamento, né, obsessivo, né? Tem posturas que são mais... pensamentos que trazem comportamentos, né? Mas, assim,... uma rigidez, digamos assim (...) tem um padrão mais rígido de intervir, né, de lidar com a questão das frustrações, mais uma vez, né, de lidar com dia-a-dia mesmo, com as questões, com os limites, com as questões mesmo da vida (terapeuta ocupacional).

Essa é uma fala que remete às concepções iniciais no campo da terapia de família no que se refere à dinâmica familiar diante da psicose de um de seus membros. Concepções que foram desconstruídas pela necessidade de escuta dos conflitos subjacentes à “rigidez” do grupo familiar. É uma desconstrução que, a partir do que caracteriza a terapeuta ocupacional, precisa ser colocada em destaque na clínica do CAPS.

À exceção da assistente social e do psiquiatra, os demais profissionais consideram que o movimento de entrar em contato parte mais da equipe que da família – “elas (*as famílias*) acham que os outros é que têm que ir atrás” (terapeuta ocupacional). Ressalta-se que, como há poucas oportunidades de interação com os familiares pela enfermeira, técnica de enfermagem, psicóloga e terapeuta ocupacional, as quatro colocaram ser difícil falar sobre a inserção da família na instituição CAPS. Os profissionais que indicaram ser maior a procura feita pela família são os que têm um contato mais freqüente em comparação aos demais funcionários. Nesse sentido, observou-se que, nas poucas vezes em que os familiares de Elisa foram ao serviço – no caso, seus pais – sua ida esteve relacionada à intenção de falar com o psiquiatra sobre medicamento e com a assistente social para entrega de documentos ou liberação daquela para ir e vir sozinha.

O psiquiatra, igualmente, destacou a importância de trabalhos com os familiares para que haja uma “interação estreita” entre eles e a equipe. No entanto, colocou sua dificuldade de falar sobre a viabilidade dessa proposta no CAPS, indicando não conhecer as condições de funcionamento atuais do serviço em que atua.

“Eu faço só a parte clínica. Quase sempre quem tem contato com a família é o pessoal do Serviço Social” (psiquiatra). Esse profissional informou que tende a

solicitar a presença do familiar numa tentativa de esclarecer: “alguma dúvida em relação... não ao diagnóstico, mas ao tratamento. Se ele tá tomando o remédio...”. Depois da consulta inicial, a hipótese diagnóstica já foi feita. O recurso de chamar parece ser para a confirmação de que o remédio está, de fato, sendo usado, corretamente.

O psiquiatra acrescentou que o contato com a família ocorre para saber, por exemplo, se o paciente já foi internado em serviço de emergência psiquiátrica e, em caso afirmativo, quantas vezes, medicamentos que já utilizou, além de saber como o paciente “era em casa, se houve alguma melhora, como era antes do tratamento, orientar na parte de medicamento”, quando solicitado. Todas essas possibilidades marcam a necessidade de obtenção de informações sobre a história da doença do sujeito, sem pouco espaço para uma investigação de sua constituição subjetiva, conforme também se pôde inferir dos prontuários evoluídos pelos membros do *staff* do CAPS.

Essa é uma questão que sugere que, na prática clínica, para alguns profissionais, às vezes, as histórias se tornam tão comuns e repetitivas que se tornam uma mera confirmação entre si. Sabe-se que toda a investigação de uma história de vida é sempre um recorte, por mais aprofundada que pretenda ser. Contudo, as falas do psiquiatra e de outros profissionais sinalizam que essa investigação tende a se resumir a muito menos que um fragmento.

“(...) esclarecimento,... diagnóstico, é mais nas primeiras entrevistas. Depois é que a família procura muito a gente aqui pra essa parte burocrática: atestado, licença, passe-livre. Na realidade, o doente mental e a família do doente mental são uns pedidos” (psiquiatra). Essa fala sugere que, para a família – quando sente que sua interrogação foi respondida ou que, pelo menos, obteve um alívio em face do quadro anteriormente apresentado pelo paciente – sua demanda muda para questões de ordem burocrática e socioeconômica, momento em que também recorre ao assistente social. Possivelmente, por saber que informações e documentos podem obter junto a esses dois profissionais, é os que os familiares mais os procuram.

A família procura bem mais, até por essas questões que eles sempre tão querendo requerer benefício, né, de saber como é que o paciente tá aqui e qualquer alteração que eles observem em casa eles sempre, sempre querem tar colocando pra gente (assistente social).

Segundo essa profissional, a “alteração” observada leva o familiar a questionar se o medicamento continua a fazer efeito. Ela percebe poucas interrogações

ou críticas referentes ao funcionamento institucional no discurso das famílias. “(...) os familiares, geralmente, eles são bem passivos em relação... né? Dificilmente, eles tão questionando, tão colocando algo a esse respeito. Talvez porque eles não conheçam como a coisa funcione. Então, se eu não conheço, eu não vou cobrar”. Pode-se considerar que, como, por vezes, os familiares têm poucas informações sobre o trabalho que é produzido na instituição, tendem a se considerar sem direito de reivindicar mudanças no funcionamento institucional – a exemplo do que foi sinalizado nas falas dos familiares de Elisa. As falas do psiquiatra e da assistente social sugerem que se a família demanda um assistencialismo, a carência de espaços no CAPS direcionada ao debate de questões referentes ao cotidiano institucional e familiar reforça essa situação. Isso contribui para que a família se coloque numa posição inferior no que se refere à alteridade institucional, como forma de obter ganhos sociais.

Conforme se pôde perceber nas falas acima, a maior parte das informações obtidas para a elaboração do presente tópico foi obtida junto à assistente social. Houve certa concordância entre os profissionais em indicar que o “Serviço Social”, como tem mais contato com as famílias, teria mais elementos a fornecer. A assistente social informou que, em geral, são os profissionais de sua área que têm uma maior interlocução com as famílias. De acordo com a situação, também solicita a presença de um psicólogo nas reuniões com os familiares. Informou que se esforça para realizar encontros com grupos de familiares dos pacientes que estão sob seu acompanhamento, mas que essa não é uma prática realizada por profissionais de outras áreas nem da sua. Isso pode contribuir para que os encontros da equipe com tais grupos ocorram somente quando há a mudança para o regime não-intensivo. Não há um trabalho sistemático e rotativo entre os membros do quadro institucional ao longo de todo o tratamento, que viabilize o maior compromisso da família em lidar com o membro psicótico.

Foi indagada à assistente social sua opinião acerca do fato de ter mais contato com as famílias que os demais profissionais. Na fala abaixo, expressou seu incômodo.

Olha, eu penso que é um monopólio, né, mas, assim, qualquer profissional, ele pode fazer esse atendimento com a família, até porque, também, eu penso que seria interessante e até importante que a família soubesse como é que o paciente reage nas oficinas terapêuticas, quais são as habilidades que ele tem, quais são as deficiências, pra que, por exemplo, se a família tiver

oportunidade de indicar uma outra alternativa pra evolução física, motora, sei lá, dessa pessoa, desse paciente, no caso, que ela fosse encontrar.

Para a assistente social, a interlocução com as famílias deve ser feita por toda a equipe, não apenas por determinado profissional ou outro, a fim de que cada um possa fornecer informações e orientações de acordo com seu campo de atuação. O indesejado monopólio por ela colocado, em razão das prerrogativas tradicionais associadas ao Serviço Social, contribui para que haja uma quebra da “questão da interdisciplinaridade”. Com isso, muitas informações não são repassadas para a família. Acrescentou que:

(...) o que eu vejo é que as informações daqui só ficam no... naquele prontuário e que, pra ser sincera, às vezes, nem me interessa, só: “Fulano ta não sei o quê, não sei o quê”. Dificilmente,... Às vezes, leio uma coisa e outra, quando eu vejo assim que é uma coisa marcante, aí, sim.

Parece não haver uma suficiente transmissão às famílias do que cada profissional percebe individualmente e em conjunto. É possível que várias dimensões referentes ao tratamento e ao desenrolar do quadro do paciente nesse não sejam discutidas com os familiares, o que tende a dificultar a criação de encontros que não se restrinjam às “alterações simbólicas” (enfermeira). A informação sobre o paciente fica limitada ao prontuário, a qual parece não ajudar os próprios profissionais a pensarem o caso, como indicou a assistente social. Situação que favorece a que a evolução no prontuário se converta em mera atividade burocrática. Isso tende a ocorrer quando sua elaboração é realizada de forma extremamente superficial e concisa, a qual não possibilita uma clara identificação da percepção do profissional em relação ao paciente que atende – conforme se pôde observar em alguns prontuários.

A informação é importante, conforme a assistente social, porque, por vezes, o familiar não fornece a atenção necessária pela falta de esclarecimento. Apontou que “o familiar acompanha esse paciente a vida inteira” e “só se sabe que é esquizofrenia” – “quando sabe”, completou a pesquisadora – mas “aquela informação não foi decodificada pra ele”, o que dificulta a obtenção de “um benefício”, bem como favorece a peregrinação de ambos pelos mais diversos serviços de saúde.

Porque muitos que estão aqui não sabem nem o que têm. Simplesmente, empurram... medicação, goela abaixo, e acham que tem que tomar, né? Realmente, é mais difícil mesmo você aceitar uma coisa de qualquer forma e achar que tem que aceitar, né? (terapeuta ocupacional)

A transmissão do diagnóstico para o sujeito e sua família deve estar sustentado num período maior de interação, bem como, conseqüentemente, de uma avaliação mais aprofundada. Quando o sujeito ingressa no CAPS, é necessário que se pense o diagnóstico como um ponto de partida para a escolha das estratégias terapêuticas, o qual pode ser modificado no decorrer do tratamento. É consenso que o repasse dessa informação, de acordo com o modo como for colocada, é algo delicado pelos estigmas que pode vir a criar na família e na comunidade em que ele está inserido. Contudo, falas como a do pai de Elisa e da assistente social indicam ser igualmente delicado que o paciente e seus familiares não saibam o que equipe pensa sobre ele, quando indica, por exemplo, determinado medicamento.

A não transmissão do diagnóstico ao paciente e à sua família pode se tornar um equivocado zelo, haja vista não lhes possibilitar conhecimentos necessários para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento nem a criação de espaços para a elaboração dos conflitos associados. É possível que os profissionais, pelas próprias dificuldades que sentem em definir como se caracteriza o fenômeno psicótico e suas implicações, optem pela não discussão dessa questão junto aos usuários do CAPS – pacientes e familiares.

O saber fica com o profissional, sem um empoderamento da família – conforme preconizado nas políticas públicas. Essa tende a desconhecer o que ocorre no CAPS – a não ser pelo que escuta do integrante nele inserido e do assistente social – o que prejudica seu desejo de ir à instituição. É provável que muitas famílias, por si próprias, não saibam que têm outros papéis junto ao CAPS, além, por exemplo, de ir deixar e buscar o paciente na instituição. Nesse sentido, é preciso todo um trabalho de orientação, inclusive, acerca de questões que a equipe considera básicas, como participação freqüente no cotidiano do Centro de Atenção. Para tanto, é necessária a criação e/ou a ampliação de espaços destinados à intervenção junto às famílias.

Conforme se pôde perceber, o lugar da família na instituição parece ser frouxo e ainda não está garantido, o que reforça as concepções dicotômicas em relação a cada grupo familiar. É necessária uma revisão de seu papel junto à instituição para que esse não se resuma ao de responsável de alguém, a quem cabe prestar informações à equipe e monitorar o uso do medicamento e o comportamento, como no caso dos pais de Elisa, a fim de que outras relações mais satisfatórias sejam desenvolvidas no que se refere ao sujeito psicótico.

Se a equipe recorre à família, ou vice-versa, somente quando há alguma “ocorrência”, é possível que isso contribua para que o Centro de Atenção seja comparado a uma escola, no sentido historicamente convencionado, ou seja, lugar a que os pais comparecem para resolver problemas decorrentes do comportamento inadequado de seus filhos. A falta de informação necessária que instrumentalize minimamente as famílias e de uma escuta aos conflitos nelas existentes dificultam a construção de estratégias de aliança entre o paciente, seu grupo familiar e a equipe. Isso contribui para que, na prática, o familiar – retomando a afirmação da terapeuta ocupacional citada no primeiro tópico deste capítulo – seja visto apenas como co-responsável pelo tratamento, não como um sujeito que também demanda cuidados.

A ausência desse segundo aspecto pode propiciar a intensificação do sentimento de desamparo que a família sente diante da vivência psicótica de um de seus membros. Pode contribuir, ainda, conseqüentemente, para que o grupo familiar não consiga reconhecer suas possibilidades de enfrentamento das questões existentes em sua dinâmica, o que reforça a alta delegação que faz à equipe e à instituição de saúde mental. Torna-se muito mais difícil pensar em estratégias de promoção de saúde sem um trabalho sistemático junto às famílias, de forma a que os familiares, como os de Elisa, se sintam mais autônomos na realização do cuidado ao integrante em tratamento no CAPS e mais desejosos de fazer parte dessa instituição, podendo perceber esse sujeito e a família como um todo de um modo menos negativo.

### **8.6 O sujeito Elisa e a instituição CAPS**

A partir do que cada profissional trouxe sobre Elisa e sua família, buscou-se discutir como a equipe descreve sua história de inserção na instituição e a interação com ela. No momento da entrevista, a enfermeira indicou que ela já estava bem melhor em relação ao quadro crítico apresentado quando houve sua admissão.

No primeiro e segundo dia, ela não participou das oficinas, até porque não dava. Ela tava com muita... tava delirando, tava apresentando alucinações. Então, não dava pra ela ficar na oficina. Então, ela tinha que ficar na Enfermagem, controlar os seus sintomas. Depois de controlado, ela voltava à oficina (enfermeira).

Na época, Elisa apresentou:

(...) a gente sabia que ela tava em crise, porque era um fato irreal que ela criou na cabeça dela, que eu estava com o marido dela e (*um técnico de*

*enfermagem*) estava com ela. (...) Hoje, pode-se dizer que ela tá bem, quer o... bem-estar dela, que ela não podia... Ela sabe que ela precisa de tratamento. Dá pra ver que é uma pessoa que... tem como ter a vida normal, voltar a ter a vida normal só controlando suas medicações (enfermeira).

Acrescentou que Elisa ficava cantando músicas de “macumba” e de igreja na sala de Enfermagem. A enfermeira esclareceu que esse era o único lugar que ela ainda ficava. Nas oficinas, ela “sentava e levantava toda hora. Ela chegava do nada e ficava falando, falando alto na atividade e, aí, passava cinco minutos, saía de novo. Aí, vinha, rodava o CAPS inteiro. Ficava ali fora, pedindo pro porteiro pra ir embora”. Na sala de Enfermagem, os enfermeiros e os técnicos conversavam com ela para “ver se ficava bem”. A enfermeira informou que Elisa voltou às oficinas depois que o controle dos sintomas favoreceu uma interação com o grupo que não interferisse nas atividades realizadas.

O relato dessa profissional sobre o início do tratamento de Elisa no CAPS sinaliza que o paciente que não participa das atividades, haja vista a equipe considerar que compromete seu funcionamento, também precisa que um lugar seja pensado para ele na instituição. Quando se avalia que esse sujeito não está em condições de permanecer nas oficinas com os demais pacientes, faz-se imprescindível um espaço de continência no momento em que, provavelmente, o sujeito mais demanda uma sustentação. Por outro lado, a situação narrada pela enfermeira sinaliza que, apesar das dificuldades indicadas pelos profissionais em lidar com o paciente em crise, foi possível para a equipe de Enfermagem agir nesse momento, conseguindo fornecer um suporte para Elisa.

Uma paciente que tava dando muito trabalho pra gente aqui. (...) Ela tinha meio transtorno do pensamento. Ela ficava falando... coisa com coisa. (...) Ficava falando que o filho dela ia... iam matar o filho dela. (...) É um caso de doente mental que eu acho que aquilo ali já vem desde criança. Eu não sei muito bem assim. Eu não conversei muito com ela, mas eu acho que... É até porque a família dela não vem muito aqui no CAPS, né, e... E a gente nunca sabe se, se o paciente diz a verdade ou não, né? (enfermeira).

A fala acima sinaliza uma desconfiança da equipe em relação ao discurso do paciente, o que possivelmente interfere em sua disponibilidade para a escuta. Somado a isso, o pouco contato com a família de Elisa pode ter favorecido a acentuação da suspeita em relação ao seu discurso.

A ação da equipe de Enfermagem contribuiu para que Elisa se sentisse acolhida, o que deve ter favorecido a diminuição de sua recusa em permanecer na instituição quando ingressou. A enfermeira, como os demais profissionais, esclareceu ter tido pouco contato com a família de Elisa. Numa das referências que fez aos seus familiares, informou que o “esposo dela” a procurou para solicitar a revisão da medicação, em razão de sensação de mal-estar manifestada em casa. A enfermeira esclareceu que: “Eu até pensei que era o esposo, porque ela me falava que era o Pastor Jonas<sup>22</sup>, o esposo. E ele tem meio um jeito de pastor, né?”.

Pelas características fornecidas, pôde-se perceber que o esposo a que a enfermeira se referiu era o pai de Elisa, equívoco justificado pelo fato de ele parecer “tão jovem”. A assistente social pensou que fosse um irmão, pelo mesmo motivo. Até o momento de conclusão da pesquisa de campo, houve poucos contatos entre a equipe e os familiares de Elisa. Os entrevistados informaram, portanto, pouco conhecer sobre sua família e sua dinâmica familiar. Alguns, como o psiquiatra e a terapeuta ocupacional, tiveram contato com familiares de Elisa em seus primeiros dias na instituição – conforme será abaixo discutido. Outros não tiveram nenhum contato.

Indagou-se à enfermeira que aspectos indicaram a melhora de Elisa.

Em que quê ela melhorou? Na linguagem dela. (...) Já é uma pessoa que já tá orientada. Ela é lúcida. Ela responde o que a gente diz, com cautela. Fala direitinho. Ela já come direitinho. Ela não comia, ela não almoçava. Ela comia pouca coisa aqui. (...) Ela interage com os outros pacientes. Conversa, participa das oficinas, que ela não participava, era só naquela cadeira da Enfermagem. Ela participa das oficinas. Ela conhece todo mundo. Ela sabe o nome de todo mundo aqui, do CAPS, pelo menos, na Enfermagem, ela sabe. Se a gente pergunta como ela ficou em casa ou, então, como foi o fim-de-semana, ela conta direitinho. É, assim, vendo nas oficinas, que a gente vê ela participando das oficinas, a gente vê que ela tá bem... Tanto que ela não ficava nem cinco minutos sentada em um lugar, ela já assiste o filme todinho.

A técnica de Enfermagem expôs que: “Eu nem sei quem tá com a Elisa. Não, meu Deus, eu ainda tô com a Elisa? Ixi, eu não vou te afirmar isso”. Esclareceu não saber se ainda estava acompanhando Elisa, em razão das mudanças nas escalas que ocorrem na equipe de Enfermagem. É uma situação que dificulta para o profissional

---

<sup>22</sup> Provavelmente, houve uma troca em relação ao nome que foi dito por Elisa.

saber quem são os pacientes que estão sob seu monitoramento e até quando. Em razão disso, essa profissional indicou possuir poucas informações sobre Elisa. O psiquiatra e a psicóloga disseram o mesmo. Ambos justificaram que estavam de férias durante suas primeiras semanas na instituição. Desse modo, inferiu-se que, no local investigado, não há uma rotina de que o profissional se coloque a par dos casos que lhe foram indicados em períodos em que esteve ausente do trabalho. Por outro lado, conforme descrito no capítulo referente ao percurso metodológico do presente trabalho, entre cada encontro realizado com os familiares e os profissionais, para a conclusão da entrevista individual, houve um intervalo de aproximadamente um mês. Mesmo com tal intervalo, a psicóloga e o psiquiatra ainda destacaram sua dificuldade de falar sobre o sujeito Elisa.

A psicóloga e outros profissionais solicitaram que a pesquisadora comentasse suas impressões a respeito de Elisa e de sua família. A psicóloga indagou à pesquisadora: “É depressão, né, dela?”. Esclareceu considerar que Elisa apresentava quadro depressivo porque:

Pelo menos, assim, quando ela chegou, pela forma como ela chegou, que eu soube. Pela forma como ela já participou de algumas atividades. Pelo menos, eu acho. E, ela, muito retraída. Ela não falava. Eu não sei se era pela questão de ela tá num ambiente novo, né, de não conhecer as pessoas, de ela não se sentir bem... Eu não sei. Pelo menos, foi, ao meu ver, foi o que me mostrou que ela poderia estar tendo, né, depressão, pelo jeito dela. Ela não se relacionava com as pessoas. Ela era muito afastada.

A psicóloga ressaltou não ter realizado um atendimento individual com Elisa, informando ter poucas condições de falar sobre ela. A hipótese de que Elisa tem depressão foi cogitada em razão do comportamento por ela manifestado nas oficinas. Com poucos elementos para a formulação de uma inferência diagnóstica e de uma intervenção, essa profissional solicitou à pesquisadora orientações sobre assuntos a serem abordados junto a Elisa nas atividades grupais que coordenasse.

Em relação ao psiquiatra, ele indicou que a consulta médica de admissão de Elisa no CAPS foi realizada por outro profissional da área. Manteve o tratamento medicamentoso. Destacou que, na consulta inicial que fez, ela se queixou do medicamento.

A primeira vez que eu atendi, ela tava fora da realidade. Ela tava em crise. (...) Ela impregnou. Ela se sentiu mal com o Haldol. É porque ela é doente, tem um quadro de agressividade e, como ela tava perto do pai, ela aproveitou

pra... Mas eu lido bem com isso. Eu lido bem com isso. Até porque eu mantenho o meu papel de médico mesmo. (...) Eu disse muito claramente: “Você não manda em mim. Você não manda em mim. Quem determina o meu tratamento sou eu”. (...) Paciente não manda em mim. Eu discuto com paciente... Mas, mandar em mim? Eu digo: “Não, em mim, não manda”. Eu não vou ficar psicótico por causa de psicótico. Não vou. Ele fica psicótico, eu fico tratando ele.

A fala acima sugere que, para o psiquiatra, Elisa, além de ser doente, aproveita-se da presença do pai nas consultas para se queixar. Pode-se falar, aqui, de uma escuta superficial do profissional, mas essa seria uma inferência tão superficial quanto. A dificuldade em escutar o que o paciente tem a dizer está, possivelmente, relacionada à quantidade de atendimentos que realiza durante o tempo que está na instituição e de anos sem interlocução de sua prática. Na mesma consulta, o psiquiatra observou que Elisa é “esquizofrênica paranóide”. Indicou que: “eu pude ver o quadro paranóide dela, é, querelante, agressiva... (...) Ela veio pra cá, ela já teve na urgência do Nina Rodrigues. Me disse o pai dela. Ela chegou aqui psicótica, com pensamento desorganizado, afeto dissociado, pouco comunicativa”.

Conforme apontou Gellis (2000), o primeiro momento do ato médico envolvido no diagnóstico é o de escolher entre os ditos do paciente a fim de eliminar as interferências que parasitariam a investigação clínica. O sentido e a significação implicados no diagnóstico, muitas vezes, acabam por se endereçar ao que é quantificado, ao que é visualizado e não mais ao que é enunciado pelo paciente.

“No caso dela, o que eu fiz questão de dizer pra ela é que eu tava tentando dizer o seguinte: ‘Não é possível de dois em dois dias você inventar uma queixa’. Até pra trazê-la pra realidade” (psiquiatra). Para esse profissional confrontar o discurso de Elisa contribui para que ela retorne à realidade concreta. Sua fala parece ser pautada no discurso do mestre, em que usa de sua autoridade para impor limites ao paciente. Observou que: “Eu faço respeitar, ou por bem ou por mal. Até porque é saudável pra ele. Do contrário, ele continua psicótico”. Sinaliza um tratamento em que o médico encarna a lei. Muitas vezes, o sujeito a essa se submete, em sua tentativa de inserção em alguma formação discursiva do laço social. É uma escolha delicada, haja vista que o discurso do mestre reforça sua permanência na posição de objeto do Outro. Diante da fala do médico, Elisa teria retrucado que não voltaria mais ao CAPS. O profissional informou ter lhe dito: “É um direito que te assiste”. Acrescentou que: “pelo diálogo dela

com o pai dela, eu vi que ela é uma pessoa psicótica”. Essa é uma situação que leva a indagar até que ponto o questionamento de Elisa não contribuiu para que fosse identificada como querelante e agressiva.

A assistente social descreveu que, no início, Elisa: “não se socializava com os demais pacientes, né, o comportamento dela era de isolamento. Às vezes, chorava. Às vezes, tinha crise aqui”. Indagou-se como era a crise apresentada por Elisa. A profissional respondeu: “Crise de ficar nervosa, de ficar até certo ponto agressiva”. Solicitou-se, então, à entrevistada que comentasse sobre a agressividade manifestada por Elisa. A assistente social colocou: “Não, não agressiva assim... num estado de agitação”. Essa fala sinaliza a necessidade de cuidado na escolha de significantes para descrever as ações do paciente, haja vista que entre agressividade e agitação há diferentes significados que lhes foram culturalmente associados.

A assistente social indicou que o medicamento teve uma parcela fundamental na melhora de Elisa. Acrescentou que: “Mas, pra essa parte dela assim de se desenvolver, eu penso que tudo contribuiu muito pra essa melhora dela”. Em seu discurso, o “tudo” se refere às:

(...) oficinas terapêuticas, que ela realiza direitinho. Ela sempre mostra: “Olha, eu fiz, eu consegui fazer, to fazendo”. Então, eu penso que isso ajudou também a pessoa tá ocupando a mente de alguma forma, né, e se ela já tem essa consciência de que ela: “Ah, eu posso fazer artesanato. Posso fazer isso e aquilo pra sobreviver”, eu penso que isso também contribuiu pra que ela se socializasse com os demais pacientes, saísse desse quadro de isolamento, pra que ela não sentisse vergonha de tomar banho de piscina e tudo. Eu penso que isso contribuiu também, bastante. Mas, o medicamento contribuiu assim pra contenção, mas, em outros aspectos, sociais, eu penso que a terapia ajudou bastante.

A assistente social destacou que, ao melhorar, Elisa a procurava para dialogar sobre:

Ela só fala nisso, nesse “auxílio-doença”. E não é um auxílio-doença, né? É o benefício. Então, ela perguntou e eu achei assim: “Poxa, ela tá bem”. Porque, pra quem não tava... pra quem não tava nem falando nada, tava assim totalmente com o discurso desconexo e, de repente, ela já consegue ter um pensamento linear, eu considero isso uma melhora.

A produção de uma demanda, a partir da identificação de Elisa com o discurso institucional de obtenção de benefício, sinaliza para essa profissional que houve uma modificação benéfica. Essa é uma demanda, inclusive, que alude ao que foi colocado por Elisa, durante a entrevista com ela realizada, sobre sua intenção de se “aposentar”. É uma demanda, compreensivelmente, surgida em relação a uma alteridade institucional que a incita (Dunker & Kyrillos Neto, 2004). Ressalta-se, todavia, que até o momento de conclusão do estudo empírico, Elisa colocava sua dúvida sobre a “aposentadoria”, pois afirmava que pretendia trabalhar para cuidar do filho.

Ao inscrever-se como agente de uma demanda, o sujeito instala-se em determinado laço social. Conforme Dunker & Kyrillos Neto (2004), muitos casos de psicose encontram alguma estabilidade por meio de uma assimilação de sistemas simbólicos, que funcionam à maneira de universos fechados de significação, como o religioso. Assim, esses autores questionaram: “por que não pensar que certas formas de ideologia política poderiam desempenhar o mesmo papel?” (p. 123). Essa é uma possibilidade que implica investigar a que benefício o sujeito está se referindo, quando demanda um auxílio social.

“Eu acho que a Elisa melhorou muito, pelo que ela veio, ela melhorou muito. (...) Mais participativa, mais alegre” (técnica de enfermagem). A profissional esclareceu que ela estava ruim em “tudo mesmo, espírito, tudo”, ou seja, apresentava baixa auto-estima. Quando a pesquisadora indagava o que a fez melhorar ou a outros pacientes com mesma indicação diagnóstica, alguns entrevistados relacionaram ao fato de Elisa começar a participar e se integrar nos grupos. Não foi indicado o que favoreceu sua iniciativa de buscar essa interação. Como discutido noutros momentos, a melhora, além de ser associada predominantemente ao uso da medicação, é relacionada ao fato de o sujeito querer melhorar. Carece uma reflexão sobre o que há nas interações desenvolvidas na atividade grupal que mobiliza o desejo do sujeito para a participação.

“(...) eu não sei o quê, mas algo chamou ela atenção... em alguma coisa lá. Ela fazendo alguma atividade ou alguma... amizade que ela fez, talvez seja por isso” (técnica de enfermagem). Essa fala sugere a dificuldade do profissional em definir o que, de alguma forma, contribuiu para a melhora do paciente ao nele despertar algo que propicia um buraco no gozo psicótico. Provavelmente, por considerar estar junto de pessoas que compartilham objetivos e idéias (Cardoso & Seminotti, 2006), Elisa encontrou nos grupos que participou no CAPS um discurso com o qual pôde se fixar: o laço grupal em prol do bem-estar conjunto.

No grupo, é possível falar sobre a história pessoal e sua inserção como doente na instituição, o que contribui para a identificação do que há de comum e de particular em cada narrativa (Cardoso & Seminotti, 2006). Isso favorece a que muitos participantes de propostas terapêuticas em grupo o retratem como uma nova família, em que podem construir outro papel de interação, que não aqueles que possuem em sua família de origem. A terapeuta ocupacional também ressaltou a melhora de Elisa, mas sinalizou que:

(...) a gente sempre... observa assim e, aí... Ainda tá num pouco no mundo dela (...) Tem a questão religiosa também que é muito predominante. Então, tem dias assim que ela tá muito... introspectiva, né, muito ela, ela e ela mesmo..., né? (...) O tema que predomina é a questão religiosa. E, de certa forma, causam, né,... empatam um pouco a questão do... diálogo dela com as outras pessoas.

Para a terapeuta ocupacional, a “questão místico-religiosa” de Elisa se presentifica em seu modo de manifestação dos sintomas. Percebe, por exemplo, que seu discurso é mais delirante no dias em que se veste de acordo com “o que permite a religião dela”. Ao propor que as ações de Elisa estão relacionadas a uma questão religiosa, a profissional indica uma forma de compreensão dos processos de subjetivação do paciente em tratamento no CAPS que diz algo a mais do que a mera descrição dos comportamentos apresentados. Quando realiza uma análise da crença religiosa de Elisa, sinaliza as repercussões que a religião tem em seu modo de interação na instituição.

A terapeuta ocupacional acrescentou que o “mundinho que ela criou”, “permite que o humor dela mude ou não”. Percebe a oscilação do humor de Elisa, por exemplo, na forma como ela se veste. Nos dias em que se veste de forma austera, apresenta freqüentes interrogações sobre ações que poderia realizar sem pedir consentimento. Desse modo, há a necessidade de debate entre a equipe do que leva Elisa a demandar a autorização do Outro, na figura do profissional, para poder agir. Nesse debate, cabe a análise de que se o sujeito psicótico repete insistentemente seu pensamento é porque esse tem para ele um peso por demais opressor.

Para a terapeuta ocupacional, a comunicação que Elisa apresenta não facilita a aproximação do outro. Em razão disso, essa profissional, assim como a enfermeira e a assistente social, indicaram a necessidade de que Elisa tivesse um acompanhamento mais próximo, como o atendimento psicoterápico individual.

(...) ela sempre solicita, né, atenção. E, diz assim: “Doutora, o que quê eu faço? A voz tá dizendo que eu tenho que morrer assim. Diz que eu tenho que me matar”. Aí, eu vou, direciono: “Você não tem que morrer”, né? Dou uma outra proposta, né? Claro, que a gente não pode entrar na cabeça e tirar o pensamento, mas você também... Eu creio que você também, vendo essas alucinações, você também tem como intervir: “Olha, você... Morrer por que?”. “Por isso, por isso...”. “Não. Você não pode”. Né, dá outras, outras... sugestões, que não a da alucinação dela, que ela pode, né, ser influenciada por aquilo que a gente tá falando também, né? Ser estimulada pra ter um outro comportamento, uma outra escolha (terapeuta ocupacional).

A profissional aponta sua tentativa de oferecer outra proposta ao discurso emitido pelo paciente, numa espécie de pedagogização contra as falas indicativas de sua posição de objeto diante do Outro. É uma tentativa que, no entanto, não favorece a escuta do sofrimento dito. O esforço de se mudar a fala apresentada pelo paciente pode deixar de lado o que ela implica, uma possível ideação suicida. Na psicose, o discurso universitário, assim como o discurso do mestre, é algo em que o sujeito pode se fixar (Lacan, 1992). Mas, qualquer que seja sua opção, a escuta ao desejo pelo qual se sente tomado precisa comparecer. A terapeuta ocupacional ressalta o porquê da necessidade de intervenções individual e familiar com Elisa.

Eu acho que há uma necessidade de uma intervenção mais direcionada pra ela. Eu acho que há. Assim, mais... enfática, digamos assim. (...) no momento, eu acho que ela... pela situação psicológica e estrutural familiar (...) Elisa precisa mais dessa intervenção, até familiar também, né? (...) A gente não sabe em que nível tá esse relacionamento, né, pra que ela esteja bem com a... pra, né? Que eu creio que muito assim que o relacionamento familiar, o relacionamento com a mãe, eu... acho que isso implica muito no... Isso é até óbvio, né? Implica muito nos relacionamentos com as outras pessoas. Então, eu acho que... deve tar tendo essa intervenção familiar um pouco mais..., né? Que a mãe não voltou mais. E, a mãe, (...), uma mãe que tava... numa situação bem angustiante. Se ela não procurou uma ajuda, a tendência é ter piorado, né? Que a gente até orientou ela, no momento, que ela pudesse procurar... um profissional, uma intervenção mais pra ela, ouvir... (terapeuta ocupacional).

Para essa profissional, no caso de Elisa, só o grupo não era suficiente, ela precisa de uma escuta “a mais”. A terapeuta ocupacional descreve que ela ainda está na fase de ter que ser entendida, a fim de entender que o que está pensando não é interessante. Isso implica apresentar uma proposta que torne a realidade mais atrativa que o delírio por ela apresentado. Como apontado acima, no afã de desenvolver tal proposta, o profissional pode se preocupar mais com o tipo de intervenção a ser criada do que em escutar o que está sendo dito; uma preocupação que tira do foco do atendimento o sofrimento do paciente.

A terapeuta ocupacional reconhece que há uma demanda por escuta no discurso de Elisa, mas, devido a suas atribuições na instituição, não tem como a oferecer de modo sistemático. Entre o que é geral e o específico na instituição, sinaliza seu incômodo diante do que escuta e para quem encaminhar esse conteúdo.

(...) aqui, no caso no CAPS, quem, geralmente, quem faz mais os atendimentos individuais são os psicólogos, né? É até da rotina da instituição. Mas, que isso não proíbe, né, que isso seja feito com outro profissional. Então, assim, eu acho que deve ter mais essa questão mais individual com ela (terapeuta ocupacional).

Aponta que compete à equipe avaliar quais intervenções são mais indicadas para Elisa. Sobre esse ponto, cabe ressaltar que o paciente não pode ser encaminhado para qualquer profissional que se proponha a escutar. É preciso uma sustentação teórica que lhe indique o que fazer com o que escuta, de forma a auxiliá-lo em seu processo de cura.

Em relação à família de Elisa, a terapeuta ocupacional relatou o que observou na entrevista de admissão, na qual estava presente Benedita. Esclareceu que esse foi o único familiar de Elisa que conheceu e o único momento em que o viu. Essa profissional colocou que Benedita “queria mesmo era vomitar tudo aquilo que ela tava sentindo pra Elisa”. O termo vomitar sugere que, quando houve uma oportunidade, a mãe de Elisa almejou extravasar toda uma fala silenciada, como uma comporta que se abre. Como foi freada essa verbalização, haja vista se tratar de uma reunião inicial, a terapeuta ocupacional considerou que isso contribuiu para que Benedita não retornasse mais à instituição.

Provavelmente, o cerceamento da fala de Benedita não foi o único fator que contribuiu para que não fosse mais ao CAPS, por conta própria. No entanto, é uma questão que indica a necessidade de criação de espaços nesse momento inicial para o

familiar em que ele também possa falar de suas queixas em relação ao sujeito psicótico e de seu sofrimento decorrente. O familiar quer despejar suas mágoas e frustrações acerca desse sujeito e do desgaste na dinâmica familiar que a ele credita. O profissional percebe a necessidade de indicar que nem tudo precisa ser dito nesse momento. Há o receio de que a família considere que a equipe tem algum conluio com o paciente ou de que esse pense o mesmo em relação a seus familiares e os membros do *staff*. Observadas tais questões, a consulta inicial, através do trabalho de acolhimento que proporciona, pode se tornar uma ocasião fundamental para a construção de uma rede de união entre esses três personagens, de acordo com o modo como for desenvolvida. Conforme citado, a partir do que observou na consulta de admissão, a terapeuta ocupacional sugeriu a necessidade de que a mãe de Elisa também tivesse um atendimento sistemático.

Essa situação traz a reflexão de que, quando a equipe não tem outros contatos com a família além da consulta inicial, é possível que o retrato que construiu sobre determinado grupo familiar se feche nesse momento pela ausência de elementos sobre os demais membros. Isso dificulta a realização de uma avaliação mais ampla e menos estacionada da interação que há entre eles. A partir do relato de Benedita, a terapeuta ocupacional sugeriu:

(...) quem sabe até se nessa relação, não se sabe até que ponto ela (*Elisa*) não se sente protegida por esse pai, dentro dessa relação. Não se sabe se ela não desautoriza essa mãe com relação a esse pai. Eu tô apenas indicando o que possa... pode estar acontecendo. Porque eu não, ainda não cheguei a conversar com o pai, numa intervenção.

Na avaliação da terapeuta ocupacional, a proteção favorece que Joaquim se torne “permissivo” em relação a Elisa, que, em conseqüência, pode o considerar “bonzinho”. Em contrapartida, sua mãe se torna a “bruxa”. A profissional fala, assim, de sua inferência acerca dos papéis existentes na dinâmica familiar de Elisa, que, considera estarem relacionados a uma possível desautorização paterna à fala de Benedita no que se refere às ações da filha. Conclui: “Até que ponto esse pai não tava ausente durante esse tratamento e a mãe tinha... E só agora ele veio, né, que a mãe também já chegou no limite”.

O tratamento a que se refere é todo o itinerário terapêutico realizado por Elisa antes de seu ingresso no CAPS, no qual foi acompanhada por sua mãe. Essa fala remete ao que foi discutido no capítulo referente às análises das entrevistas realizadas

com a família: o ponto de saturação parental para lidar com o filho que não corresponde às expectativas e investimentos. No CAPS, o principal acompanhante passou a ser o pai. Isso pode ter ocorrido pelo sentimento de Benedita de não mais possuir condições de investir em nova proposta terapêutica para a filha e de sua necessidade de se afastar um pouco para conseguir suportar as dificuldades inerentes ao relacionamento entre as duas. Na fala abaixo, a terapeuta ocupacional indica outras questões que apontam a necessidade de uma escuta a mais para Elisa:

Porque ela tem essa questão da agressividade com a mãe, né? A mãe relata também isso, (...), dessa questão do relacionamento e dessa agressividade. Então, ela... deve estar utilizando essa agressividade pra se defender de uma relação, né, de um diálogo, de uma conversa, de uma aceitação. Aí, ela prefere alucinar do que... tratar aquilo,... de frente, digamos, pra sua realidade. Então, precisa, porque sofre... Sofre mais a mãe ainda, porque eu digo assim... Eu digo sofre mais a mãe, porque a mãe tá direto com aquilo que é real, né? E, ela, talvez, talvez, eu digo talvez, porque eu não... mas, talvez, ela não tenha essa consciência de tanto sofrimento que ela pode causar pra essa mãe, né? Aí, tanto que ela prefere, às vezes, fugir mesmo, né,...

A terapeuta ocupacional sugere que uma intervenção é necessária a fim de que Elisa se conscientize acerca do papel dela enquanto filha para que não se coloque como “vítima” na relação com Benedita. Conforme discutido no capítulo anterior, há sofrimentos de diferentes ordens nessa relação entre mãe e filha: de uma que desloca seu sintoma para o cuidado do neto e o silêncio e, de outra, que o expressa através de um desligamento da realidade – o que não significa que sofra menos. São sofrimentos que demandam a necessidade de uma escuta mais aprofundada pela equipe para a criação de estratégias que favoreçam sua elaboração. No trecho acima, a profissional apresenta sua hipótese acerca do que pôde inferir sobre Elisa, numa fala em que esse sujeito não é circunscrito ao campo da patologia. Essa é uma hipótese que precisa ser circulada entre a equipe para o debate e o questionamento do que esse sujeito traz como a fonte de seu sofrimento.

Eu digo assim: “Ê, Elisa, como é que foi o final de semana?”. Mas, aí, ela diz assim: “Ah, foi bom. Foi ótimo”. Ela chega supercontente. Tem dia que ela não tá assim. Mas, aí, ela supersorridente. Eu: “Sim, me conta”. “Ah, é porque eu sentei do lado do meu marido, né?”. (...) Que, na verdade, não era

o marido dela. Ela diz, ela cria que ela tem um marido. (...) Aí, ela disse: “Ah, eu sentei do lado do meu marido. Foi maravilhoso. Nós fomos pro culto. Nós oramos. Não sei o que. Depois, ele me levou não sei o que. Não sei o que”. Coisas que não... acontecem. Aí, a gente... pra gente começar a intervir, dizer assim: “Não, mas ele realmente é?”, né? Ela: “É, ele é e não sei o que e não sei o que”. Então, ela alimenta aquela alegria, conforme aquele pensamento que ela criou, né? (terapeuta ocupacional).

Ainda que faça inferências sobre as possíveis fontes do sofrimento psíquico de Elisa, essa profissional, assim como os outros entrevistados, parece se ater à investigação do que há de realidade concreta no discurso do paciente. Isso compromete o trabalho de escuta ao que a fala quer dizer (Rinaldi & Lima, 2006). Por outro lado, a avaliação da terapeuta ocupacional é pautada naquilo que pode identificar, de acordo com sua iniciativa para a escuta. Possivelmente, por isso, essa tenha sido a profissional que mais pôde fornecer elementos sobre o sujeito Elisa.

Durante a realização das entrevistas, houve, em geral, um consenso acerca da melhora de Elisa. Posteriormente, quando se soube de seu desligamento do CAPS, buscou-se investigar o que, segundo a equipe, contribuiu para a saída. A pesquisadora indagou a profissionais do turno matutino – a psicóloga entrevistada e outra assistente social – que acompanharam esse momento, que fatores contribuíram para a saída em sua avaliação. Essas profissionais informaram que Elisa mentira sobre o fato de precisar se ausentar do CAPS, nas terças e quintas, em razão de realização de trabalho na igreja que frequenta – motivo que provocara sua mudança para o regime semi-intensivo. Teria, mentido, igualmente, ao informar que precisaria sair de alta para cuidar do filho.

No diálogo, foi indicado que Elisa “manipula” as pessoas. Ambas as profissionais ressaltaram não ter mais condições de atendê-la. Elisa as teria acusado de pretenderem se intrometer em sua vida, pois queriam saber “quem é o macho” com o qual dorme toda noite. Teria chamado as duas profissionais de “insuportáveis”. A psicóloga citou sua dificuldade em continuar atendendo, por já estar a relação desgastada. Informou ter cogitado encaminhá-la para outro profissional, de sua área. Foi discutida a importância do profissional não tomar para si o que o paciente nele deposita em seu processo transferencial. A assistente social indicou ser importante o debate sobre a transferência, pois, embora saiba que acontece, na prática, o técnico pode, por vezes, não se dar conta disso. Nessa reunião, foi acertada a visita à casa de Elisa, a qual parece ter contribuído para seu retorno à instituição.

As falas citadas sinalizam que, assim como a relação com a família precisa ser reconstruída em situações como a descrita, a relação com a equipe também requer uma reconstrução. O recuo diante da psicose, porque o profissional se sente desgastado ou mais sem vontade de atender, indica a necessidade de revisão do modo como ele e a equipe se posicionam nessa clínica. Sem essa revisão, torna-se muito mais complicado trabalhar a transferência que o paciente faz. Com isso, é possível que, em vez de considerar que a fala agressiva apresentada deva ser investigada, o técnico permaneça na superfície do discurso, tomando em sentido literal tudo o que é dito, sentindo-se impossibilitado para ir além disso. Ao contrário do que indicou Lacan (1998) de que, na intervenção, o profissional, enquanto sujeito, se anula, sem um trabalho de reflexão sobre a atuação realizada, ele se detém ao que sente como uma afronta ou risco ao eu, lugar da ilusão.

O posicionamento indicado por Lacan (1998) fortalece a capacidade pela equipe de lidar com a questão feita pelo paciente: qual o lugar que vai me caber? (Ferreira, 2005). O sujeito tem uma forma de relação com o Outro, relação imaginária que repete em seu delírio “estão me perseguindo”, num momento em que esse perseguidor pode ser o pai e/ou, no caso em questão, membros da equipe do CAPS. Como indicou Ferreira, “é preciso entender que a instituição tem que intervir na posição desse sujeito em relação ao Outro” (p. 36). Fazer isso é intervir no sintoma do sujeito. Recuar é correr o risco de ser colocado como mais um na série. Nesse processo, a interrogação sobre o lugar que a instituição ocupa para o sujeito é fundamental. Saber qual é o seu papel e seu lugar na condução do caso é o que possibilita à equipe, na qualidade de operadores institucionais, colocarem-se como um menos-um na série de repetições do sujeito.

Diante da possível dificuldade do profissional em suportar falas e ações como a de Elisa, cabe considerar que ele também demanda uma escuta sobre o que pega para si daquilo que pertence ao outro. Para que tome para si a responsabilidade de tratar, faz-se importante a discussão entre a equipe do que nela mobiliza conteúdos aversivos em relação a esse sujeito.

Os profissionais que acompanharam o momento de afastamento de Elisa do CAPS parecem não ter reconhecido a situação de crise na qual ela se encontrava, o que pode estar relacionado ao fato de ela não ter apresentado os sintomas que, para a equipe, a evidenciam – como violência física e agitação psicomotora. No caso da construção delirante apresentada por Elisa, é possível que essa não tenha sido (suficientemente)

escutada ou mesmo considerada como um sinal de grave sofrimento psíquico, indicativo da necessidade de intervenções em nível individual e familiar.

Além dessa questão, outro ponto que mereceu discussão se refere ao diagnóstico conferido a Elisa na instituição e das dúvidas entre a equipe em relação a esse. A terapeuta ocupacional considera que para “você realmente considerar psicótica, ela deve ter uma permanência daqueles sintomas”, como discurso delirante. Como Elisa nem sempre “tem esse comportamento”, o que permite “um diálogo com ela sem nenhuma dificuldade”, a profissional possui dúvidas em relação ao seu diagnóstico. Isso, possivelmente, lhe dificulta a análise de que não é o sintoma em si o que caracteriza o sofrimento psicótico, mas o modo de relação que o sujeito estabelece consigo próprio e com o mundo.

Quanto ao diagnóstico emitido pelo psiquiatra, é preciso considerar que, na clínica da psicose, a avaliação de cada profissional está diretamente relacionada à escuta que dirige ao sujeito que atende e as modificações que se permite realizar em suas inferências a partir do que ele lhe contradiz. Nesse sentido, em diálogo com o psiquiatra em época próxima ao desligamento de Elisa por motivo de alta, após mais de um ano de sua inserção no CAPS, ele fez uma revisão de sua afirmação inicial. Embora considerasse ter ela um quadro psicótico, não indicou mais o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Sugeriu “transtorno bipolar do humor”, haja vista não identificar mais comprometimento do afeto. O psiquiatra justificou a mudança do diagnóstico ao fato de os sintomas da “doença mental serem movediços”. Possivelmente, houve alguma ponderação acerca da necessidade de obtenção de mais elementos sobre Elisa a fim de que pudesse fazer alguma indicação diagnóstica com mais propriedade.

Ao se definir o comprometimento do afeto de forma pouco reflexiva sobre o que esse sintoma implica, há o risco de se definir o *pathos* do sujeito estritamente como um erro. No caso de Elisa, seu discurso erotomaniaco revela sua tentativa de não se submeter à demissão subjetiva própria do desmoronamento psicótico. Consequentemente, esse é um discurso em que a imputação ao outro é crucial (Soler, 2007), quer seja um pastor ou funcionários e pacientes do CAPS. Logo, não é um discurso que revela o apagamento ou esmaecimento do sujeito em relação ao outro. É uma posição assumida frente ao estranhamento que a psicose lhe traz em sua interação com o mundo.

A mudança do diagnóstico conferido a Elisa tendo como base predominante o afeto é algo que levanta a questão de como os diferentes modos de disposição afetiva do sujeito psicótico são levados em consideração na avaliação clínica que é feita pelo profissional. Diagnosticar é uma tarefa que requer do psiquiatra observações minuciosas, registros reiterados. Embora essa seja uma premissa básica, na prática nem sempre acontece e o profissional é chamado a assinalar o mais breve possível uma hipótese diagnóstica para a emissão da prescrição medicamentosa.

Marcado o olhar do psiquiatra e da equipe como um todo por noções reducionistas de exagero ou de falta, em especial no que se refere à questão do afeto, pode-se conceber a psicose como uma condição estritamente deficitária. Conforme Saurí (2001), os sinais servem para nomear, mas, em si próprios, não têm significado algum, sendo seu dizer pouco preciso quando dissociado do sujeito e do contexto que lhes confere um conteúdo. O diagnóstico é uma atividade realizada a partir de um ponto de vista que situa o objeto apreendido em relação às visões de mundo e de homem de quem diagnostica. Assim, a análise de um fenômeno psicopatológico não se inicia de um ponto zero. A análise ocorre de acordo com uma determinada perspectiva, o que representa, para cada profissional, o risco de olhar somente o que se deseja. Com isso, quando os sinais inicialmente apresentados, de alguma forma, mudam, pode-se simplesmente indicar outra categoria nosológica, sem se analisar, contudo, o que as diferentes manifestações apresentadas pelo paciente querem dizer.

Quando o exercício psicopatológico se resume à categorização, o sintoma tende a ser tomado de modo isolado sem uma análise do modo do sujeito de operar no mundo. Desse modo, pode-se perceber que há importantes diferenças entre o modo como o significante afeto é empregado por Elisa e pelo psiquiatra. Se, para ela, implica uma vivência que assinala sua ligação com as pessoas, para esse profissional, parece significar o contrário. Essa diferença pode contribuir para que, no cotidiano do CAPS, o atendimento tenha como diretriz a imposição ao paciente de modelos de ser e de estar no mundo que desconhecem seu modo particular de existência (Leal & Delgado, 2007).

Como as falas de Elisa, de sua família e de profissionais do CAPS denotam, há muitas questões que ainda precisarão ser debatidas, de forma a se superar os desafios existentes entre o modelo anterior e o atual de assistência em saúde mental. Nesse debate, faz-se imprescindível analisar não apenas a clientela atendida, mas também o atendimento que é oferecido de acordo com as diversas relações que se desenvolvem na instituição, conforme será discutido no próximo capítulo.

## 9. DO SUJEITO À INSTITUIÇÃO

As análises das entrevistas feitas com Elisa, sua família e profissionais do CAPS sugeriram a necessidade de analisar como as relações e o modo de trabalho próprios da instituição investigada contribuem para a produção dos discursos apresentados. Desse modo, o presente capítulo reflete sobre o funcionamento da equipe e a clientela assistida de forma a se compreender suas implicações no atendimento que é oferecido ao paciente psicótico no local do estudo. Para tanto, abordam-se considerações surgidas como frutos de diálogos realizados com outros pacientes, familiares e membros da equipe inseridos no local do estudo – além dos entrevistados –, bem como decorrentes dos registros feitos no diário de campo. Na elaboração do presente capítulo, assim como no anterior, buscou-se discutir os posicionamentos éticos, teóricos e metodológicos presentes nos discursos, de forma a se identificar paradigmas antigos e atuais no que tange ao atendimento em saúde mental, bem como seu modo de entrelaçamento na clínica da psicose.

### 9.1 A equipe

O modo de funcionamento da equipe e o lugar do médico nessa indicaram a relevância da discussão sobre a relação entre os profissionais e, conseqüentemente, como isso se reflete no atendimento ao sujeito psicótico. Procurou-se investigar os referenciais teóricos, metodológicos e/ou empíricos que embasam a atuação dos profissionais entrevistados. A maioria relatou somente a aprendizagem empírica adquirida no CAPS ou em serviços anteriores, bem como as experiências decorrentes da própria trajetória de vida. Alguns sinalizaram a necessidade de obtenção de maior instrumental teórico para atuar na clínica da psicose e de outras presentes na instituição.

Eu entendo também que eu preciso ter mais, né, e... direcionar mais para esse conhecimento, né, esclarecer algumas dúvidas também, algumas... até pra... intervenção, né? Eu entendo assim que eu preciso ter mais esclarecimento sobre como intervir mesmo com o paciente psicótico (terapeuta ocupacional).

Outros profissionais acrescentaram que, além da necessidade de aprimoramento de seus conhecimentos teórico-metodológicos, mais interlocuções entre a equipe e com outras instituições sobre o atendimento realizado no CAPS são importantes. Possivelmente, em razão da carência de cursos de pós-graduação em São

Luís e da ausência de associações como de trabalhadores de saúde mental e de familiares, os profissionais demonstram estar, em geral, distantes dos debates que se percebe em outros centros, como, por exemplo, a relação entre clínica e política no movimento da Reforma Psiquiátrica (Barreto, 2005; Cedraz, 2006). Isso também pode interferir no debate sobre a forma como cada um concebe o serviço público de saúde mental e sua atuação nesse.

Em instituições em que há profissionais de diferentes áreas, níveis de formação acadêmica e distintas experiências no campo da saúde mental e em que há uma proposta como a do CAPS, é importante que o conhecimento circule entre a equipe, para que haja um aparato conceitual mínimo em comum entre os seus membros. Mesmo quando o profissional se apóia em determinada teoria para embasar suas ações, é preciso ainda discutir como se dá essa apropriação e suas repercussões nas ações da equipe e no imaginário dos pacientes. “Referenciais teóricos... Aqui a gente utiliza mais pra utilizar com os pacientes, a gente percebe que funciona mais a questão do... É, como é que diz? Behaviorismo, né? Comportamental. Punição”. Esse referencial é utilizado, conforme esclareceu a psicóloga, no sentido de favorecer que os pacientes aprendam o que podem ou não realizar na instituição. Algumas vezes, cortam-se “algumas coisas”, em outras, reforços são fornecidos. Como se pode perceber, essa fala sinaliza que a teoria corre o risco de ser distorcida, sendo identificada pelo profissional e pelo paciente como uma forma de barganha ou mesmo de marcar, simplesmente, a autoridade do primeiro.

“A fundamentação de qualquer prática depende do posicionamento daquele que a sustenta face ao referencial teórico escolhido” (Rinaldi & Lima, 2006, p. 61), o que se torna extremamente complexo quando há uma carente base epistemológica. O conjunto de saberes que utilizamos para sustentar nosso ofício se baseia nas concepções resultantes de nossa leitura da realidade. Segundo Rinaldi e Lima, esse consiste, assim, num conjunto dinâmico, que demanda um posicionamento sem o qual é impossível operar, haja vista os efeitos que a experiência clínica produz sobre os sujeitos que trabalham com as psicoses. É um posicionamento que pode conduzir tanto à mesmice no exercício profissional quanto ao reconhecimento das resistências que precisam ser trabalhadas.

Possivelmente, são questões como essas que dificultam um maior questionamento e revisão do lugar que o médico ocupa na equipe. Em alguns discursos, após se indicar que para a melhora, o paciente deve, conforme a enfermeira, “ter

vontade de ficar bem”, apontava-se, em segundo, a importância do “auxílio médico” e, em seguida, dos “técnicos” da equipe – psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional. É uma seqüência, portanto, em que as duas últimas etapas não parecem ser concomitantes.

Na instituição, há três médicos. Dois são psiquiatras. Observou-se que esses vão ao CAPS somente para a realização de consultas, como o que foi entrevistado. O terceiro médico, com formação generalista, é o único que participa de algumas atividades grupais com os pacientes. Barreto (2005) sugeriu que os psiquiatras de orientação biológica, como parece ser o caso do profissional entrevistado, tendem a valorizar mais os objetivos de resolutividade, tendo como seu momento de triunfo a intervenção em situações de crise, quando é mais aguda a reivindicação de eficiência. Tendem a se sentir, todavia, menos à vontade nas discussões de casos clínicos e em outras atividades que ocorrem na instituição, tendo em vista a forte tradição biocêntrica médica no tratamento dos fenômenos psicopatológicos.

Por outro lado, como os médicos que estão no CAPS têm uma longa história de inserção no paradigma hospitalocêntrico, eles podem ter ranços que não serão modificados apenas com a criação dos serviços substitutivos. Nessa perspectiva, os técnicos de enfermagem, que trabalharam em hospitais psiquiátricos da cidade, também têm suas dificuldades para o questionamento do paradigma tradicional – conforme inferido das falas de profissionais e de pacientes do CAPS.

Isso alude a uma situação em que um paciente disse querer conversar com a pesquisadora. Ao ver que ele não se encontrava na oficina, um técnico de enfermagem instigou que ele retornasse. A pesquisadora esclareceu: “Ele quer conversar comigo”. O funcionário indagou: “Ele quer conversar com você?”. Ao que se retrucou: “E eu também quero conversar com ele”. Essa resposta parece ter contribuído para que o funcionário permitisse a realização do diálogo. O paciente desejava saber se Deus teria como achá-lo tendo em vista o fato de estar no CAPS. Indagou-se o que pensava sobre isso. Colocou que Deus o encontraria. Pouco depois, retornou à oficina. Essa situação sugere uma falta de investimento na palavra do paciente. Foi preciso um terceiro intervir para que ele pudesse ser escutado. Com a escuta, pôde expressar a questão que o afligia.

A carência de um instrumental teórico e de interlocução com outros Centros de Atenção pode contribuir ainda, conforme observado, para a existência de poucas modalidades de intervenção no local do estudo. Como já discutido, alguns profissionais destacaram a importância de que os pacientes sejam acompanhados, também, através de

processo psicoterápico individual. Contudo, como a ênfase do atendimento não é a intervenção mais personalizada é difícil, por exemplo, para o paciente, até a identificação de quem é o psicólogo que o acompanha. A psicóloga indicou que, quando solicitada, procura informá-lo.

Essa situação, possivelmente, interfere na passagem do técnico de referência – aquele que, no CAPS, fica responsável pelo acompanhamento mais próximo do paciente ao longo de seu tratamento – ao técnico de transferência. Na instituição investigada, pôde-se inferir que não há uma indicação clara do profissional que fará esse acompanhamento. A definição do terapeuta de referência parece ser definida mais por uma questão estratégica que relacional. Com isso, em geral, o psicólogo exerce tal função, possivelmente por ser considerado como o técnico que deve “conversar” com o paciente. No caso de Elisa, não se identificou quem era seu terapeuta de referência.

Silva (2007) indicou ser importante que a definição do técnico de referência ocorra a partir do vínculo que o paciente e sua família apresentam em relação a determinado profissional. Através dessa escolha, busca-se evitar que a definição do técnico se dê apenas de acordo com a consideração pela equipe de qual funcionário se encontra disponível para tanto ou de qual tem mais a ver com essa questão em razão da área de formação. O vínculo entre determinado profissional e os usuários – paciente e sua família – é o que, possivelmente contribuirá para a efetiva tomada de responsabilidade pelo primeiro em monitorar o projeto terapêutico, de forma a (re) definir, por exemplo, as atividades, a frequência de participação no serviço e as metas traçadas pelo *staff* do CAPS (Ministério da Saúde, 2004c).

Conforme se pôde inferir da fala acima da psicóloga e da observação participante, o paciente, por vezes, não sabe quem é o psicólogo responsável por seu caso. Isso tende a dificultar que demande uma escuta mais personalizada. Sabe-se que, diante da clientela atendida pelo CAPS, é importante um acompanhamento mais profundo das questões apresentadas pelos pacientes, de forma a se identificar, dentre outras necessidades, fatores que possivelmente contribuem para as recaídas.

A recorrente demanda de Elisa por uma escuta individual à pesquisadora, quem, de alguma forma, ela reconheceu como sua psicóloga, reflete que há o desejo de falar sobre questões que o sujeito não considera que possam ser contempladas nas oficinas realizadas na instituição. Por outro lado, se o paciente está querendo falar é sempre necessário avaliar até que ponto ele deve expor o que sente em grupo, sem contar o risco de que a atividade grupal se torne uma intervenção individual. A demanda

de Elisa, bem como de outros pacientes observados, sinaliza a importância de que os profissionais da Psicologia, em diálogo com as demais áreas, elaborem modalidades para uma escuta mais aprofundada e constante<sup>23</sup>.

Eu penso que seria bem melhor, mas, aí, seria uma questão de ampliar, né, os horizontes não no sentido de... não só físico, né, mas, no sentido, de estar oferecendo à população, aos usuários uma coisa bem mais ampla, como, de repente, uma terapia de família ou, então, um atendimento coletivo... coletivo, não, individual e após... com a família também. Individual assim: o paciente e coletivo... (assistente social).

O atendimento coletivo a que se refere é a intervenção junto à família. Em ambos os casos, individual e coletivo, que implicam uma ampliação de serviços, a assistente social sugere que deve haver a melhoria da estrutura física, mas que isso não é tudo. Todos os profissionais devem estar envolvidos. Sugere que a ausência desses serviços e de oficinas profissionalizantes pode estar relacionada a: “uma questão de gestão ou, então, por falta de idéias ou o recurso financeiro”. Essa profissional e outros sinalizaram que questões institucionais e políticas emperram a ampliação da oferta de serviços. Com isso, tendem a se sentir sem autonomia para buscar a efetivação de propostas que sabem ser importantes para o aperfeiçoamento do atendimento.

Ressalta-se que, em relação à intervenção junto às famílias, são diversas as possibilidades de atendimento, que podem ser construídas de acordo com a disponibilidade do serviço, dos profissionais e da família, bem como segundo a indicação técnica por parte da equipe. As modalidades podem ser definidas de acordo com seu formato (multifamiliar<sup>24</sup>, unifamiliar<sup>25</sup>, em grupo composto por um familiar de cada paciente ou modelos mistos), estrutura (incluindo ou não o paciente), duração e contexto (na instituição ou em domicílio). Quando for indicado o atendimento junto a uma única família, a quantidade de encontros, de membros e sua rotatividade é algo a ser decidido com os familiares. Como há uma proporção significativa de familiares que se recusam a frequentar um grupo na instituição, são necessárias intervenções domiciliares (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006).

Em todas essas modalidades, ressalta-se que o atendimento à família não deve se limitar a prestar informações, haja vista que saber mais não implica

---

<sup>23</sup> A título de ilustração, como a sala de Psicologia não era utilizada, verificou-se que essa se tornou, meses depois da conclusão do estudo de campo, o local de arquivo dos prontuários.

<sup>24</sup> Intervenções com grupos de famílias.

<sup>25</sup> Intervenção com uma única família.

necessariamente possuir os recursos para lidar com as dificuldades práticas (Gonçalves-Pereira & cols., 2006). Qualquer que seja a modalidade escolhida, sua definição dependerá do lugar que a equipe deseja que a família ocupe no Centro de Atenção, bem como do lugar que essa deseja ter.

Segundo a assistente social, “a prioridade é em grupo porque, sei lá, é uma proposta de coletividade em que as pessoas, os pacientes, vão se ajudando entre si, socializando experiências, histórias de vida”. Segundo Rabelo e cols. (2006), o objetivo socializante do CAPS é concretizado por ações predominantemente coletivas, em detrimento dos processos individuais. Esses autores indicaram que as ações individuais se resumem a uma relação bipessoal, mais íntima “que pública, pouco socializante, e têm visado apenas a redução dos sintomas e, em sua maioria, utilizam a fala como exclusivo instrumento terapêutico. Esse ‘intimismo’, útil para outras categorias nosológicas, torna-se insular e de pouca utilidade para a psicose” (p. 26). Essa é uma consideração que, na instituição investigada, parece contribuir tanto para que não haja atendimentos individuais, como também para a oscilante ocorrência de um atendimento mais personalizado.

Por outro lado, mesmo que modalidades de intervenção individual não sejam o foco do trabalho no Centro de Atenção, o trabalho coletivo não implica um apagamento do sujeito em prol do grupo. Também não implica que uma atenção personalizada não seja assegurada. Afinal, o projeto terapêutico individual tem como função indicar, além dos sintomas apresentados, as ações decorrentes a serem desenvolvidas junto a cada paciente que é atendido na instituição. Para tanto, cabe considerar que sua elaboração não se resume a um aspecto burocrático. Refere-se a um tratado que a equipe estabelece em relação ao paciente e a sua família.

Para a assistente social, a escassez de modalidades de intervenção mais personalizadas e de outras coletivas pode estar relacionada ao fato de algumas pessoas considerarem que “está bom do jeito que está” ou à carência de recursos humanos para a execução das atividades. Em relação à segunda hipótese, foi indagado se a ampliação dos serviços se deve apenas ao aumento da quantidade de membros na equipe, tendo em vista o número de funcionários que há na instituição. Foi acordado que a existência de mais profissionais, por si só, não modificará algumas das questões apontadas por ela, outros profissionais, pacientes e familiares. Trata-se, portanto, da necessidade de fornecer recursos aos membros da equipe – teóricos, técnicos, materiais, etc. – para que se amplie sua disposição e suas possibilidades de atuação na instituição.

Quanto às oficinas de geração de renda, há a dúvida e o incômodo entre os profissionais referentes à possibilidade de o paciente se reinserir na sociedade sem que haja atividades que o capacitem para que ele tenha condições de prover seu próprio sustento. A ausência de oficinas permanentes com finalidade laboral tende a reforçar o discurso daquele no que tange à intenção de se aposentar. É consenso que o mercado de trabalho na atual conjuntura brasileira é segregador, em especial no que se refere às pessoas cujas faculdades mentais se consideram comprometidas (Barreto, 2005). No entanto, é igualmente consensual que a carência de conhecimentos técnicos não auxilia na diminuição da discriminação. Esse é um aspecto que vai de encontro ao que Delgado & cols. (2007, p. 67) apontaram ser um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica: “a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços”.

Geralmente, as pessoas são simples e aquela família não tá preparada pra ter, né, esse paciente, esse integrante na família. Hoje, tudo se gira muito em torno do dinheiro. Então, se ele não produz, se ele não... consegue explodir e, de certa forma, ajudar a família, ele acaba sendo visto dessa forma: a pessoa que não deu certo (assistente social).

Essa profissional acrescentou que, por mais que a família seja sensibilizada para uma convivência menos conflitante com o sujeito em atendimento no CAPS, quando esse não tem como se sustentar financeiramente pode ser visto como um estorvo. Esclareceu que, embora se busque discutir junto aos pacientes e aos familiares as “dificuldades” e as “frustrações” que eles poderão vivenciar após o desligamento institucional, a equipe não tem como prover outras estratégias que, de alguma forma, minimizem essas questões. Isso contribui para que alguns pacientes e familiares receiem a saída do CAPS, com a solicitação de postergação da alta.

Alguns profissionais citaram fatores que reforçam a importância da existência de oficina com proposta de “atividade permanente” na instituição, como a de geração de renda. Além da possibilidade de obtenção de autonomia financeira pelo paciente através da aprendizagem de um ofício, foi apontado o reconhecimento pessoal e social de sua produção, bem como a formação de laços de amizade. Nesse sentido, a própria Elisa, sua irmã e a assistente social entrevistada indicaram seu interesse por confecções artesanais. Assim, cabe considerar que o incentivo à realização dessa atividade pode contribuir não apenas para a aquisição de uma fonte de renda, como,

acima de tudo, para que, através da criação manual, o paciente possa criar outras formas de ser no mundo.

Como Elisa, alguns pacientes e funcionários da instituição descreveram as atividades em grupo realizadas no Centro de Atenção como maçantes e repetitivas. Isso alude ao que Benedita colocou na visita domiciliar citada. Para ela, parece ser preferível que a filha fique no CAPS do que em casa, tendo em vista que na instituição se mantém ocupada. O Centro de Atenção corre, assim, o risco de ser considerado como um lugar que serve para o membro da família em tratamento simplesmente permanecer.

Ao longo do tratamento, as oficinas podem se configurar como uma atividade de passatempo, sem a ponderação de que o tempo também é um aliado precioso ao tratamento. Nesse sentido, faz-se importante a consideração de que intervenções estruturadas, pautadas no resgate da noção de início, meio e fim, contribuem para o sentimento de continuidade da história psíquica e social.

Apesar de outros profissionais coordenarem as oficinas, sua realização é associada mais à figura do terapeuta ocupacional. É uma associação que o coloca num delicado papel de elaborar tarefas para ocupar o paciente, conforme discutido com profissionais da área. Ela remete ao antigo Tratamento Moral psiquiátrico, em que a análise dos efeitos produzidos nos participantes decorrentes das atividades propostas ficava em detrimento ou mesmo não era valorizada devido à necessidade institucional de manter o paciente continuamente ocupado (Cedraz, 2006). Pode-se perceber que, como resquício desse modelo em algumas instituições de saúde mental, o ócio é percebido como fonte de adoecimento. O paciente não pode ficar parado em momento algum enquanto estiver em tratamento. Deve ser envolvido em qualquer atividade, mesmo que essa lhe pareça sem sentido ou pouco atrativa.

A terapeuta ocupacional entrevistada esclareceu que há divisão entre os profissionais dos dias para a realização das atividades em grupo. A definição dos temas ocorre, por vezes, segundo as necessidades que a equipe percebe nos pacientes, como esclareceu a psicóloga: “A gente observa que têm pacientes que tão com a libido muito... Vamos falar sobre sexualidade. Vamos tirar umas dúvidas a respeito, né?”. Definido o tema geral entre a equipe, cabe ao profissional escolher o assunto que irá trabalhar e sua forma de intervenção.

Então, assim, pra que eu não me perca dentro do meu planejamento, né, de minhas atividades, eu sempre traço um objetivo geral, né? Dentro desse objetivo geral, está (...) direcionada a questão das relações interpessoais.

Então, assim, independente de... qual seja os pacientes no dia, mas eu vou estar, com esse objetivo geral, estar trabalhando essas relações interpessoais. (...) Então, meu objetivo principal tem sido trabalhar as relações interpessoais, considerando, lógico, a individualidade (terapeuta ocupacional).

Quando a decisão sobre o que cada profissional vai trabalhar com determinado grupo de pacientes é feita de forma isolada, a equipe limita sua oportunidade de debate de que o objetivo de se trabalhar o tema relação interpessoal é a própria proposta que fundamenta a existência do CAPS. A escassez de material dificulta a elaboração das oficinas existentes na instituição. Com isso, os profissionais se esforçam para realizar atividades criativas, apesar dos empecilhos institucionais. Por conta própria, compram livros de técnicas de dinâmica de grupos. Ao realizar alguma técnica, tem o cuidado de avisar ao colega qual utilizou, o que não evita para os pacientes o sentimento de que há repetição das atividades, como indicado por Elisa. A realização diária de técnicas de dinâmica de grupo tende a se tornar cansativa também para os próprios profissionais.

Existe até uma... Como é que eu posso dizer a palavra? Uma discussão a respeito disso, né, de... quem seria realmente o profissional adequado pra tá orientando e intervindo nas atividades, na verdade, é o terapeuta ocupacional, né? Então, isso é até uma questão pra ser discutida na equipe e resolvida. Porque, na verdade, quem deve... orientar, avaliar, intervir, de qual é a atividade mais adequada para o paciente é o terapeuta ocupacional (terapeuta ocupacional).

As queixas em relação ao que compete a cada profissional podem contribuir para a separação dos funcionários em grupos: dos terapeutas ocupacionais, dos psicólogos, da enfermagem. Conforme sinalizou a terapeuta ocupacional, a carência de debate pela equipe, acerca da diferenciação entre o que é específico de cada profissão e o que deve ser desenvolvido por todos, é um obstáculo para o enfrentamento desse impasse.

As oficinas são coordenadas por enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional – sobretudo pelos dois últimos. Em razão disso, a terapeuta ocupacional questionou a ausência nos demais campos de atuação da qualificação necessária para avaliação das atividades de acordo com o perfil de cada paciente. Observou que, como praticamente todos os técnicos de nível superior realizam as

oficinas, não há uma especificidade em sua elaboração e execução. A assistente social, por exemplo, comentou que participa sempre que possível das oficinas, como uma possibilidade de obter informações para o repasse à família, em especial no caso daquelas que pouco vão à instituição.

Pode-se considerar que, como há uma falta de oferta de outras modalidades de intervenção em grupo, é difícil para os profissionais realizarem o cuidado que aponta, ou seja, a importância da qualificação no que tange ao encaminhamento dos pacientes para as oficinas. A restrição de opções que permitam ao usuário falar de sua preferência dificulta ao próprio técnico a identificação e a indicação de outras modalidades de intervenção com as quais pode trabalhar com ele.

(...) eu tenho o meu olhar, mas a terapeuta tem outro, o assistente social. Então, todos os... os profissionais daqui têm um grupo, né? Exceto o médico. Acho que é só o médico que não tem grupo, de atividades. Então, todo mundo tem as oficinas. Então, às vezes, um paciente, a gente pergunta... Por exemplo, eu pergunto pra uma outra pessoa que acompanha, por exemplo: “Como é que o paciente tal tá se portando nessa atividade? Ele tá interagindo? Ele é comunicativo? Ele é...””. Como é que eu posso te dizer: “Ele precisa de estímulo pra participar ou ele mesmo se prontifica, ‘Ah, deixa que eu ajudo a senhora...’, ou, então, ele mesmo puxa o... né, o assunto?”. (...) Se ele é uma pessoa mais comedida... Quer dizer, isso tudo a gente vai observando. E, às vezes, a gente percebe que o paciente não tá bem. Tem certos momentos que ele não está bem, que a gente pode tá trabalhando outras questões e não essa especificamente, né? Mas que a gente pode, no momento certo,... Eu vou observando assim, né? É isso que eu observo, que eu tô te dizendo, é o comportamento, né? (psicóloga).

Quando a observação se restringe ao que se vê é possível que o profissional não avalie que, como a fala, o comportamento aparente não tem só um significado. Também há lacunas entre o que alguém observa e o que o outro manifesta. Nesse sentido, conforme mencionado no capítulo anterior, alguns funcionários informaram que Elisa era pouco comunicativa ao chegar no CAPS, o que surpreendeu a pesquisadora. Considerou-se que tal avaliação, possivelmente, estava relacionada a dois aspectos: seu constrangimento inicial diante do fato de se encontrar numa instituição estranha, com pessoas estranhas, bem como a dificuldade de profissionais e demais pacientes em identificar seu discurso delirante como uma forma de comunicação. Esse

exemplo ilustra que a imagem que o profissional constrói em relação ao sujeito em tratamento está relacionada ao que ele se propõe a observar e o tempo que dispõe para tanto. Essas são questões que podem dificultar a observação pela equipe das indicações que o paciente psicótico fornece em seu processo de cura.

O atendimento em saúde mental é marcado pelo imprevisto, pelo inusitado. Quando há questões que alteram a rotina, é importante escutar o que é dito nesse momento. Contudo, a falta de uma programação mais direcionada e diversificada tende a comprometer a sistematização do trabalho e a análise de seus efeitos. A ausência de um planejamento intencional dos objetivos relacionados à execução das oficinas pode favorecer que não se discuta, por exemplo, o que leva alguns pacientes a participarem mais ativamente do que outros das ações que ocorrem diariamente na instituição. Isso dificulta a compreensão de que um “sinal de saúde mental” pode ser a capacidade do paciente em questionar aquilo que lhe é proposto executar em razão da monotonia que percebe estar envolvida. A ausência pode restringir também o debate sobre os fenômenos grupais identificados a partir da aplicação de determinada técnica. Por fim, pode limitar a compreensão de que não é simplesmente com a atividade que o paciente se identifica. É, sobretudo, com o profissional que a desenvolve.

Não se trata simplesmente de ocupar, mas de compreender o que há de terapêutico na oficina, através do esforço de identificação do que a atividade em grupo traz para o paciente e vice-versa. Isso exige o constante esforço de aliança do conhecimento teórico e técnico com a experimentação e o improviso, de forma a se manter as oficinas, de fato, como um instrumento a serviço do que preconiza o movimento da Reforma Psiquiátrica (Cedraz, 2006). Exige, ainda, o reconhecimento de que dirigir o tratamento não equivale a dirigir o paciente (Lacan, 1998).

A restrição do leque de modalidades de atendimento na clínica da psicose não auxilia no reconhecimento daquilo com que o sujeito pode se identificar. Se não o desejar, ele não precisa realizar um processo psicoterápico individual, por exemplo. No entanto, é preciso que possa optar. Nessa perspectiva, a oferta de outras modalidades de atividades em grupo – como oficinas de expressão verbal (p.ex. teatro) ou musical e de geração de renda – amplia sua inserção no laço social. A escassez de oferta de serviços interfere, portanto, em seu trabalho de estabilização pela restrição das opções que favoreçam sua sustentação na realidade.

A ampliação das modalidades de intervenção contribui para que o sujeito não se isole cada vez mais na realidade que construiu. Ao propiciar um trabalho que por

ele seja percebido como dotado de consistência interna, haja vista produzir alguma amarração ao descarrilamento psicótico, o profissional favorece o reconhecimento da importância de construção de outras formas de inserção no laço social, além do delírio.

Além das questões referentes ao atendimento existente na instituição, alguns profissionais se queixaram da pouca interação entre as equipes matutina e vespertina. Muitos se encontram somente na reunião mensal do corpo técnico institucional, mas, segundo a psicóloga: “Nem a reunião do mês não junta todo mundo. Tem uns que sai mais cedo. Tem uns que não vêm”. Nesse encontro, são discutidas, em geral, questões administrativas. Foi destacada a dificuldade que há para a realização de reuniões para o debate dos casos, inclusive, entre os que são da mesma área de atuação.

Aí, é meio difícil, juntar todo mundo, é quase que impossível. Às vezes, é difícil tu juntar com as pessoas da tua especialidade, da tua área é difícil. Então, agora vamos fazer uma reunião, hoje, nós, nós seis, os psicólogos. É mais fácil a gente deixar recado no livro da comunicação. Não que a gente não seja uma equipe unida. Nós somos. O negócio é que é difícil mesmo (psicóloga).

Os profissionais reconhecem que, embora, seja-lhes mais viável realizar anotação em livro de determinada categoria profissional, a escassez de circulação da palavra dificulta a interação da equipe. Com isso, conforme percebido, surgem diversas conjecturas dos profissionais da manhã em relação às colocações da equipe vespertina e vice-versa, pela fragmentação das informações registradas. Isso contribui para a existência de mal-entendidos sobre o que foi cogitado e decidido em relação aos casos em foco. Contribui, ainda, para a existência de diferenças sutis nas avaliações e, às vezes, contraditórias em relação a determinado paciente, no que tange à gravidade do quadro apresentado.

“Quando Elisa chegou aqui, ela não falava nada, ela só vivia triste, cabisbaixa. Eh, o estado de... a higiene dela era muito... bem assim precária, mal conservada” (assistente social). A terapeuta ocupacional, por sua vez, indicou que Elisa não ingressou no CAPS com comprometimento de sua higiene pessoal. Dentre os mal-entendidos que pode haver entre a equipe, a solicitação feita abaixo à equipe por Elisa ilustra bem essa situação.

Ela disse que tinham mandado uma carta pra ela... E que, tipo assim, ela era da igreja... Acho que era missionária, uma coisa assim da igreja... Mas, aí, como ela adoeceu, ela teve que sair. Aí, disse que mandaram um monte de

carta pra ela. Aí, chegou a última carta, tipo assim, dando um prazo pra ela. Tipo assim: ou tu fica ou, então, passa. Foi que ela veio até a gente: “Por favor, eu tô precisando. (...)”, ela dizendo. Aí, eu disse: “Não, calma, que a gente vai resolver”. Aí, na hora, ela resolveu com o pessoal da tarde. Aí, quando chegou de manhã ela já tava dizendo que ela tava trabalhando. Não sei o que. Eu disse: “Não, mas tu não resolveu com a gente. Tu pediu pra conversar com a gente”. Na hora, ela resolveu... Acho que ela tava tão agoniada... que ela não agüentou esperar. Ela resolveu com o pessoal da tarde, sendo que eu que era a psicóloga. Eu digo: “Não, mas tu devia ter deixado pra gente resolver pela manhã”. Entendeu? Mas, ela não agüentou (psicóloga).

Como Elisa solicitou a transição do regime de atendimento a profissionais do turno matutino e esses não se mostraram favoráveis, recorreu à equipe que considerou que iria lhe dar mais rápido o consentimento almejado, como a assistente social entrevistada. Quando se soube que ela não estava trabalhando, essa profissional comentou sobre os questionamentos que recebeu em razão da permissão para a mudança de regime. Situações como essa denotam a contradição assinalada por alguns membros da equipe. O paciente “é de todos”, ou seja, está sob a responsabilidade da equipe, mas, quando ocorre algo que perturba a rotina institucional, busca-se identificar o membro que, de alguma forma, contribuiu para sua ocorrência.

A dificuldade de diálogo entre a equipe se reflete nos registros realizados nos prontuários. Em relação ao período em que Elisa esteve ausente da instituição, foram observadas anotações conflitantes. Enquanto alguns profissionais registraram “paciente de alta por abandono”, outros colocaram que a “paciente segue sem alterações”. Esse exemplo ilustra como a interlocução entre os membros da equipe, acerca da versão que cada um tem do paciente a partir da escuta que dele fez em instituições em que vários profissionais atendem o mesmo sujeito, tende a ficar prejudicada quando, além dos mal-entendidos inerentes à linguagem, há questões que bloqueiam a circulação da palavra na instituição.

Como já mencionado, devido à dificuldade que há para se reunir todos os profissionais do CAPS a fim de se avaliar os casos, é feita uma relação, na qual se indicam os pacientes que se considera ter condições para a mudança de regime. Em diálogo com membros do *staff* foi discutido que, sem uma discussão conjunta, o registro do profissional pode se ater a determinado aspecto em detrimento de outros, como o que

entende ser específico de sua práxis – “a Enfermagem trabalha com sintomas clínicos”, colocou a enfermeira – com a carência de uma visão mais ampla dos processos de subjetivação do paciente em questão. Há o reconhecimento pela equipe de que essa estratégia da lista é delicada, bem como que, para sua modificação, precisará criar espaços que possibilitem um efetivo diálogo. Nesse sentido, através dos focos de questionamento que criam, pôde-se perceber que os profissionais vão tateando formas de superar os impasses e aprimorar sua atuação.

Para tanto, é necessária a análise dos critérios que assinalam a viabilidade da mudança de regime de atendimento na perspectiva de cada agente institucional e do grupo. Em alguns prontuários, foram identificados registros como: “paciente demonstra resistência a participar das oficinas”, “participação seletiva nas oficinas” ou mesmo que sinalizam a ausência de um comportamento tido como amigável. A assiduidade nas oficinas e perceptível envolvimento com a atividade proposta, relação cordial com os outros pacientes e com a equipe, tendem a ser caracterizados como indicadores de uma boa evolução do caso. Contudo, como aponta a Psicanálise, a resistência é inerente à subjetividade humana. Logo, em vez de se observá-la como um fator contrário ao andamento do tratamento, o debate sobre sua origem e importância na vida psíquica do sujeito não pode ser negligenciado.

Há dúvidas entre os profissionais sobre a interdisciplinaridade da equipe. Nessa perspectiva, a assistente social ressaltou que o contato com a família:

Eu penso que, esse contato, ele deve ser contínuo e que ele deve ser desenvolvido em sua totalidade, porque, se existe uma equipe interdisciplinar, né, e se essa equipe está intervindo de certa forma sobre esse paciente, se ta observando, se ta desenvolvendo a atividade, eu penso que a família tem esse direito... de saber, não só do Serviço Social, o que quê tá acontecendo com esse paciente aqui no tratamento, qual a desenvoltura, qual a evolução que ele ta tendo aqui, né? Eu penso que ele poderia passar por todos os profissionais, tendo em vista que é uma equipe interdisciplinar.

Em cada equipe, diversos significados são produzidos a partir do significante interdisciplinar. São significados que refletem o processo de construção da relação de trabalho entre os profissionais, que pode resultar na rigidez das ações e/ou na autonomia do *staff* diante do que é desenvolvido. O trecho a seguir assinala como obstáculos na circulação da palavra tendem a comprometer o desejo de propor algo novo e de fortalecer, conseqüentemente, a identidade da equipe.

(...) muito se fala assim em interdisciplinaridade, fala que todo mundo pode falar o que quer, as idéias são bem-vindas. As idéias são colocadas, mas, na hora, que são... assim que é pra acatar, que é pra refletir e, a partir dali, surgir um novo modelo, tudo, tudo é desfeito. A pessoa dá sua idéia e morre ali mesmo. Então, muitas pessoas deixaram de falar, de se pronunciar, né, nas reuniões, porque nada acontecia, nada muda, nada se modifica. Então, pra que quê eu vou estar gastando meu latim? (assistente social).

Segundo afirmou Barreto (2005, p. 50), a equipe precisa manter uma coesão suficiente “para que não se esfumace o trabalho na fogueira das querelas” e dos antagonismos, de modo a se reunir o melhor que tem a oferecer cada um de seus componentes. Isso contribui para o fortalecimento da identidade do *staff*, que lhe permita discutir de forma mais próxima e assertiva, por exemplo, suas dúvidas quanto ao diagnóstico e à terapêutica a ser adotada.

Os profissionais destacaram o respeito à multidisciplinaridade que há na instituição. Foi observado que como o médico vai para o CAPS menos dias que os demais profissionais, é difícil que a quantidade de atendimentos que realiza não seja grande e que sua atuação se restrinja às consultas individuais, fatores que interferem na interlocução com o restante da equipe. Apesar disso, profissionais entrevistados e outros ressaltaram seu esforço para a construção e efetivação da interdisciplinaridade, exemplificando que o próprio contato do corpo médico com técnicos de outras áreas tem o auxiliado a questionar sua prática. Sinalizaram que o receio de questionar o profissional médico não é uma unanimidade. Existe ou não de acordo com a proximidade que cada membro da equipe tem com ele e de sua abertura para a criação de um espaço de interlocução.

Como resultado desse diálogo, a equipe prima para que não seja só o médico o técnico a realizar a consulta inicial. Prima, ainda, pela maior flexibilidade institucional diante da incompatibilidade entre seu horário de funcionamento e o trabalho de alguns pacientes ou outras questões presentes na vida desses que dificultam a ida diária.

Rinaldi & Lima (2006, p. 54) indicaram que a abertura ao trabalho em equipe interdisciplinar promovida pela Reforma Psiquiátrica tem como proposta “revitalizar as práticas a partir da diversidade de saberes”. Pautada na noção de cuidado, essa proposta visa a produção de um trabalho que estabeleça acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político com os usuários, “dirigindo a organização do

trabalho para a elaboração de projetos terapêuticos que promovam a emergência do sujeito” (p. 55).

Tendo em vista que a equipe é um instrumento-chave para a consolidação dos serviços de atendimentos substitutivos (Silva, 2007), os profissionais precisam aprimorar o sentimento de pertença a toda uma equipe, não a uma parcela ou a um turno, de forma a haver um maior equilíbrio entre os sabores e os dissabores de se atuar em grupo. Isso alude ao que apontou Silva sobre os profissionais que trabalham no CAPS: ao mesmo tempo em que o atendimento em equipe é sentido como um ponto de apoio, um alívio, há também queixas quanto à divisão de tarefas e a responsabilidade concomitante.

Como qualquer instituição de saúde mental, o local do estudo tem suas limitações, desafios e potencialidades: “Olha, porque, assim, apesar de não ser o ideal, o real, ele se deslancha e mesmo assim o serviço consegue ter uma certa fluidez, um certo resultado” (assistente social). A terapeuta ocupacional observou que dificuldades, como a escassez de material, existem em “qualquer lugar”. Concluiu que, quando se coloca em questão o bem-estar do paciente: “as coisas se tornam mais interessantes pra você”. Os profissionais se esforçam, assim, para vencer as limitações de seu local de trabalho e os seus próprios limites diante dessas.

Há o reconhecimento de todos os envolvidos, pacientes, famílias e equipe, de que o trabalho realizado no CAPS é mais do que importante. É imprescindível. O que parece lhes carecer nesse reconhecimento é a importância do debate acerca da complexidade do atendimento envolvido. Em face do envolvimento intenso com o cotidiano institucional, pode ser difícil, às vezes, para os seus integrantes, uma análise mais profunda e sistemática das relações que há entre os que atendem e os que são atendidos. A prática sem uma necessária crítica constante ao que é desenvolvido tende a se tornar intuitiva e pouco reflexiva. Como resultado, é possível que haja uma estagnação das ações com o decorrer do tempo e que o questionamento ao que é produzido seja visto como uma ameaça. Isso dificulta a criação de espaços em que pacientes e familiares possam participar das decisões referentes ao funcionamento institucional (Cedraz, 2006), o que, por sua vez, reforça sua posição de passividade e de querelância em relação ao Centro de Atenção.

## 9.2 As clínicas na clínica do CAPS

Nas entrevistas realizadas com os profissionais, observou-se ser comum a comparação da clínica da psicose a outras clínicas existentes na instituição, sobretudo a de drogas. Desse modo, nesta seção, aborda-se como a equipe fala sobre a clientela atendida, bem como sobre as dificuldades e os desafios que percebe diante do fato de atender demandas tão complexas e diversas.

Eles (*dependentes de substâncias*) falam, eles escutam ou, às vezes, não falam nada. Mas são claros, dá pra te ver a diferença entre eles. O paciente de transtorno... humor ou, então, transtorno obsessivo-compulsivo, é um paciente que tu vê que ele apresenta uma inquietação. Por exemplo, o obsessivo-compulsivo, ele tá aqui... (...) A gente fala com ele... Porque a gente faz a admissão, a gente já entrega a medicação. Eles já ficam contando quantos medicamentos têm. Contam não sei quantas vezes. Pergunta. Fala a mesma pergunta várias vezes. Se eles querem: “Doutora, tem remédio amarelo? Doutora, tem remédio amarelo? Doutora, tem remédio amarelo?”. Várias vezes a mesma coisa. E, transtorno do humor, o paciente fica... Tá bem, tá conversando contigo. Do nada, ele já muda o humor. Já dá pra falar, transtorno do humor, ele já muda o humor, já fica alterado, muitas vezes, com... agressivo. Não quer responder o que tu pergunta. E, psicótico, dá pra te ver na hora que é psicótico, porque eles... Na hora entre aspas, se tiverem em crise, porque, se não tiver, não é fácil pra saber. Mas se eles estiverem em crise, dá pra ver. Inquietação motora, transtorno do pensamento... transtorno do pensamento, fala coisa com coisa. Não sabem responder bem o que tu pergunta. Às vezes, até respondem, mas respondem mal. Acontece muito deles rirem muito (enfermeira).

Com depressivo, tu não pode chegar, né, sei lá, de repente, tu bater muito de frente com ele, falar muito... Bom, às vezes, tu fala de uma forma que a pessoa, né, se machuca. Paciente depressivo, tu tem que saber muito como é que tu vai falar com ele, né? Tem que usar as palavras corretas. O teu tom de voz tem que ser mais... Porque, qualquer coisa, eles se magoam. Qualquer coisa eles se chateiam. Então, tem que tomar muito cuidado, a forma como tu vai falar com ele (psicóloga).

As duas falas acima sugerem que o usuário da instituição parece ser pensado exclusivamente a partir da queixa que motivou sua inserção na instituição. Isso traz a

reflexão de que se reconhecer que se trabalha com diferentes clínicas não é o mesmo que atender de acordo com delicadas associações feitas a cada fenômeno psicopatológico. Essas são concepções que podem se refletir e se cristalizar na relação que estabelecem com a clientela atendida.

Comparece no discurso de alguns profissionais e pacientes uma crença acerca de qual pessoa é indicada para receber atendimento no CAPS: não agressiva, comunicativa e que queira “se tratar”. Esse parece ser um paciente com pouca ou nenhuma dificuldade de interação e sem resistência a se submeter ao que a instituição preconiza; um paciente ideal. O sujeito que não “fala com ninguém” e “só fica andando de um lado para o outro”, como destacou Elisa, não é indicado para o CAPS. Esse seria o louco entre os doentes. O Hospital Psiquiátrico Estadual Nina Rodrigues seria o local para ele. O Centro de Atenção, por sua vez, é para as pessoas que apresentam menor grau de comprometimento do contato com a realidade ou mesmo nenhum. Parece haver, assim, um nível de diferença aceitável.

No que tange à relação entre os pacientes do CAPS, sabe-se que, historicamente, os portadores de transtorno mental sofrem um processo de exclusão social. Desse modo, a ação por um paciente de perceber o outro como um estranho, num local em que todos estão em tratamento, pode ser uma forma que identifica para evidenciar a si e à equipe, representante da sociedade normal, que não é ele o diferente.

A partir da fala de pacientes e de profissionais, pôde-se inferir que, enquanto a doença é associada à possibilidade de recuperação, ainda que o termo doente não seja de fácil aceitação, a loucura é relacionada ao descontrole. Essa divisão contribui para que o hospital psiquiátrico seja visto como o lugar indicado para aqueles que não se considera ter condições de melhorar (Cardoso & Seminotti, 2006). Nesse sentido, pôde-se acompanhar uma situação em que após uma paciente ter agredido pela terceira vez outras mulheres em atendimento na instituição, foi cogitada, entre os pacientes, a elaboração de um abaixo-assinado para sua saída. Após a intervenção da equipe, a idéia não seguiu adiante.

Os profissionais, segundo a terapeuta ocupacional, buscam conscientizar os pacientes de que, no CAPS, “todo mundo é igual”. É provável que, justamente por não se perceberem como pessoas iguais, independente de possuírem o mesmo diagnóstico, é que o discurso da igualdade pode contribuir para uma nova exclusão de fenômenos historicamente excluídos, como a psicose e o uso de drogas. É uma tentativa de homogeneidade que, no próprio discurso dos profissionais, não se concretiza.

Não se trata simplesmente de priorizar o discurso da igualdade ou da diferença no âmbito da saúde mental, mas de se considerar que não representam discursos díspares. Essa é uma análise que permite fornecer proporcional relevância à análise tanto das limitações quanto das potencialidades que assemelham ou diferenciam o sujeito psicótico do outro.

Profissionais e pacientes discorreram sobre as dificuldades que sentem e percebem entre si em lidar com o sujeito psicótico. Houve relato, inclusive, de momento em que alguns dependentes de substâncias questionaram: O que eles estão fazendo no CAPS? Afinal, de quem é esse lugar? Na fala a seguir, a assistente social indica quem é recomendado para ser atendido no Centro de Atenção em que atua – sujeitos com psicoses ou neuroses graves – e quem não é indicado para essa instituição, a fim de que se possa oferecer um melhor atendimento.

Eu penso que esses de transtorno de humor sim e drogas não, drogas e álcool, porque esses usuários, de álcool e drogas, eles têm um perfil diferente. Eles são bem mais agressivos e também assim, às vezes, eles colocam em risco o atendimento, o próprio fluxo aqui do CAPS, por esse comportamento, porque alguns não têm disciplina, outros já se irritam facilmente enquanto que, os demais, não. (...) e eu penso que isso atrapalha o tratamento e porque também são temáticas diferentes. Assim, vamos supor um exemplo, com psicólogo ele não pode trabalhar de repente as mesmas questões que se trabalha com um paciente de álcool e drogas com o outro paciente; o psicopedagogo, a mesma coisa. Então, tem umas diferenças.

Esclareceu que, às vezes, algumas oficinas são: “prejudicadas pela quantidade de pacientes e, assim, como não é uma turma, como não é um grupo homogêneo tem algumas pessoas que têm, sei lá, uma percepção melhor e outros são mais lentos. E eu penso que isso acaba prejudicando”. Essa fala sinaliza que a avaliação do comportamento pode ser superficial devido à quantidade de pacientes que participam dos grupos e de questões por eles apresentadas.

Alguns profissionais indicaram que pode haver, às vezes, certa preferência em se atender pacientes com transtornos depressivo ou devido ao uso de substâncias que psicótico, pois aqueles relatam e apresentam uma melhora mais “visível”. Fornecem, ainda, ao técnico *feedback* sobre o resultado de sua atuação. Foi colocado que, como os dependentes de substâncias chamam, muitas vezes, mais a atenção da equipe que os

pacientes psicóticos, por serem agressivos, extrovertidos, isso pode contribuir para que os profissionais forneçam mais atenção àqueles do que a esses.

Um profissional da instituição ressaltou que os pacientes com quadro psicótico tendem a apresentar evolução mais rápida do que aqueles com transtornos por uso de substância. Pode-se considerar que, em relação ao primeiro caso, apesar da identificação de que os sintomas estão “controlados”, se o profissional não escuta do paciente em que pôde contribuir em sua melhora, é possível que a relacione apenas à ação do medicamento. No segundo caso, pode apontar que fez tudo que era possível. Se não houve uma melhora e o sujeito, conseqüentemente, continua em tratamento, é porque ele ainda não se conscientizou de que deve interromper o uso de drogas.

No Centro de Atenção investigado há “grupos específicos” para mulheres com depressão, usuários de drogas, dentre outros. É uma modalidade na qual se discute as vivências do paciente a partir da identidade diagnóstica que lhe é relacionada. Na época de realização do estudo, não havia grupo específico para o paciente psicótico. Na fala a seguir, a profissional busca compreender fatores relacionados a essa diferença no atendimento.

Eu acho assim, até me incluindo nisso, nesse grupo, mas eu acho assim que ainda há muito do que... ser desmistificado com relação à psicose, né? Então, sempre quando se há um preconceito, né, há uma... Eu acredito que seja até um preconceito de lidar, intervir... passa a haver uma ignorância, uma falta de informação. Então, eu acho que isso até a nível inconsciente, sei lá, digamos, é uma resposta desse preconceito de... Às vezes, não saber como lidar exatamente como deveria lidar, né? (terapeuta ocupacional).

Segundo Zimerman (2000), quando o grupo apresenta características homogêneas, é possível um melhor entendimento entre os integrantes dos temas abordados por se utilizar uma mesma linguagem e se partilhar vivências semelhantes. Em geral, conforme o autor, essa configuração propicia que as pessoas assumam suas dificuldades de forma menos conflituosa e humilhante. Há uma confirmação aos participantes de que não estão sozinhos, são respeitados em suas limitações e que essas não excluem uma boa qualidade de vida.

No caso de pacientes com quadro psicótico, a intervenção em grupo contribui para que a ansiedade em relação ao tratamento como um todo seja diluída e melhor tolerada. O próprio grupo funciona como um necessário continente para as questões trazidas por cada participante. Propicia aos integrantes, ainda, uma

diferenciação entre aquilo que é seu, que nega como assim sendo, e o que é oriundo do mundo externo (Zimerman, 2000).

Figueiredo (2002) apontou que, na intervenção grupal, o saber acerca do processo em andamento é compartilhado com os participantes. Tanto a suposição de saber, quanto o processo de elaboração individual circulam entre todos. Em relação ao trabalho com grupos que adquiriram uma identidade social definida pela patologia, a autora indicou que um de seus grandes benefícios é minimizar os efeitos estigmatizantes dessa identidade.

Seja questionando o foco sobre o diagnóstico, seja para produzir efeitos inusitados numa situação em que o papel do profissional é de facilitador do processo, o grupo possibilita a socialização e a revisão das problemáticas em comum. Cada história de vida, cada experiência compartilhada, cada fala produz efeitos sobre as falas dos outros participantes (Figueiredo, 2002). Isso proporciona novas possibilidades de subjetivação a partir dos diagnósticos que circulam nas narrativas. A ausência do grupo específico para o paciente psicótico sugere a dificuldade dos profissionais em lidar com esse sujeito e de reconhecer os processos de subjetivação que realiza em seu tratamento. É uma situação que se torna mais delicada em razão do seguinte aspecto:

Pelo menos, assim, a nível de CAPS, eu vejo que a realidade, daqui, ela não é da maioria de paciente psicótico, né? Isso é bem claro pra gente. (...) é como se tivesse que inserir uma minoria ainda dentro de uma outra maioria, que também termina sendo minoria em outras situações (terapeuta ocupacional).

Por outro lado, a profissional acima destacou perceber em algumas pessoas do grupo “maioria”, o de dependentes de substâncias, uma “preocupação” em cuidar do outro que “não consegue compreender no mesmo ritmo”. De fato, percebeu-se ser essa preocupação algo comum entre todos os pacientes. A título de ilustração, Elisa informou estar, junto com outras pessoas, estimulando uma paciente, que apresenta comprometimento da fala, a se comunicar. Esclareceu que ela e seus amigos procuram manter um diálogo para incentivar sua interação. Agindo como “terapeutas”, incentivavam-na a falar, apesar de reconhecerem a dificuldade de entendimento que suas palavras causam no interlocutor. Logo, demonstravam a forma como ao valorizar o autocuidado, reconheciam a necessidade de cuidar do outro, para que esse também fizesse o mesmo por si próprio.

É possível que um dos maiores efeitos terapêuticos proporcionado pelo CAPS esteja relacionado ao convívio entre os pacientes. Ao interagirem, sensibilizam-se mutuamente sobre a existência de regras e do(s) porquê(s) da necessidade de seu cumprimento, o que, no caso da clínica da psicose, pode contribuir para que o sujeito encontre uma sustentação na realidade. Nesse processo, transmitem, dentre outras questões, importantes informações sobre os efeitos colaterais do medicamento e apoio para a realização do tratamento.

No contato entre si, os pacientes desenvolvem as mais diversas habilidades terapêuticas. Ler ou escrever para alguém que não tem conhecimentos suficientes para tanto e/ou as brincadeiras ajudam não só a compreender que há um outro numa situação parecida ou mesmo que define como mais grave, como a exercitar um cuidado que restabelece os vínculos. A interação que ocorre entre os pacientes do CAPS é importante para que percebam semelhanças e diferenças no que cada um entende e sente como sofrimento psíquico. É igualmente importante para a criação e desenvolvimento de laços terapêuticos entre si por meio dos incentivos mútuos. Cabe aos profissionais, assim, a análise de como se constitui o sentimento de pertença ao CAPS a partir da criação que os pacientes nele desenvolvem entre si de novos modos de relação (Cardoso & Seminotti, 2006).

A interação entre pacientes de diferentes clínicas apresenta os mais diversos efeitos no CAPS investigado. Contribui para que os pacientes se aproximem, com a possibilidade de maior desenvolvimento da tolerância e compreensão das diferenças. Em contrapartida, interfere na proposta de atenção específica que esses sujeitos requerem. Sobre esse ponto, considera-se, aqui, que, como a cidade de São Luís atende as condições necessárias para a existência de um CAPSad, sua criação, como sugerido pela equipe, contribuirá para a ampliação da atenção ao paciente psicótico e ao usuário de drogas, as duas clínicas mais colocadas em comparação na fala da equipe. Como são clínicas que demandam uma formação e uma escuta diferenciadas, a falta de um serviço na cidade direcionado à questão do uso de substâncias psicotrópicas tende, dentre outras dificuldades, a inchar a instituição investigada, o que contribui para que a equipe, por vezes, restrinja seu campo de atuação à resolução de ocorrências.

Todas as relações desenvolvidas no CAPS, em especial as que se desenvolvem entre os pacientes, podem ter efeitos terapêuticos. Para sua otimização, cabe considerar em que condições as interações ocorrem e o que as torna terapêuticas. O atendimento mais específico pode auxiliar na melhor compreensão desses dois aspectos.

A proposta de funcionamento do CAPS e as relações nele desenvolvidas contribuem para o resgate da noção de limites ao servir como um continente ao desamparo que a vivência psicótica produz. Apesar de alguns pacientes e familiares indicarem que o sujeito em tratamento está “internado”, como disseram Elisa e sua mãe, consideram que essa internação é diferente.

Ao ser o Centro de Atenção identificado como um local de tratamento para o restabelecimento da saúde, é diferenciado do hospital psiquiátrico, lugar daqueles que alguns pacientes, familiares e profissionais parecem caracterizar como sem condições de melhora. É uma diferenciação que os auxilia a considerar que tudo o que é realizado no CAPS tem como fim o pleno retorno do sujeito assistido à sociedade, ainda que nem sempre saibam a que esse tudo se refere e em que consiste. Logo, ainda que essa diferenciação seja bastante delicada, auxilia as pessoas atendidas no Centro de Atenção a acreditar que seu tratamento terá um resultado satisfatório.

Em relação à Elisa, quando se questiona o que significa, afinal, gozar de saúde mental, um comentário que ela fez sobre a necessidade de “concluir” a tarefa que realizava numa oficina, não podendo por isso participar da entrevista naquele momento, parece ser um bom parâmetro. A fala do sujeito sobre o desejo de conclusão de algo iniciado sugere uma retomada de sua história social. Nos primeiros encontros, Elisa parecia ir para a entrevista como se estivesse acatando uma ordem. Gradativamente, pareceu perceber que poderia escolher com quem e onde estar.

O trabalho da psicose será sempre uma maneira de tratamento, pelo sujeito, dos retornos no real, de efetuar conversões que civilizem o gozo até torná-lo suportável. Há que se fazer uma clínica dos substitutos do Nome-do-Pai, a partir das diferentes opções que a instituição nos apresenta, em sua possível função de agentes estabilizadores (Soler, 2007). Por isso, provavelmente, o CAPS serviu para Elisa como um lugar em que se sentiu acompanhada em seu trabalho de estabilização.

Próximo à data de sua alta do CAPS, Elisa convidou a pesquisadora para a festa de despedida que haveria para ela e outros pacientes. Nesse dia, agradeceu a profissionais e pacientes pelo apoio recebido. Acrescentou que, em sua recuperação, foi importante o apoio de sua família. Disse estar trabalhando. No entanto, finalizou seu discurso destacando que, se pudesse, permaneceria mais um ano no CAPS. Seu pai foi o único familiar que estava presente.

Já nas entrevistas, Elisa havia ressaltado seu desejo de permanecer mais tempo na instituição. Parece ter concluído que, ao identificar profissionais e pacientes

como uma outra família, mesmo que se queixe do que lhe é oferecido, afaste-se, há uma possibilidade de retorno. Assim, Elisa brigou com alguns funcionários. Fez amizades com outros. Interessou-se afetivamente por membros da equipe. Namorou alguns pacientes. Houve funcionários que se tornaram parte do seu delírio. Todos, de algum modo, constituíram-se como pessoas significativas para ela.

É possível que pelas marcas nela deixadas por profissionais da equipe e pelos pacientes inseridos na instituição o tratamento lhe trouxe efeitos benéficos. A proposta CAPS como algo novo praticamente para todos – paciente, família e profissionais –, e a despeito das questões comentadas, possibilitou a Elisa encontrar um lugar para a ausência de lugar própria da psicose. O Centro de Atenção lhe proporcionou uma sustentação à deriva psicótica, marcada não pela contenção física, mas por uma contenção decorrente dos vínculos que se construíram em seu período de permanência na instituição. Isso favoreceu um esvaziamento do gozo psicótico. Logo, pelas relações que a instituição viabiliza a criação e o desenvolvimento, Elisa pôde estabelecer laços que a levam a se reconhecer como um sujeito, mesmo que alguns profissionais e familiares, aparentemente, não tenham conferido, ainda, a devida consideração a todo esse processo, conforme apontado nos dois últimos capítulos.

Através do ritual de passagem que promove, a festa de despedida, a equipe nega sua demanda de permanência na instituição, indicando considerar ter ela condições de retorno ao pleno convívio social, haja vista as modificações que ocorreram em sua vida e o estado no qual agora ela se encontra. Há o reconhecimento de que ela pôde alcançar algumas das questões associadas ao processo de reinserção social, como exercício profissional e a preservação dos laços familiares.

Sobre esse último aspecto, apesar dos conflitos abordados, que interferiram na maior participação de Benedita no CAPS, na mobilização para começar a freqüentar no caso dos irmãos e no comparecimento da família nos encontros marcados com a equipe, é possível que a passagem de Elisa pela instituição teve um efeito de apaziguamento tanto sobre ela como sobre sua família (Ferreira, 2005), o que aponta ao citar, na festa de despedida, o apoio familiar que recebeu. Desse modo, embora sua mãe e irmãos não tenham se feito mais presentes no Centro de Atenção – o que também pode estar relacionado à carência de modalidades para as famílias nesse serviço – puderam continuar, de alguma forma, a apoiando. Isso é muito importante, haja vista o sentimento de desistência que os familiares tendem a sentir diante de situações como as descritas no Capítulo 7.

Em relação a Joaquim, esse parece ter perdido o receio de ser um pai para sua filha, o que lhe permitiu acompanhar Elisa em seu tratamento após a época em que ela se ausentou da instituição e estar presente no momento de conclusão de sua inserção no CAPS, sancionando, junto com a equipe, sua melhora.

As análises das entrevistas e da própria instituição indicam que, possivelmente, o principal diferencial do CAPS em relação ao modelo anterior de atendimento em saúde mental é o que o tratamento não ocorre porque há um estabelecimento que permite uma contenção. Ocorre, conforme preconiza um velho adágio psicanalítico, porque “coloca o sujeito para trabalhar”. Ao vê-lo como um cidadão, o que implica seu direito de ir e vir, e ao propor, conseqüentemente, de modo reflexivo ou não pela equipe, que as relações têm efeitos subjetivantes, o Centro de Atenção possibilita que outros ganhos sejam alcançados, que não se resumem ao controle dos sintomas.

Nesse sentido, meses após a conclusão das entrevistas, Elisa comentou que voltara a ser atendida pelo neurologista citado por ela e por seus pais e que estava, assim, usando os medicamentos prescritos por esse profissional, tendo em vista os efeitos colaterais que os prescritos no CAPS lhe trouxeram. Sua fala apontou que, mesmo recebendo atendimento medicamentoso noutro local, queria permanecer no Centro de Atenção em razão dos vínculos que estabelecera com alguns profissionais e pacientes. É uma situação que reforça a necessidade do debate de que, ao contrário do que se pôde perceber na fala de membros da equipe entrevistados e de familiares de Elisa, o psicofármaco é importante, mas, como terapêutica isolada, seus benefícios podem pouco se diferenciar dos que eram decorrentes do modelo de tratamento tradicional.

Lacan (1998, p. 629) indicou que o “desejo só faz sujeitar o que a análise subjetiva”. Ao se propor uma transposição desse pensamento para o atendimento no CAPS, é possível afirmar que, se o desejo inerente à psicose leva o sujeito a se colocar na posição de objeto, o tratamento, ao suscitar suplências ao Nome-do-Pai, pode favorecer uma crítica a esse desejo, de forma a que ele desenvolva processos de subjetivação que lhe possibilitem uma ampliação de sua capacidade de inserção nos laços sociais.

É nesse sentido que o significante coletivo se torna essencial, quando se considera que, como já apontado por Freud (1921/1976), o psíquico é social. Através da possibilidade de formação de grupos de pares na instituição e da via que essa favorece

em relação à sociedade, o CAPS pode contribuir para a promoção e a ampliação dos laços sociais do sujeito. A noção de coletivo indica, assim, o direito de se viver em sociedade, por meio do desenvolvimento de estratégias que assegurem a troca com diferentes grupos e espaços.

Na análise dos princípios éticos que conduzem a assistência em saúde mental, Freire Costa (2001) indicou três tipos de ética mais pertinentes na prática psiquiátrica. Denominou a primeira de ética da tutela. Nessa, em relação ao sujeito que é tratado, existe uma “posição prévia de definição do indivíduo enquanto privado de razão e de vontade” (p. 29). A privação decorre tanto da consideração de que determinada manifestação da conduta da pessoa tem uma causa fisiológica que escapa à sua razão e vontade, quanto da compreensão de que as consequências dessa conduta não podem lhe ser imputadas, por não ser responsável pelo que faz. Trata-se de uma postura ética que objetiva o sujeito, que se torna uma abstração jurídica em razão de uma realidade biológica, em que o instituído é pouco ou nada criticado. Adota como modelo a ética instrumental, com o emprego de técnicas farmacológicas e de instituições custodiais.

Segundo aquele autor, uma segunda ética seria a da interlocução, baseada na ética da moral privada. Nesse modelo, não “se trata de definir o sujeito como privado de vontade ou razão, mas como portador de uma outra vontade ou razão” (p. 30). Seu interesse está mais voltado para a mudança dos hábitos do sujeito do que para a mudança da ordem social. A terceira ética é a da ação social, na qual sujeito e agente da assistência “definem-se como pares, normalmente como cidadãos, e há, sobretudo, a vontade de renovar o instituído, de abrir espaço para ação e integração outras que não as previstas pelo *status quo*” (p. 31). A ênfase no estatuto do paciente enquanto cidadão é prioritária. Pauta-se na ética pública, representada pela ação social e política.

Sem a pretensão de chegar a um consenso sobre qual dos três tipos de ética é o mais adequado na assistência em saúde mental, Freire Costa (2001) converge sua reflexão para uma ética de cuidados, que entende como a ética do sofrimento. Sobre essa, apontou que a escolha de um dos três tipos deve se dar, pragmaticamente, conforme as circunstâncias apresentadas. O risco é se priorizar uma dessas éticas, em especial a primeira, deixando-se de lado a consideração de que, na relação clínica, cidadania e política, é preciso ponderar acerca das diversas dimensões e desafios integrantes do atendimento ao psicótico.

Em tal ponderação, o entrelaçamento subjetividade/intersubjetividade constitui a pedra angular para a análise: das ações emitidas pelo sujeito que podem colocar em risco sua integridade física; do reconhecimento por ele da existência de uma contratualidade em sua relação com o lugar e os profissionais que nesse o atendem; e, da construção do diálogo com a sociedade sobre suas noções de saúde e de doença. Para tanto, a ampliação das modalidades de atendimentos no CAPS, conforme abordado, e a maior articulação extramuros com a comunidade de pertença do paciente são alternativas que podem garantir a gradativa e efetiva substituição do modelo anterior.

O alcance da segunda necessidade, em especial, é o que possibilitará a superação do receio comum entre os partidários da Reforma Psiquiátrica: que a instituição inventada se torne igual à instituição negada (Rotelli, 2001). No local do estudo, as atividades extramuros tendem a ser pontuais, como realização de festas em datas comemorativas. Parecem não ter se configurado ainda como uma política do serviço. Dentre outras questões, a carência de inserção comunitária do CAPS não favorece a abordagem de fatores de risco e de proteção relacionados à ocorrência de recaídas na clientela atendida. Igualmente, não favorece a que a sociedade possa rever os estereótipos e os preconceitos que foram construídos em relação às pessoas com transtornos mentais, como as que apresentam vivência psicótica.

As questões apresentadas merecem mais enfoque no processo de construção de um novo modelo de atendimento em saúde mental. Revelam que os atores desse processo ainda estão se situando diante das prerrogativas apontadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Contudo, também indicam que, apesar dos atendimentos imperfeitos e das vastas confusões (Figueiredo, 2002), uma mudança positiva está ocorrendo, cuja constante avaliação possibilitará seu aperfeiçoamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como principal objetivo discutir o atendimento ao paciente psicótico no CAPS a partir das perspectivas dele, de sua família e dos profissionais que o atendem num serviço de São Luís (MA). Inicialmente, abordou-se a complexidade do diagnóstico psiquiátrico, especialmente no que tange ao fenômeno psicótico. Foram debatidas relações entre saúde e doença para a família. Em seguida, foi discorrida a noção de psicose para a Psicanálise. Debateu-se acerca da reforma psiquiátrica brasileira e suas repercussões no estado do Maranhão. Por fim, foram apresentados e discutidos registros do diário de campo e falas de uma paciente, de sua família e de profissionais de saúde mental sobre o modo como percebem o fenômeno psicótico e seu atendimento no CAPS. Seguem, abaixo, uma síntese dos principais achados do estudo de acordo com cada objetivo específico estabelecido e as correspondentes reflexões suscitadas.

### **Concepções sobre o paciente psicótico**

Para a família, ao mesmo tempo em que os pais tendem a relevar ou minimizar as intenções subjacentes aos comportamentos apresentados por Elisa, os quais são destoantes do cotidiano familiar, por não a considerarem dotada da capacidade de discernimento, tendem a considerar os que indicam afronta à autoridade parental como uma prova de desobediência sem relação alguma com possível ausência de controle sobre o que diz e faz. Para os irmãos, além da questão da desobediência, há na fala de Elisa somente mentira. Ela também apresenta uma equivocada presunção de saber sobre si e seu bem-estar. Em geral, percebeu-se que o primado da razão se coloca de acordo com o tipo de relação que cada membro tem com Elisa.

Entre a equipe, há os profissionais que não levam em conta a opinião do sujeito por ser ele um “doente mental”. Para outros, essa consideração é oscilante. Depende do estado no qual ele se encontra. Em crise, parecem considerar que não é possível nenhuma escuta e, conseqüentemente, nenhuma intervenção, a não ser a medicamentosa, ou mesmo, a internação.

Como um sujeito sem (suficiente) “consciência”, sem razão, o que diz tende a ser colocado sob suspeita. A preocupação com a verdade do discurso interfere na avaliação de que esse fala da verdade do paciente. A carência de uma escuta que possibilite a avaliação não apenas do que é dito, mas também de como e para além do que é dito, acentua, aparentemente, os estereótipos e preconceitos sobre esse sujeito,

contribuindo tanto para o receio de atendê-lo em modalidades individuais quanto para a ausência de atividades grupais específicas.

Parece haver, entre a equipe, insuficiente conhecimento sobre a história de vida e os cotidianos familiar, social e, por vezes, institucional do paciente. Isso pode interferir no estabelecimento de outra imagem sobre a pessoa em atendimento, que não seja o estereótipo relacionado a determinado quadro psicopatológico. Apresentar ou não “comportamento bizarro” como forma de se referir ao paciente psicótico e seus diferentes estados é uma linguagem comum entre os profissionais, a qual diz pouco sobre o sujeito a que estão se referindo. Nesse sentido, os profissionais, bem como os familiares, ao falarem sobre Elisa, pareciam estar se referindo a outro sujeito, mas não a ela. Expressões do tipo “querelante”, “agressiva”, pelos profissionais, ou “saliente”, “desobediente”, pelos familiares, sinalizam expressões cristalizadas, que, conseqüentemente, pouco espaço deixam para o inusitado.

O discurso mais favorável foi o de Elisa sobre si. Através de suas histórias pessoal, familiar e de inserção no CAPS, foi possível observar os esforços que desenvolve para um restabelecimento dos laços sociais e, em decorrência, para ter uma auto-opinião e uma opinião do outro sobre si menos limitante no que tange às suas condições de ter diferentes formas de intercâmbio com a sociedade. Essa aposta que faz em si, apesar de nem sempre contar com uma ação equivalente por parte de membros de sua família e de profissionais da equipe, é fundamental para que se perceba como sujeito, mesmo que se coloque como objeto de gozo do Outro. Ao se manter na palavra, através de sua produção delirante, consegue ressignificar o sofrimento que sente, o que lhe permite um restabelecimento de projetos de vida.

Elisa, no entanto, assim como outros pacientes da instituição, já não tem uma opinião tão favorável em relação às pessoas que ingressam no CAPS com quadro psicótico grave. Como cada paciente parece ser avaliado de acordo com o seu grau de contato com o laço social, os que apresentam maior comprometimento dessa questão, além de sofrerem a exclusão social que acontece fora dos muros da instituição, sofrem também uma delicada distinção dentro do serviço, como se fossem casos sem solução.

Como pacientes e familiares parecem receber poucas informações sobre o diagnóstico, os usuários do CAPS tendem a ser divididos em categorias. Numa se encontram os casos tidos como graves e, conseqüentemente, ruins. Noutra, estão os menos graves e, portanto, bons. O pouco repasse de informações não facilita que essas categorias sejam revistas e questionadas. Sabe-se que o diagnóstico representa uma

resposta que se endereça a um paciente que lhe possibilite melhor entendimento e compreensão sobre o sofrimento que vivencia. Na instituição investigada, dependendo de qual seja o diagnóstico que se considera ter o paciente, ele pode não adquirir conhecimento dessa informação, como nos casos de transtornos do espectro psicótico.

Desse modo, a maior compreensão e respeito ao paciente tende a ficar comprometida em razão de precárias ações de esclarecimento e de sensibilização em relação às diversas clínicas que integram o CAPS investigado. Essa situação se acentua quando não há um trabalho de avaliação diagnóstica compartilhada e discutida com o restante da equipe, além do paciente e de sua família.

### **Concepções sobre a proposta de tratamento do CAPS ao paciente psicótico**

As falas dos participantes do estudo sinalizaram uma carente posse de informações sobre o funcionamento do CAPS e suas possibilidades junto ao território de relações do sujeito. Predomina o entendimento do Centro de Atenção como mero recurso terapêutico, operando apenas na lógica da doença (Cardoso & Seminotti, 2006).

Pautado o atendimento na lógica da doença, há o risco de que a clientela do CAPS seja definida de acordo com a gravidade do caso. A título de ilustração, se o estado de Elisa fosse mais grave, talvez a equipe não considerasse ser ali seu lugar, pelo menos enquanto não estivesse em condições de interagir de forma tida como adequada. Isso não favorece a superação de uma situação em que a internação é rotina e destino, superação que a reduz a um recurso eventualmente necessário, investido do desejo de tratamento por parte da equipe – não um profissional ou outro – que se implica responsabilmente nesse ato (Tenório, 2001).

Sem informação sobre o modo de funcionamento e dinâmica da instituição, o paciente pode não perceber necessidade de permanência diária. Em consequência, solicita que a medicação lhe seja fornecida para ingestão em casa, não reconhecendo o estar no CAPS e participação nas atividades ali desenvolvidas como partes fundamentais do tratamento. Para os familiares e profissionais, qualquer melhora demonstrada pelo paciente parece ser percebida como algo espontâneo ou como se devesse ser creditada somente ou principalmente à medicação. É como se o paciente não sofresse igual ou maior influência das relações e das atividades diárias que desenvolve na instituição. Sobre a medicação, é possível que, pela dificuldade de escuta à fala do paciente, alguns familiares e profissionais considerem que ele não adere ao

tratamento medicamentoso simplesmente porque não quer ou porque não tem consciência.

Quanto à família, a carência de informações sobre o funcionamento institucional parece não interferir em seu interesse de que o membro com uma psicose fique no CAPS. Como se tende a responsabilizar esse sujeito por muitos dos conflitos familiares, sua permanência no serviço se configura como um alívio para o cotidiano doméstico.

Quando o paciente começa a apreciar sua inserção no CAPS, por associar a ela sua melhora, a falta de articulação com a comunidade possivelmente favorece seu interesse em passar mais tempo na instituição. Ainda que nela desenvolva relações que representem um restabelecimento dos laços sociais, é preciso cuidado para que ele não venha a considerar que o CAPS é o único lugar em que isso pode acontecer.

Os indícios de melhora parecem se restringir ao aumento dos intervalos entre as crises, numa avaliação que é pautada numa sintomatização da vida diária (uso do medicamento, cuidado com a higiene, apetite adequado, discurso não delirante etc.). Embora esse aumento do intervalo seja crucial, a pouca observação dos fatores relacionados à ocorrência de recaídas é possivelmente um reflexo de uma complicada noção de coletivo, noção que abafa o pressuposto da oferta de um atendimento personalizado.

Diante de uma crise psicótica ou mesmo quando se considera estar o paciente estabilizado, o medicamento parece ser a peça-fundamental do tratamento, como se as demais modalidades de intervenção fossem prescindíveis. É uma consideração que pode favorecer a que o CAPS tenha seu valor social diminuído, com o perigo de se converter num atendimento ambulatorial restrito à entrega de medicamento. Para que haja um maior reconhecimento às possibilidades do Centro de Atenção quanto aos serviços que oferece e ao seu papel junto à rede de saúde mental, profissionais, familiares e o paciente precisam aprender a escutar o que, nas relações em que o último está inserido, produz efeitos de subjetivação.

O reconhecimento de que o trabalho de restabelecimento dos laços sociais é do paciente não deve interferir na ponderação de que a subjetividade parte sempre de uma intersubjetividade. Se ele encontra pontos de sustentação na realidade, é porque alguém ou algo que alguém fez contribuiu para isso.

Por outro lado, como há uma escassa oferta de modalidades de atendimento, ainda que se observem os pontos que o paciente escolhe para sua sustentação na

realidade, como o gosto pelo artesanato no caso de Elisa, pouco ou nada é feito para o aproveitamento desse dado, em razão tanto de questões administrativas quanto pela ainda vacilante parceria entre equipe, família e pacientes.

### **Contribuição da família para o atendimento do paciente psicótico no CAPS**

As respostas dos participantes evidenciaram uma unanimidade: a contribuição da família é limitada em razão de falta de modalidades na instituição. É também limitada pela existência de conflitos na dinâmica familiar. É possível que a primeira questão reforce a segunda. A falta de espaços destinados aos familiares dificulta a identificação dos conflitos em relação ao paciente e a criação de estratégias que permitam sua resolução.

Essa falta de espaços contribui para que os familiares possam ter, por vezes, expectativas pouco realistas. Podem idealizar o tratamento, por considerarem que ele pode promover uma cura perfeita ou a mudança da personalidade do pai, irmão, cônjuge, etc. Essas expectativas refletem uma ausência de compreensão sobre o quadro apresentado pelo membro da família em atendimento no CAPS. Nesse sentido, alguns familiares almejam uma melhora permanente. Outros acham que é transitória. Em comum, a família e a equipe parecem não saber o que esperar, considerando que o restabelecimento se deve simplesmente à vontade do usuário. Esse, por sua vez, delega a promoção de seu bem-estar aos familiares e aos profissionais.

Sem saber a família que contribuição pode dar ao tratamento, sua participação na instituição se restringe a idas motivadas por problemas apresentados pelo paciente. São idas que fortalecem a idéia de que ele só demonstra ações inadequadas, tanto pela intenção (desobediência) quanto pela falta de consciência (doença). Como não há um suficiente conhecimento sobre o cotidiano do CAPS, os familiares pouco ficam informados sobre as melhoras que o membro em tratamento está apresentando, além da diminuição dos sintomas anteriormente manifestados, bem como sobre as atividades, interesses e relações que desenvolve no local. O desconhecimento interfere na possibilidade de que os familiares adquiram outra opinião sobre esse sujeito, que não a do ambiente doméstico.

A carência de informações compromete o reconhecimento das possibilidades da família em atuar para o desenvolvimento da integração do paciente na vida em sociedade. Favorece, igualmente, a que os familiares não reconheçam o porquê da necessidade do cuidado ou que o vejam somente como um fardo.

Em relação à equipe, o contato com a família é feito por poucos profissionais, os quais tendem a ser vistos pelos demais funcionários, a família e o paciente como os mais indicados para esse contato. Informações importantes do cotidiano do CAPS não são transmitidas, como a participação do paciente nas oficinas. A interlocução, assim, tende a se restringir a temas como questões burocráticas, medicamentos ou comportamentos apresentados pelo paciente que interferem no funcionamento institucional.

A escassez pela equipe de contatos com a família prejudica a investigação e a discussão das histórias pessoal e familiar das pessoas atendidas no CAPS. Como é a história o que nos permite ver como o sujeito se estrutura (Quinet, 1990), o pouco diálogo com os familiares, somado à descontínua escuta que é oferecida ao paciente, pode acentuar as dicotomias historicamente construídas sobre o que define uma “boa” ou uma “má” família.

No caso da família de Elisa, a escassez de modalidades destinadas aos familiares e de um trabalho constante e sistemático com eles possivelmente se refletiu em sua resistência em participar das reuniões agendadas com a equipe. Destaca-se que os encontros para a execução das entrevistas com os familiares só foram possíveis após diversas tentativas de agendamento pela pesquisadora. Essa situação sinaliza que, quando há uma espécie de desistência por parte da família em relação ao tratamento, a equipe precisa se esforçar mais ainda para também dela não desistir.

Após a apresentação da síntese das principais considerações a que se chegou através do estudo empírico, são comentadas abaixo outras questões que o trabalho como um todo suscitou.

Em instituições como o local investigado, por mais que se deseje preservar o anonimato dos participantes do estudo, isso se torna praticamente inviável. Dirigir-se a uma sala reservada para a entrevista junto com algum paciente, familiar ou membro da equipe, bem como indagar quando determinada pessoa estará na instituição, exemplificam situações que permitem a rápida dedução de quem integra a pesquisa. Essas são questões que sugerem a ampliação do debate sobre aspectos éticos presentes em pesquisas com delineamento como o do presente estudo.

Em função das dificuldades e conflitos apresentados por Elisa e membros de sua família durante a realização das entrevistas, outro aspecto ético a ser pensado se refere à importância de que o pesquisador propicie um espaço de acolhimento para o

que é dito. A pesquisa na Psicologia Clínica envolve especificidades que merecem maior atenção a fim de que a necessidade de escuta não fique em detrimento em comparação ao trabalho de obtenção de informações.

O caso de Elisa indicou que, embora o atendimento em saúde mental parta do pressuposto da co-responsabilização de todos os envolvidos – paciente, família e equipe – a relação entre esses grupos pode se tornar uma busca por culpados quando ocorre algo que rompe o equilíbrio institucional existente. Na conclusão dessa busca, o paciente pode ser visto como o principal responsável. Nesse sentido, quando houve a saída de Elisa do CAPS, a pesquisadora percebeu a necessidade de se colocar como mediadora da relação entre os três pelo receio de que o tratamento fosse interrompido.

Quanto aos aspectos metodológicos do presente estudo, como sua proposta não foi a de avaliar a qualidade do serviço CAPS, não se buscou debater a fundo suas potencialidades no atendimento de pessoas com quadro psicótico. Indica-se, portanto, a necessidade de estudos longitudinais que permitam acompanhar o paciente ao longo de seu tratamento na instituição. Mas, mesmo não tendo sido esse o foco do estudo, algumas potencialidades do CAPS puderam ser observadas, como discutido nos capítulos referentes à discussão das informações coletadas, as quais precisam ser debatidas para o posterior aperfeiçoamento.

Por outro lado, ressalta-se que o caráter processual da pesquisa participante permite não apenas a constante reflexão sobre os objetivos propostos, como também a constante interlocução com os participantes do estudo sobre as impressões colhidas em campo. Destaca-se, ainda, que, apesar de terem se observado algumas questões delicadas, como já mencionado, houve uma importante abertura na instituição investigada para a realização do estudo. Com isso, pôde-se participar de reuniões da equipe, ter acesso aos prontuários e contar com a solicitude de todos os funcionários em responder as questões sobre o funcionamento institucional.

Observou-se que a pesquisa empírica serviu como uma oportunidade para que os participantes possam identificar qual é a sua opinião sobre determinados assuntos que permeiam o funcionamento da família e institucional. Essa foi uma oportunidade para a revisão de suas certezas e o debate de dúvidas, ambos, muitas vezes, sem espaço para uma oxigenação.

A partir dos depoimentos e da observação participante, sugere-se a necessidade de atividades com as famílias, de forma a se oferecer espaços que lhe proporcionem tanto ser co-terapeutas ao longo do tratamento, como pacientes. Para que

os familiares se sintam mais responsáveis pela promoção do cuidado, também precisam se sentir acolhidos e escutados em seus sofrimentos. Desse modo, a criação de espaços sistemáticos como grupos de familiares e reuniões para avaliação da qualidade do serviço se tornam importantes estratégias. Ambas as alternativas propiciam que os familiares conheçam outros familiares, o que é algo enriquecedor para todos os envolvidos (Melman, 2001). Também favorecem a criação de associações de familiares e de usuários.

O cuidado em relação aos familiares pode ajudá-los a sair da rigidez que o congelamento da identidade de familiar produz, para que possam explorar formas inusitadas de estar no serviço. Em outras palavras, é possível e necessário inventar um lugar para a pessoa do familiar (Melman, 2001). Com isso, pode-se contribuir tanto para que o usuário se torne mais autônomo quanto para que sua família também assim se torne nos cuidados a ele direcionados.

Espaços destinados aos familiares, com a participação ou não dos pacientes, podem favorecer o resgate dos laços perdidos no cotidiano de conflitos e/ou de silêncios. Esses espaços favorecem o esclarecimento sobre o diagnóstico e a escuta dos receios e estereótipos relacionados, cuja repercussão no ambiente doméstico, dentre outras, pode ser a de questionar os papéis exercidos por cada membro do grupo familiar.

Quanto à equipe, parece não haver uma necessária reflexão por alguns profissionais acerca da proposta de sua atuação e da instituição como um todo. As ações parecem ocorrer num nível meramente intuitivo sem um questionamento sobre as modalidades de atendimento existentes no CAPS que contribuem para a melhora ou mesmo que não surtem nenhum efeito perceptível no estado do paciente.

Sugere-se, assim, a importância da supervisão clínico-institucional para a equipe de saúde mental. Ela possibilita tanto que o conhecimento seja compartilhado quanto propicia o debate de dúvidas e de dificuldades individuais e em comum. Com isso, numa equipe em que a interlocução não ocorre de forma freqüente e entre todos os membros, como a do CAPS investigado, a supervisão pode permitir que os profissionais ensaiem e consolidem conversas entre si, com o crescimento da coesão grupal.

Diante da questão o que fazer com determinado usuário, a supervisão clínico-institucional é um espaço aberto a todos os profissionais, de níveis superior e médio, para a discussão da lógica do funcionamento subjetivo do paciente. Ela permite estabelecer as principais coordenadas de seu tratamento e discutir o manejo transferencial, as hipóteses diagnósticas, a intervenção da equipe, a interação com a

rede... Isso contribui para a diminuição da fragmentação institucional, pois não traz efeitos somente para o paciente. Traz para toda a equipe e o funcionamento como um todo (Ferreira, 2005). O saber que se constrói a partir da discussão dos casos serve para orientar a direção do tratamento fora e dentro do serviço (Quinet, 1997).

Com a supervisão, pode-se fazer uma apreciação mais cautelosa dos casos. Os sinais de existência de uma transferência e de esforços de estabilização pelo paciente são exemplos de questões que podem ser discutidas e revistas (Ferreira, 2005). Ao mexer na equipe, a supervisão pode tocar nos pontos do funcionamento institucional cristalizados, o que pode promover um repensar sobre os lugares e os papéis atribuídos a cada membro. Pode, em paralelo, favorecer o alcance da autonomia apontada por alguns funcionários, a fim de que se sintam mais mobilizados para a mudança do modo de condução do serviço e para a interlocução com outras instituições.

A supervisão clínico-institucional pode também proporcionar o debate de textos sobre o CAPS, sua clientela, seus desafios, avanços e modos de funcionamento nas diferentes cidades brasileiras. Esse debate propicia a construção de um instrumental teórico-metodológico comum entre os profissionais.

Igualmente, a pesquisa indicou que a noção de social apresentada pelos participantes, à exceção de Elisa, é tímida, restringindo-se às relações no serviço. Parece que as relações com o território pouco fazem parte da imagem relacionada a essa noção (Melman, 2001). Não há a suficiente promoção de serviços comunitários que cheguem à casa do paciente.

Predominava no local investigado, no momento de realização da pesquisa empírica, o trabalho intramuros. Havia poucas articulações interinstitucionais e com grupos do âmbito da saúde e de outros. Essa situação indica o risco de que a instituição CAPS se feche em si mesma. É preciso cuidado para não **encapsular**<sup>26</sup>. Sabe-se que o manicômio é o lugar da troca zero e que sua extinção não provoca automaticamente a entrada do sujeito no intercâmbio social (Tenório, 2001). Para tanto, a promoção do empoderamento do CAPS, por meio da consolidação de um funcionamento institucional e de uma rede competentes, precisa estar constantemente na pauta sobre a assistência em saúde mental que o município visa oferecer. Como as pessoas que possuem um quadro psicótico apresentam diferentes graus de comprometimento psicossocial, elas demandam, portanto, diferentes intervenções no serviço e fora dele.

---

<sup>26</sup> Termo utilizado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Pitta em evento ocorrido em São Luís no início do corrente ano.

No campo da saúde mental, é difícil denominar algo como apenas um ganho ou uma perda. A efetivação da transição do modelo hospitalar para o extra exige formas de avaliação no que tange ao atendimento ao paciente psicótico não circunscritas às que são adotadas na clínica médica e em outras áreas da saúde pública. Exige formas que possibilitem a identificação, a análise e o aperfeiçoamento das suplências que aquele desenvolve a partir de sua inserção no CAPS e para além do serviço. Isso, por sua vez, requer o entendimento do projeto terapêutico individual como um tratado ético-político. Como se observou no caso de Elisa, as relações com os profissionais e pacientes do CAPS, bem como o apoio de membros de sua família, ainda que bastante delicado, permitiu um restabelecimento de seus laços sociais, aparentemente, mais interessantes a ela. A consolidação do trabalho em rede pode alargar esse processo.

Retornando ao título do presente trabalho, para que uma clínica da psicose de fato se constitua, entendendo-se que essa exige o pressuposto de que há ali um sujeito, os profissionais, em especial, precisam ter não apenas mais conhecimentos sobre as especificidades relacionadas. Precisam ter um outro posicionamento diante do paciente. Faz-se necessária a compreensão de que há uma verdade em seu discurso, a qual está relacionada ao seu modo de co-existência no mundo. Esse posicionamento, por sua vez, é o que possivelmente indicará que há um esforço para a concretização da clínica preconizada para o CAPS.

As reflexões apresentadas neste estudo evidenciam que, para que o atendimento oferecido no CAPS ao paciente psicótico se diferencie do modelo de assistência tradicional, cabe analisar as concepções do próprio paciente, de sua família e de profissionais sobre o fenômeno psicótico e as pessoas que o vivenciam. Quando essas concepções se restringem ao campo da doença e, em consequência, o tratamento se limita à supressão dos sintomas, a proposta da clínica do CAPS não está sendo colocada em debate.

A superação dos discursos tradicionais e decorrentes de conflitos na dinâmica familiar sobre o paciente psicótico requer constantes avaliações e reflexões acerca dos lugares que ele próprio, sua família, profissionais de saúde mental e a população em geral desejam lhe conferir na sociedade. Isso implica o reconhecimento de que o lugar em que colocamos o outro em nosso campo de intenções está diretamente relacionado à forma como compreendemos e respeitamos os diferentes modos de existência.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alberti, S. (2002). O Adolescente e seu *Pathos*. Psicologia USP, 13 (2), 183-202.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª versão, texto revisado. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aulagnier, P. (1991). Observações sobre a estrutura psicótica. Em C. Katz (Org.), Psicose: uma leitura psicanalítica (pp. 51 – 74). 2.ed. Escuta.
- Bachelard, G. (2000). A poética do espaço. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Badinter, E. (1985). Um amor conquistado: o mito do amor materno. 9.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bairrão, J. F. (2005). A escuta participante como procedimento de pesquisa do sagrado enunciante. Estudos de Psicologia, 10 (3), 441 – 446.
- Barreto, J. (2005). O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora: Editora da UFJF.
- Batista Pinto, E. (2004). A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. Psicologia USP, 15 (1/2), 71 – 80.
- Berenstein, I. (1988). Família e doença mental. São Paulo: Escuta.
- Bergeret, J. (1991). Personalidade normal e patológica. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Birman, J. (2001). Mal-estar na atualidade: a Psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bucher, J. (1986). Mitos, segredos e ritos na família II: uma perspectiva intergeracional. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2 (1), 14 – 22.
- Canguilhem, G. (2002). O normal e o patológico. 5.ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária.
- Cardoso, C. & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no CAPS. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3), 775 – 783.
- Carvalho, I., Costa, I. & Bucher-Maluschke, J. (2007). Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. Revista Mal-estar e subjetividade, 2, 163 – 189.
- Carvalho, T. (2007) Atuação em Psicologia Escolar: o desenvolvimento de competências para a mediação da escolha profissional de adolescentes em São Luís-MA. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia.

- Cedraz, A. (2006). Nem tudo que reluz é ouro: oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Instituto de Psicologia.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S.H. & Pereira, M. T. (2004). Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. Psicologia: ciência e profissão, 24 (3), 82-91.
- Coelho, V.L. (1999). Prevenção de crises e hospitalizações em transtornos psicóticos: a contribuição de pacientes e familiares. Em M.G.T Paz & A. Tamayo (Orgs.), Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos (pp. 121 – 133). Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Coriat, A. & Pisani, C. (2001). Um caso de S. Freud: Schreber ou a paranóia. Em J.D. Nasio (Org.), Os grandes casos de psicose (pp. 41 – 64). Rio de Janeiro: Zahar.
- Costa, I. (2003). Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Costa, I. (2004). A doença mental no contexto dos direitos humanos e da violência. Em G.Maluschke, J. Maluschke-Bucher & K. Hermanns (Orgs.), Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática (pp. 77 – 102). Fortaleza: Konrad Adenauer.
- Delgado, P.G. (2001). No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. Em A.T Venâncio & M.T Cavalcanti (Orgs.), Saúde Mental: campos, saberes e discursos (pp. 283 – 290). Rio de Janeiro: IPUB – CUCA.
- Delgado, P.G. (2006). “Instituir a desinstitucionalização”: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. Cadernos IPUB, 12 (22), 19 – 39. Desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos.
- Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K, Hoffmann, M.C., Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental; 15 anos depois de Caracas. Em M Mello, A. Mello & R. Kohn (Orgs.), Epidemiologia da saúde mental no Brasil. (pp. 39 – 83). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Diaktine, R., Quartier-Frings, F. & Andreoli, A. (1993). Psicose e mudança. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dunker, C. & Kyrillos Neto, F. (2004). Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. Psicologia: Ciência e Profissão, 24 (1), 116 – 125.
- Eiguer, A. (1995). O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Enriquez, M. (2001). O delírio como herança. Em R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J. Baranes (Orgs.), Transmissão da vida psíquica entre gerações (pp. 95 – 127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Falcão, D. (2006). Doença de Alzheimer: um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia.
- Ferreira, C. (2005). Sessão clínica: efeitos de intervenção institucional. Mental, 2 (4), 29 – 43.
- Ferretti, S. (1996). Querebentã de Zomadônu: etnografia da Casa das Minas do Maranhão. 2.ed. São Luís: EDUFMA.
- Figueiredo, A.C. (2002). Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Foucault, M. (1972). História da loucura na Idade Clássica. 6.ed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1975). Doença mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro.
- Freire Costa, J. (2001). As éticas da psiquiatria. Em A.C. Figueiredo & J.F. Silva Filho (Orgs.), Ética e Saúde Mental (pp. 27 – 36). 2.ed. Rio de Janeiro: Topbooks.
- Freud, S. (1909/1976). Romances Familiares. Em Gradiva de Jensen e outros trabalhos (pp. 241 – 247). Imago: Rio de Janeiro (Obras completas de Sigmund Freud, IX).
- Freud, S. (1911/1976). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides). Em O caso Schreber. Artigos sobre técnica e outros trabalhos (pp. 15 – 108). Imago: Rio de Janeiro (Obras completas de Sigmund Freud, XII).
- Freud, S. (1913/1976). Totem e tabu. Em Totem e tabu e outros trabalhos (pp. 13 – 191). Imago: Rio de Janeiro. (Obras completas de Sigmund Freud, XIII).
- Freud, S. (1914/1974). Sobre o narcisismo: uma introdução. Em A História do movimento psicanalítico. Artigos sobre Metapsicologia e outros trabalhos (pp. 85 – 119). Imago: Rio de Janeiro. (Obras completas de Sigmund Freud, XIV).

- Freud, S. (1917/1976). Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. Em Conferências introdutórias sobre Psicanálise, parte III (pp. 289 – 305). Imago: Rio de Janeiro (Obras completas de Sigmund Freud, XVI).
- Freud, S. (1921/1976). Psicologia de grupo e a análise do eu. Em Além do princípio de prazer. Psicologia de grupo e outros trabalhos (pp. 89 – 184). Imago: Rio de Janeiro. (Obras completas de Sigmund Freud, XVIII).
- Freud, S. (1930/1974). O mal-estar na civilização. Em O futuro de uma ilusão. O mal-estar na civilização e outros trabalhos (pp. 81 – 171). Imago: Rio de Janeiro (Obras completas de Sigmund Freud, XXI).
- Gellis, A. (2000). Diagnósticos e psicotrópicos: uma resposta pela psicanálise. Psicologia – USP, 11, 107 – 118.
- Goffman, E. (2003). Manicômios, prisões e conventos. 7.ed. São Paulo: Perspectiva.
- Goldberg, J. (1996). Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B. & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. Acta Médica Portuguesa, 19, 1 – 8.
- Guirado, M. (1997). Vértices da pesquisa em Psicologia Clínica. Psicologia USP, 8 (1), 143 – 155.
- Kaës R. (2001). Introdução: o sujeito da herança. Em R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J. Baranes (Orgs.), Transmissão da vida psíquica entre gerações (pp. 9 – 25). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kleinman, A. (1977). Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. California: University of California.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2007). Indicadores. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 17 de maio de 2007.
- Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos. (2007). Maranhão em dados 2005. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento. Disponível em CD-ROM.
- Iribarry, I. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? Ágora, 6, 115 – 138.
- Lacan, J. (1992). O seminário, livro 17: o avesso da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998). Escritos. Rio de Janeiro: Zahar.

- Lacan, J. (1999). O seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2002a). Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em Psicologia. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2002b). O Seminário, livro 3: as psicoses. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Leal, E. & Delgado, P.G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Em R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. Gomes & R. Mattos (Orgs.), Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos (pp. 137-154). Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/LAPPIS; ABRASCO.
- Lévi-Strauss, C. (2003). Antropologia Estrutural. 6.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lines, E. (2005). An introduction to early psychosis intervention: some relevant findings and emerging practices. Disponível em [www.cmha.ca/english/intervent/about.htm](http://www.cmha.ca/english/intervent/about.htm). Acesso em 15 de julho de 2005.
- Lírio, S. (2005). Reinado sob ameaça: frente de oposição desafia 40 anos de poder da família Sarney. Há até um alvo simbólico: o mausoléu do ex-presidente. Carta Capital, 12 (369), 30 – 39.
- Loyola, C., Rocha, T. & Silva Filho, J. F. (2007). Agentes comunitários de saúde como estratégia de atendimento em saúde mental. O Projeto Viva a Vida. Cadernos IPUB, 13 (24), 81 – 90. Saúde mental na atenção básica.
- Maingueneau, D. (1997). Novas tendências em Análise do Discurso. 3.ed. Campinas: Pontes; Editora da Universidade Estadual de Campinas. Marcuse, H. (2001). Cultura e Psicanálise. 3.ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Martins, C.D., Gil, A., Abreu, P.B. & Lobato, M.I. (2004). Humor e psicose em esquizofrenia: explorando fronteiras diagnósticas com o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e o caso John Nash. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26 (2), p.135 – 157.
- McGorry, P. & Edwards, J. (2002). Intervenção precoce nas psicoses. São Paulo: Janssen-Cilag.
- Melman, J. (2001). Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras.
- Minayo, M.C. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec.

- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2002) Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretária de atenção à saúde. (2004a). Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004. 5. ed. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. (2004b). Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. (2004c). Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2007a). Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003 – 2006. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2007b). Saúde Mental em dados 4, ano II, nº 4, agosto de 2007.
- Ministério da Saúde. (2008a). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 11 de abril de 2008.
- Ministério da Saúde. (2008b). Datasus: Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em 11 de abril de 2008.
- Oda, A. M. & Dalgalarondo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 12 (3), 983 – 1010.
- Organização Mundial de Saúde (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Autor.
- Oury, J. (2003). Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. Cahiers de psychologie clinique, (21) 155 – 165.
- Parnas, J. & Zahavi, D. (2002). The role of Phenomenology in psychiatric diagnosis and classification. In M. Maj, W. Gaebel, J.J. López-Ibor & N. Sartorius (Orgs.), Psychiatric diagnosis and classification (pp. 137 – 162). New York: John Wiley & Sons.

- Pessotti, I. (1999). Os nomes da loucura. São Paulo: Editora 34.
- Pignarre, P. (1999). O que é o medicamento?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34.
- Pitta, A. (2001). Tecendo uma rede de cuidados em saúde mental. Em A.T Venâncio & M.T Cavalcanti (Orgs.), Saúde Mental: campos, saberes e discursos (pp. 277 – 282). Rio de Janeiro: IPUB – CUCA.
- Prado, M.C. (2000). Destino e mito familiar: uma questão na família psicótica. São Paulo: Vetor.
- Quinet, A. (1997). Teoria e clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Quinet, A. (2006). Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rabelo, A., Mattos, A. A., Coutinho, D. & Pereira, N. (2006). Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. 2.ed. Salvador: EDUFBA (Série Saúde Mental Neuropsiquiatria UFBA).
- Rinaldi, D. & Lima, M. C. (2006). Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. Mental, 4 (6), 53 – 68.
- Rocha, D. & Deusdará, B. (2005) Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. Alea, 7 (2), 305 – 322.
- Rosa, M. A. & Elkis, H. (2007). Adesão em esquizofrenia. Revista de Psiquiatria Clínica, 34 (2), 189-192.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. Mal-estar e subjetividade, 4 (2), 329 – 348.
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. Em F. Rotelli, O. Leonardis & D. Mauri (Orgs.), Desinstitucionalização (pp. 89 - 99). 2.ed. São Paulo: Hucitec.
- Roudinesco, E. (2000). Por que a Psicanálise? Rio de Janeiro: Zahar.
- Safouan, M. (1991). Da forclusão. Em C. Katz (Org.), Psicose: uma leitura psicanalítica (pp. 213 – 232). 2.ed. Escuta.
- Saggese, E. (2001). Adolescência e psicose: transformações sociais e os desafios da clínica. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Saurí, J. (2001). O que é diagnosticar em Psiquiatria. São Paulo: Escuta.
- Serpa Júnior, O. (2007). Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. Em J.F Silva Filho (Org.), Psicopatologia hoje (pp. 11 – 62). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria (Coleções IPUB).

- Silva, E. (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 de Mestrado. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia.
- Singer, F. (2002). A teoria e seu objeto: Psicanálise e Psicopatologia Fundamental. Em E. Queiroz & A. R. Silva (Orgs.), Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (pp. 93 – 128). São Paulo. Escuta.
- Soler, C. (2007). O inconsciente a céu aberto da psicose. Rio de Janeiro: Zahar.
- Souza, I.M. (1999). O asilo revisitado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. Em M.C. Rabelo, P.C. Alves & I.M. Souza (Orgs.), Experiência de doença e narrativa (pp. 139 – 168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sterian, A. (2001a). Emergências psiquiátricas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sterian, A. (2001b). Esquizofrenia. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tenório, F. (2001). A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Tenório, F. & Rocha, E. (2006). A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. Em S. Alberti & A.C. Figueiredo (Orgs.), Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta (pp. 55 – 72). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Torre, E. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciência e saúde coletiva, 6 (1), 73 – 85.
- Vieira Filho, N. (2005). A clínica psicossocial e a atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Psicologia: ciência e profissão, 25 (2), 228 – 239.
- Viveiros, M.T. (2003). Perfil dos internos em serviços de saúde mental de São Luís – Maranhão. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Biológicas da Saúde.
- Zenoni, A. (2000). Qual instituição para o sujeito psicótico? Abrecampos, 1, 12 – 31.
- Zimerman, D. (2000). Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas.

**ANEXOS**

## **Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o paciente**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nas últimas décadas estão ocorrendo mudanças no atendimento aos usuários das instituições públicas na área da Saúde Mental. Neste sentido, você está sendo convidado(a) a participar do presente estudo na certeza da importância de sua contribuição para a melhoria dos serviços oferecidos.

O objetivo da pesquisa é conhecer o que as pessoas pensam sobre o motivo que as fez vir a esta instituição. Para tanto, será realizada uma entrevista individual. A pesquisadora poderá entrar em contato com a equipe responsável, estudar o prontuário, conversar com os familiares, anotar informações e gravar as entrevistas.

Sua participação é voluntária. Você tem liberdade para decidir se quer ou não responder às perguntas, podendo desistir de participar a qualquer momento. No caso de utilização dos dados em trabalhos científicos, todas as informações que permitam identificar os participantes serão mantidas em sigilo. A pesquisa não oferece nenhum risco. A pesquisadora se compromete a: estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas; e, comunicar as conclusões do trabalho caso seja de seu interesse.

### **Confirmação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nome completo: \_\_\_\_\_

São Luís/MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_.

### **Informo ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento.**

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **CONTATOS:**

Pesquisadora: Isalena Santos Carvalho – Doutoranda em Psicologia /UnB – 8125-6198

Orientadora: Profa. Dra. Júlia Bucher – (85) 9989-4174

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra: 3219-1092

## **Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a família**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nas últimas décadas estão ocorrendo mudanças no atendimento aos usuários das instituições públicas na área da Saúde Mental. Neste sentido, você (pai/mãe ou outro familiar) está sendo convidado(a) a participar do presente estudo na certeza da importância de sua contribuição para a melhoria dos serviços oferecidos.

O objetivo da pesquisa é conhecer o que pensa sobre o motivo que fez seu filho(a) (ou outra pessoa) vir a esta instituição. Para tanto, será realizada uma entrevista individual. A pesquisadora poderá entrar em contato com a equipe responsável, estudar o prontuário, conversar com os familiares, anotar informações e gravar as entrevistas.

Sua participação é voluntária. Você tem liberdade para decidir se quer ou não responder às perguntas, podendo desistir de participar a qualquer momento. No caso de utilização dos dados em trabalhos científicos, todas as informações que permitam identificar os participantes serão mantidas em sigilo. A pesquisa não oferece nenhum risco. A pesquisadora se compromete a: estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas; e, comunicar as conclusões do trabalho caso seja de seu interesse.

### **Confirmação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nome completo: \_\_\_\_\_  
 ( ) Pai/Mãe ( ) Outro: \_\_\_\_\_

São Luís/MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_.

**Informo ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento.**

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **CONTATOS:**

Pesquisadora: Isalena Santos Carvalho – Doutoranda em Psicologia /UnB – 8125-6198

Orientadora: Profa. Dra. Júlia Bucher – (85) 9989-4174

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra: 3219-1092

**Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais do CAPS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nas últimas décadas estão ocorrendo mudanças no atendimento aos usuários das instituições públicas na área da Saúde Mental. Neste sentido, você está sendo convidado(a) a participar do presente estudo na certeza da importância de sua contribuição para a melhoria dos serviços oferecidos.

O objetivo da pesquisa é conhecer sobre o atendimento em saúde mental a portadores de transtorno psicótico em sua instituição. Para tanto, será realizada uma entrevista individual. A pesquisadora poderá anotar informações e gravar a entrevista.

Sua participação é voluntária. Você tem liberdade para decidir se quer ou não responder às perguntas, podendo desistir de participar a qualquer momento. No caso de utilização dos dados em trabalhos científicos, todas as informações que permitam identificar os participantes serão mantidas em sigilo. A pesquisa não oferece nenhum risco. A pesquisadora se compromete a: estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas; e, comunicar as conclusões do trabalho caso seja de seu interesse.

**Confirmação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nome completo: \_\_\_\_\_

São Luís/MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_.

**Informo ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento.**

Assinatura: \_\_\_\_\_

**CONTATOS:**

Pesquisadora: Isalena Santos Carvalho – Doutoranda em Psicologia /UnB – 8125-6198

Orientadora: Prof. Dra. Júlia Bucher – (85) 9989-4174

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra: 3219-1092

## **Anexo 4: Roteiro da entrevista com o paciente**

### **I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Idade
2. Instrução
3. Ocupação
4. Estado Civil
5. Dependentes
6. Posição do paciente na ordem dos irmãos
7. Moradia
8. Histórico de Migração
9. Religião

### **II. QUEIXA ATUAL**

10. O que o(a) trouxe até aqui?
11. Você acha que alguma coisa ou algum fato contribuiu para que você sentisse isso?
12. Significado(s) atribuído(s) à crise psicótica.

### **III. HISTÓRIA DA QUEIXA ATUAL**

13. Quando e como se iniciaram os problemas que levaram você e/ou sua família a buscar atendimento nesta instituição?
14. Como evoluiu? (Crises: quando e quantas)
15. Houve algum momento anterior em sua vida em que seu comportamento tenha mudado de alguma forma? Outras pessoas também perceberam?
16. Quais os sintomas e alterações comportamentais? (Em ordem cronológica)
17. Alguma vez utilizou droga? Alguma vez utilizou medicação sem receita?
18. Já se consultou no passado com psiquiatra, médico de outra especialidade, psicólogo ou outro profissional em razão desse(s) problema(s)? Quando? O que foi dito na época?
19. Que medicamentos já tomou antes de vir para cá? Há quanto tempo tomou pela primeira vez? Já parou de tomar alguma vez? Por quê?
20. Está usando algum medicamento no momento?
21. Por que você toma remédio?
22. Muitas pessoas procuram ajuda religiosa (de benzedeira, padre, pastor, centro espírita). Já procurou alguma ajuda desse tipo? Qual? O que contribuiu para essa procura? Há quanto tempo? Qual foi o resultado?
23. Já foi internado(a)? Quando foi a primeira internação? Quantas internações até hoje? Em média, quanto tempo durou cada internação? Há quanto tempo foi a última internação?
24. Você ingere bebida alcoólica? Com que frequência?
25. O que mudou em sua vida a partir dessa situação?
26. O que faz você melhorar? Piorar?
27. Como seus familiares, amigos e parceiro(a) reagiram a essa situação atual?

### **IV. ANTECEDENTES FAMILIARES**

28. Algum de seus familiares já realizou/realiza tratamentos médicos ou outros devido a problemas como os que você citou ou a algum tipo de transtorno mental?

29. Para você, o que contribuiu para que esse(s) familiar(es) tivesse(m) esse(s) problema(s)?

#### **V. DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

30. Gravidez/Nascimento: O que sabe sobre o período que sua mãe estava grávida de você? Sobre o parto?
31. Relacionamento com os pais
32. Relacionamento entre os pais e com os irmãos
33. Violência doméstica (física, sexual, psicológica)
34. Relacionamento com amigos
35. Atitude para com o crescimento e o corpo
36. Vida escolar: desempenho escolar, falta de interesse pelos estudos, repetência, abandono escolar.
37. Desenvolvimento sexual: Namorou durante a adolescência? Com quantas pessoas? Houve relação sexual?
38. Vida social (atividades intelectuais, diversões, interesses, habilidades)
39. O que você gostaria de ter sido? O que gostaria de ser?

#### **VI. HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DA FAMÍLIA**

40. Como foi o início da relação entre os seus pais?
41. Quanto tempo depois de estarem juntos ou casados você nasceu?

#### **VII. RELACIONAMENTO FAMILIAR ANTERIOR E ATUAL**

42. Os seus pais vivem juntos? Como era e é a relação entre eles?
43. Como era e é a relação com a sua família?
44. Como era e é a relação com o seu pai, mãe, filho(s), irmão(s)?
45. De quem você se sente mais próximo?
46. Personalidade do pai, mãe, irmãos, filhos

#### **VIII. RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL ANTERIOR E ATUAL**

47. Já foi casado(a) antes? Quantas vezes?
48. Como era e é o seu relacionamento com o(a) seu(sua) esposo(a)/namorado(a)?

#### **IX. AUTOPERCEPÇÃO**

49. Como você se percebe?
50. O que mais gosta em você mesma?
51. O que menos gosta?
52. Qual(is) é(são) seu(s) projeto(s) de vida?

#### **X. VIDA SOCIAL/LAZER**

53. O que você gosta de fazer para se divertir, distrair-se?
54. Quem são as pessoas com as quais se relaciona fora de sua família? Conhece há quanto tempo? Como é a relação?

**XI. HISTÓRIA OCUPACIONAL**

55. Você trabalha? Que trabalhos teve antes? Houve algo que contribuiu para você sair desse último trabalho e/ou dos anteriores?
56. O que pensa em fazer no futuro?
57. Recebe alguma renda?

**XII. CONCEPÇÕES SOBRE O CAPS**

58. Como ficou sabendo sobre o CAPS?
59. Como imaginou que era este lugar?
60. Que tipo de tratamento você está recebendo aqui?
61. Se já fez algum outro tipo de tratamento, percebe alguma diferença em relação ao trabalho daqui?
62. Expectativa sobre o tratamento
63. Expectativa(s) quanto à intervenção médica, psicológica e outras.
64. Que diferença percebe no trabalho de cada um desses profissionais?
65. Que atividades você desenvolve durante o dia? O que pensa sobre elas? Há alguma atividade que você prefere? Há alguma atividade que não goste?
66. O que é o CAPS para você?
67. Observou alguma mudança em você desde que ingressou no CAPS? A que você relaciona essa mudança?
68. O que pensa sobre os outros pacientes? Desenvolveu algum tipo de relação?
69. Quando há contato por parte de sua família com o CAPS? E do CAPS com a família?
70. Quando considera que deve haver contato por parte de sua família com o CAPS? E do CAPS com a família?
71. O que sua família pensa sobre o tratamento que você faz no CAPS?

**Anexo 5: Roteiro da entrevista com o familiar****I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Nome
2. Idade
3. Estado Civil
4. Religião
5. Ocupação/Trabalha em tempo parcial ou integral?
6. Renda
7. Grau de instrução
8. Nº de filhos/ netos/bisnetos
9. Pai/ Mãe vivo(a)
10. Histórico de Migração

**II. HISTÓRIA DA QUEIXA ATUAL**

11. O que trouxe ele(a) para esta instituição?
12. Para você, o que é essa situação que ele(a) apresentou?
13. Para você, o que contribuiu para que ele(a) apresentasse esse problema?
14. Ele(a) já apresentou algo parecido antes ou algum outro comportamento que preocupou a família?
15. Quais os sintomas e alterações comportamentais? (Em ordem cronológica)
16. Ele(a) já realizou algum tratamento antes com psiquiatra, médico de outra especialidade, psicólogo ou outro profissional em razão desse(s) problema(s)? Quando? O que foi dito na época?
17. Muitas famílias procuram ajuda religiosa (de benzedeira, padre, pastor, centro espírita). A sua família já procurou alguma ajuda desse tipo? Qual? O que contribuiu para essa procura? Há quanto tempo? Qual foi o resultado?
18. Ele(a) já foi internado(a) em serviço de emergência psiquiátrica ou em hospital psiquiátrico antes? O que motivou a internação? Como você se sentiu(e)?
19. Ele(a) já tomou remédio(s) antes? Ele(a) utiliza remédio(s) agora? Por que ele(a) utiliza esse(s) remédio(s)?
20. Como você reagiu diante dessa situação atual que ele(a) apresentou? E o restante da família, como reagiu?
21. O que o(a) faz melhorar/piorar?
22. Existe outro membro de sua família com esse problema? Se sim, quem?
23. Presença de transtornos mentais (devidos ao uso de substâncias, esquizofrenia, depressão etc.), doenças físicas ou neurológicas em outro membro da família.
24. Você tem medo de desenvolver esse quadro? Se sim, por quê?
25. Por que você acha que esse problema aconteceu com ele(a) e não com outro membro da família?

**III. CUIDADOS DESENVOLVIDOS COM O PACIENTE**

26. Você precisou desenvolver algum tipo de cuidado na relação com ele(a)?
27. Como você se sente por ter que desenvolver este(s) cuidado(s)?

**IV. HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DA FAMÍLIA**

28. Namoro entre os pais

29. Casamento dos pais

#### **V. CONCEPÇÃO E GESTAÇÃO DO PACIENTE**

30. Quanto tempo após o casamento engravidou dele(a)?
31. A criança foi planejada?
32. Uso de abortivo
33. Foi adotado(a)?
34. Ordem da gestação?
35. Teve dificuldade para engravidar
36. Teve alguma doença mais séria durante a gravidez?
37. Sofreu algum acidente durante a gravidez?
38. Teve algum choque ou algo parecido durante a gravidez?
39. Participação do pai

#### **VI. DESENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

40. Relacionamento com os pais
41. Relacionamento entre os pais e com os irmãos
42. Violência doméstica (física, sexual, psicológica)
43. Relacionamento com amigos
44. Atitude para com o crescimento, corpo e sexualidade
45. Vida escolar: desempenho escolar, falta de interesse pelos estudos, repetência, abandono escolar.
46. Desenvolvimento sexual: Namorou durante a adolescência? Com quantas pessoas? Houve relação sexual?
47. Vida social (atividades intelectuais, diversões, interesses, habilidades)

#### **VII. PERCEPÇÃO SOBRE O PACIENTE**

48. Como o familiar o descreve
49. Como percebe a interação dele(a) com a família / com pessoas fora do âmbito familiar

#### **VIII. DINÂMICA FAMILIAR**

50. Como é o ambiente de casa
51. Conflitos
52. Modo de definição de limites e regras

#### **IX. A FAMÍLIA ANTES/APÓS A(S) CRISE(S) PSICÓTICA(S)**

53. Como vivia a sua família antes desta situação?
54. Como ele (a) era antes desta situação?
55. Como era sua vida antes?
56. Como era o seu relacionamento com ele(a) antes?
57. Como era o relacionamento dos membros de sua família entre si e com ele(a) antes?

58. Como sua família vive atualmente?
59. Como ele(a) está atualmente?
60. Como é o seu relacionamento com ele(a)?
61. Como é o relacionamento dos membros de sua família entre si e com ele(a)?

#### **X. CONCEPÇÕES SOBRE O CAPS**

62. Como ficou sabendo sobre o CAPS?
63. Como imaginou que era este lugar?
64. Que tipo de tratamento ele(a) está recebendo aqui?
65. Se ele(a) já fez algum outro tipo de tratamento, percebe alguma diferença em relação ao trabalho daqui?
66. Expectativa quanto à intervenção médica, psicológica, outras.
67. Que diferença percebe no trabalho de cada um desses profissionais?
68. Como ele(a) descreve o CAPS?
69. O que é o CAPS para você?
70. Observou alguma mudança nele(a) após o ingresso no CAPS? A que relaciona essa mudança?
71. Quando há contato da família com o CAPS? E do CAPS com a família?
72. Quando considera que deve haver contato da família com o CAPS? E do CAPS com a família?
73. Como é o seu contato com o CAPS?

## **Anexo 6: Roteiro da entrevista com profissionais do CAPS**

### **I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Idade
2. Estado Civil
3. Grau de instrução
  - 3.1 Formação acadêmica posterior à graduação / formação em saúde mental

### **II. ATUAÇÃO NO CAPS**

4. Como chegou no CAPS? Há quanto tempo trabalha aqui? Como tem sido esse período?
5. Que função/cargo exerce?
6. Como é o trabalho que você desenvolve aqui no CAPS? (p.ex.: descrição de um dia de trabalho)
7. Que conhecimentos e/ou experiências o ajudam em seu trabalho? (referenciais teóricos, valores, propostas)
8. Como se dá o planejamento das atividades que você desenvolve?
9. Em sua opinião, qual é a proposta/finalidade do CAPS?

### **III. CONCEPÇÕES SOBRE A PSICOSE**

10. Como foi seu primeiro contato com alguém portador de transtorno psicótico? Que pensou na época? Que pensa agora?
11. O que entende por psicose?
12. Que critérios considera importante para se pensar na possibilidade de um diagnóstico de um transtorno psicótico?
13. O que contribui para a ocorrência de uma crise psicótica?
  - 13.1 O que é necessário para que o paciente possa sair da crise psicótica?
14. O que contribui para que a pessoa pare de tomar o medicamento?
15. Percebe a necessidade de algum cuidado diferenciado no atendimento que direciona a pessoa com um transtorno psicótico em comparação ao atendimento de pessoas que possuem outros transtornos?
  - 15.1 Que diferença percebe entre o atendimento que fornece à pessoa com um transtorno psicótico e pessoas com outros transtornos?
16. Quais são os principais desafios/dificuldades que você enfrenta em sua atuação com pacientes com um transtorno psicótico?
17. O que o(a) leva a considerar que houve uma melhora do quadro inicial apresentado pela pessoa com um transtorno psicótico?
  - 17.1 Que fatores indicam a necessidade de mudança para um outro regime de atendimento e a alta?

### **IV. RELAÇÃO CAPS/FAMÍLIA**

18. Comente sobre a relação CAPS/Família.
19. Em geral, é a família que procura mais o CAPS após o ingresso do paciente na instituição ou o contrário?

20. Em que situações ocorre o contato do CAPS com a família? E da família com o CAPS?
21. Quando considera que deve haver contato do CAPS com a família? E da família com o CAPS?
22. Como é o seu contato com a família?

#### **V. PERCEPÇÃO SOBRE O CASO-CONDUTOR DO ESTUDO**

23. Como ele(a) foi encaminhado(a) para você?
24. Como foi seu primeiro contato com ele(a)? E os contatos posteriores?
25. Houve algum contato com a família dele(a)? Em que situação? Com qual familiar foi esse contato? Como foi?
26. Comente sobre o desenrolar do caso dele(a) desde o ingresso no CAPS.
27. Que mudança(s) observou? A que relaciona essa(s) mudança(s)?
28. Que atividades você desenvolve com ele(a)? Como se dá o planejamento dessas atividades?

**Anexo 7: Folha de registro do diário de campo****OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – N.º \_\_\_\_\_**

Etapa: \_\_\_\_\_ Ação: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Participantes: \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO:**

--

**AMBIENTE SOCIAL:****1. Descrição geral das atividades**

--

**2. Descrição detalhada das interações e dos acontecimentos**

--

**IDÉIAS ANALÍTICAS E INFERÊNCIAS**

--

**IMPRESSÕES E SENTIMENTOS**

--