

# Psicose e o atendimento do CAPS

## Psychosis and the CAPS's care

Larissa Horácio Barbosa<sup>1</sup>

Isalena Santos Carvalho<sup>2</sup>



**Resumo:** Pautado em construções teóricas de Freud e de Lacan sobre a clínica das psicoses e desenvolvido através de roteiro semiestruturado de entrevista e de observação participante, este trabalho visou discutir concepções de um usuário, de um familiar e de profissionais sobre o atendimento do CAPS ao sujeito psicótico. Observou-se certa carência de sustentação teórico-prática de alguns profissionais quanto à psicose e à política pública atual de Saúde Mental, além da dificuldade em desenvolver um cotidiano rico de relações e uma atuação que de fato os integre enquanto equipe. É necessário um atendimento que favoreça uma escuta às questões estruturais da psicose e às especificidades de cada caso. Isso requer a construção de um trabalho pela equipe que possibilite aos usuários endereçar suas questões e conferir valor às ações ali realizadas.

**Palavras-chave:** CAPS, psicose, equipe multiprofissional.

**Abstract:** Guided by theoretical constructions of Freud and Lacan on clinical psychosis and developed through a semi-structured guide of interview and participative observation, this paper aimed to discuss the conceptions of a patient, a relative and the professionals about the CAPS treatment on the psychotic person. It has been observed a certain lack of theoretical and practical support of some professionals regarding psychosis and the current Mental Health public policy, besides the difficulty in developing a rich everyday relations and a performance that actually integrate them as a team. It is required a call that encourages listening to structural issues of psychosis and the specifics of each case. This claims the construction of a work by the team that allows patients to address their issues and give value to the shares held there.

**Keywords:** CAPS, psychosis, multiprofessional team.

<sup>1</sup> Psicóloga e Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>2</sup> Psicóloga e docente adjunto III do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

# Psicose e o atendimento do CAPS

## Psychosis and the CAPS's care

Larissa Horácio Barbosa

Isalena Santos Carvalho

### Introdução

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é decorrente do Movimento da Reforma Psiquiátrica, uma luta de trabalhadores de saúde mental, de pacientes e de seus familiares. Quando se inicia na década de 70 do século passado, a luta questionava as condições insalubres de internação nos hospitais especializados em Psiquiatria, como a superlotação, que, por sua vez, contribuía para a comum ocorrência de situações como leito-chão e violências das mais diversas ordens. Paralelo a isso, era frequente que as pessoas internadas passassem meses, anos e, por vezes, a vida inteira no hospital; internação esta que favorecia tanto a perda de habilidades necessárias para o convívio em sociedade quanto as referências familiares e culturais.

Gradativamente, o foco da luta foi ampliado pelo entendimento da importância da desconstrução do pensamento manicomial, ou seja, isolar e tratar não poderiam ser vistas como ações sinônimas. Com a criação de dispositivos legais, cada vez mais se modificou a atenção centralizada no hospital para o cuidado em rede de serviços de base comunitária.

Concebido anteriormente como uma das principais ou mesmo a principal estratégia para a desinstitucionalização do cuidado (Ministério da Saúde, 2004), o CAPS é hoje um serviço do eixo da Atenção Psicossocial Especializada da Rede de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011). No caso da psicose, foco deste estudo, entendemos a partir da Psicanálise que há a necessidade do CAPS desenvolver um atendimento que leve em consideração as especificidades estruturais envolvidas, o que requer a análise do percurso teórico-técnico dos profissionais para atuar no campo em questão e das relações que estabelecem com os usuários. Assim, e considerando a importância do CAPS dentro do que preconiza a atual política de saúde mental no país, este trabalho visou discutir concepções de um usuário, de um familiar e de profissionais sobre o atendimento do CAPS ao sujeito psicótico.

As produções sobre o CAPS e a psicose assumem a importância de se discutir a forma como o CAPS desenvolve o atendimento a esses sujeitos e de que o serviço atenda ao que preconiza a política de saúde mental e não reproduza o modelo manicomial. Além disso, a especificidade deste trabalho está em trazer aquilo que o próprio paciente tem a dizer sobre o seu tratamento (Carvalho, 2008; Dias, 2011; Fraga & Ferreira, 2011).

Inicialmente, são abordadas questões referentes à psicose desenvolvidas por Sigmund Freud e Jacques Lacan. É realizada ainda uma contextualização histórica do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com enfoque na proposta atual do CAPS em decorrência dos avanços e desafios do Movimento. Por fim, são apresentados o percurso metodológico desenvolvido, os resultados obtidos em campo e sua decorrente discussão.

### Psicose: alguns conceitos

#### Foraclusão do significante Nome-do-Pai e seus efeitos

A psicose é uma estrutura. Entende-se aqui estrutura como vista em Lacan, estrutura de linguagem, que se realiza por meio dos discursos; preexiste à entrada de cada sujeito no mundo e, por isso, os constrói (Lacan, 1958/1998). Isso implica que, em cada estrutura clínica (neurose, psicose ou perversão), a linguagem funcionará de um modo específico. Como indicou Lacan (1955-56/2010, p. 23): "Para ser louco é necessária alguma predisposição, se não alguma condição". A psicose possui uma lógica própria, relacionada à foraclusão do significante Nome-do-Pai.

Freud (1911/1996) analisou o caso do jurista Schreber, cuja psicose propriamente dita foi desencadeada no momento em que deveria assumir um importante cargo jurídico. O desencadeamento foi relacionado à ocorrência da ideia inicialmente negada por aquele de como “deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (Schreber, 1903/2010, p. 54). Em sua construção delirante, de acordo com Freud (1911/1996), da negação da ideia à sua reconciliação com o mundo – quando considera que as transformações em seu corpo eram necessárias para que se tornasse a mulher de Deus e com ele gerasse uma nova humanidade –, foi por meio do delírio que Schreber pôde alcançar alguma possibilidade de estabilização que lhe propiciou, inclusive, lutar e conseguir a revisão de sua interdição judicial em hospital psiquiátrico.

Na psicose, o que é, muitas vezes, desprezado pelos familiares e por muitos profissionais, é exatamente o que para Freud (1911/1996) precisa ser escutado: o delírio. No mesmo texto, ele apontou que, para o paranoico, “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (p. 95). Desse modo, apesar de Freud não ter desenvolvido uma teoria sobre as psicoses, ele lançou as bases para a fundação posterior de uma clínica das psicoses por Lacan.

Dentre as bases, a frase acima de Freud foi lida por Lacan (1955-1956/2010, p. 106) como: o “não-simbolizado reaparece no real”. Isso implica em haver, conforme o segundo, uma foraclusão do significante Nome-do-Pai para o psicótico. O furo que se abre no significado pela foraclusão é o que dá início à cascata de remanejamentos de significantes até que o sujeito encontre alguma estabilidade por meio de algo que faça suplência à ausência da operação da Metáfora Paterna; possibilidade que, para a Psicanálise, o sujeito psicótico busca alcançar através do trabalho de seu delírio (Lacan, 1958/1998).

O Nome-do-Pai é o significante que se inscreve no Outro e, assim, inaugura a simbolização. Sua foraclusão corresponde à abolição da lei simbólica, à não travessia do complexo de Édipo. Como possui o complexo de Édipo a função de normalização, sua não-travessia acarreta para o sujeito dificuldades em suas relações com a realidade e uma posição fora da partilha dos sexos. Mas o sujeito psicótico não é incapaz de colocar-se nas relações. Através do delírio, ele procura reorganizar seu cotidiano de relações. O delírio é para ele a significação através da qual tudo adquire nexos, tudo se resolve (Lacan, 1957-58/2010, grifo do autor).

O fato de se tratar de uma estrutura diferente da neurose não significa dizer que não é possível um tratamento para a psicose. Diante disso, a partir da construção teórica da Psicanálise em Freud e em Lacan, serão apresentadas a seguir o que as autoras deste trabalho consideram importantes indicações para a promoção de um tratamento que não se pretenda autoritário ou assistencialista, alternativas que, no afã de a todo custo incluir o sujeito psicótico na sociedade, tendem a excluir justamente a singularidade de sua diferença.

### **O tratamento e as relações desenvolvidas com o usuário**

Por vezes, é comum que o delírio seja visto como algo sem importância ou que deva ser simplesmente debelado (Carvalho, 2008). Porém, é a partir dele que o psicótico confere uma significação àquilo que vive. O delírio é a teoria construída pelo sujeito psicótico, que lhe possibilita, como no caso de Schreber, alguma forma de elaboração à experiência de eclipse do mundo que sente acontecer consigo. A tarefa do analista frente a uma psicose – recomendação que consideramos fundamental também para o trabalho dos profissionais do campo da saúde mental – é acompanhar o usuário, escutando o delírio, com “seus pontos de referência essenciais” (Lacan, 1955-56/2010, p. 42). Para tanto, no caso do trabalho institucional, é importante que ele tenha alguém a quem possa endereçar sua fala.

Na psicose, as relações são um fator importante para que o sujeito encontre possibilidades de subjetivação. É também por meio dessas que o psicótico encontra um lugar que o permite endereçar suas questões. Mas, não se trata apenas de incluir o sujeito

psicótico nas relações cotidianas dentro e fora do serviço de saúde mental sem considerar sua especificidade, mas de respeito ao seu modo próprio de desenvolvimento de uma maneira mais confortável de estar no mundo. Tenório (2001, p. 65) destacou que:

Ao se tomar a psicose como uma questão de existência, o deslocamento que se engendra na noção de cura visa a recusar uma ideia de volta à normalidade e formular os objetivos do tratamento em termos que visam a singularidade do sujeito.

Há a necessidade de escutar o sujeito psicótico a partir de sua própria lógica e trabalhar no sentido de favorecer a (re)construção de relações. A Psicanálise vem contribuir para que a escuta dos profissionais se paute nas especificidades de cada atendimento na aposta de construção de um projeto terapêutico de fato singular. Vem em auxílio àquilo que propõe o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que o psicótico seja visto como sujeito e tenha um tratamento digno que o permita viver em sociedade.

### **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o CAPS**

No fim da década de 1970, em que o Brasil vivia um cenário de dificuldades e de lutas sociais e políticas pelo alcance de maiores direitos e condições de cidadania, algo que também se tornou foco de reivindicações foram as más condições de atendimento à população com transtornos mentais. Os hospitais psiquiátricos possuíam mais pessoas do que leitos e a exclusão era a marca do tratamento. Nesse cenário, em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual combinava reivindicações trabalhistas e discurso humanitário, em vista das denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e de abandono, violência e maus-tratos a que eram submetidos os usuários. O MTSM ganhou grande repercussão e veio a liderar os acontecimentos que fizeram avançar a luta antimanicomial (Tenório, 2001).

Em 1987, ocorreram dois eventos que viriam a se destacar no andamento da Reforma: a I Conferência de Saúde Mental e o I Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental. No primeiro evento, percebeu-se a ênfase no científico em detrimento do caráter comunitário, por isso, resolveu-se pela realização do segundo encontro citado. Apesar disso, a I Conferência representou:

(...) o fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: 'Por uma Sociedade sem Manicômios'. (Tenório, 2002, p. 36).

Ainda de acordo com o mesmo autor, nesse momento passa-se a pensar na relação profissional-cliente, no cotidiano e na cultura e incorporam-se os usuários e seus familiares como impulsionadores do processo. É também instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com a consolidação do pressuposto da substituição de uma psiquiatria centrada no hospital para um atendimento sustentado por dispositivos de caráter territorial.

Em meio a tantas lutas, o primeiro CAPS surge no ano de 1987. Localizado na cidade de São Paulo, o CAPS Luiz Cerqueira "é identificado como marco inaugural de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma clínica ampliada que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo" (Pitta, 2011, p. 4584, grifos do autor). Em 1989, o projeto de lei, proposto pelo deputado Paulo Delgado, conferiu maior visibilidade à Reforma. Embora tenha sido vitorioso na Câmara dos Deputados no fim de 1990, o projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado. Em 2000, o Senado chegou a aprovar outro projeto que deixava brechas inclusive para a abertura de novos hospitais psiquiátricos, porém foi rejeitado quando de sua apresentação na Câmara dos Deputados.

No ano seguinte, foi finalmente aprovado o projeto do Deputado Paulo Delgado, a Lei 10.216, que ficou conhecida como Lei da Saúde Mental. Apesar de significativas alterações na redação original do projeto após tantos anos de tramitação, a aprovação da lei trouxe uma intensificação nos debates e a popularização da causa da Reforma (Tenório, 2001).

Pitta (2011) afirma que o avanço mais consistente da Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece na década de 2000, com a publicação de Portarias como a 336 e a 189, que expandem os CAPS, e 106 e 1.220, que instituem os serviços residenciais terapêuticos (SRT). Foram criadas no sentido de viabilizar a reinserção social na comunidade dos usuários para quem o hospital se tornou moradia, em razão dos muitos anos de permanência.

É nesse cenário que se insere o CAPS, como uma estratégia governamental, em resposta às reivindicações da Reforma Psiquiátrica, tendo como objetivo atender à população de uma área, como um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), para tratar pessoas com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. Esse serviço é caracterizado por atendimento diurno, com exceção do CAPS III, em que há atendimento 24 horas (Ministério da Saúde, 2004).

Conforme a atual política de saúde mental, a noção de desinstitucionalização deve nortear o cotidiano do CAPS. Desinstitucionalizar não se restringe a desospitalizar. É necessária uma mudança na forma de ver esse sujeito. De acordo com Leal e Delgado (2007, p. 2), a desinstitucionalização “envolve o enfrentamento da alienação que pode ser promovida pelo manicômio, e também por outras instituições com características totais”; noção que preconiza uma clínica não circunscrita ao espaço físico do serviço, com a oferta de uma atenção que inclua o próprio território de relações do sujeito, o que requer um trabalho junto à sua família e à sua comunidade.

O Ministério da Saúde (2003, p. 2) aponta que “apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados” (grifo do autor). Logo, para o Ministério da Saúde, “o fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento” (2004, p. 11).

Para tanto, a Portaria 3088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, propõe que o trabalho no CAPS seja:

(...) realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

A rede de atenção psicossocial é composta por Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011). O CAPS, como Atenção Psicossocial Especializada, não pode se restringir ao atendimento intramuros. Trata-se de uma proposta de atenção que não pode ter um cotidiano restrito em sua capacidade de oferta de serviços e de trocas sociais.

Após mais de 10 anos da promulgação da Lei 10.216, Pitta (2011) alerta para os desafios que hoje se colocam para o Movimento da Reforma. Aquilo que é discutido em todo o percurso da Reforma no âmbito federal, muitas vezes não encontra acolhida em alguns governos estaduais e municipais, sendo que esses são responsáveis por reger os dispositivos de atenção à Saúde Mental. A falta de incentivo de alguns governos e de seus respectivos gestores de saúde tende a dificultar a execução de um serviço que seja promotor de vida, não de exclusão.

## Método

Este trabalho é fruto de plano de trabalho de iniciação científica vinculado ao projeto de pesquisa “A clínica da psicose na clínica do Centro de Atenção Psicossocial”. O projeto foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial da Região da Ilha do Maranhão, composta pelos municípios: São Luís, Raposa, Paço do Lumiar e São José de Ribamar. Para tanto, o citado projeto foi previamente aprovado pela direção do serviço e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão, sob protocolo de número 23115-0014781/2009-67.

A pesquisa empírica teve início em maio de 2010 e foi finalizada em maio de 2011, tendo sido realizada por meio de observação participante e de roteiros específicos de entrevista semiestruturada para os usuários, familiares e profissionais da equipe. Em comum, os roteiros construídos para usuários e familiares contemplavam questões sobre o histórico de sua queixa e a ocorrência da primeira crise, constituição da família e concepções sobre o CAPS. De forma particular, havia questões para o usuário sobre seus relacionamentos afetivos e familiares antes e após a crise e o tratamento, lazer e autopercepção. Para os familiares, questionou-se também sobre os cuidados para com o usuário. Quanto aos profissionais, eram perguntados sobre sua atuação no CAPS, concepções sobre o CAPS e a psicose e relacionamento com os familiares dos usuários.

Para a realização da entrevista, foram selecionados usuários com classificação diagnóstica entre F-20 e F-29 da CID-10 (OMS, 1993), categoria que se refere à esquizofrenia, distúrbios esquizotípicos e delirantes. Como critérios de exclusão, foram definidos: casos em que houvesse suspeita de comprometimento orgânico (epilepsia, demência, retardo mental etc.), quadro psicótico devido ao uso de substâncias, dificuldades de fala ou audição que não possibilitassem a realização da pesquisa, assim como a presença de comorbidades. Dentre as entrevistas, priorizou-se aqui a de Fábio (nome fictício), por apresentar características condizentes com a proposta deste trabalho. Fábio estava com 33 anos à época da pesquisa, apresentava Ensino Médio completo e se encontrava no CAPS pesquisado cerca de um ano e meio, quando da realização da entrevista. Antes de ingressar no local do estudo, esteve em um hospital-dia, de onde foi encaminhado para o CAPS.

Foram também entrevistados um médico, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, o monitor da oficina terapêutica que Fábio participava e seu pai. Todos os entrevistados foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e concordaram com sua realização após a leitura conjunta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Concluída a etapa empírica da pesquisa, foi realizada a transcrição das entrevistas e a análise de todos os dados coletados. Ocorreu leitura exaustiva das transcrições das entrevistas e dos registros do diário de campo. As informações foram categorizadas e analisadas conforme constante diálogo entre as questões apresentadas anteriormente sobre a psicose a partir dos trabalhos de Freud e, especialmente, de Lacan, e sobre os avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, temas recorrentes na fala dos participantes do estudo e o objetivo norteador da construção do presente trabalho. Destaca-se que a particularidade do método em Psicanálise está em deslocar o local de saber para o entrevistado. Pautado em escuta atenta e flutuante do material, não é o pesquisador que atribui sentidos a ele. Sua proposta é buscar e discutir o tema de investigação a partir do modo como se articula na fala dos participantes.

## Resultados e discussão

### Concepções sobre o CAPS e a psicose

Apesar de ter sido idealizado há mais de vinte anos, ainda há locais em que profissionais desconhecem a proposta do CAPS e sua função dentro da rede de Atenção

Psicossocial; é o caso da cidade de São Luís, onde, alguns profissionais foram para ele enviados sem experiência anterior. Dentre os participantes, alguns fizeram parte de processos de implantação de CAPS, enquanto outros ingressaram no serviço por meio de indicação.

No caso dos entrevistados, percebeu-se, em grande parte, uma carência na formação em relação à própria política de Saúde Mental e à clientela assistida. Alguns profissionais são indicados por outros que lá estão, mas não têm experiência ou conhecimento prévio a respeito do serviço. A falta de conhecimento inicial de alguns profissionais quanto ao que é o CAPS está presente na fala da assistente social entrevistada: “Não pensava nada. Eu não tinha ideia do que seria. (...) Fiquei muito angustiada no início, insegura, mas aí com o andar, as coisas foram ficando no seu devido lugar e agora eu já tô bem adaptada”.

A esse respeito, Carvalho (2008, p. 171) discorre:

(...) 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.

Muitos profissionais tendem a aprender e a desenvolver algum modo de agir na própria prática, pautados não raramente somente naquilo que trouxeram de sua graduação, a qual, por vezes, não apresentou uma articulação mais diretamente relacionada ao SUS e mais especificamente ao campo da Saúde Mental. Sabe-se que o cotidiano do CAPS é permeado pelo imprevisto. Não é possível haver um saber prévio por parte da equipe que dele dê conta. Nas palavras de Lacan (1955-1956/2010, p. 30), também no Seminário sobre as psicoses: “Comecem por não crer que vocês compreendem”. Quando o profissional se pauta no “já sabido” sua intervenção pode se cristalizar. Contudo, é preciso igualmente se questionar as condições de atuação de uma equipe em um campo tão complexo como o campo em questão quando carecem pontos de apoio em que possa se fundamentar para construir, criticar e rever sua prática.

Há também o caso de um profissional, o monitor de oficina, que se encontra no serviço desde sua fundação. Para ele, o CAPS “foi uma criação excelente que a psiquiatria encontrou. Outrora, na era dos manicômios, o paciente ficava centralizado, internado, isso afastava ele do convívio social e do convívio da família (...). Foi uma das melhores formas que eles encontraram”. Embora o monitor – pelo conjunto das respostas apresentadas – pareça desconhecer que a criação dos CAPS é reflexo da ação de vários atores e de um movimento social, sua fala sinaliza o reconhecimento de que o cuidado deve ocorrer por meio de um funcionamento que favoreça ao usuário a continuidade do convívio dentro de sua comunidade e junto aos seus familiares.

Algo a ser destacado na fala de alguns profissionais, como é o caso do monitor e do psiquiatra, é a percepção do CAPS como local de passagem “o CAPS é uma passagem. Existe hospital psiquiátrico, ou seja, internação tradicional. Os pacientes graves devem ir para o hospital psiquiátrico, ao sair do hospital, ele é encaminhado. O CAPS é uma passagem pra que o paciente possa ir se reintegrando à família” (psiquiatra).

Os pacientes graves são aqueles que estão em crise, os quais, após período de internação integral, podem ser encaminhados ao CAPS. Em outra fala, o psiquiatra descreveu o CAPS como um serviço entre a internação e o atendimento ambulatorial. Há aí uma ideia de carreira para o sujeito psicótico limitada aos serviços do campo da saúde mental.

Dias (2011) relata casos de três usuários do serviço que, ao longo de 8 anos, não conseguiram desligar-se do serviço e construir relações fora dele. Apesar de ter havido uma melhora nas relações familiares, essas não puderam ser estendidas. É necessário promover um atendimento para que a vida dos usuários não se restrinja a entrar e sair de um serviço para o outro, para que os rumos de sua existência não tenham como exclusivo parâmetro que esteja ou não em “crise”. Não se trata de dizer que não haverá mais necessidade de nenhum tratamento ao longo da vida, mas de que a vida do sujeito psicótico seja permeada

por outras trocas e instituições sociais além daquelas comuns ao campo da saúde mental.

Para a psicóloga, o CAPS “... foi uma das coisas que fizeram pra melhorar a Saúde Mental, porque quando tava só internação, não creio que era muita evolução pros pacientes”. Na fala de Fábio, porém, é possível identificar que não há clareza quanto à proposta do serviço em que se encontra. Questionado sobre o tratamento que recebe no CAPS, respondeu: “Bom, até agora. Eles passam remédio, eu merendo e almoço. Aí, eu vou pra casa”. Sua fala permite inferir que não há, por parte dos profissionais, tanto um movimento no sentido de esclarecimento aos usuários quanto à proposta do serviço em que eles estão inseridos quanto – conforme as observações registradas no diário de campo – atividades que sinalizem não se restringir o cotidiano do CAPS à entrega de medicamentos e ao horário de distribuição das refeições.

O segundo aspecto apresenta o risco de que o cotidiano do CAPS não favoreça as possibilidades de troca entre os usuários, profissionais, familiares e a sociedade em geral. Traz ainda a interrogação acerca de qual é a noção de clínica que permeia o local do estudo. Que proposta direciona o trabalho da equipe quando para o usuário o tratamento se restringe à entrega de medicamentos e à espera do horário das refeições? Que escuta pode haver para as questões de cada sujeito ali atendido?

Leal e Delgado (2007, p. 137) lembram que “o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde”. Tal forma de cuidado que procura produzir um lugar diferente para a experiência da loucura sustenta-se “sobre um tripé – a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS. Sem a consideração de cada um deles, indispensáveis para a sustentação da estratégia CAPS de cuidado, o serviço CAPS não será instrumento eficaz da desinstitucionalização” (grifo do autor).

Fábio já recebeu atendimento anterior em um hospital-dia, mas foi logo encaminhado para o CAPS. Nunca chegou a ficar internado em instituição de atendimento integral. Ele tem o CAPS como sua referência de tratamento; no entanto, não consegue dizer qual é a sua função. É difícil para os usuários definirem o serviço em que estão quando, conforme ilustrado, para alguns profissionais também não há clareza quanto a isso. Fábio destaca em sua fala alguns aspectos de ordem prática: o CAPS é para ele o local onde recebe medicação, alimentação e depois volta ao convívio de sua família. O pai de Fábio inclusive se refere ao serviço como o local onde seu filho “tá internado”. Não parece haver para eles diferença entre o atendimento oferecido no CAPS e a internação em instituição hospitalar.

É necessário um maior discernimento de alguns profissionais a respeito da proposta do CAPS, bem como uma revisão de sua implicação nela para que possam construir um modo de trabalho promotor de vida. Pudemos muitas vezes observar, em algumas oficinas, como no caso do salão de beleza, pouca interlocução entre a monitora e os usuários, além de a maioria deles ficar ociosa por falta de orientação de atividades. Na oficina citada, os usuários não podiam mexer nos objetos. Não havia, por exemplo, uma proposta de ensino de ofício. Tornando-se os usuários consumidores do serviço do “salão”, podiam dele se retirar, depois de atendidos.

Fraga e Ferreira (2011) apresentam uma situação com uma usuária do CAPS por eles pesquisado para que se pudesse pensar em sua desinstitucionalização. Antes da crise, trabalhava como manicure em sua casa, mas depois passou a não mais suportar a presença das pessoas em sua residência. Em processo de tratamento no CAPS, diante de sua vontade de cuidar dos demais usuários, foi trabalhada com ela a possibilidade de oferecer esse serviço inicialmente ali. Trata-se de acompanhar o usuário nos caminhos que ele mesmo vai traçando e fazer com que aquilo que ele desempenha no CAPS abra possibilidades em seu tratamento.

Considerando as especificidades da estrutura psicótica, defendemos aqui que as pessoas responsáveis pelo tratamento de tais sujeitos precisam apresentar algum suporte teórico-técnico para tanto, o que requer algum embasamento e disponibilidade para acolher

tais sujeitos. No processo de identificação de concepções dos profissionais entrevistados sobre o tratamento do sujeito psicótico, observamos em algumas falas uma clínica baseada nos moldes tradicionais de atendimento no campo da saúde mental e o quanto sua formação ainda é carente de sustentação em algum lugar teórico, que lhe permita um posicionamento à proposta do atendimento no local do estudo.

Quanto às concepções sobre a psicose, a terapeuta ocupacional e a assistente social entrevistadas indicaram: “Psicose é parecido com manias, a pessoa psicótica tem mania de limpeza, mania de ver se as coisas estão fechadas, não tem noção realmente da realidade” (assistente social). “Acho que entra como uma mania de perseguição, no caso. Muitos pacientes aqui têm e desenvolvem síndrome do pânico a partir dessa mania” (terapeuta ocupacional). Embora trabalhem diariamente com sujeitos psicóticos, é difícil para alguns profissionais definir em que consiste a clínica em questão, a psicose.

Para a Psicanálise, a clínica requer do profissional se permitir interrogar sua presunção de saber algo sobre quem ele atende. Além disso, na clínica das psicoses, a complexidade do atendimento envolve o profissional precisar lidar com outro modo de funcionamento, outra estrutura. Não há uma resposta sobre em que consiste a estrutura em questão, já que é necessária a escuta de como a linguagem se apresenta para cada sujeito. Todavia, as falas dos entrevistados sinalizam uma noção sobre a psicose pautada na descrição dos sintomas.

Todos os profissionais entrevistados destacaram a importância de tratar cada usuário de forma única, considerando sua especificidade: “O atendimento em Saúde Mental tem que ser personalizado mesmo. Cada pessoa apresenta um tipo de sintoma, você não tem como generalizar um atendimento, principalmente em se tratando de pessoas” (assistente social). Ressalta-se, contudo, que, na prática, verificou-se a ausência de projetos terapêuticos singulares, o que pode ser resultado da aparente carência de um trabalho em equipe em que as atividades sejam melhor divididas para o acompanhamento de cada caso, como também de uma formação que priorize o atendimento ao sujeito, não à doença. Pode, igualmente, estar relacionado a uma dificuldade de diálogo entre a equipe acerca de para quem se direciona seu trabalho e, assim, de como precisa ser constantemente revisto.

É necessário lembrar aqui a noção de Lacan (1955-56/2010) de ser secretário do alienado. Considerar a especificidade da estrutura psicótica é de extrema importância para que o profissional não seja visto apenas como mais um a persegui-lo, por exemplo. Ouvindo aquilo que ele tem a dizer é como se pode acompanhá-lo em sua direção de cura. Ao lidar com sujeitos psicóticos, é necessário abrir a esses sujeitos um espaço de escuta. Ir ao seu encontro, não fechar-se em um atendimento do tipo ambulatorial, já que, dentre outros motivos, há, para alguns, uma dificuldade de iniciativa de busca de contato com as pessoas de seu convívio diário.

Quanto à necessidade de um atendimento que permita uma abertura do profissional aos usuários, uma situação pela qual a equipe de pesquisa passou em campo foi o fato de um usuário pegar um dos contatos que estavam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de outro usuário entrevistado e ligar para uma das pesquisadoras em busca de atendimento. Embora não tenha sido ele o entrevistado, talvez tenha encontrado nos pesquisadores um lugar de escuta, que possivelmente não identificou no serviço.

Esse acontecimento evidencia a necessidade de um repensar pela equipe profissional acerca da relação que estabelece com os usuários do serviço. Apesar de haver, por exemplo, duas psicólogas no Centro, o usuário procurou alguém de fora, a quem sequer conhecia, para falar de si. Os profissionais precisam não só estar disponíveis em sua sala, mas agir de forma a que os usuários se sintam acolhidos em suas questões e possam a eles endereçá-las.

Para que os usuários encontrem espaços nos quais possam se colocar, é necessária a construção de um cotidiano de convivência, sem pré-julgamentos na forma como os profissionais se dirijam a eles. Isso implica o respeito à escuta do delírio pela sua importância na clínica das psicoses. Sendo o delírio o fundamento para a construção de um lugar de sujeito para o psicótico, Lacan (1958/1998, p. 581) destacou: “convém escutar aquele que fala

quando se trata de uma mensagem que não provém de um sujeito para-além da linguagem, mas de uma fala para-além do sujeito”.

Em relação ao trabalho em equipe, não foi identificada nenhuma modalidade de intervenção desenvolvida a partir da parceria de profissionais de áreas distintas dirigida aos usuários. Havia apenas um trabalho de grupo coordenado por assistente social e psicóloga voltado para os cuidadores dos usuários, que era um espaço para que pudessem colocar suas preocupações, dividir experiências e discutir sobre o cotidiano de seus entes em casa. Quanto aos usuários, cada profissional realizava seu trabalho recebendo-os em suas salas. Por se tratar de um serviço com profissionais de diferentes áreas, chama a atenção a dificuldade da equipe em desenvolver um cotidiano que não se restrinja a atuações realizadas de forma particular por cada profissional. O tratamento fragmentado, ou seja, dependendo do saber/agir de cada profissional individualmente, sem uma maior interligação entre as áreas de cada um, pode acarretar um distanciamento da proposta do CAPS. A ausência de uma atuação que aproxime e, de algum modo, alie os conhecimentos dos membros da equipe tende a se refletir na dificuldade observada em alguns profissionais do local do estudo em construir um cotidiano de trabalho mais próximo dos sujeitos em atendimento.

Os usuários alcançariam maior benefício caso recebessem um tratamento em que as atividades fossem integradas, com a valorização, em especial, do espaço das oficinas terapêuticas, onde passam a maior parte do tempo. Para tanto, é preciso o constante questionamento, por parte dos profissionais, quanto ao que há de terapêutico em um fazer em conjunto com outros usuários. Não se trata apenas de os usuários estarem em um local no qual se encontram outras pessoas, mas de haver uma proposta de trabalho que se beneficie dessa convivência.

Uma das necessidades apontadas pela assistente social para melhora do atendimento se refere exatamente ao trabalho em equipe: “Eu acredito assim, um curso de relacionamento interpessoal pra cá, pra que a gente trabalhe mais em equipe, dê o melhor mesmo da gente”. Sobre essa questão, Sampaio, Guimarães, Carneiro e Garcia Filho (2011, p. 4686) afirmam:

Não há garantia de que o trabalho em equipe, para os objetivos técnicos específicos da clínica psicossocial, seja mais eficaz que o trabalho individual. Porém, tudo leva a crer em pelo menos três grandes ordens de vantagens: a) Ideológica - o trabalho em equipe impede a hegemonia de um dos vários saberes que buscam dar conta do processo saúde/doença mental, portanto a prática onipotente e acrítica; b) Teórica - o trabalho em equipe expõe as teorias à competição, obrigando-as a aperfeiçoarem seus instrumentos, a interconterem-se e a interfertilizarem-se; e, c) Organizacional - devido à complexidade crescente do conhecimento, não é mais possível, a qualquer trabalhador isolado, dar conta da totalidade de um problema, daí a equipe tornar-se imposição histórica, não escolha.

Os aspectos apontados pelos autores são importantes pontos de reflexão sobre a atuação de uma equipe no campo da saúde mental. Mas, quanto ao segundo aspecto, a exposição das teorias à competição entre elas, esse pode também ter como efeito o acirramento dos narcisismos ou a submissão do profissional ao saber de outro. As duas alternativas são perigosas, em razão de comprometerem as possibilidades de um trabalho em conjunto. Na clínica psicossocial, o tratamento depende do trabalho de profissionais que se identifiquem como integrantes de uma equipe. O trabalho em equipe permite aos profissionais um enriquecimento do seu saber, além de fazer com que cada um se sinta implicado no atendimento dos usuários. Certamente, é difícil desconstruir na Saúde Mental uma hegemonia da figura do médico-psiquiatra. Entretanto, não há mais como sustentar, diante das reivindicações do Movimento da Reforma Psiquiátrica, uma clínica baseada apenas no conhecimento de um profissional e no debelamento do delírio.

### **Considerações finais**

O CAPS como um serviço de referência na rede de Saúde Mental se constitui como

uma importante estratégia para o Movimento da Reforma. O cotidiano aberto e a possibilidade de troca de informações, tanto dentro de seu espaço como fora dele, são o que mais lhes conferem a possibilidade de um atendimento que seja promotor de saúde.

Todo tratamento é perpassado pelas relações existentes no local em que ele ocorre. Para que os usuários possam conferir algum crédito àquilo que os profissionais propõem em suas atividades, é necessária uma relação de confiança. No CAPS investigado, essa questão parece ser oscilante, já que aqueles não possuem um contato frequente e mais próximo com alguns profissionais, os quais se mantêm isolados em suas salas ou restritos à sua atividade específica, sem de fato participar do cotidiano mais amplo do serviço. A partir da interação com os profissionais, os usuários poderão estabelecer com eles vínculos que lhes possibilitem colocar suas questões, um endereçamento do delírio. O que traz a Psicanálise, especialmente por meio de Freud e Lacan, é algo que os profissionais precisam considerar: a escuta do delírio. Escutar as questões trazidas pelo sujeito psicótico é um meio para que ele encontre uma possibilidade de subjetivação.

A carência de uma formação por parte de alguns profissionais quanto ao que preconiza a atual política de saúde mental e à psicose pode ter relação com sua própria formação acadêmica, ou seja, as discussões vivenciadas em alguns cursos de graduação parecem não contemplar as políticas públicas de saúde mental nem o atendimento ao sujeito psicótico (Carvalho, 2008).

Apesar das limitações do presente estudo – como tempo restrito e falta de espaço específico para a realização das entrevistas – consideramos que foi possível perceber a dinâmica da instituição e explicitar algumas questões que, esperamos, contribuam para a melhoria do atendimento em saúde mental nos CAPS. Contudo, ainda existem aspectos que precisam ser analisados em outros estudos e que não cabiam no tema aqui abordado. Sugerimos que outros estudos possam contemplar em maior profundidade a questão da relação do CAPS com a família, a convivência dessa com seu familiar psicótico. As relações de poder entre os profissionais são também um aspecto que interfere nas relações que se dão no ambiente de tratamento.

### Referências

- Carvalho, I. (2008). A clínica da psicose na clínica do CAPS: reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e dos profissionais que o atendem num CAPS de São Luís-MA. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Dias, M. (2011). A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), 2155-2164.
- Fraga, C., Ferreira, A. (2011). Encontros, laços e vidas: o acompanhamento no CAPS. *Rio de Janeiro: Interagir*, 16, 29-37.
- Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In S. Freud (Org.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XII (pp.15-108). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1911).
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Texto original publicado em 1958).
- Lacan, J. (2010). O seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Zahar. (Texto original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (2010). O seminário, livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar. (Texto original publicado em 1957-1958).
- Leal, E. & Delgado, P.G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. Gomes & R. Mattos (Orgs.), *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (p.137-

- 154). Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/LAPPIS; ABRASCO.
- Ministério da Saúde (2003). Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: autor.
- Ministério da Saúde (2004). Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: autor.
- Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: autor.
- Organização Mundial de Saúde (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694.
- Tenório, F. (2001). A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Manguinhos: Revista História, Ciências, Saúde*, 9(1), 25-59.
- Schreber, D. (2010). Memórias de um doente dos nervos. São Paulo: Paz e Terra (Trabalho original publicado em 1903).