

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde

Mestrado em Psicologia da Saúde

ISAAC SOARES BASTOS

**A PERCEPÇÃO DE DELÍRIO E FORMAS DE INTERVENÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

São Bernardo do Campo
2017

ISAAC SOARES BASTOS

**A PERCEPÇÃO DE DELÍRIO E FORMAS DE INTERVENÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof^o Dr. Manuel Morgado Rezende.

São Bernardo do Campo
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Bastos, Isaac Soares
B297p A percepção de delírio e formas de intervenção de
profissionais de saúde / Isaac Soares Bastos. 2017.
81 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) –Escola de
Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista de São
Paulo, São Bernardo do Campo, 2017.

Orientação de: Manuel Morgado Rezende.

1. Saúde mental 2. Profissionais da saúde mental
3. Percepção 4. Delírio 5. Reforma psiquiátrica 6. Centros de
Atenção Psicossocial - CAPS I. Título

CDD 157.9

A dissertação de mestrado intitulada: “A PERCEPÇÃO DE DELÍRIO E FORMAS DE INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, elaborada por ISAAC SOARES BASTOS, foi apresentada e aprovada em 29 de março de 2017, perante banca examinadora composta por Prof^o Dr. Manuel Morgado Rezende (Presidente/UMESP), Prof^a Dra. Miria Benincasa Gomes (Titular/UMESP) e Prof^o Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis (Titular/Faculdade de Saúde Pública – USP).

Prof^o Dr. Manuel Morgado Rezende

Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Prof^a Maria do Carmo Fernandes Martins

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Programa: Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Prevenção e Tratamento

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os usuários dos CAPS nos quais trabalhei e que me deram o privilégio de partilhar suas histórias, caminhos e existências. Que na convivência, puderam, através de laços afetivos e efetivos, me educar olhos, ouvidos e coração.

AGRADECIMENTOS

A minha família nuclear (Lídia, Pedro e Sofia) que se fazem sempre porto onde me ancoo e de onde miro outras paisagens.

A minha família mais extensa que sempre foi uma grande incentivadora a continuidade aos estudos (D. Elvira, Carlos Alberto, José Givaldo, Maria Conceição, João Bosco, Maria Neucivan, Francisco Marcos e Ana Lúcia).

Ao meu orientador que sempre se pôs, de uma forma muito cuidadosa e delicada, a me escutar e as vezes nomear minhas estranhezas.

Ao LASAMEC (Laboratório de Saúde Mental Coletiva) onde encontrei parceria, apoio e amizade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde pelo carinho e dedicação no acompanhamento e em especial a Prof^a Dr^a Miria Benincasa Gomes.

A todos os meus colegas de trabalho que no dia-a-dia do CAPS foram se fazendo parceiros/as e apoiadores/as n(d)a vida.

A PERCEPÇÃO DE DELÍRIO E FORMAS DE INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

BASTOS, I. S.

RESUMO

Bastos, I. S. (2017). **A percepção de delírio e formas de intervenção de profissionais de Saúde**. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

Influenciados por movimentos que surgiram principalmente na França, Inglaterra e Itália, os serviços de atenção a pessoas que padeciam de algum tipo de sofrimento psíquico grave passaram por significativas mudanças que favoreceram a construção de novos paradigmas de saúde, como também novos dispositivos de atendimento. Tais acontecimentos trouxeram exigências políticas, administrativas, técnicas – como também teóricas – bastantes novas que propiciou a construção de um campo de saber diverso e heterogêneo (o da saúde mental) onde trabalhador e usuário reavaliaram suas concepções e práticas a respeito das psicopatologias e de suas formas de tratar. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo verificar como o trabalhador do CAPS percebe e intervém frente ao usuário que apresenta ou apresentou um quadro de delírio. Para coleta de dados foi utilizado questionário sócio demográfico, a técnica de entrevista semiestruturada. Para análise e tratamento dos dados foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo tendo por base as propostas elaboradas por Bardin. Os dados revelaram que a percepção do profissional se faz a partir de eixos conceituais que dividimos em: dualismo de realidade, nosográfico, neurológico, contextual e psicanalítico. E é a partir deles que a sua intervenção se configura. No entanto, elas não se fazem demarcadas ou delimitadas em seu arcabouço teórico ou epistemológico. Eles se entrecortam e se atravessam e produz uma intervenção mesclada, eclética e que, por vezes também, se faz ou se baseia apenas na experiência e empenho do profissional.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Profissionais da saúde mental. Percepção. Delírio. Reforma psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

THE PERCEPTION OF DELIRIUM AND FORMS OF INTERVENTION
BY HEALTH PROFESSIONALS

BASTOS, I. S.

ABSTRACT

Bastos, I. S. (2017). **The Perception of Delirium and Forms of Intervention by Health Professionals**. Master's Dissertation. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

Being influenced by movements that arose mainly in France, England and Italy, care services for people suffering from some form of severe psychological distress have undergone through significant changes that favored the construction of new health paradigms, as well as new care devices. Such events brought about fairly fresh political, administrative and technical demands — as well as theoretical ones — that laid the groundwork for the construction of a novel field of knowledge that was diverse and heterogeneous (that one of the mental health), in which both worker and user reassessed their conceptions and practices regarding psychopathologies and their ways to treat them. Given this context, the present study had as its objective to verify how the CAPS worker perceives and intervenes before the user who presents or has presented a delirium state. Data were collected by using a socio-demographic questionnaire, a semi-structured interview technique and the participant observation. On the basis of proposals elaborated by Bardin, for the analysis and treatment of the data it was employed the Content Analysis technique. The data have revealed that the perception of the professional is created from conceptual axes, which we are going to divide into dualism of reality, nosographic, neurological, contextual and psychoanalytic. And it is from these axes that their intervention is configured. However, such axes are not demarcated or delimited in their theoretical or epistemological framework. They intersect and cross each other, producing a blended, eclectic intervention that sometimes is also done or based only on the experience and commitment of the professional.

Keywords: Mental health. Mental health professionals. Perception. Delirium. Psychiatric Reform. Psychosocial Attention Center (CAPS in Portuguese).

SUMÁRIO

1. JUSTIFICATIVA.....	8
2. INTRODUÇÃO.....	10
2.1 Breve histórico da abordagem da doença mental.....	10
2.2 Antipsiquiatria e a crítica de Ronald Laing.....	12
2.3 Psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia.....	13
2.4 Apontamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	15
2.4.1 Os desafios e Impasses da Reforma Psiquiátrica.....	17
2.5 Conceitos de delírio na Psicopatologia Geral e na Psicanálise.....	20
3. OBJETIVOS.....	26
4. MÉTODO.....	27
4.1 Desenho do estudo.....	27
4.2 Participantes.....	27
4.3 Local da pesquisa.....	27
4.4 Material e Instrumento.....	27
4.5 Procedimento de Coleta de dados.....	28
4.6 Procedimento de análise do conteúdo das entrevistas.....	29
4.7 Aspectos éticos.....	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1 A percepção de delírio.....	32
5.1.1 Categorização da percepção de delírio dos participantes.....	39
5.2 Formas de Intervenção dos participantes diante do delírio.....	40
5.2.1 Categorização das Formas de intervenção.....	62
5.3 As dificuldades referidas na intervenção.....	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES E ANEXOS.....	76

1 JUSTIFICATIVA

Este projeto de pesquisa surge da experiência do pesquisador em CAPS II Adulto numa cidade da grande São Paulo. Neste, além de outros aspectos, chamava-me atenção a percepção que o trabalhador apresentava a respeito do delírio que, por vezes, alguns usuários apresentavam e como a partir dessa percepção sua intervenção se realizava. Estas se faziam, em sua maioria, bem diversa. Perguntava-me como o trabalhador da saúde enxergava esse fenômeno? Como ele construía essa ideia? Quais seriam os referenciais epistemológicos nos quais se assentava sua intervenção. É sabido, tal como referido acima, que o movimento da reforma psiquiátrica propõe uma mudança significativa nas formas de tratamento e cuidado, não só em termos de espaços físicos, mas na maneira de ver o “doente mental”. Para Amarante (1996) a partir da reforma psiquiátrica que começa no final dos anos 70 e que culmina no fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos e com o estabelecimento de novos dispositivos de atenção, a lógica de tratar e cuidar também modifica. A lógica é agora do cuidado e que ele possa se fazer numa relação de iguais, onde o saber do médico, do usuário e o do profissional esteja posto no mesmo patamar. Pressupõe uma construção de cuidado partilhada, coletiva.

Para Tenório (1999), a reforma psiquiátrica brasileira tem como organizador e valor fundante o reclame da cidadania do louco. Ou seja, um sujeito de que se faz singular e que deve ter seu espaço e direito reconhecidos numa perspectiva legal e humana. Para esta clínica (a da reforma), que se constrói num campo heterogêneo de saberes, é o “doente” e não a doença que tem prioridade, que é visto com suas idiossincrasias, vivências e experiências. Nenhum saber pode anteceder o sujeito. Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial é um novo modo de pensar e fazer esta clínica numa perspectiva de direitos humanos e sociais - uma (re) construção ativa de um exercício de cidadania que envolve habitar, rede social e trabalho.

Na proposta fenomenológica descrita por Ronald D. Laing (1975), que se faz muito próxima da proposta da reforma, é que todo o tratamento ou cuidado deve-se ir na direção da pessoa. Perceber o sujeito em sofrimento psíquico, além de sua patologia. Para este autor, os termos e as conceituações psiquiátricas distanciam ou favorecem o distanciamento entre as pessoas. Entre aquele que supõe tratar e aquele necessita de tal auxílio. Poderíamos pensar que tal fato ocorre nos espaços de cuidado em saúde mental e que o delírio, ou qualquer outra manifestação psicopatológica, quando remetida apenas a nosografia, não ganha sentido nem se

faz singular, particular? Uma questão premente que traz consequências conceituais, práticas e de subjetivação, seja do trabalhador, seja do usuário que busca tal atendimento.

Atualmente, estamos a quase quarenta anos do movimento da reforma sanitária ou do movimento da luta antimanicomial (que ainda ressoa não sem razão) que culminou na reforma psiquiátrica brasileira. Vimos tal como descritos pelos autores (Amarante, 1995; Tenório, 1999; Saraceno, 2001 entre outros) que as mudanças ao longo desses anos se fizeram significativas, seja em termos de uma construção política de acesso e de direito, seja na construção de uma clínica do cuidado que levasse em conta aspectos singulares, culturais e comunitários. O que proporcionou a possibilidade de novas práticas, novas formas de intervenção e novos olhares, seja pra com os sujeitos, seja para com seu sofrimento ou para a manifestação deste.

E por que a escolha do delírio como categoria de análise? A escolha se faz por que o delírio é um conceito psicopatológico fundamental para o exercício do cotidiano do trabalhador área de saúde mental e por outro, como se observou na experiência do pesquisador, o delírio não gerava maior, sua fala caía num vazio de sentido - “nada a ver” - e que essa diferença o distinguiu dos demais usuários de forma negativa favorecendo uma maior exclusão e uma tentativa de suprimir/readequar suas falas ou pensamento.

Assim, é diante desse contexto e frente a esse campo ou dentro dele – o da saúde mental – diverso e heterogêneo - desde que se constituiu como tal, que surge a presente pesquisa. Após esse período de tantas e significativas mudanças, para onde se dirige o olhar do trabalhador da saúde de um CAPS II Adulto? Como ele percebe ou que ideia ele tem do usuário que procura o serviço? Como se constrói ou em que se baseiam suas intervenções? Nessa pós-contemporaneidade, como ele concebe as psicopatologias? Mais especificamente, como percebe o delírio ou o discurso delirante? Como se dar sua intervenção frente a ele? E é diante destas duas últimas perguntas que se estrutura o presente estudo tendo como objetivo verificar como os profissionais de saúde de um CAPS II adulto percebe e interveem frente ao delírio.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Breve histórico da abordagem da doença mental

A história da loucura e a própria construção social do conceito é, segundo Foucault, marcada pela exclusão ou pela rotulagem de seus excluídos que começa com os leprosos, depois os sífilíticos e posteriormente com as “cabeças alienadas”. Para o autor, nesse percurso histórico pode se observar o que ele chama de “jogos de exclusão”.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros (...). Podres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (Foucault, 1978, pp. 6 e 7).

Pode se verificar também, segundo o autor, que tal lógica permanece de diferentes formas no decorrer dos séculos seguintes: a princípio, excluir para não se contagiar, depois excluir para promover “limpeza” e ordem, e posteriormente, excluir para tratar. Voltaremos a essa questão no capítulo dedicado a reforma psiquiátrica e estruturação dos novos dispositivos de cuidado em saúde mental.

Para Foucault (1972/2012) com a chegada do período clássico (Renascença), embora não se mude essa lógica explicitada acima, a loucura, dentro desse contexto, ganha novas configurações e que engendraram outras práticas. Este período é marcado pelo racionalismo, onde a razão é exaltada como meio de acesso a verdade sobre si e sobre a ciência, ou sobre as descobertas dos mistérios da vida. Neste contexto, o louco era visto ao mesmo tempo como aquele fora ou despossuído de razão e ao mesmo tempo como possuidor de uma razão quase misteriosa que apontava uma certa desrazão nessa pretensa verdade. Havia nesse período, ao mesmo tempo, uma repulsa/assombro e uma atração pela loucura o que, segundo o autor, nos últimos anos do século XV ela se torna tema das inquietações desse período: “o desatino da loucura substitui a morte e seriedade que o acompanha”. Era como se pela loucura, as pessoas conseguissem se aproximar de si mesmo e houvesse certa libertação - “a razão do homem não passava de loucura”. No entanto, nos séculos seguintes, há um declínio dessa concepção de

loucura e ela vai se configurando como uma desvirtude, algo moral e contrário a “verdadeira razão dos homens”. Ganha um tom dramático que vai se desenhando como algo ilusório, irreal: “ela só é castigo ou desespero na dimensão do erro”. Uma loucura que toma o indivíduo e que modifica seus sentidos perceptivos induzindo-o a ilusões. (p.40). O que justificará seu afastamento, cerceamento e internações.

Foucault (1972/2012) refere que no século XVII surge em toda Europa casas de internamento. Elas vão ganhando contornos de um espaço de exclusão social onde os pobres, sem empregos, e loucos se amontoavam desapropriados ou despossuídos de qualquer direito. Para o autor, “o Hospital Geral de Paris, um dos primeiros estabelecimentos desse tipo (...), não é um estabelecimento médico. É (...) uma estrutura semijurídica, uma (...) entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos (...), decide, julga e executa” (p. 50). Ainda segundo o autor, é um estranho poder estabelecido pelo rei que se constituía entre a polícia e a justiça, cuja soberania se fazia quase absoluta onde não havia qualquer ou nenhuma condição de apelação.

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; e lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes de vangloriarem por terem-nos libertados. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural (Foucault, 2012, p. 48).

E é assim, que uma questão de segregação e exclusão social, pela qual sucumbiu a loucura, passa a ser considerada uma questão de ordem médica surgindo assim a psiquiatria, tendo como seu principal fundador Philippe Pinel.

Para Silva (2001), Pinel, ao propor uma teoria médica sobre a loucura faz do manicômio uma parte essencial do seu tratamento e concebe o lugar que o enclausura como um instrumento de cura. Como também prediz a loucura como uma doença ligada a distúrbios mentais que se apresenta, ou se manifesta no, ou pelo, comportamento desviante. Assim, propõe que os loucos sejam separados dos demais internos e que se aplique o que ele denominou de tratamento moral, partido da ideia de que os loucos livres das influencias agravantes dos demais pudessem recuperar sua razão ou racionalidade. Tal ideia serviu de base, tanto para conceber a loucura, como quem dela sofria e como também, ainda que de forma diferente, mas com a mesma lógica, os espaços de tratamento que foram surgindo nos anos seguintes.

Segundo Silva (2001) é apenas em 1942, na Inglaterra, que surge novas formas de tratamento denominado de método sócio terapêutico e tem início, pela criação de Maxwel Jones,

as primeiras comunidades terapêuticas. Estas, posteriormente inspiram dois movimentos que se farão como marcos histórico na concepção e tratamento da loucura: o primeiro é o movimento da Antipsiquiatria que surge também na Inglaterra tendo como principais líderes Ronald Laing e David Cooper; o segundo movimento é a psiquiatria democrática que surge na Itália e tem como principal líder, ou representante, Franco Basaglia. Tais movimentos inspiraram ou exerceram fortes influências na construção o movimento Antimanicomial aqui no Brasil que culminará na reestruturação dos serviços de assistência psiquiátricas. Trataremos de forma mais pormenorizada no item a parte sobre a reforma psiquiátrica no Brasil.

2.2 Antipsiquiatria e a crítica de Ronald Laing

Pode-se observar, como demonstrado por Foucault, que a história da loucura, pós renascença, se faz, ou é percebida/concebida, num quase contrário da razão cartesiana. O louco, sua fala, emoções, sentimentos e experiências ganham ares de desrazão. Algo de desatino que não se encaixa no pensamento lógico racional da época. Tais ideias permeia toda o desenvolvimento da recém ciência médica psiquiátrica que foi se desenvolvendo, como já dito, dentro dos manicômios. Dentro desta nova ciência cria-se conceitos e teorias explicativas sobre causas e afecções dos doentes mentais.

Com o movimento da Antipsiquiatria, surgido na Inglaterra, através das comunidades terapêuticas, Laing faz duras críticas a essas concepções explicativas do indivíduo esquizofrênico ou esquizoide. Para ele, a medida que os termos e explicações foram se desenvolvendo foi se perdendo a pessoa e sua maneira de estar no mundo. ou seja, os termos correntes do discurso médico-psiquiátrico ao mesmo tempo que tenta descobrir uma verdade sobre o sujeito, promove uma auto ilusão, pois não consegue se aproximar nem dizer da experiência do sujeito ocorrendo assim, um afastamento das pessoas. Poderíamos pensar ou levantar como hipótese que tal fato também aconteceria como as pessoas em quadro delirantes? Em que medidas tais ideias se apresentam nos equipamentos de saúde no pós-reforma?

Baseando-se em fundamentos existenciais-fenomenológicos, Laing propõe uma ciência das pessoas e que se faça numa atitude de compreender suas experiências particulares no contexto total do estar-no-seu-mundo. Sua preocupação é “caracterizar a natureza da pessoa com o seu mundo e consigo mesma” (p.15). Para o autor, as teorias e termos explicativos tendem a

referi o homem como ser abstrato, isolado e concebido sob diversos aspectos, quando ele só se faz ou se constitui na relação. Ele é, antes de tudo, um ser com. Um ser consigo mesmo e com “seu” mundo que vai se construindo de forma singular, particular e que a nosografia psiquiátrica não consegue tocar. Provoca o autor: onde estar a loucura, na pessoa ou na forma que outro a ver com suas teorias explicativas?

Para Laing, as teorias explicativas podem funcionar como cabeças de medusa, ou seja, a medida que elas são estabelecidas como verdades sobre o sujeito, este deixa imediatamente de existir na relação genuína com o outro. Ele passa de um ser-real-no-mundo para um ser abstrato despossuído de sentimentos e desejos que possa se fazer singulares.

A despersonalização numa teoria que pretende ser da pessoa é tão falsa como a despersonalização esquizoide dos outros e é igualmente, em última análise, um ato intencional. (...), tal objetivação proporciona um falso “conhecimento” e é uma falácia tão patética quanto a falsa personalização das coisas (Laing, 1975, p. 24).

Em outras palavras, a crítica de Laing se faz tanto a psiquiatria quanto a psicanálise freudiana que com seus conceitos e teorias pretendem explicar os fenômenos da anormalidade. No entanto, a sua proposta é que a psicose não seja vista como falha, mas como parte de uma existência, uma forma, um jeito de seu ser-em-seu-mundo. Prediz ainda que esse seu ser-em-seu-mundo, as teorias não conseguem tocar, logo, a intenção do terapeuta ou de quem esteja envolvido em seu cuidado é de compreender e não de simplesmente explicar, e que para tal compreensão acontecer, há que se ter uma postura empática, ou seja, entender/compreender os sintomas não como expressão de doença, mas como expressão de sua existência, uma maneira de seu ser-em-seu-mundo.

Observa-se no movimento inglês, e em particular no autor referido (embora haja crítica quanto ao modelo de cuidado, tais como o faz Delgado, 1992 citado por Tenório 1999), uma tentativa de resgate do sujeito das nosografias. Há uma tentativa de desvelar a pessoa para além das descrições sintomatológicas e lhe dar um outro estatuto onde este pudesse se fazer singular na expressão de suas experiências e na sua maneira de estar-no-mundo.

2.3 Psiquiatria democrática Italiana de Franco Basaglia

Para Desviat (2015) foi em 1961 que um jovem médico-psiquiátrico foi empossado como diretor do hospital psiquiátrico na cidade de Gurizia. Era Franco Basaglia que, após 13 anos de trabalho numa clínica universitária e juntos com outros psiquiatras, transformaram o hospital; primeiramente numa comunidade terapêutica e posteriormente, consciente das limitações dessa proposta, se “propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio” (p.47).

Para o autor acima citado, Basaglia, tendo como referência, a instituição total descrita por Goffman, tinha ciência da violência dessa como também dos mecanismos de coisificação das pessoas assistidas por ela. Para o autor, era preciso romper com isso como também ultrapassar o paradigma inglês. Se fazia necessário uma “luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o social. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parêntese. A psiquiatria converteu-se em uma ação política” (p.48). A “comunidade terapêutica, etapa provisória que deve ser negada, de maneira que a ação possa ser levada para fora, para a própria sociedade, onde funcionam os mecanismos de marginalização do doente mental” (Basaglia, 1970 citado por Deviat 2015, p. 49).

Desviat (2015) acrescenta ainda que essa ação de humanização e transformação dos hospitais psiquiátricos, no final dos anos 60, se fez como uma mobilização popular ampla e que foi sustentando por outras organizações de base como o movimento estudantil e o movimento dos trabalhadores através de seus sindicatos.

A reprovação dos manicômios uniu-se a crítica a todas as instituições de marginalização: os reformatórios, os presídios, os albergues da assistência social e também as instituições que sustentavam a fachada ideológica e moral do sistema social – a família, a escola e a fábrica (p. 49).

Para Amarante (1996 e 2015) Basaglia pensava as questões de ordem prática a partir de conceitos que caminhavam desde existencialismo fenomenológico no qual se baseia o movimento da antipsiquiatria inglesa aos conceitos de construção do saber psiquiátrico foucaultiano e de instituição do Goffman (1961/1974). Entretanto, “o conceito mais geral que pode servir de base e linha condutora (...) é o de desinstitucionalização que, desde o início, imprime as bases teórico-metodológicas do projeto de transformação” (pp.67 e 68). É ‘História da loucura’ – de Foucault e

‘Manicômios, prisões e conventos’ – de Goffman que “tornam-se referências marcantes e decisivas para sua inflexão em um projeto de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas”. E que,

para transformar essa realidade, é necessário sair do território exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe da solução. Esta, se algo tem de particularmente psiquiátrica, e se é que existe como algo definitivo, deve ser possibilitada por um conjunto de transformações que digam respeito a todos os homens. A doença não é condição única, nem a condição objetiva do ser humano que está doente, ao mesmo tempo em que o aspecto em que se encontra o doente é produzido pela sociedade que rejeita e pela psiquiatria que o gere (Amarante, 1996, p. 75).

Para Amarante (1996) a intenção de Basaglia era,

ao colocar a doença mental entre parênteses, o de permitir que a pessoa que sofria pudesse florescer por trás do manto da instituição. Era preciso abandonar, (...) a preocupação com a doença para fazer emergir o âmago da pessoa que padecia da doença e do processo de institucionalização. Era necessário dar-lhes condições para subjetivação, para expressão de seus desejos, seus projetos, sua história e que o espaço da cidade se fazia o mais apropriado para que isso pudesse acontecer ou se efetivar “espaço real de habilitação social” ou de “validação social do sujeito” (p.97).

Tal movimento teve forte influência nas propostas de reforma psiquiátrica brasileira, pois dada a conjuntura política do país, havia aqui também um anseio de (re)democratização e de liberdade e que isso pudesse se efetivar numa construção legal e de direito.

2.4 Apontamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira

Influenciados por movimentos que surgiram principalmente na França, Inglaterra e Itália, os serviços de atenção a pessoas que padeciam de algum tipo de sofrimento psíquico grave passaram por significativas mudanças que favoreceram a construção de novos paradigmas de saúde como também novos dispositivos de atendimento.

Tenório (1999), refletindo sobre o que comumente chamamos de reforma psiquiátrica, relata que reforma e psiquiatria não se fazem parceiras recentemente, mas que ambas caminham juntas desde ato em que Pinel quis humanizar o tratamento que os hospitais ofereciam aos loucos no pós-revolução francesa.

Ainda para o mesmo autor que caminha no seu texto refletido sobre as ideias que nortearam a reforma psiquiátrica brasileira, os dois movimentos foram fundamentais para tal fato: as comunidades terapêuticas e a psiquiatria comunitária. Ambas, a sua maneira, traziam em suas concepções e práticas uma busca de humanizar o tratamento como também referiam ao não manicômio. No entanto, havia nelas limitações que se faziam necessárias ultrapassar: Nas comunidades terapêuticas não se resolvia o problema dos manicômios, se fazia apenas um intervalo liberal na vida asilar como também havia no interior da concepção da psiquiatria comunitária um teor eugenista de psiquiatrização, normatização e adaptação do social. Serrano (1986) faz a mesma crítica e data a reivindicação dos médicos para construção de asilo de 1830.

Mas afinal, qual a bandeira ou que se tem de novo na reforma psiquiátrica brasileira? Nascida no contexto dos movimentos sociais e no período de redemocratização do país a reforma brasileira tem como ponto e valor fundante o reclame da cidadania do louco. “Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas – bastantes novas, a reforma insiste num argumento originário: Os ‘direitos’ do doente mental, sua ‘cidadania’”. Havia por parte dos trabalhadores, dos usuários, família e sociedade como um todo um ensejo de que essa grave violação dos direitos humanos tivesse fim, ao menos uma resposta do poder público no sentido de que novas formas de tratar/cuidar acontecesse. (Delgado, 1992 citado por Tenório 1999)

Respondendo a esses impasses surgiram duas experiências que marcaram de forma permanente o modo de assistência a saúde mental como também se constituíram como modelo de política e assistência: o fechamento do hospital Anchieta na cidade de Santos e o CAPS Itapeva. Alguns anos depois veio a lei 10.216/2001 como também o manual de construção de CAPS (2004) elaborado pelo Ministério da Saúde. E, passados quase 30 anos desses marcos, cabe nos perguntar o que pôde produzir de referências teóricas e técnicas que respondam a exigência de usufruto da cidadania de quem tem algum comprometimento psíquico?

Passando esse início, fala-se hoje em Reabilitação Psicossocial. Segundo Pitta (2001), reabilitação diz mais a uma postura ética-estética, que uma mera técnica que se restringe a determinados grupos de profissionais. Para a autora, “os processos de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social, e trabalho como valor social” (p. 16).

Para Saraceno (2001), “a cidadania do paciente psiquiátrico não é apenas a restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível” (p. 18). Ou seja, para o autor, a compreensão e concretização do que seja cidadania deve-se vê-la a partir de uma perspectiva holística e integral – quando seus direitos mais essenciais estão garantidos, efetivados.

2.4.1 Os Desafios e Impasses da Reforma Psiquiátrica

Para Berlinck, Margtaz e Teixeira (2008), a Reforma psiquiátrica brasileira cria condições e instaura novas práticas terapêuticas tendo como objetivo a inclusão do usuário do serviço na sociedade e na cultura. No entanto, para os autores, isso depende de novas formas de r e praticar o tratamento, e de uma preparação/capacitação para que esse trabalhador possa realizar tais atividades. No entanto, o que se tem visto, pelos relatórios que são encaminhando ao Ministério da Saúde, é que entre o que propõe a lei “código” e a prática do trabalhador existe uma distância significativa. E que isso pode está relacionado ao fato de “que o ensino universitário brasileiro ainda não se adaptou a nessa politica pública havendo uma defasagem entre formação universitária e os requisitos advindos da prática”. Nele, há uma tendência de “oferecer um ensino geral e abstrato que é rico de conteúdo, mas que ignora em grande parte, as especificidades da Reforma Psiquiátrica e o trabalho que, neste âmbito, vem sendo realizado”. (p.25)

Para os autores, a Reforma Psiquiátrica criou novos dispositivos e novas práticas de clinicar, que são atividades práticas, que eram totalmente desconhecidas no campo da saúde (ou doença?) mental. No entanto, “essas vivências correm o grave risco de se circunscreverem ao específico âmbito de sua prática criando uma subcultura na sociedade brasileira. Ocorreria, assim, o fracasso da própria Reforma”. (p. 25).

A respeito desse “fracasso” Costa, Figueiró e Freire (2014), tem apontado para o fenômeno da cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os autores indicam que:

mesmo indo contra o modelo tradicional da psiquiatria e da hospitalização, esse serviço pode gerar a institucionalização e a cronificação dos sujeitos através de métodos de

trabalho que seguem uma lógica hierárquica da tutela, do isolamento em relação ao meio social e da despolitização dos usuários (Costa *et al.*, 2014, p. 839).

Para os autores acima citados, é no dia-a-dia, no cotidiano desse espaço que o fato da cronificação vai se tornando mais evidente tanto nas relações entre usuários e técnicos quanto nas atividades por estes propostas. “Percebemos (...) que a relação estabelecida entre técnicos e usuários é bastante hierarquizada” (...) e que as “as atividades do CAPS (...) são planejadas pela equipe quando não há usuários no serviço”. Os autores relatam que estes fatos, além de outros, vem ou parecem caminhar não para a desinstitucionalização do paradigma manicomial, mas para reforçá-lo (p. 844).

A elaboração de oficinas não levam em consideração o desejo e a demanda dos usuários e o uso de ameaça de penalização como um recurso por parte dos técnicos é um exemplo de prática alienante do cotidiano, que não está de acordo com a ideia de reinserção social e, principalmente, com a noção de desinstitucionalização a que o serviço se propõe, e mostra como o funcionamento do trabalho está alicerçado na manutenção da tutela em relação aos usuários e do poder/saber nas mãos dos profissionais (Costa, *et al.*, 2014, p. 845)

Para os autores, os CAPS é reconhecidamente o carro-chefe da Reforma Psiquiátrica brasileira e que ele são espaços de luta contra essa essas concepções de cuidado pautadas na lógica manicomial, mas que, contraditoriamente, suas práticas, no cotidiano do serviço, ainda se pautam na tutela, na hierarquização entre usuários e técnicos e na não articulação entre serviço e sociedade e que tais fatos “sustentam a existência do fenômeno da cronificação dos usuários, que não desenvolvem autonomia e desinstitucionalização como é desejado no projeto institucional, político, e cultural da Reforma Psiquiátrica” (p. 849).

Para Figueiró e Dimenstein (2010 p. 433) “o modo de funcionamento e a gestão dos CAPS, bem como a concepção terapêutica-clínica da equipe, tende a barrar as possibilidades de ajuda mútua entre usuários, dificultando o empoderamento dos mesmos”. Na observação dos CAPS pesquisados, os autores referem este espaço, como um espaço de uma “estrutura rígida, um funcionamento estático e definido pelos técnicos, quando são os usuários que deveriam ter maior possibilidade de gestão e intervenção das atividades, já que são suas vidas que estão em jogo” (p.434). Referem ainda que a concentração de poder dentro do espaço se encontra na figura do técnico e que, tal fato, vai contribuindo “para a manutenção das relações de tutela diante da loucura”.

Fazendo uma referência a (Yasui, Costa-Rosa, 2008) os autores acima citados, afirmam que:

As pessoas encarregadas de gerir o cotidiano dos serviços e, por não, a vida dos usuários, são profissionais de diversas áreas, cada vez mais especializados (seguindo as exigências do mercado) agindo de formas cada vez mais específicas e sobre recortes da realidade cada vez mais distantes da realidade cotidiana daqueles sujeitos. (...) O usuário encontra-se ali infantilizado diante de seu processo de tratamento, o que dificulta qualquer posição de autonomia e empoderamento perante questões que dizem respeito a sua vida (Figueiró e Dimenstein, 2010 citado por Yasui e Costa-Rosa, 2008, p. 435).

Tal modo de gestão do cotidiano, os autores denominaram de heterogestão. Nele, “os usuários são convidados a participar dos processos decisórios não como sujeitos ativos, construtores de suas realidades, mas como espectadores passivos do processo de gestão do serviço e, talvez, de suas próprias vidas” (p. 437).

Quanto ao aspecto da concepção terapêutica-clínica, nos autores afirmam, que nos CAPS pesquisados, ela se faz numa despotencialização do coletivo e numa clara posição de inferioridade hierárquica. Além disso, sua clínica adquire um sentido de controle e tutela do usuário do serviço. “Inclina-se sobre o “doente”, mas com uma visível superioridade de poder”. Referem também que a concepção de saúde é ainda muito limitada e que se faz necessário a superação das ideias que sustentam o paradigma médico-organicista. Sua concepção de clínica se assenta ainda numa ideia moderna de “subjetividade privada, de uma dimensão psíquica calcada na interioridade identitária” e que essa “clínica particular (...) se constitui enquanto pilar fundamental de uma nova forma de controle sobre os sujeitos” (p.438).

De acordo com Figueiró e Dimenstein (2010), no presente momento, os CAPS estudados, mostram-se como espaços de captura e de anulação da potência dos usuários. Fato este que merece ser problematizado e levado a uma reflexão que considere “o conflito de forças presentes no interior dos serviços substitutos” e como ele engendra sua forma de funcionamento (p. 442).

Para Alverga e Dimenstein (2006) o principal desafio da Reforma Psiquiátrica é nosso desejo de manicômio. Para os autores, ele atravessa toda a sociedade, alimenta as instituições e se presentifica nas concepções e práticas no campo da saúde mental e se expressam

através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica.(E) Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir

estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele” (citado por Machado & Lavrador, 2001, p. 46).

E, para os autores, essa lógica manicomial, em algum nível, captura as equipes inseridas nos serviços de saúde mental, e que, sem se darem conta, reproduzem a institucionalização e afirmam o manicômio, atendendo assim, segundo as palavras de (Barros, 2003, p. 198) “aos interesses de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos”. Assim, citando (Baptista, 2003, p. 226), os autores referem essas formas de manicômio atravessam nossas ações e que elas envolvem os que dentro e fora dos muros do hospital e que “as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos” (p. 226)

Segundo Alverga e Dimenstein (2006),

o principal desafio da Reforma Psiquiátrica não reside apenas na falta de velocidade na sua implementação, mas na direção que vem tomando. Esse movimento, por sua vez, requer rupturas, radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e aquilo que representa a manutenção de séculos de dominação (p. 299).

2.5 Conceitos de Delírio na Psicopatologia Geral e na Psicanálise

A psicopatologia é um ramo da ciência que estuda o *Phatos* humano – aquilo que o angustia, que provoca sofrimento. É um campo de conhecimento que se faz, ou que é atravessado, ou enriquecido, por outros campos de saber – médico, humanístico, literário, filosófico psicológico entre outros. Para Dalgalarondo (2000), a Psicopatologia tem duas raízes: uma de tradição médica e outra de tradição humanística onde aquela se fez mais hegemônica nos últimos dois séculos, mas que foi abrindo espaço para esta a partir das contribuições das ciências humanas, tais como a filosofia e a psicanálise.

Para Paim (1986), a psicopatologia, embora tenha surgido dentro dos hospícios de alienados e que estivesse intimamente ligada ao saber psiquiátrico, atualmente, com certo esforço, ela se faz independente deste e tem como “objeto o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como eles se apresentam à experiência imediata” (p. XV). Mas, como é que tal campo de saber conceitua e descreve o fenômeno do delírio?

Para Jaspers (1969/2000), o delírio em todos os tempos valeu como o fenômeno fundamental da loucura e se faz de fato como uma questão para a psicopatologia. Para ele o delírio é uma representação desvirtuada da realidade é algo falso e que atenta apenas para o externo.

Segundo Jaspers (1969/2000), “o delírio é uma transformação na consciência global da realidade (que secundariamente se anuncia nos juízos de realidade). Esta consciência se constrói sobre experiências de julgamento”. Para o autor, “o delírio se comunica em juízos. Só onde se pensa e se julga pode nascer um delírio. Neste sentido, chama-se ideias delirantes os juízos patologicamente falsos”. (p.117 e 118) E, embora admita ser uma forma vaga e não precisamente delimitada, essas ideias possuem as seguintes características:

- (1) A convicção extraordinária com que lhe adere a certeza subjetiva, incomparável;
- (2) A impossibilidade de influenciamento da parte da experiência e de raciocínios constringentes;
- (3) A impossibilidade do conteúdo.

E acrescenta “é de importância fundamental para a compreensão do delírio libertar-se do preconceito de que sua base se acha uma debilidade de inteligência”. (...) e que “não se destrói a crítica. Coloca-se apenas a serviço do delírio”. Para Dalgarrondo (2000), o delírio se faz distinto do erro, embora não exista um limite claro e fácil de se perceber. Para o autor, o erro origina-se na ignorância e se pode compreender, já o delírio sua característica principal é a incompreensibilidade.

Para Freud (1919), a terapia psicanalítica poderia vim a ser usada nas instituições de saúde chegando a maioria da população. No entanto faz sua ressalva: “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componham, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes, continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (p. 210).

Então, de que forma ela poderia contribuir nos equipamentos de Saúde mental com seus novos arranjos e modos de cuidar? Pode-se pensar que sua primeira contribuição esteja no fato dela oferecer um corpo teórico explicativo dos fenômenos psicopatológicos, no entanto, tal como refere Grego (2006), sua contribuição maior está no fato de considerar cada indivíduo como único, singular, independente do quadro sintomatológico que apresente.

Lacan (1981/1988) no seminário 3 que, segundo ele, estará voltado a questão da psicose, esclarece que Freud, embora se detivesse ao estudo de um caso de paranoia (“Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia – dementia paranoides” – o Caso Shreber) não ignorava a questão da esquizofrenia, termo esse já utilizado em sua época. Para Lacan “Freud traça uma linha divisora de águas, (...) entre a paranoia de um lado e, de outro, tudo o que ele gostaria (...) que fosse chamado de parafrenia, e que corresponde exatamente ao campo das esquizofrenias” (p.12). Freud divide assim, segundo Lacan, o campo das psicoses em dois. Para Lacan também é esse o texto freudiano de referência no qual ele se reporta como o maior na doutrina psicanalítica que concerne as psicoses.

Freud (1911/1996) analisando um caso de paranoia, o caso Shreber, busca compreender como a mesma se estrutura e como estabelece seu funcionamento; objetiva entender quais seus mecanismos e de como eles se diferenciavam da neurose: “gostaria de descobrir os motivos de tal transformação, bem como a maneira pela qual ela se realizou. Com este objetivo em vista, se desejará aprofundar-se mais nos pormenores do delírio e de seu desenvolvimento”(Vol. XII, p.28).

Para Freud (1911/1996) o que se faz primordial na busca de compreender a paranoia e seus sintomas, sendo o delírio de perseguição o que se apresenta de forma mais acentuada, é descobrir o que põe em movimento tais sintomas, ou seja, quais os mecanismos de defesa que o aparelho psíquico lança mão para produzi-los indicando assim seu estágio de desenvolvimento. Para Freud,

a pessoa a quem o delírio atribui tanto poder e influencia, a cujas mãos todos os fios da conspiração convergem, é, se claramente nomeada, idêntica a alguém que desempenhou papel igualmente importante na vida emocional do paciente antes de sua enfermidade, ou facilmente reconhecida como substituto dela. a intensidade da emoção é projetada sob a forma de poder externo, enquanto sua qualidade é transformada no seu oposto (Freud, 1911, p. 50).

Surge, então, na construção do autor, a projeção como um mecanismo característico dessa enfermidade. No entanto, pergunta-se, o que a faz diferenciar, se esse mesmo mecanismo também se faz presente nas neuroses? Freud, avança partindo do ponto de que na paranoia ou na psicose, não há uma clivagem do Ego, mas uma ruptura deste com a realidade. Se na neurose a operação psíquica se faz a partir do recalque, na psicose se faz a partir da recusa ou rejeição dessa

realidade. Mecanismo este que será retomado em dois outros textos: “Neurose e Psicose” (1923) e “Perda da realidade na neurose e na psicose” (1924).

Em *Neurose e Psicose*, Freud (1923/1996), refere que ambas tem a mesma etiologia e que se originam de um conflito e da forma que o Ego o solucionará. Tal conflito consiste “em uma frustração, em uma não realização de um desejo infantil, que nunca é vencido e que estão tão profundamente enraizados em nossa organização” (p.169). Para Freud, a “neurose é o resultado de um conflito entre o Ego e o Id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o Ego e o mundo externo” (p. 167).

Nesse texto (referido acima) Freud refere que desse conflito entre o ego e o mundo externo:

cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade – frustração que parece intolerável (Freud, 1923, p. 168).

E, diante dessa recusa e reconstrução desses dois mundos é que

o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo (...), isso se deve ao fato que, no quadro clínico das psicoses, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução (Freud, 1923, p. 169).

Em *A perda da realidade na neurose e na psicose* Freud (1924/1996) voltará a marcar as diferenças entre elas. Para ele, a diferença estaria de que na neurose há uma predominância da realidade enquanto que na psicose é o Id que se faz predominante. Ou seja, se na neurose a realidade é evitada, na psicose ela é perdida, embora reconheça que também na neurose ocorram fugas da realidade.

Para Freud (1924/1996) ao surgir uma psicose dois processos ocorreriam: (1) haveria um afastamento do ego da realidade e (2), de forma mais autocrática, haveria a criação de uma nova realidade com a finalidade de reparar a realidade abandonada. “Assim, a psicose também depara com a tarefa de conseguir para si própria percepções de um tipo que corresponda à nova realidade, e isso muito radicalmente se efetua mediante a alucinação”. No entanto, há que ver que

tal como na neurose não se consegue um substituto que se faça completo ao instinto reprimido, também na psicose, essa nova representação da realidade não se faz de forma satisfatória. (p.207).

Há ainda, no texto referido acima, o levante de outra questão. De onde ou de que instância advém seja os desejos da neurose, seja os delírios da psicose. Para Freud (1924/1996) outra instância se presentifica, a existência de um mundo de fantasia,

um domínio que ficou separado do mundo externo na época da introdução do princípio de realidade. Esse domínio, desde então, foi mantido livre das pretensões das exigências da vida, como uma espécie de ‘reserva’; ele não é inacessível ao ego, mas só frouxamente ligado a ele (Freud, 1924, p. 209).

E que é deste mundo da fantasia que, na psicose, derivam os materiais ou padrão para construir a nova realidade. Ou seja, conclui Freud, a questão que interessa tanto na neurose como na psicose não é apenas a perda da realidade, mas também um substituto para esta.

Em “Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen”, Freud (1906/1996) analisa o delírio a partir do personagem da obra que apresenta tal sintomatologia. Nela, a personagem, um jovem arqueólogo, se apaixona por uma obra de escultura, particularmente pelo seu jeito peculiar de andar. E, a partir daí “pouco a pouco Norbert Hanold colocou todo o acervo de conhecimentos arqueológicos a serviço desta e de outras fantasias relativas ao modelo da escultura” (p. 22). Freud avança em sua análise, investigando a origem da patologia da personagem pela lente da psicanálise e afirma que ela está ligada a repressão de lembranças ou desejos inconscientes e que o delírio seria a manifestação do que foi reprimido. “É precisamente o que foi escolhido como instrumento da repressão (...) que vai constituir o veículo do retorno: oculto na força repressora, o que é reprimido revelar-se-á por fim vencedor”

Partido dessa premissa (“que o delírio resultou da combinação de um componente do desejo amoroso com a resistência a esse desejo), nessa análise literária, além de outras comparações, Freud, então, vai descrever o caminho de tratamento proposto pela psicanálise e que se aproxima da saída encontrada pelo autor da obra para a “cura” de seu personagem. Para Freud o tratamento “consistiu em dar-lhe acesso, pelo exterior, às lembranças reprimidas e que ele não conseguia atingir no seu interior (...). Fazer chegar a consciência, até certo ponto forçadamente, o inconsciente cuja repressão provocou a enfermidade” (p. 81).

Lacan concebe a psicose como uma estrutura clínica com funcionamento e lógica própria, que, nas palavras de Quinet (1997) se faz “numa estrutura que se releva no dizer do sujeito e que corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário” (p. 3) e que faz, tal como na neurose, referência ao complexo de Édipo.

Lacan (1981/1988) refere que “pode acontecer que um sujeito recuse o acesso, ao seu mundo simbólico, de alguma coisa que, no entanto, ele experimentou e que não é outra coisa senão a ameaça de castração” (p.21). Para Lacan, quando isso acontece, quando algo é recusado na ordem simbólica, ele retorna no real, de maneira não integrada ao sujeito, na forma de alucinação e delírio, o que Lacan chamará de fenômenos elementares da psicose. E explica o “elementar”.

Segundo Lacan (1981/1988) “o delírio não é deduzido, ele reproduz a sua própria força constituinte, é ele também, um fenômeno elementar”. No entanto, esse “elementar” é para ser entendido no sentido de uma estrutura irreduzível a outra coisa que ela mesma; e que sua significação “concerne o que habitualmente chamamos de conteúdo, e que preferimos chamar de o dizer psicótico” (p. 41).

Para Calligaris (1989), o delírio não é totalmente desconexo, pelo contrário, se constitui de uma teia significante imaginário-simbólica que vem dizer exatamente de um modo de ver (se), ser e estar no mundo. Tem a ver com o que se tem de mais singular.

Lacan (1998) em seu texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose* afirma que a psicose se trata de uma posição subjetiva onde o significante do Nome-do-Pai que iria ordenar sua relação como o campo simbólico e com a realidade está foracluído. Quando isso acontece, o sujeito, como tentativa organizadora/ordenadora de suas relações com o mundo, em situações de injunções, pode construir para si uma metáfora delirante. E é a partir de tal construção (delirante), sempre particular e singular, que o sujeito irá mediar seu ser e seu estar no mundo. Mas, como é que o profissional de saúde que estar no dia-a-dia do cuidado a vê? Como ele a representa? Como ele cuida? Como ele intervém? Responder tais questões se faz necessário, pois pode lançar luz sobre as concepções e práticas no campo da saúde mental.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Descrever e analisar como os profissionais da área de Saúde Mental de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de São Paulo percebem e intervém frente aos usuários que apresentam um quadro de delírio.

Objetivos específicos:

- Caracterização sócio demográfica dos participantes do estudo
- Identificar, descrever e analisar as intervenções dos participantes com os usuários que apresentam delírios.
- Identificar, descrever e analisar as dificuldades mencionadas pelos participantes com os usuários que apresentam delírio.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Este é um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo realizado por meio de aplicação de questionário, entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram analisados de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin [200_].

4.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram 13 profissionais de saúde de nível superior das seguintes formações: Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional que prestavam serviço em quatro Centros de Apoio Psicossocial (II, III, infantil e Álcool e Drogas) em uma cidade da região metropolitana de São Paulo. Teve como critério de inclusão ter curso superior e que o equipamento participasse da mesma rede municipal de saúde mental, não levando em consideração se tal serviço era gerido pela administração direta ou se era um serviço

gerido por uma OS (organização social). A composição de participantes foi obtida por conveniência.

4.3 Local da Pesquisa

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho do profissional de saúde em salas que são utilizadas para atendimento e que apresentavam condições de conforto e privacidade para realização do trabalho.

4.4 Material e Instrumentos

- Foi utilizado um gravador de voz para gravação integral das entrevistas.
- Questionário sócio demográfico: elaborado para essa pesquisa com o objetivo de identificar e caracterizar os participantes da mesma. As informações buscadas serão: sexo, idade, profissão, atividade ou função atual, grau de escolaridade. (Anexo A)
- Entrevista semiestruturada que objetivava verificar as percepções a respeito do delírio e suas formas de intervenção, como também as atividades que se faziam difíceis na realização do trabalho. (Roteiro de entrevista – vide Anexo B)

4.5 Procedimento de coleta de dados

A Coleta de dados foi feita a partir de questionários sócio demográfico (Anexo A), entrevista semiestruturada (Anexo B).

Após consentimento da instituição responsável (Secretaria da Saúde do município), fez-se contato via telefone com a gerência do CAPS. Nele se apresentava a pesquisa, seus objetivos e solicitava a apresentação da mesma aos trabalhadores do local. Agendava-se um dia que essa apresentação se fizesse em reunião de equipe – dispositivo em que se encontra se não todos, boa parte dos trabalhadores do local.

Depois da apresentação da pesquisa em reunião de equipe, verificava com a mesma quem gostaria de participar. Os candidatos que manifestavam interesse, era convidado a realizar a

entrevista após a reunião, caso não pudessem, agendava um dia em que o trabalhador entendesse mais oportuno no próprio local de trabalho.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, com duração de tempo em torno de 30 minutos, de forma individual após serem informados da voluntariedade, e que as informações eram resguardadas pelo sigilo. Após estas informações entregava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse lido e assinado.

No início da entrevista, pedia-se ao participante que ele relatasse, a partir de suas vivências no cotidiano de seu trabalho, como compreendia ou concebia o delírio. A partir dessa pergunta disparadora, abria-se um campo para que o trabalhador falasse livremente sendo solicitado a responder a outras perguntas apenas se as mesmas já não tivessem sido na fala livre.

Todas as entrevistas foram gravadas, de forma integral, em gravador de voz digital e posteriormente transcritas para que pudesse permitir melhor análise e apreensão da narrativa.

4.6 Procedimento de análise do conteúdo das entrevistas

As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo tendo por base as propostas elaboradas por Bardin (2007) que a define como “um conjunto de instrumentos metodológicos (...) que se aplica a discursos”. Para a autora, a análise de conteúdo é “uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: inferência” e que caminha, enquanto esforço de interpretação, cambiando entre dois polos: “o rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” e que eles, metodologicamente se confrontam ou se completam expressando-se entre duas orientações: “a verificação prudente ou a interpretação brilhante” (pp.11 e 31).

Para Bardin (2007), a Análise de Conteúdo “absorve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido em qualquer mensagem” (p. 11).

Para autora, a Análise de Conteúdo, “é um conjunto de técnica de análise das comunicações” e que se constitui “por uma grande disparidade de formas” e é “adaptável a um campo de aplicação muito vasto”. Trata-se, portanto, “de um tratamento da informação contida

na mensagem” (p. 37). Sua proposta de análise se faz a partir “de uma primeira ‘leitura flutuante’” onde “podem surgir intuições que convém formular em hipóteses”. A partir dessas formulações, elabora-se as interpretações controladas, tendo como base tais hipóteses e a explicitação dos indicadores de conteúdo do texto e a partir deles poder, pelos indicadores, fazer as devidas inferências.

As categorias foram elaboradas então tendo esses apontamentos como norteadores: após transcrição das entrevistas, fez-se uma leitura flutuante e, posteriormente, a partir do que se intuía dela, fez-se um reagrupamento de elementos (falas) que se faziam análogas ou proximais.

Após as devidas reformulações os relatos foram agrupados em duas categorias: a concepção de delírio e a intervenção frente a ele (que se compunha de: intervenção, seu objetivo e a dificuldade). E que em cada categoria apresentava a fala dos 13 participantes. Posteriormente se levantou mais uma categoria denominada de dificuldades que foi subdividida em quatro itens. Nesses recortes de fala teve-se o cuidado de eliminar todos os dados que pudesse caracterizar o participante ou o serviço onde o mesmo estava inserido.

Ao término de cada temática, realizamos uma análise levando e pontuando os aspectos que se fizeram evidenciados com maior nitidez e discutimos como eles se aproximam do objetivo da pesquisa.

Realizou-se também as devidas adequações da língua portuguesa com a finalidade de suprimir as falas repetitivas (né, assim, ah, então...), como também foi considerado a passagem da linguagem oral para a escrita. Os relatos que não atendiam os objetivos do estudo foram suprimidos.

4.7 Aspectos éticos

Por trata-se de uma pesquisa que envolveu a participação com seres humanos. Ela obedeceu aos requisitos prescritos pela lei 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ou seja, foi uma pesquisa que levou em consideração a integridade do participante. A respeito dos riscos mínimos que a mesma pudesse oferecer eles se relacionavam ao tempo gasto e algum desconforto físico ou emocional que pudesse sentir respondendo o questionário ou participando da entrevista. Caso se percebesse algum dano ou prejuízo em virtude de sua participação na pesquisa, o participante poderia buscar por meios legais ação indenizatória, conforme prevê a lei.

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa foram informados sobre a forma como ela seria elaborada, sobre seus objetivos e metodologia e que eles poderiam, a qualquer momento, desistir de sua participação sem sofrer nenhum prejuízo. Informou-se ainda que seus nomes seriam preservados e que não seriam identificados caso houvesse a necessidade de divulgação dos resultados da pesquisa em publicações científicas. Após explicações, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Anexo C.

A pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo que a aprovou sob o Parecer Consubstanciado de número 1.339.933 de 26 de novembro de 2015. (Anexo D)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos, no quadro 1, a caracterização sócio demográfica dos participantes do estudo.

Quadro 1: Caracterização dos participantes

Participantes	Sexo	Idade	Graduação	Se na Graduação se contemplou aspectos de psicopatologia	Especialização	Tempo de atuação em Saúde Mental (em anos)	Tempo de atuação no CAPS (em anos)
1	M	38	Enfermagem	Sim	Sim	16	7
2	F	35	Enfermagem	Sim	Sim	8	8
3	M	27	Medicina	Sim	Sim	4	5 meses

4	M	55	Medicina	Sim	Sim	24	4
5	F	31	Psicologia	Sim	Não	5	4
6	F	35	Psicologia	Sim	Sim	3	3
7	F	37	Psicologia	Sim	Sim	10	1
8	M	48	Psicologia	Sim	Sim	26	17
9	F	49	Serviço Social	Não	Sim	7	7
10	F	52	Serviço Social	-	Sim	15	15
11	F	31	Terapia Ocupacional	Sim	Sim	8	8 meses
12	F	29	Terapia Ocupacional	Sim	Sim	4	4
13	F	28	Terapia Ocupacional	Não	Sim	5	3

5.1 A percepção de delírio

Nessa sessão partiremos de como os participantes entendem, compreende ou percebe o delírio em seu cotidiano de trabalho e se ela(s) tem uma base ou aproximação com alguma teoria. Embora essa percepção/compreensão apareça em outros momentos da entrevista, preferiu-se ficar com sua primeira resposta – por estar numa ordem direta a pergunta e por se fazer mais completa.

Participante 1 – Enfermeiro/a

“Hoje a concepção que eu chego é que o delírio ele faz parte de uma outra realidade da pessoa. Você tem vários tipos de delírio, mas o delírio é um sonho que a pessoa não acorda, ou não quer acordar, quer se distanciar da realidade dela, de maneira consciente ou inconsciente, voluntária ou involuntária, mas ela cria essa fantasia como uma proposta de defesa e eu creio que

o delírio é um mecanismo de defesa que querendo ou não o cérebro faz, fabrica, a partir de uma coisa que ele não dá conta, de uma realidade que ele não dá conta, ou de uma sensação, sentimento, uma verdade. (...) Creio que delírio é isso”

“Não saberia...acho que é como se fosse uma régua, sabe? você teria uns níveis. Uma fantasia, um desejo, e aí vai. Até que você tem um delírio propriamente dito”

É possível observar que a percepção do trabalhador se faz a partir de dualidades: realidade externa x realidade interna (uma outra realidade da pessoa). A esta, o aproxima ao sonho (como se). A partir dessa perspectiva o delírio se estabelece como uma maneira ou forma de lidar com alguma frustração concreta de sua existência e não como algo singular do indivíduo que diz de sua identidade e que marca seu ser mundo (mecanismo de defesa). O trabalhador também se interroga sobre a vontade (não quer, quer se) ou intencionalidade de quem o apresenta (consciente x inconsciente). No seu segundo comentário, ele faz uma tentativa de explicar sua concepção através níveis de intensidade ou gravidade patológica e que o delírio seria o grau máximo. Nota-se ainda o aparecimento de conceitos psicanalíticos mas de superficial e pouco aprofundada (inconsciente, mecanismo de defesa)

Participante 2 – Enfermeiro/a

“O delírio pra mim é quando a pessoa sai da realidade. Que vai percebendo, achando que coisas que não é real e vai acreditando que isso pode ser verdade. Achar que...é... tem algum parentesco, ou até às vezes, acha que é uma atriz da televisão, que fica tão desorganizado que...é...que entra nesse delírio, achando que é isso e vai ficando e vai criando esse mundo pra ele. Pra mim é um pouco isso. Delírio da desorganização, é... de acreditar mesmo que pode ser isso, da fantasia, é... mais ou mesmo isso.”

É possível observar que, na concepção desde participante, a realidade se faz como parâmetro e segue numa dualidade de dentro/fora e real/não real. O que delira estaria excluído dessa realidade. Nota-se ainda uma equiparação entre delírio e desorganização e seu relato se aproxima do senso comum (as vezes acha que é atriz de televisão).

Participante 3 - Psiquiatra

“Compreendo o delírio como uma resolução para a angústia do sujeito psicótico. A formação psiquiátrica que eu tenho ela se soma com a formação psicanalítica que eu tenho feito. É um entendimento que transita entre essas duas formações. Enquanto psiquiatra tenho um olhar fenomenológico de avaliação da realidade irreduzível a argumentação lógica e persistente e transitando pela parte da psicanálise eu entendo esse erro de avaliação da realidade, ele vem por algum motivo, ele não surge por acaso no indivíduo, não. Ele tem a ver com as questões do indivíduo com a angústia dele. E para o psicótico isso surge como uma resposta a angústia, como uma resolução para essa angústia, é... mais ou menos isso.”

Observa-se que percepção/concepção do participante se faz a partir de duas correntes e formações teóricas – a psiquiátrica e psicanalítica. Para ele é a partir delas que ele mira, ou pensa, a respeito do delírio, como também se faz como sustentação para sua avaliação numa perspectiva mútua de ajuda e complementaridade. O olhar fenomenológico psiquiátrico o ajuda a avaliar, o psicanalítico a entender.

Participante 4 - Psiquiatra

“Uma alteração do pensamento - na forma e conteúdo. Em que o paciente imagina situações que fogem da realidade. Pra mim, eu acho que essa seria a definição mais próxima de uma manifestação delirante”

É possível notar que o participante concebe o delírio como uma ‘alteração’ completa do pensamento. Algo que mudou, ou que se corrompeu, no sentido de que, o que se pensa, ou que se imagina, agora já não é real, ‘que foge da realidade’. Nota-se que o participante apresenta a dualidade de imaginação x realidade e que, nessa imaginação, o paciente delirante criaria situações nas quais escaparia da (suposta) noção de realidade.

Participante 5 – Psicólogo/a

“Vou entendendo que o delírio também é um modo de estar no mundo, um jeito de se estar no mundo, muito mais do que uma questão patológica, mas um modo como aquele sujeito consegue estar no mundo dentro de suas dificuldades, dentro de suas limitações. Partindo para um campo mais teórico, vou entendendo que o delírio é uma forma do sujeito se enlaçar no mundo. De alguma forma algo se rompe aí e é um modo como ele consegue de fato se reestruturar diante do delírio”

Verifica-se que o participante nomeia ainda que implicitamente duas formas ou maneiras de entender ou compreender o delírio. Uma que se aproxima mais ao cotidiano de uma forma mais particular/singular de vivenciá-lo; e outra ligada ao ‘campo mais teórico’, explicativo. Se numa ela refere ‘muito mais que uma questão patológica’, embora não refira que não seja; na outra ela refere a um rompimento, há algo que não saiu como o esperado. Rompeu-se. E o delírio seria essa tentativa de reatar o que foi rompido. É como se através do delírio ele conseguisse se reestruturar.

Participantes 6 – Psicólogo/a

“Vou observando que (...) o delírio é produção da história daquele paciente. É de questões subjetivas, de questões culturais. Eu vejo (...) com muita frequência que traz um pouquinho (...) dos próprios conteúdos deles projetados no delírio. Então às vezes tem delírio de culpa relacionados a alguma questão de vida. Alguns pacientes que, por exemplo, tem uma conduta mais religiosa (...) que eu vou compreendendo que tem sim, tem um limiar aí, tem um limiar na verdade (...) Então, a experiência religiosa, mais daquilo que talvez torne um pouco mais, que ultrapasse um pouco o conteúdo, a experiência religiosa, por exemplo (...) Vejo algumas polaridades, de paciente que as vezes traz a agressividade no próprio delírio”.

Observa-se, na fala do participante, que a sua compreensão ou concepção se faz a partir do que vai observando (‘Vou observando’) em seu cotidiano. Nele, ou nesse olhar, o delírio se faz como uma produção ou expressão de sua história de vida e que nele são projetados determinados aspectos de sua subjetividade. Embora o participante não os explicita nem os aprofunde, traz também em sua formulação conceitos que estaria mais próximos de uma abordagem psicanalítica (conteúdos, projeção). Nota-se também que o participante aproxima o

delírio de uma conduta/experiência mais religiosa, mas que o delírio ultrapassa essa experiência - 'um pouco mais'.

Participante 7 – Psicólogo/a

“Acho que o delírio é um enredo, uma construção que o sujeito faz pra aquilo que ele vivência. São várias construções possíveis sobre a experiência do sujeito, o delírio é uma delas. Entendo assim. É um recurso na verdade de vivenciar a realidade e tanto pra um neurótico, quanto pra um psicótico, um perverso, enfim, acho que o delírio é uma forma de recobrir a realidade ou aquilo que ele experimenta da realidade. Não é a realidade nua e crua dos fatos, mas a realidade psíquica, que nossa realidade é sempre experimentada a partir de uma realidade psíquica e é com a mediação da linguagem, como a gente acessa o mundo, significa o concreto do mundo. O delírio é uma construção, é uma história que se faz sobre aquilo que, sob aquele sujeito nesse mundo. Acho que delírio é uma construção, um enredo pra história. Muitas vezes, pra história do sofrimento pra aquilo que ele vai vivenciando, significando, mas não necessariamente sobre o sofrimento. Nesta perspectiva o delírio, (...) apesar da gente trabalhar no CAPS, que é um equipamento de saúde, (...) não seria, algo patologizável. Infelizmente acho que acaba sendo. Acho que muita gente acaba escutando o delírio como algo que tem que ser tirado e o sujeito deve ser adequado ao normativo. Não acho que o delírio seja isso. Acho que é uma saída pro sofrimento. Acho importante dialogar e negociar com o delírio é algo que é, faz parte do nosso trabalho. Não é tirar o delírio. É igual você falar pra um neurótico 'meu, essa não é a sua realidade, é outra' que sentido isso faz? Nenhum. Acho que é isso.”

Pode-se observar na fala e compreensão do participante que o delírio, a partir de uma realidade psíquica, se faz como um mediador ou uma forma de recobrir a realidade, de dar sentido e significado a ela. Ou seja a um modo de ver e interpretar o mundo ('um recurso de vivenciar a realidade'). O participante refere também que, ao contrário do pensa, o espaço de saúde, seu espaço de trabalho, muitas vezes não vê assim. Mas, como algo patológico que deve ser tirado do sujeito com pretensão de adequação ao normativo social.

Participante 8 – Psicólogo/a

“Para além de concepções teóricas, conceitos, o que eu vejo na prática cotidiana, é a forma de você acessar a subjetividade do paciente. A produção delirante, acho que é uma linguagem que o paciente está falando de si, falando de sua subjetividade, de acordo com o que ele constrói no delírio. Não é aquela coisa de você achar que ‘ah! O paciente tá delirando’ e esse delírio coloca ele fora da realidade, dizendo que é Jesus Cristo, que pode voar, que isso é uma coisa que deixa ele fora da realidade. Pelo contrário, eu acho que a gente tem que ouvir aquilo como sendo uma fala da realidade do paciente, da subjetividade. Quer dizer, o que eu falo, é que o psicótico, o usuário em uso vai falar de sua realidade não é pela lógica formal. Acho que o delírio é essa linguagem que ele está acessando os conteúdos do inconsciente. Acho até, que por uma visão, eu diria mais lacaniana, que eu gosto para entender um pouco essa questão do delírio.”

Observa-se que o participante vai desenhando sua compreensão de delírio tendo este como uma linguagem que não é o da lógica formal, mas que diz ou revela aspectos da subjetividade de quem o apresenta permitindo não só acessá-la como também compreender essa realidade. Refere também que essa linguagem (delírio) possibilita acessar conteúdos inconscientes. Verifica-se que sua compreensão se aproxima de conceituação mais psicanalítica (conteúdos, inconsciente) e refere uma abordagem específica para sua compreensão (que eu gosto para entender)

Participante 9 – Assistente Social

“Na minha compreensão o delírio faz parte da história de vida da pessoa que o apresenta. Como profissional técnico, acho que minha percepção vai além do delírio que se apresenta. Mas, como é essa vida? ... Qual é o pano de fundo? ...Qual é a trajetória de vida da pessoa? ... Em que momento essa pessoa apresentou o sintoma do delírio? O que que acontecia com ele emocionalmente, fisicamente? Ou onde morava? Acho que todo esse contexto diz respeito ao delírio, quando ele se apresenta. É fazer essa leitura e ir além do delírio. É isso que procuro fazer.”

Pode-se observar que, na compreensão do participante, o delírio não é algo solto, descolado da vida de quem o apresenta, mas que está ligado a ela e ao seu contexto incluindo aspectos sociais e emocionais. Ele se estabeleceria como uma espécie de indicativo ou uma expressão do estaria acontecendo na vida do indivíduo e que seria necessário para sua compreensão, lê-lo e ‘ir além’.

Participante 10 – Assistente Social

“O delírio, eu acho, que é uma desorganização. Já fica teoricamente. Uma desorganização do pensamento.”

Pode-se observar que o participante refere que o delírio como um estado de alteração do pensamento, de desordem. Algo que remete um desarranjo, ou uma certa confusão ou perturbação. É possível observar também que na sua afirmação - ‘já fica teoricamente’ - leva a entender que tal concepção é baseada em alguma teoria, embora ele não aprofunde nem explicita com maior clareza sua base de orientação.

Participante 11 – Terapeuta Ocupacional

“Pra mim o delírio é um distanciamento da realidade. Que pode ter uma ideia e uma história e que em torno disso. Eu vou muito pensando nos exemplos de coisas que já vi. Delírio de que tem é ...sei lá! Que nem, a gente tem um menino aqui dos animatronics, que cria uma história delirante em cima de algo que ele viu num filme e isso começa a fazer parte da realidade dele. Então, acho que essa concepção, essa mistura da realidade, da fantasia, e que tem até o seu nexos, sua coerência, que faz esse delírio ter sentido para aquela pessoa. ”

Observa-se que a compreensão do participante a respeito do delírio se faz como um afastamento da realidade. Embora não esteja explicitado, a lógica é de uma dualidade: real x não real. Observa-se também que sua compreensão se faz, ou se aproxima, a partir do seu cotidiano ‘pensando nos exemplos de coisas que já vi’. Refere ainda o delírio, embora com nexos, coerência e sentido para quem o apresenta, como uma mistura de realidade e fantasia.

Participante 12 – Terapeuta Ocupacional

“Eu entendo que ele tem várias formas. Tem o delírio de grandeza, delírios religiosos, delírios.... Geralmente é uma verdade que a pessoa acredita e, às vezes, tem delírios que são mais marcados, que é um tipo absurdo e está todo mundo vendo que é um absurdo (risos). Mas a pessoa está acreditando naquilo. E é o que a pessoa acredita. A gente precisa, a princípio, respeitar um pouco isso. Não dá pra chegar com uma intervenção mais firme ou contradizendo o que a pessoa tá dizendo. Então, acho que é escutar no primeiro momento mesmo. Mas eu entendo que é uma ideia que a pessoa tem e que, pensando no senso comum, não é algo que é possível, não é real. Acho que é isso.”

Observa-se que o participante percebe o delírio como uma ideia e que pode se apresentar numa tipificação: de grandeza, religioso, e delírios...dando a entender da existência de outros. Refere-se ainda ao delírio como uma ‘verdade’ da pessoa que, embora ‘todo mundo veja que é um absurdo’, ela continua acreditando. Faz uma aproximação entre: delírio, verdade da pessoa, absurdo e não real. Vai se percebendo através de sua fala uma dualidade: verdade e verdade da pessoa, todo mundo e a pessoa, possível e absurdo, real e não real. ‘Pensando no senso comum’, não é algo possível.

Participante 13 – Terapeuta Ocupacional

“O que é o delírio pra mim? Hum...O delírio... que pergunta não é? ... O delírio é como se fosse uma (...) é uma construção que a pessoa faz da realidade e que não é compartilhada. Eu entendo assim. Quando eu tenho um paciente que está delirando eu vou tentando com ele e construindo isto: que a gente não tá compartilhando, não é? (risos) que ele não tá compartilhando esta realidade com a gente.”

Neste caso, nota-se que o participante compreende a partir de uma dualidade de real e não real e que o delírio estaria mais próximo desde como uma construção que o delirante faz do real - “verdadeiro”. Refere ainda que a partir dessa construção, a partilha ou entendimento de ambos ficam prejudicados.

Diante do exposto e dos recortes das falas dos participantes é possível observar que a percepção de delírio, para este grupo de trabalhadores, se constrói ou se evidencia a partir de

cinco principais eixos, que as vezes eles se apresentam mais delimitados, noutras mais cambiantes, misturando ideias, conceitos e contextos.

5.1.1 Categorização da percepção de delírio dos participantes

1. O primeiro eixo é o *dualismo da realidade* - que se faz em dois níveis: a realidade da pessoa e o não real contraponto com a suposta realidade real. ‘Uma outra realidade da pessoa’ - ‘é um distanciamento da realidade’ - ‘quando a pessoa sai da realidade’ - ‘a pessoa está acreditando naquilo’- ‘não é real’ - ‘é um tipo absurdo’- ‘não está partilhando’.
2. O segundo eixo é o *nosográfico ou patológico* - que junta-se ao primeiro e valora como patológico, negativo. ‘Erro de avaliação da realidade’ - ‘delírio da desorganização’- ‘uma alteração do pensamento na forma e conteúdo’- ‘é uma desorganização do pensamento’.
3. O terceiro eixo é o *social ou contextual* que vai delineando o delírio como um representante do contexto de vida do paciente, contexto esse social, econômico e familiar ‘o delírio é produção da história daquele paciente’.
4. O quarto eixo é o *neurológico* que se desenha como algo que é produzido pelo cérebro ‘o cérebro faz, fabrica’ ‘acrescentaria aí um pouco dessas questões da neurologia’.
5. O quinto eixo é o *psicanalítico* que as vezes aparece em forma de conceitos soltos, noutras com certa coerência com a teoria. ‘um sonho’ ‘fantasia, desejo e delírio propriamente dito’ ‘fantasia’ ‘conteúdos projetados no delírio’ ‘um enredo’ ‘um recurso de vivenciar a realidade’ ‘uma linguagem que ele esta acessando os conteúdos do inconsciente’

5.2 Formas de intervenções dos participantes diante do delírio

Nesta sessão apresentaremos como os participantes elaboram sua proposta de intervenção, o que ela objetiva como também as dificuldades no alcance dos objetivos propostos pelos profissionais. Pensou-se nesses aspectos no sentido de que eles pudessem desenhar com mais clareza a ideia e intenção da proposta de intervenção.

Participante 1 – Enfermeiro/a

Intervenção

“Boa! É muito complicado (...) parar pra pensar como eu penso na intervenção. É...a priori a gente tem em mente um tripé básico, que é (...) o quanto que eu posso pensar isso junto com a rede, isso junto com a família e isso junto com o próprio usuário” (...) Mas assim...pensando em delírio, propriamente como que você aborda, como que você entra, (...) é vínculo, sabe? Eu acredito muito numa coisa que é da não exclusão é de verdade mesmo, sabe? ”

Objetivo

“O objetivo é a saúde. Agora o que é a saúde? Por que pra mim, saúde é a capacidade do ser humano olhar pra a doença e falar que ‘eu vou vencer’, por que a doença é um processo inerente a vida. (...) Então o objetivo é que ele chegue a esse patamar: vou enfrentar o problema. Se ele disser, vou enfrentar o problema, aí eu consegui introjetar nele. Agora, o processo a se chegar aí é vai ser individual pra cada um, e aí a gente vai ter que estudar como. ”

Dificuldade

“É consegui mesmo fazer com que as pessoas acreditem. A dificuldade maior está quando você começa a explicar o processo e as pessoas não entendem. Não entendem, não consegue entender. (...) A gente tem uma população muito carente, muito pobre, muito empobrecida culturalmente em termos de saúde, educação, economia, saneamento. É uma população aqui epidemiologicamente neurótica, dependente de benzo, e que sem isso não vivem, entende? Então, como você vai explicar o processo de CAPS pra ele? (...) É frustrante! Quem está aqui tem que saber disso. Quem está aqui tem que saber que aqui é lugar de frustração. Consigo hoje, amanhã

tudo que eu consegui se perde. Recomeço de novo, mas nem que seja por hoje, valeu! Entende? Por que aqui é isso.”

Pode-se observar que para o participante pensar como pensa sua intervenção se faz surpresa e refere como complicado. Diz ainda que sua intervenção, em mente, parte de uma tríade composta pela rede, família e usuário e que ela se faz mediante o vínculo e a não exclusão. Tem como objetivo a saúde do paciente e esta seria a capacidade do sujeito de dizer ‘eu vou vencer!’, Assim, embora não explicita como, o objetivo seria ‘introjetar’ essa forma ou capacidade de olhar para a doença. Embora não explicita, vai dando uma ideia de que o delírio seria uma doença. Quanto a dificuldade, o participante relata o não entendimento das pessoas do que seja o processo do CAPS e que isso se deve a uma população pobre, empobrecida culturalmente e carente de serviços básicos.

Participante 2 – Enfermeiro/a

Intervenção

“A intervenção a gente vai pensando que, no primeiro momento, vai vir no intensivo, que é ficar durante o dia aqui todos os dias pra gente estar mais próximo, pra ter mais vínculo, pra eles poderem confiar mais na gente, pra contar às histórias que estão acontecendo. E tem o trabalho com a família que (...) a gente acaba puxando (...) pra atendimento, pra eles compreenderem como tem essa questão de achar que pode, que eles conseguem, que eles tem poder. A família não acredita muito nisso. (...) A gente pensa junto como lidar com o paciente nesse momento, nessa crise. E a questão da medicação, de dar orientação pra família, dá medicação no horário certo, todos os dias, por que a família acaba ‘hoje melhorou, então não vou dá mais’, e volta o paciente todo, todo desorganizado. Então a gente vai trabalhando família e o paciente aqui”

Objetivo

“Eu penso que quando o paciente vem na primeira crise, é provável, com o tratamento certinho, a família apoiando, ele consiga voltar a fazer as coisas da sua rotina. Voltar para escola, consegue fazer outras coisas que fazia. Então a gente acaba fazendo uma reunião, levando esse

caso, pensando todo mundo junto o que seria melhor (...) pra cada paciente. Mas é isso, é voltar pra sociedade e voltar o que era. É ajudar nessa desorganização. Diminuir pelo menos.”

Dificuldade

“Dos pacientes do delírio? Pra mim o que é mais difícil é a família entender, de compreender. Acho que isso é o mais difícil. Mas no momento que a família tá junto, acho que fica muito mais fácil no atendimento dos pacientes. Eu acho que com o paciente do delírio, a gente vai conversando, a gente vai, com ajuda da medicação, tentando (fazer) ele voltar a fazer as coisas que ele já fazia, a voltar a realidade.” (...).

“Agora quando a família não ajuda, não tem muito apoio da família, principalmente na questão da medicação e do tratamento, a gente ver que a maioria dos casos melhora e volta. (...) Que muitas famílias acham que a medicação de psiquiatria é como ‘ah, estou com dor de cabeça, tomei um remédio, melhorei, pronto! Hoje estou melhor não preciso mais tomar’. E aí é difícil, não é? Então é todo o tempo a gente tem que ficar em cima da família orientando da importância. Explicando o que pode acontecer, que ele pode voltar e da próxima vez que voltar, a maioria dos casos, volta pior. Então, a gente fica na família, principalmente nisso”.

“E a maioria dos casos mora em lugares muito de baixa renda. Baixa renda, modo de falar, é pobre que não tem nada. (...) Não tem nada. Então, quando você vai ver a família nas visitas domiciliares que a gente acaba fazendo, pra gente conhecer melhor o ciclo da família, a casa... A gente ver que é um lugar, dependendo do caso, enlouquecedor.”

Pode-se observar que o participante vai pensando a sua intervenção a partir de um coletivo: ‘a gente’. É ‘a gente’, que a partir de uma rotina dada ‘no intensivo é ficar’, que vai estabelecendo a proposta de intervenção e que nela deve se incluir paciente (adolescente) e família. Para aquele, há que se formar vínculo para que ele confie nos profissionais e ‘conte o que está acontecendo’ e pra este, a orientação da situação e principalmente do uso da medicação. Observa-se também que o participante aproxima delírio e crise: ‘nessa crise’. Quanto ao objetivo da intervenção, ela se estabelece com o intuito de que o paciente volte a fazer coisas que era da sua rotina, que com ajuda da medicação melhore da desorganização e que volte pra realidade e

pra sociedade. Tal objetivo, nos leva a pensar que o paciente delirante, para o participante, está em crise, desorganizado, fora da realidade e fora da sociedade. A respeito de sua dificuldade, ela se circunscreve a partir da conjunção de três aspectos: família, uso da medicação e moradia que apresenta-se como vulnerável, de pouco recurso e que contribui para o seu agravamento do quadro.

Participante 3 - Psiquiatra

Intervenção

“Se eu tiver falando de um delírio primário o meu objetivo primeiro é avaliar qual que é a mobilização afetiva que esse paciente estar tendo frente a essa vivencia, né? É... se não tiver, se for simplesmente o universo da realidade do sujeito, que só responde a angústia dele, mas não traz outros tipos de angústia, outros riscos, é possível até não medicar, lidar com esse delírio sem medicação. É, isso não é o que acontece na grande parte das vezes. O delírio surge acompanhado de um grande sofrimento e, muitas vezes, é necessário a intervenção da medicação para enxugar um pouco desse delírio e fazer com que esse paciente ficar menos mobilizado, diminuir o risco dele, o risco de quem vive com ele. É, mas as intervenções são várias. Passa pela medicamentosa muitas vezes, mas aqui, enquanto psiquiatra clinico, passa muito pela medicamentosa.”

Objetivo

“Eu diria primeiro do risco, quando o paciente se põe ou põe o outro em risco frente ao delírio. Então a minha conduta objetiva reduzir o risco e muitas vezes, de uma maneira a anestesiá-lo esse paciente. Agora, angústia em si, o remédio não vai tirar isso. Aí é outra abordagem. Aliás, nada vai tirar a angústia. (...) Mas, (...) ajudar a ele a lidar com essa angústia de outras maneiras são outras abordagens.”

Dificuldade

“Duas coisas que eu acho que são difíceis. Bem difíceis! A primeira coisa é que nenhuma medicação hoje que a gente usa para quadros psicóticos seja isenta de efeitos colaterais. Então, com frequência os pacientes tem essa percepção e eu também: que o remédio ajuda, mas o remédio também atrapalha. E sempre existe um preço a se pagar pelo remédio. Talvez é um

grande desafio encontrar uma medicação para aquele paciente que ajude-o, mas que não cause efeito colateral que seja danoso para ele”.

“O segundo desafio que existe (...) é como que eu vou fazer para lidar com a família. Como eu vou abordar a família e como é que eu vou trazer essa família para o tratamento. Por que muitas vezes as questões do paciente que delira (...), elas estão muito enraizadas no contexto familiar dele e muitas vezes a família tem resistência. (...) ‘Eu vou dar remédio psiquiátrico pra ele? Eu vou dar medicação dita forte?’ Então, muitas vezes a família é uma questão, e aí é um segundo paciente. Você tem que ouvir o paciente, tem que entender para aquele paciente qual que é a questão dele, como ajudar ali e aí tem que atender um segundo paciente que é a família, a mãe, o pai etc, ou quem ocupe esse lugar e ver qual que é a questão (...) desse familiar.”

Pode-se observar que o participante vai pensando sua proposta de intervenção a partir da conjugação de delírio e risco. Se esse delírio não apresenta ou oferece risco ‘é possível até não medicar’. Mas em sua percepção, na maioria dos casos, ele vem acompanhado de grande sofrimento e mobilização que se faz necessário o uso da medicação com o intuito de ‘enxugar’ o delírio e diminuir seus riscos. Assim, seu objetivo ou objetivo de sua intervenção se faz nesse sentido: diminuir os riscos que o delírio pode acarretar a quem o apresenta e a quem com ele convive. A respeito das dificuldades, o participante refere que elas se dividem em duas: a primeira, diz respeito aos efeitos colaterais do medicamento - ‘um preço a pagar’ – e a segunda, a família que vai se configurando como ‘um outro paciente’ no qual há que se ouvi, entender, ajudar e atender.

Participante 4 - Psiquiatra

Intervenção

“(É) tentá-lo fazer compreender que isso é uma produção dele, que não é algo que corresponde a realidade e ver se ele tem, ou não, condições de estabelecer uma crítica no que ele traz. Então, essa é a primeira intervenção e conseqüentemente uso da psicofarmacologia para ajudá-lo a sair desse quadro.”

Objetivo

“Eu acho que primariamente seria o objetivo de trazê-lo a realidade, poder fazê-lo compreender o que é real e essa distinção real do irreal. Acho que não há muito segredo nessa história.”

Dificuldade

“Se o paciente não adere o tratamento. Acabei de fazer uma intervenção mais drástica agora. (tive que) acompanhar o paciente até a enfermaria para que ele tomasse medicação na presença da enfermagem. (...) Se ele não adere, se não há uma continência familiar. Eu acho que são duas dificuldades que são sempre encontradas, de um modo geral. ”

Pode-se observar que o participante divide sua intervenção em duas partes: a primeira, que se estabelece em tentar fazer o paciente compreender que a sua ‘produção’ não corresponde com a realidade tendo como intuito o restabelecimento de uma crítica e a segunda ‘consequentemente’ fazer uso de medicamento que este o auxilie nesse reestabelecimento. Seu objetivo então, coerente com sua ideia de intervenção, é ‘trazer para a realidade’, ajudá-lo a compreender o que é real e o que não é. Quanto a sua dificuldade, refere que, de modo geral, duas se apresentam: a não aderência, que embora não esteja dito de forma direta, mas nos faz pensar na não aderência da medicação ou ao seu uso regular; e a segunda, a não continência familiar. Embora não esteja explicitado nos leva pensar que suas dificuldades se circunscrevem no campo do outro, seja o paciente, seja sua família.

Participante 5 – Psicólogo/a

Intervenção

“Acho que quando tem muitas vozes, (...) quando vem algum delírio bastante estruturado, é difícil fazer esse acesso (...) mais racional que possa se dizer ‘olha você precisa de um cuidado’. É muito difícil acessar. Então, (...) a proposta é que venham (e) que a gente possa conversar, que com isso vai se construindo um certo vínculo para que a gente consiga (...) trabalhar um tanto dessa questão delirante com elas, digo, pelo menos ouvir. Acho que eu vou muito nessa linha.

Acho que nem tanto um confronto nem tanto validar, mas ouvir aquilo que ele estar dizendo, e de alguma forma validar pela escuta.. ‘tô aqui, tô te ouvindo’. Um tanto das intervenções tem esse sentido”.

“Acho que eu nunca parto da questão de que precisa cessar primeiro esse delírio para que a gente possa reinseri-lo ou tratá-lo ou, enfim, pactuar coisas. Acho que tudo isso é possível fazer quando, mesmo delirante, você tem um laço ali com ele.”

Objetivo

“(…) Dá lugar a esse sujeito para que ele apareça, que ele seja só uma pessoa, que não seja só mais um ou que não tenha voz nenhuma. Também, às vezes, vou muito por essa linha de dar a voz, de conseguir fazer com que ele exista, de que ele tenha uma posição mínima dentro da família, seja dentro do CAPS, seja na rua, seja onde que ele tiver.”

Dificuldade

“Acho que o mais difícil é negociar isso com a equipe do que (...) sustentar isso com o usuário (...) Sustentar isso, sem que seja maciçamente medicado pra cessar esse delírio insistentemente ou mesmo sem ter nada. (...) Eu posso sustentar, mas se o outro não sustenta (...) isso não é possível, mesmo que você tenha aquele objetivo, você não consegue dar continuidade”.

“Muita gente não conhece, não entende, não aposta, por que é o modelo mais comum, é o modelo hospitalar, é o modelo medicamentoso. É bom pensar que o serviço hoje, mais da metade dele é da enfermagem e que vem com outro olhar, então, entendo que muitas pessoas veem despreparadas pra trabalhar nesse serviço que tem certa particularidade”.

“Difícil de fazer sustentar esse lugar assim. É mais difícil. Mais fácil simplesmente é fazer ficar quietinho, bonitinho, babando ou não, mas que ele fique bonitinho. Daí eu não tenho que me justificar pra família, não tenho que me justificar pra sociedade, não tenho que me justificar pra nada. Simplesmente fiz o meu trabalho, chegou aqui delirante, vai sair daqui sem delírio, ou normal. (...) Normal, adaptado (...). Aliás, é mais comum do que a gente pensa”.

“Eu ainda acho que é com a equipe. O mais difícil é com a equipe. Que você (...) muitas vezes entra no embate, você não consegue.”

Verifica-se que, numa intervenção, o participante refere encontrar alguma dificuldade quando o delírio é mais ‘estruturado’, mas sua proposta se faz em chamá-lo pra uma conversar tentando criar um ‘vínculo’ e que a partir desde possa conversar ‘tô aqui, tô te ouvindo’. Seu objetivo se faz em ‘dar voz’ e que partir disso o paciente possa se fazer existir e aparecer seja no CAPS, família ou outros espaços. Embora não se diga isso explicitamente, vai nos dando uma ideia de reinserção social como ponto de chegada ‘reinseri-lo’. Sua dificuldade é a negociação com a equipe, pois pra ele, ‘a equipe’ propõe uma intervenção de que o paciente delirante seja ‘maciçamente medicado’.

Participante 6 – Psicólogo/a

Intervenção

“Com relação a intervenção (...), eu vou procurando contextualizar (...) qual o sentido, qual o sentido e qual o significado que esse delírio pode representar para aquele paciente. Procuo ter uma escuta mais delicada, sem confrontar com a realidade. Muitas vezes não confrontando, mas levando (...) a reflexão daquela experiência para ele, os pontos simbólicos. A medicação acaba auxiliando muito quando o paciente vai ficando mais organizado e ele mesmo vai tendo uma crítica. Ao mesmo tempo que tem alguns pacientes que mesmo com todas as alternativas terapêuticas e a medicação ainda vai ficando remanescente, alguns conteúdos de delírio. Alguns pacientes que são os mais crônicos, eu procuro ser bastante respeitosa (...) com aquilo que eles compartilham, sempre proponho um espaço de abertura, de disponibilidade”.

“Vou (...) trabalhando com ele a percepção dele e se ele sente que isso pode tá ocorrendo com outras pessoas, se outras pessoas podem ter a mesma percepção, mais nesse sentido que eu vou travando o meu diálogo, mas eu não fico de confrontar de que, ‘é real? não é real?’ Eu geralmente vou tratando uma critica, vou ajudando ele, dar recursos a ele pra que ele possa vir a ter a própria crítica do que estar ocorrendo, do que tá se passando com ele, dando talvez recursos para que ele possa fortalecer a percepção de si, a percepção do mundo.”

Objetivo

“Eu vou pensando mais na organização dele de vida, na forma dele se organizar, de encontrar uma forma de ter bem-estar, de poder discernir de suas próprias experiências, de identificar sinais nele mesmo quando a situação vai ficando difícil (...), quando vai vendo uma desestabilização, quando a situação vai se tornando de tal modo que pra ele tá mais sofrido. Então, muitas vezes, eu vou trabalhando nesse sentido, de percepção de si próprio, né? Quando tá um pouco mais organizado, centrado e autônomo na própria vida e quando a situação vai ficando um pouco mais difícil de controle, ne? Quando ele vai vendo que a inserção dele ‘tá’ um pouco difícil. Que geralmente quando vai havendo um processo de maior delírio, vem acompanhado de alguns sentimentos, de angústia, de medo, de indagações, e é nesse sentido que eu vou procurando trazê-lo pra uma percepção de si, sobre o que estar acontecendo, qual a percepção que ele está tendo a respeito das experiências dele no mundo”.

Dificuldade

“A minha maior dificuldade são os pacientes mais crônicos. (...) São casos que eu não me identifico tanto. Então eu prefiro não assumir casos assim, pacientes que estão mais cronificados (..) que os sintomas não vão remitindo. Eu encontro dificuldades nesses casos, mas daí eu já procuro (...) dividir esses casos com colegas. Prefiro (...) não assumir, não me sinto segura...Aqueles pacientes que vão tendo aqueles delírios de auto referência e não, e não (...) evolui. Aqueles pacientes que vão tendo delírio de auto referência, que são mais crônicos, que não evolui. Então, esses casos geralmente eu não me aproximo tanto, não me sinto tão à vontade, eu (...) já não me identifico.”

Nota-se que o participante desenha sua intervenção ‘através de uma escuta mais delicada’ que se propõe em contextualizar, e procurar/investigar qual o sentido e significado que o delírio pode trazer. Refere também que ‘sem confrontar a realidade’ e com ajuda da medicação, vai buscando melhor organização e reestabelecimento de crítica, mas que existem pacientes que mesmo com todas as intervenções e alternativas terapêuticas, os mesmos não apresenta melhora. Embora não seja dita explicitamente, a intervenção vai se configurando como um reestabelecimento da crítica e remissão dos sintomas. Seu objetivo se estabelece numa dualidade de organizado e desorganizado, estável e desestabilizado a sua tarefa se faz em procurar deixa-lo

bem ‘encontrar uma forma de ter de bem-estar’. Sua dificuldade se faz quando os pacientes ‘mais crônicos’ ou ‘cronificados’ não evoluí, quando não há remissão desses sintomas.

Participante 7 – Psicólogo/a

Intervenção

“Acho que nesse sentido de escutar esse delírio como parte de uma construção do sujeito sobre a relação dele com o mundo, sobre o sofrimento dele, sobre uma hipótese que ele faz, sobre o que ele está vivenciando. Acho que isso vai dizendo de como ele se amarra no laço social.”

Objetivo

“Acho que o sujeito está implicado no desejo dele, nas ações dele, no cotidiano. O sujeito poder (...) falar sobre o sofrimento, pode ter um número de elaboração, de construção (...). Acho que essa é a direção de respeito ao delírio na hora de escutar, como direção de tratamento mesmo. (...) De tá junto (...) na escuta e claro, fazendo pontuações (...). Seria a minha tática clínica de como manejar o que eu escuto, mas a direção (...), a estratégia (...) está junto nesse processo de reconstrução do delírio. Escutando e pontuando, ajudando ele a se implicar... Mais como um auxiliar do sujeito.”

Dificuldades

“Acho que a gente esbarra muito em questões morais, em muitas questões (...) pessoais de cada (...) trabalhador dessa instituição, de concepção de mundo, de formação etc. Acho complicado. Eu acho que procuro fazer o meu trabalho mesmo no meio desses atravessamentos todos”.

“Acho que tem lados e lados desses atravessamentos (...). Mas tem horas que é muito ruim, tem horas que tem um imperativo de que você tem que”.

“Acho que muitas vezes o serviço cai num enquadramento de adequação social de acordo com os padrões mais rígidos e morais e completamente descabidos pra mim. Então, acho que tem um conflito nessa hora”.

“Encontro dificuldades sim, bastantes. E não só no um a um, no coletivo também. Por que as pessoas estão muito coladas no que o outro disse, e na verdade fixa e no *sei quê e nã nã nã*. E você tá tentando operar uma outra análise com as coisas, mas isso não tem muito espaço. Eu sempre sou chamada pra um concreto brutal assim que eu acho um saco e burocrático e complicado. Bem complicado. Cansada”.

“É algo que se repete. Essa tentativa de ajustamento do paciente, essa tentativa de ajustamento de uma conduta profissional, como se existisse uma conduta única, universal, etc. Tudo em torno de um ideal de certo que eu acho complicado. Complicado, mas é o que é. A gente tem que ir operando com o que é.”

No relato acima, observa-se que o participante vai pensando sua intervenção no ‘sentido’ de escutar o delírio entendendo este como uma construção do sujeito e como mediador dele como um mundo. Dá uma ideia que é escutando-o que se poderá entender como o paciente vê e interpreta o mundo e seu cotidiano. Seu objetivo se faz então, calcado nessa ideia ‘de respeito ao delírio na hora de escutar’ e que através dessa escuta se poderá fazer ‘pontuações’ e que estas o ajude nesse processo de reconstrução do delírio ‘ajuda’, ‘ajudando’ ‘auxiliar’. Sua dificuldade vai se configurando dentro do espaço CAPS e das questões que o mesmo apresenta ou é constituído. Para o participante este espaço se constitui como um espaço hermético, rígido, burocrático que propõe um ajustamento não só do paciente, mas também dos profissionais e que opera numa lógica de um ideal social do que é certo e do que é errado. ‘o serviço cai num enquadramento de adequação social de acordo com os padrões mais rígidos e morais e completamente descabidos’

Participante 8 – Psicólogo/a

Intervenção

“Espera-se que ele não esteja delirante, por que o critério pra participação no grupo, de adesão, todos os pacientes estão, de certa forma, estabilizados, pra participar. Então, se tem um paciente delirante, ele vai destoar do objetivo do grupo. Então, nesse caso, ele é remetido a psiquiatria. Ele precisa (...) de uma intervenção psiquiátrica por que, pela característica do nosso

serviço, não dá muito pra você trabalhar sobre a intervenção psicológica do delírio, de interpretar o delírio, vamos trabalhar o quê? O serviço de saúde tem essa questão de número, de produtividade, então o paciente já passa com a psiquiatria já pra tentar remitir esse quadro delirante. E é claro que (...) isso não deixa de ser uma contradição. Por que, se eu estou te dizendo que o delírio é uma expressão da subjetividade do paciente, então você corta o delírio, meio que você corta essa porta para entrar na subjetividade, só que serviço público de saúde com essa demanda toda que você tem, a gente precisa trabalhar num outro nível. Se você está com 10 pessoas que estão estabilizadas e em 1 delirante, não dar pra você fazer o grupo todo em função de interpretar o delírio dele. Então, tem que ser remetido a psiquiatria para remitir esse quadro pra gente trabalhar em outras esferas. Então, é pra você ver que isso é uma grande contradição. Por que o delírio traz essa possibilidade de você acessar a subjetividade, mas quer dizer, como trabalhar com um? Se eu fizer um grupo de 10 paciente todos delirantes pra entender a subjetividade de cada um é complicado aqui. Então, tem essa questão, da gente ter uma intervenção, assim, conjunta com a psiquiatria.”

Objetivo

“A estratégia de intervenção é de acordo com o serviço que você está. Se estar abordando um paciente nessa situação em consultório, a estratégia é uma, se você está num serviço de saúde mental num CAPS de saúde mental, a estratégia é outra. (...) Por trás do delírio tem a questão diagnóstica. Então, o delírio de um esquizofrênico é uma coisa, o delírio de um paciente que sofreu alguma situação mais intensa que ele produz o delírio, mas não necessariamente sendo de base psicótica, o paciente numa situação de uso, ele está delirando, mas em função do que ele usou, então, são estratégias diferentes. ”

Dificuldade

“É serviço de saúde pública, você tem essa questão de demanda numérica. (...) Se você pensa num projeto de tratamento ideal, é diferente do que a gente encontra, com o real da saúde pública. Então, tem uma questão”.

“Se você trabalha o núcleo familiar ali na psicoterapia familiar você tem essa possibilidade de ver isso com vários membros da família, e uma psicoterapia individual, sem essa

questão da urgência, do tempo, da demanda, também daria pra escutar melhor esse delírio, mas temos essa questão que saúde publica você tem esse conflito entre demanda. Demanda de pacientes e número de equipe. Então você tem que (...) equilibrar isso pra consegui dar conta de tratar todos que vem.”

Pode-se observar que o participante vai pensando numa intervenção onde o aparecimento do delírio ou do paciente com esse quadro põe alguma dificuldade na rotina de seu trabalho, pois ele de alguma forma ‘destoa’. Motivo pelo qual o encaminha a psiquiatria para que aqui se faça uma intervenção de remissão do delírio. Refere que reconhece a contradição entre delírio como forma de acesso a subjetividade e sua eliminação, mas que a configuração do serviço e demanda não o permite fazer uma intervenção mais proximal. Refere que seu objetivo, que ele chamou de estratégia, vai depender do serviço onde o mesmo se encontra e do tipo de delírio que o paciente apresenta. Quanto à dificuldade, refere que ela se faz pela quantidade ‘demanda numérica’ e pelos aspectos da saúde pública.

Participante 9 – Assistente Social

Intervenções

“Eu acho que elas, pelo menos pra mim, (...) só se dão a partir de um tempo maior onde você consiga compreender melhor. Acho que, nesses casos, a pressa de diagnóstico, de uma intervenção atrapalha sua percepção sobre a questão. Acho que isso é um segundo ou terceiro momento. Se a pessoa não está sozinha, tem uma questão familiar, social que a gente também tem que fazer uma leitura dela e a partir daí, as intervenções podem ser as mais variadas por que depende muito daquele sujeito, de quem é aquele sujeito, aquela pessoa, nome? ... Sobrenome?... A família?...região onde mora?...em quais condições ele vive?...tem saneamento básico ou não?...Tem estrutura familiar que permite a sustentação de crise?...onde que a gente busca essas parcerias. Se caso não tenha, quem são os vizinhos dessa pessoa? Quais relações ele estabelece no território onde vive? Eu acho que que as intervenções elas só podem se dar a partir desse conhecimento mais global da vida dessa pessoa.”

Objetivo

“Pra mim é principalmente de ajudar a pessoa a compreender esse contexto de vida dela, pra que ela consiga se perceber enquanto indivíduo. Como se constituiu...pra dá sentido a esse delírio, inclusive. Qual o sentido do delírio na vida dessa pessoa? Eu acho que primeiramente é isso. A outra é a identificação do paciente é muito importante. Ele se identificar com essa produção que ele está tendo, que tem a ver não só com ele, não é? Tem a ver com vida dele, de um modo geral. (...) A partir da compreensão dele próprio, ajuda a gente a pensar uma estratégia, ‘o que ele quer dizer com o delírio? O que representa esse delírio na vida dele? Como é que a gente consegue ultrapassar?’ Fazer uma leitura desse sintoma e ultrapassar o sintoma, ir além do sintoma. ‘o que que essa pessoa espera da vida? O que que ela deseja? Quais são os objetivos? Quais as possibilidades de fazer novas ações? Estabelecer novos contatos? Acho que se rever. Acho que é importante a pessoa conseguir. Se a gente, se nós profissionais conseguirmos essa reflexão, eu acho que isso já é uma intervenção.”

Dificuldade

“As dificuldades são muitas e geralmente não está relacionado ao paciente diretamente. Muitas vezes está relacionado a uma condição socioeconômica, familiar muito difícil. Aqui nós temos o grupo de família, (...) e a gente ver o quanto as pessoas estão adoecidas na origem, do núcleo familiar. E eu fico pensando que tem um grande equívoco quando a gente coloca o paciente, as vezes, como seu principal, sua principal questão no cuidado. Por que, as vezes, é a família. (...) Por que tem núcleos familiares que são muito adoecedores.”

Observa-se no desenho da intervenção que o participante apresenta, que mesmo parte de uma ideia de que ela vá ocorrendo, de que a mesma se faz num processo contínuo e não em dado momento ou num momento específico. Refere que a intervenção deve estar ligada a uma compreensão do paciente de forma mais global, não só quanto ao seu diagnóstico, e que, se ele for atribuído às pressas pode atrapalhar esse processo. Seu objetivo se liga a dois principais verbos e eles se interligam: ajudar e compreender ou ajudar a se compreender. Para o participante há que se buscar compreender qual o sentido que o delírio se faz na vida da pessoa. O segundo seria proporcionar ao paciente uma identificação com o que produz, embora não tenha explicitado como. Além desse, o ou os objetivos caminham pra uma compreensão que ‘vá além

do sintoma’. Suas dificuldades se apresentam a partir das condições socioeconômica e familiar do paciente, mas é esta última que se faz como principal, e que vai se apresentando de forma definida e contornada e vai dando quase uma ideia de agente causador e que ela deveria ser ela ‘o foco do cuidado’.

Participante 10 – Assistente Social

Intervenção

“Discuti novamente com o meu colega psicólogo. Aí tão logo era o plantão dele, ele atendeu esse senhor. Aí rediscuti o caso na enfermagem. E quando estava atendendo, também chamei o enfermeiro pra reforçar, de repente, agilizar o atendimento psiquiátrico. E a partir do momento que você se aproxima dessa pessoa e vai mostrando pra pessoas que não é, desculpe o termo, frescura, não é fingimento, a pessoa não está se comportando daquela forma por que quer, as pessoas também vão tendo outra compreensão, outro olhar.”

Objetivo

“(…) Acho que acima de tudo é acolher o paciente. Não deve ser fácil nesse momento, deve ser perturbador.”

Dificuldade

“Mas o que me pega (...) ainda é eu acreditar”.

“Aí você fala ‘ah...mas o cara é delirante. Posso correr, de repente, enquanto profissional de saúde mental, se eu não tenho uma formação. E muitos de nós viemos trabalhar na saúde mental e muitas vezes não temos formação. E a gente corre o risco também de prejudicar o paciente ficando também muito estranho. Falando ‘oh isso é um delírio, nada de realidade’. Ou, ‘isso é fingimento’. Como eu vejo muito isso”.

“Não só formação acadêmica, mas uma formação. Poderia ter uma formação continuada. Acho que esse município peca um horror! Uma cidade rica como essa, a gente não passa por uma formação”.

“Acho que a dificuldade maior é essa, de (...) não entender o que está acontecendo com ele”.

“Então, tem situações que o paciente dito mais difícil (...) acaba mobilizando alguma coisa nos profissionais, em alguns profissionais e isso não é legal. Eu não sei se isso é normal, (...) se é humano. É obvio que eu acho que a partir do momento que (...) vasa pro paciente pode prejudicá-lo, é complicado. Mas...(...) não deveria. Acho que não deveria. Mas tem situações sim. Por que os ditos pacientes mais difíceis (...) acaba incomodando mais”.

“Alguns profissionais não se permitem muito se destituir dos seus preconceitos”.

“Aí quando você vai precisar da rede, muitas vezes não tem. Não tem. Eu tenho paciente que (...) é psicótico. Aí você vai fazer o quê? Ele já não alucina, ele não tem delírios, já tá trabalhando, tem uma vida normal. Não tem psiquiatra. Aí a gente também tá sem psiquiatra. Os nossos psiquiatras foram embora. (...). A gente foi obrigada a ficar com esse paciente que é psicótico e por ser psicótico em hipótese alguma pode ficar sem remédio, de repente é pra vida toda”.

“A gente fica assim de mãos atadas. (...). Você, Enquanto técnico de referência, (...) precisa tirar o paciente de dentro do CAPS, tem que dá a vaga pra outro paciente. E o médico está sobrecarregado. E a gente já não tem aqueles médicos que a gente tinha, E aí tá com aquele paciente, o que vai fazer? Tem que tomar uma decisão. (...) por que você sabe da gravidade da situação. O paciente é um paciente psicótico. Você entendeu? Aí você fica aí. O que você vai fazer com ele? Até quando vai melhorar a rede?”

“Só que a gente não pode deixar só no médico. Eles se acomodam. É isso que eles querem muitas vezes. Eles se acomodam, principalmente a família. Que quer só com medicamento. Com uma justificativa, até imaginária de que ‘é, tá fazendo tratamento’ ‘Tá indo lá no CAPS’ (...)”

“Se é uma família que tem outra condição, ou, pra investir, pra estimular...as vezes o estímulo é vim ao médico e dar a medicação, E aí, muitas vezes quando recebe o auxílio doença, aí se acomoda no auxílio doença. Se acomoda.”

Ao observar como o participante vai elaborando sua intervenção percebe-se que a mesma se divide em dois aspectos: primeiro é que se deve acionar ou chamar outros profissionais pra ‘reforçar’ sua percepção e para propor ou realizar ações a partir do foi observado e partilhado com colegas. Em sua percepção, há que se remeter a outros profissionais que estariam mais capacitados para o seu cuidado – psicólogo e psiquiatra. O segundo aspecto de sua intervenção, é que, após aproximação dessa pessoa (delirante) haveria a necessidade de mostrar ‘para as pessoas’ (profissionais, colegas que partilham do mesmo espaço de trabalho) que o que ele está apresentando não é ‘frescura’ nem ‘fingimento’ e com isso sensibilizá-lo pra melhor compreensão do quadro. Seu objetivo parece não comportar o que referiu na intervenção, pois ele circunscreve apenas no paciente. Entretanto, reconhece nele o sofrimento e a necessidade de acolhê-lo. Suas dificuldades vão se apresentando de forma ampla e que também pode ser dividida em dois aspectos e que estes, em alguns momentos, são permeados de estereótipos. O primeiro aspecto é o profissional. Nele, o participante cita a não formação do profissional, o não entendimento do paciente e dos riscos ou perigos que o mesmo corre frente a esse fato; sua mobilização frente a esse quadro, e que por vezes isso ‘vaza pro paciente’; e os preconceitos que o profissional carrega e que por vezes ele aparece no serviço e da sua dificuldade de abandoná-los.

O segundo aspecto, talvez pudesse ser chamado de externo, estaria: uma formação continuada, que não é ofertada ou oferecida aos profissionais que possibilite uma melhor capacitação para as particularidades e peculiaridades do serviço; uma rede que não consegue suportar ou da qual o participante não pode contar, a falta específica de psiquiatras e uma família que não tem condições de fazer outras ofertas e que, por vezes, se acomoda.

Participante 11 – Terapeuta Ocupacional

Intervenção

“Eu acho (...) que dentro tanto do trabalho transdisciplinar que é o CAPS, quanto da minha especificidade que é de terapia ocupacional, acho que a gente pensa muito no bem-estar (...) e no não estar causando incomodo; e como a gente pode proporcionar uma melhor qualidade de vida pra essa pessoa, que diminua seu sofrimento.”

Objetivo

“O nosso objetivo é diminuir o sofrimento daquela pessoa. Acho que o trabalho em torno do delírio é analisar um pouco qual angústia que esse delírio tá trazendo e como a gente pode ajudar ele compreender um pouco melhor, ou se aliviar desse sofrimento que o delírio está trazendo. Pode ser com dado de realidade, mas a gente sabe que as vezes é difícil debater com o delírio. Por isso, acho que a equipe multi é muito importante. Inclusive, de médico, remédio quando necessário. Acho muito difícil sair de uma algo muito forte, de um delírio assim, sem uma ajuda medicamentosa.”

Dificuldade

“As dificuldades surgem por que, às vezes, rola uma frustração da gente não atingir. (...) A gente gostaria que o paciente melhorasse rapidamente daquilo, que voltasse pra vida e tal e às vezes leva um tempo. E às vezes a gente fica frustrado que a gente, despende, coloca um tempo lá, uma disposição, todo um trabalho e... Às vezes tem pacientes que são mais difíceis”.

“Maior dificuldade em lidar com o delírio? Acho que nossa capacidade de argumentar. (...) Fala que a gente não pode reforçar, tem que puxar pra realidade (...), e não tem conversa. Não dá pra debater com o delírio. Então, acho que é uma dificuldade que a gente fica no meio, na dúvida. Assim: se eu respeito essa realidade que ele tá vendo, que pra ele é real e faz sentido (...), ou às vezes a gente sente dando mais angústia dizendo que não, que isso é da cabeça dele. Eu me incomodo as vezes de dizer ‘não, isso é só da sua cabeça’. E parece que é simples assim ‘ah não, fala que é tudo da sua cabeça’ pronto, passou. Não, não é. Aquilo é real pra ele. Então, acho que o mais difícil é isso. As vezes eu fico numa dúvida. Já recebi orientações diferentes (...) de

referências diferentes. ‘Não, você vai escuta ele e segue em frente com outros assuntos’, mas também já ouvi ‘ não, você tem que dizer, tem que puxar pra realidade’. Mas como? Me incomoda um pouco isso. Será que eu tenho que puxar pra realidade mesmo?”

“Acho que depende muito também de como os profissionais vão lidando com isso. (...) Eu fico (...) me imaginando no lugar de quem estar tendo um delírio. Esse delírio não necessariamente é algo negativo que cause angústia, mas o fato de ter alguém sempre contestando a minha verdade, talvez isso angustie mais”.

“O que eu vejo às vezes é que tem muita coisa que é do senso comum que acaba sendo usado aqui e uma falta de compreensão do quadro de alguns pacientes. (...) Tem dificuldade de compreender o quadro (...) e aí é tudo ‘pra chamar atenção’. E minimiza o sofrimento dele. Acho que isso do senso comum ser usado aqui. As vezes isso acontece. Que pode acontecer com o delírio, com qualquer outro quadro.”

Pode-se observar que em sua intervenção, ela possa, ao mesmo tempo, proporcionar ao paciente, bem-estar, que não lhe cause incomodo, que contribua para uma melhor qualidade de vida e que diminua seu sofrimento. Além dessas intenções, um outro aspecto aparece no seu relato que não é desenvolvido – o que é de um trabalho transdisciplinar e o que é um trabalho específico. Neste caso específico refere que eles se coadunam. Quanto aos seus objetivos, o participante vai referindo-os como sendo dois e também cita a forma ou maneira de alcança-los. O primeiro é diminuir o sofrimento e o segundo analisar qual a angústia o delírio mobiliza. Para seu alcance apresenta duas estratégias. A primeira é a apresentação de dado de realidade, que reconhece como pouco eficaz e a segunda, em casos ‘de um delírio mais forte’, o remédio, a medicação, que sem ela seria muito difícil sair desse quadro. Quanto às dificuldades, aparentemente, elas se dividem em três: (1) a frustração de não atingir (do paciente não melhorar – ‘tem pacientes que são mais difíceis’), visto que foram dispensados tempo e disposição; (2) da capacidade de argumentação frente ao delírio e se isso de fato se faz efetivo ou proporciona ainda mais angústia ao paciente e (3) a compreensão e manejo no serviço muitas vezes baseados no senso comum.

Participante 12 – Terapeuta Ocupacional

Intervenção

“Eu fico pensando que nos casos de delírio, quando é algo muito presente, a minha intervenção particularmente é não contrariar esse delírio, nem a principio nem depois. Eu acho que dá pra você ir trazendo alguns dados de realidade pro sujeito, a partir do momento que você tem vínculo com ele e (...) a partir do vínculo ir conhecendo um pouco aquele sujeito - de onde vem esse delírio?...quando começou? (...) Em cima desse delírio que a gente precisa ter essa percepção. Investigar mais o sujeito quando a gente fala em delírio (...) Que é fácil as pessoas ficarem só nessa ideia ‘não tá delirando e pronto’. Às vezes tem coisas reais que precisam ser cuidadas”

“Eu tenho um jeito de intervenção assim: não é que não pode falar disso, é claro que pode falar durante os atendimentos e tal, mas que a gente consiga também falar de outras coisas. Por que se agente fica só escutando o delírio do sujeito, isso depois de um tempo de cuidado...Que tem pessoas que tem essa tendência de, sempre nos atendimentos trazerem suas ideias delirantes (...), por que é muito difícil mesmo. Só que ficam só nisso. Aí, uma das estratégias que eu uso é isso, poder mostrar outras possibilidades além daquilo. Tudo bem. Tem isso, mas vamos pensar em outras coisas, mesmo que seja a partir disso. Vamos pensar em outras coisas, fazer outras coisas. Eu percebo que melhora. Em algumas pessoas melhora, elas conseguem, pelo menos, falar menos nisso, fazer outras coisas, se relacionar melhor.”

Objetivo

“A (...) pessoa ter (...) uma funcionalidade mais preservada e dá conta das coisas da vida e está inserida nos contextos sociais, mesmo que as vezes se mantenha um delírio.”

Dificuldade

“Acho que a dificuldades é (...) a gente consegui pensar nesses projetos juntos e em equipe. Por que acho que, às vezes, a gente tem uma linha de intervenção que é diferente da equipe também. A gente até tem espaço pra falar, mas esses espaços são tomados por outras

discussões e às vezes fica em segundo plano essas discussões do sujeito. E (...) as linhas de intervenção fica muito individual na referência técnica”.

“E também a vida do sujeito tem um monte de gente que vai fazer diferente do que eu tô fazendo. A gente tem que trabalhar dentro desse contexto que é o real”.

“Eu acho que as intervenções da família também dificultam um pouco”.

“Às vezes o médico tem assim a coisa do saber e da verdade absoluta que acaba orientado os outros profissionais. Eles escutam bastante os médicos. (...) A palavra do medico tem um peso forte e aí o médico fala de um modelo de intervenção que não é o que a gente está seguindo. E aí (...) às vezes, a gente esbarra muito nessas coisas da equipe mesmo, no cuidado”.

“Tem a igreja (...) que (...) é algo que é complicado. As vezes é a única coisa que ele tem é a fé, que nesse momento, mesmo sendo patológico, (...) é a única coisa que ele tem. Isso é uma coisa complicada também”.

“Eu falei da família, falei da igreja, falei da equipe... Por que tem mais uma (...) que é a gente ter uma expectativa. Entre eu, enquanto referência, a família e todo o mundo. É uma expectativa de melhora do sujeito pra que ele consiga está, mais ou menos, como a gente está na vida. E que isso na verdade, (...) é algo meio preconceituoso. (...) Por que (...) o sujeito não pode estar numa maneira diferente, do jeito que ele é mesmo, falando essas coisas que a gente sabe que não é verdade, mas que é algo que ele acredita. Eu acho que essa é talvez a maior dificuldade de conseguir aceitar o sujeito, (...) do jeito que ele é. (...) Ouvi aquilo e aceitar. Essa é a maior dificuldade.”

Pode-se observar que o participante pensa sua intervenção a partir de dois principais aspectos: o primeiro de *não contrariá-lo* e o segundo de *ir investigando*; pois o delírio não se faz como verdade real, mas dentro dele pode conter dados de realidade que precisam ser cuidados e que justifica a investigação. Além desses cuidados, o participante também pensa como estratégias, a oferta de outras possibilidades discursivas pra que o usuário não tenha um mono discurso, visto que este pode atrapalhar no seu convívio familiar. Seu objetivo se faz então

pensado na funcionalidade do usuário para que este dê conta da vida e esteja inserido nos contextos sociais. Sua dificuldade no alcance deles se faz de forma ampliada. São estas: Pensar os projetos (Projeto Terapêutico Singular) juntos com a equipe, a família, o saber médico, a igreja, e a não aceitação do usuário do jeito que ele é.

Participante 13 – Terapeuta Ocupacional

Intervenção

“(...) depende muito da pessoa, em que momento, em que nível. (...) Tem alguns delírios que são muito estruturados que eu percebo que a pessoa está muito convicta. Aí tem um jeito de lidar, não entro em confronto e nem fico tentando mostrar pra ela a verdade, não acredito que seja por aí. Mas eu vou tentando entender o conteúdo daquilo que a pessoa está trazendo, porque eu entendo que aquele conteúdo tem a ver com o que ela está sentindo. Tem muito a ver com a afetividade mesmo, como ela está lendo, o que realmente ela está sentindo, como ela está interpretando a realidade; não é uma coisa assim aleatória. E aí junto com ela, e às vezes até com, se tem um familiar junto, eu gosto que esteja com familiar junto; vou tentando como se eu tivesse assim dizendo o que esta pessoa tá tentando dizer, o que que ela pode estar sentindo com aquilo que ela está dizendo. Ou sinalizar que, no mínimo, é angustiante estar se sentindo daquela forma. Eu vou tentando fazer uma interlocução com a família. E também encaminho pro psiquiatra (risos). Mas, eu tento fazer um manejo assim, neste sentido.”

Objetivo

“Não tem muito este objetivo, até porque a gente entra na sala e não sabe. Às vezes (ele) tá com uma cara ótima, senta aqui e você fala: Nossa! E outro que parece doido, e quando senta aqui tá bem. Então é difícil ter um objetivo. Aqui também é muito (...) caótico. Não tem como saber o que pode acontecer, não tem...”

Dificuldade

“A dificuldade pra mim é o curto circuito. (...), esta é a dificuldade de não haver muito seguimento, parece que é sempre a mesma coisa, isto é o que eu encontro como dificuldade pra mim assim, é uma frustração”.

“Porque é legal que alguns conseguem (...) ficar bem, aderir ao tratamento e ficam bem, isto é legal ver. Mas, tem outro (...) que não (...). Outro dia uma colega minha pegou um paciente que eu atendi há dois anos, e ele estava mal, estava meio surtado (...), mas ele não aderiu. Agora ele veio muito pior, muito. (...) e está bem pior. Ela ficou assim, mexida. Eu senti que ela ficou. E eu fiquei também porque, poxa, ele não estava tão mal. Esta é a dificuldade que eu encontro.”

Pode-se observar que o participante refere que sua intervenção irá depender ou irá variar de pessoa, do momento e do nível (de delírio?) que a mesma tiver. Reconhece que tem a ver com afetividade, que não é aleatório e que procura entender o conteúdo trazido pela pessoa. E se esta tiver familiar ‘vou tentando como se eu tivesse assim dizendo o que esta pessoa tá tentando dizer, o que que ela pode estar sentindo com aquilo que ela está dizendo’. Além disso, remete também ao psiquiatra. Seu objetivo, vai dando uma ideia de que é não ter objetivo visto que o espaço se configura como imprevisível e instável ‘caótico’. Sua dificuldade se apresenta em dois aspectos. O primeiro é o ‘curto circuito’ onde o paciente não adere ao tratamento e que isso se repete e o segundo é que isso lhe causa ‘frustração’ e que por vezes reconhece que isso lhe deixa ‘mexida’.

Tal como as percepções e suas possíveis concepções, as intervenções e seus objetivos parecem caminhar no mesmo sentido. No sentido de que elas são traçadas a partir dos referidos eixos, com exceção do neurológico que, de forma explícita, na intervenção ele não aparece. Aqui se soma a eles, aspectos ou fragmentos de discurso da política nacional de saúde mental e da reabilitação psicossocial tendo como maior ênfase a escuta, o vínculo, a reinserção social e a não exclusão. Se nas percepções esses eixos apareciam indiscriminados, aqui nas intervenções, parece que eles se fazem ainda mais.

5.2.1 Categorização das Formas de Intervenção

Nesta sessão faremos uma categorização, organizada pelos eixos de representações conceituais que elaboramos a partir da leitura das entrevistas; tendo como recorte o relato da intervenção e de seus objetivos. Faremos uma sessão a parte do relato das dificuldades por entender que a mesma tem uma correlação com nosso objeto de pesquisa (a dimensão de percepção e intervenção do trabalhador diante de um quadro de delírio), mas que ultrapassa e

lança luz no espaço, estrutura e dinâmica do CAPS, levando-as a uma reflexão mais ampla e ao levantamento de hipótese.

- Eixo dualismo de realidade

Nesta categoria as intervenções se fazem com objetivo de fazer o paciente voltar a realidade, recobrar sua crítica, fazê-lo compreender a suposta realidade real e o que lhe está ocorrendo. Nesta categoria o delírio por vezes se aproxima de crise, desorganização, alteração e que por isso, mas não só, ele está excluído da sociedade e há que inclui-lo, voltar ao que era antes, fazer o que fazia, retomar sua rotina. Aqui a medicação/remédio aparece como quase imprescindível sem o qual é muito difícil de sair desse quadro. E aqui também vai se ganhando contorno os lugares de saber. Lugares institucionais que apenas quem os ocupa podem dizer desde outro que apresenta tal quadro – o psiquiatra e o psicólogo. E aquele muito mais que este, visto que aquele tem como meio interventivo ‘o remédio’

- Eixo Nosográfico

Nesta categoria que se soma com alguns aspectos referidos acima, o delírio é um sintoma que expressa ou indica uma patologia que se configura numa alteração do pensamento em sua forma e conteúdo. É então um quadro patológico que precisa ser remetido e que isso se faz em sua grande maioria a partir da farmacologia ‘é possível até não medicar’ mas ‘isso não é o que acontece na grande parte das vezes’. Aqui o delírio, além das aproximações de alteração e desorganização, faz mais duas aproximações interessantes que servirá como base de justificação para a intervenção medicamentosa. O sofrimento intenso que ele mobiliza e o risco que ele apresenta pra si e pra os que com ele convive. Assim, o objetivo da intervenção se configura, através da farmacologia, trazer o paciente a realidade real, pois ele está fora dela e reduzir os riscos e sofrimento de todos.

- Eixo Contextual ou social

Nesta categoria e na Psicanalítica, muito mais que nas referidas acima, os aspectos da reabilitação psicossocial aparecem com mais frequência. Neste eixo a

intervenção se faz com uma proposta ou com uma intensão de que ela seja um processo e não a partir de um dado diagnóstico e num tempo maior, mais estendido. “Ir compreendendo”. “Ir além do delírio”. É preciso compreender o paciente no seu contexto social, econômico e familiar e entender o que o delírio vem dizer ou representar partes dessas dimensões. Assim, o propósito de tal intervenção se faz com o objetivo de auxiliar a pessoa a compreender seu contexto de vida, representado ou anunciado, de forma a decifrar, no delírio.

- Eixo Psicanalítico

Nessa categoria, como referida acima, é comum o aparecimento de termos e expressões que remetem a proposta da reabilitação psicossocial como, por exemplo: “dar lugar para que esse sujeito apareça”, “dar voz”, “que ele tenha uma posição mínima”; como também aparecem termos e conceitos psicanalíticos soltos “introjetar no paciente”; ou misturados: “não tenho uma linha pro delírio. (...) Eu misturo um pouco. Muitas coisas da reabilitação psicossocial mesmo, as coisas mais atuais...acabo misturando um pouco nas minhas condutas”. Aqui as intervenções se fazem com o objetivo de está junto com paciente e escutá-lo e a partir dessa escuta fazer algumas pontuações e tendo como pretensão diminuir o sofrimento e a angústia para ele possa a partir dessa construção delirante fazer outros laços sociais.

5.3 As dificuldades referidas na intervenção

Nesta sessão apresentaremos algumas dificuldades apresentadas pelos participantes na elaboração de suas propostas de intervenção. Elas aparecem aqui de forma separada por que entendemos que ela se liga ao objetivo proposto pela pesquisa, mas que ultrapassa e lança um pouco de luz para o cotidiano do CAPS. As categorias nas quais agrupamos essas dificuldades são: 1 – a medicação, saber médico e tentativa de ajustamento; 2 – massificação; 3 – Dissociação entre Teoria e Prática; e 4 – Exercícios de poder e Preconceito.

1 - A medicação, saber médico e tentativa de ajustamento.

Durante as entrevistas, tanto no decorrer delas como no seu término, fui notando que o trabalhador se fazia ávido a falar. E ao término sempre agradecia o momento de reflexão e a possibilidade de pensar seu fazer. Iam dizendo que isso se fazia cada vez mais raro. Há anos já não tinham supervisão. Além da surpresa de pensar o fazer com algo que imaginamos ser tão corriqueiro no cotidiano de um CAPS – o paciente delirante, o participante/trabalhador queria nos contar das suas outras experiências e vivências, mas principalmente de uma tensão no seu ambiente de trabalho e das dificuldades que o mesmo apresentava.

Havia no relato um tom de queixa, mas percebíamos que ia além disso, tinha um tom de denúncia. Além disso, havia conflito e este se relacionava a muitos aspectos que ao mesmo tempo se ligava a história, estrutura e dinâmica do CAPS. Pareciam ruídos dissonantes ou fantasmas. Em outras vezes se fazia barulhento causando incomodo em ouvi-lo. Algo que parecia ter sido superado pelas propostas e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica se fazia presente em formas, se não idênticas, muito próximas ao hospício ou ao hospital psiquiátrico clássico em suas concepções, hierarquização e formas de cuidado ou de exclusão total do sujeito, e o pior, com uma justificação muito próxima a de séculos atrás (ele pode oferecer riscos, ele é um desrazoado, ele não tem capacidade pra dizer de si), como se os avanços, por algum instante fossem desconsiderados. Tal fato se ilustra na fala dos próprios trabalhadores e coadunam com o que foi relatado por Alvarenga e Dimenstein (2006) citando Batista, 2003 “uma sobrevivência dos hospitais psiquiátricos”.

Se a proposta da Reforma Psiquiátrica, tal como referida por Tenório (1999) era (ou é) dá voz a pessoa que tem um grave sofrimento psíquico, entendendo-a como singular e capaz para dizer de si e das formas como poderia compor seu tratamento, isso não se efetiva, como também não se efetiva a proposta de que esse campo (o da saúde – ou doença? – mental) seja composto de saberes heterogêneos que, junto com o do sujeito, poderia ofertar um cuidado outro diferente do oferecido em instituições fechadas (manicômio). Identificou-se nos relatos que o saber médico se faz ou se presentifica, se não homogêneo, ainda com bastante força determinando tanto a conduta como também exercendo forte influencia sobre os membros da equipe.

“Com frequência os pacientes tem essa percepção e eu também: que o remédio ajuda, mas o remédio também atrapalha. E sempre existe um preço a se pagar pelo remédio. Talvez é um grande desafio encontrar uma medicação para aquele paciente que ajude-o, mas que não cause efeito colateral que seja danoso para ele.”

“Acabei de fazer uma intervenção mais drástica agora. (Tive que) acompanhar o paciente até a enfermagem para que ele tomasse medicação na presença da enfermagem.”

“Acho que o mais difícil é negociar isso com a equipe do que (...) sustentar isso com o usuário (...) Sustentar isso, sem que seja maciçamente medicado pra cessar esse delírio insistentemente ou mesmo sem ter nada. (...) Eu posso sustentar, mas se o outro não sustenta (...) isso não é possível, mesmo que você tenha aquele objetivo, você não consegue dar continuidade”.

“Muita gente não conhece, não entende, não aposta, por que é o modelo mais comum, é o modelo hospitalar, é o modelo medicamentoso.”

“Mais fácil simplesmente é fazer ficar quietinho, bonitinho, babando ou não, mas que ele fique bonitinho. Daí eu não tenho que me justificar pra família, não tenho que me justificar pra sociedade, não tenho que me justificar pra nada. Simplesmente fiz o meu trabalho, chegou aqui delirante, vai sair daqui sem delírio, ou normal. (...) Normal, adaptado (...). Aliás, é mais comum do que a gente pensa. ”

“Acho que muitas vezes, o serviço cai num enquadramento de adequação social de acordo com os padrões mais rígidos e morais e completamente descabidos pra mim. Então, acho que tem um conflito nessa hora.”

“É algo que se repete. Essa tentativa de ajustamento do paciente.”

2 - *Massificação*

Outro aspecto que também chamou a atenção foi a *massificação* do atendimento relatado pelos participantes. Por vezes o trabalhador relatava que por conta do número de usuários que

tinham que a tender, a qualidade do atendimento era prejudicado e que lógica se fazia pela “produtividade” e não pela qualidade ou qualificação da escuta. Vinha num imperativo de “tem que atender” não importa como.

Para alguns deles, havia o reconhecimento de uma lógica capitalista por trás dos atendimentos e da simetria, de um hiato significativo, entre a política pública e a estruturação de sua prática. Se antes o sistema se fazia pelos leitos ocupados, hoje é pelo número de atendimentos realizados. Vai nos parecendo que tal fato também contribui para a cronificação dos usuários e faz com que os CAPS estejam sempre cheios e que apresentem uma dificuldade de darem alta para os usuários, é claro também que não descartamos a precariedade de uma rede substitutiva que permita uma atenção minimamente satisfatória e que opere numa lógica não hospitalocêntrica e/ou medicamentosa, como nos aponta Costa et al (2014).

“Espera-se que ele não esteja delirante (...) (caso esteja) ele é remetido a psiquiatria”

“o serviço de saúde tem essa questão de número, de produtividade, então, o paciente já passa com psiquiatria já pra tentar remitir esse quadro delirante”

3 - Dissociação entre Teoria e prática

Outro fato que nos chamou atenção, foi que, no cotidiano do CAPS pouco se pensa em fundamentação teórica ou numa base teórica que sustente uma prática seja ela de um coletivo, seja ela mais particularizada pela especificidade da profissão. Alguns participantes reconhecia tal fato, mas indicava o número de atendimento (a grande demanda) como um impeditivo. A impressão que dava enquanto ouvia boa parte os relatos (não todos) durante as entrevistas eram muito semelhantes quando os participantes falavam de suas percepções de delírio e suas formas de intervenção. Pareciam-nos que era uma grande sopa girando num movimento circular onde ideias, conceitos, teorias, epistemes boiavam. Apareciam, se apresentavam, pairavam suspensa e caíam, sem maiores esclarecimentos ou aprofundamento. Até poderíamos pensar em aproximações de campo, semelhanças teóricas, raízes comum, mas a forma como se apresentava parecia rótulos vazios. Até o discurso da saúde mental, caldo que vai se compondo desses pedaços, por vezes também aparecia num rótulo vazio, e que engendrava a prática pela prática num cotidiano de pura alienação.

Era muito comum os participantes começarem ou terminarem suas respostas com o termo “eu acho que”. É como se o que tivesse sendo tido não fosse algo reconhecido pelo coletivo, mas algo pessoalizado que foi construindo na própria experiência e aqui cabe também dizer da aproximação (ou de uma aproximação bem proximal) do senso comum. É como se cada trabalhador partisse de um modelo e de uma forma de atuação que fosse só sua e que o discurso da saúde mental e da reforma psiquiátrica não dá conta de aliar tais profissionais com seus múltiplos e particulares saberes (e as vezes de senso comum, quando não religioso).

Não é de admirar que quando se pensava em algo que traria alguma dificuldade na elaboração e realização da intervenção, a equipe por vezes era apontada como um possível dificultador. Era como se a equipe não falasse a mesma língua. Um dos participantes dizia que o atendimento por vezes é centrado na pessoa da referência que tem uma concepção X, mas como o usuário não é atendido só com ele, é atendido, também, com outro profissional que pode ter uma concepção Y e que ele nos dizia ser opostas. Não estamos falando em estilo, maneira própria de cada um, mas de uma concepção muito particular de enxergar o CAPS e seus objetivos. A riqueza pensada na Reforma de agregar múltiplos saberes, parece se perder num cotidiano “caótico” sem uma linha mestra que junte e integre todos em objetivos profissionais, minimamente, comuns. E assim, diante desse “caos”, fica a prática pelo empenho e dedicação da prática empírica.

“Tem muitos outros (autores/teóricos) que eu admiro, que eu gosto, mas a prática ela centrada num jeito muito peculiar, meu jeito (...)”

“Eu acho que foi das experiências que eu fui aprendendo durante esse tempo que estou aqui no serviço. (...) Com isso a gente foi aprendendo junto. Mas, assim, que eu vou na teoria X? Que eu estudei ali aquele negócio, não.”

“Numa teoria fixa? Acho que não (...) Eu misturo um pouco. Muitas coisas da reabilitação psicossocial (...), as coisas mais atuais...acabo misturando um pouco nas minhas condutas”.

“Não só formação acadêmica, mas uma formação. Poderia ter uma formação continuada”

4 *Exercício de poder e Preconceito*

A medida que os participantes foram relatando suas experiências e descrevendo os usuários que apresentavam um quadro de delírio vai se percebendo que, em sua maioria, ele é descrito como um doente, um fora da realidade, um alterado, ou desorganizado que não pode ser do jeito que é, ser quem é. É preciso ajustá-lo, é preciso mudá-lo e com a belíssima e não tão nova justificativa de incluí-lo na sociedade. É como se ele na chega ao serviço sofresse duas e imediatas exclusões – a da sociedade e do serviço que pretende acolhê-lo e tratá-lo. Embora não apareça explicitamente, mas a propostas de intervenção, por vezes, se fazia em trazer para a realidade. É como se a realidade dele não fosse válida nem tivesse espaço no espaço que se propõe acolhê-lo. Mais que isso, sua participação em alguns grupos presumia ou se requeria que ele não delirasse, que ele não fosse ele. Ser do jeito que é, atrapalhava. Então, como em tempos não tão antigos, se remetia ao médico psiquiátrica pra que o medicasse, para que o silenciasse, para que o ajustasse, readequasse aos objetivos do grupo e da instituição, pois ela não comportaria ele do jeito que ele é.

A respeito das oficinas e grupos que compõe o cotidiano do CAPS Costa, Figueró e Freire (2014) referem que eles são elaborados pelos profissionais (e não pelos usuários) sem levar em conta o desejo e a demanda dos mesmos. Para os autores “essa dissociação entre a organização do trabalho e as necessidades dos usuários se traduz na pouca participação desses últimos em grupos (...), na prática mecânica em oficinas, e, principalmente, no sentimento de obrigação, por parte de alguns, de frequentar o serviço”. (p. 848). Além disso, outros aspectos também se somam ao cotidiano no CAPS e que corroboram na cronificação dos usuários. Citando Rangel (2008), os autores referem que neste cotidiano surgem ainda “a infantilização dos usuários, o aparente isolamento do serviço em relação a comunidade, (...) e as relações hierárquica entre usuários e técnicos.” E nesta, por vezes, passa uma ideia de que é ele que terá a solução, ou a cura, para o problema (delírio) do usuário.

Tal como explicitado por alguns participantes o CAPS também se faz um lugar de preconceito e exclusão. Como refere Alverga e Dimenstein (2006) citando Baptista (2003) “as novas modalidade terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos” (p. 301).

“A gente até tem espaço pra falar, mas esses espaços são tomados por outras discussões e às vezes fica em segundo plano essas discussões do sujeito”

“Alguns profissionais não se permitem muito se destituir dos seus preconceitos”

“Eu falei da família, falei da igreja, falei da equipe...Por que tem mais uma (...) que é a gente ter uma expectativa. Entre eu, enquanto referência, a família e todo o mundo. É uma expectativa de melhora do sujeito pra que ele consiga está, mais ou menos, como a gente está na vida. E que isso na verdade, (...) é algo meio preconceituoso. (...) Por que (...) o sujeito não pode estar numa maneira diferente, do jeito que ele é mesmo, falando essas coisas que a gente sabe que não é verdade, mas que é algo que ele acredita. Eu acho que essa é talvez a maior dificuldade de conseguir aceitar o sujeito, (...) do jeito que ele é. (...) Ouvi aquilo e aceitar.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de uma conclusão ficam as sensações e impressões que surgiram frente ao trabalhador que me relatava seu cotidiano “caótico” e imprevisível. Chamava atenção a sua surpresa em “pensar como pensava” sua concepção e sua intervenção diante do usuário que apresentava um quadro de delírio. É como se tivessem perguntado do óbvio, mas ao mesmo tempo do estranho, do desconhecido (algo tão corriqueiro no dia-a-dia de um CAPS).

Foi comum após a entrevista o agradecimento pelo momento de reflexão e, algumas vezes, a solicitação de espaço de formação para pensar a prática de uma forma mais aprofundada como também de denunciar - “olha, há anos não temos supervisão” - e dizer que os espaços de reflexão, formação estão, se não ausente, cada vez mais raros.

Outro fato que nos chamou atenção foi a forma como as ideias e conceitos se misturavam e como subsidiavam (ou não subsidiavam) uma intervenção. Havia num só espaço e num só profissional que o compunha uma profusão de discursos que se entrecortavam, mas que por vezes se faziam superficiais. Dentre estes dois ganhavam destaque: a medicação e o lugar ainda privilegiado do psiquiatra e as práticas hospitalocêntricas de silenciar e controlar, algumas vezes mais sutis, noutras nem tanto, ainda se faziam presentes no cotidiano do CAPS referido na fala dos participantes. No entanto, há um reconhecimento por parte de alguns profissionais sobre a lógica do manicômio e há por parte destes uma tentativa de mudança, mas que são subjulgados pela força do discurso institucional, havendo assim, um conflito constante.

A respeito dos objetivos da pesquisa que foram descrever e analisar como os profissionais percebiam e interviam diante do usuário que apresentava um quadro de delírio, o que se pode observar é que a percepção do profissional se faz a partir do que a gente denominou como eixos conceituais que dividimos em cinco: dualismo de realidade, nosográfico, neurológico, contextual e psicanalítico. E é a partir deles que a sua intervenção se elabora. No entanto, elas não se fazem demarcadas ou delimitadas em seu arcabouço teórico ou epistemológico. Eles se entrecortam e se atravessam e produzem uma intervenção mesclada, eclética e que, por vezes também, se faz ou se baseia apenas na experiência do profissional. Além disso, a partir das dificuldades referidas pelos participantes, pode-se observar que as mesmas se ligam ao objetivo da pesquisa, mas o ultrapassam e vão lançando luz a outros aspectos do cotidiano do CAPS, dando-nos uma impressão de um espaço, por vezes, marcado por práticas ainda manicomialis que as

categorizamos, a partir dos relatos, da seguinte forma: (1) a medicação, o saber médico e uma tentativa de ajustamento; (2) massificação; (3) dissociação entre teoria e prática e (4) exercício de poder e preconceito.

Quanto a pesquisa e seus resultados é também importante que se diga de seus limites. Ela se faz com uma entrevista única onde o trabalhador em seu contexto de trabalho pôde falar sobre as percepções e intervenções num quadro de delírio. Não houve um segundo momento de mostrar a eles os recortes, para que o mesmo validasse ou acrescentasse/retirasse algo que julgasse pertinente. Assim vai ficando muito mais evidente as impressões do pesquisador. Embora queira se aproximar ao máximo, o recorte das entrevistas, não é o lugar de quem fala, é de quem escuta. Este é um ponto importantíssimo: o lugar da fala, ou o respeito a esse lugar. Seria extremamente relevante que a pesquisa pudesse ser elaborada com esse segundo momento de validação ou aos moldes da técnica de grupo focal, ou mesmo usando o arcabouço teórico-metodológico da cartografia.

Finalizando, a impressão que fica é que a rotina do CAPS parece uma avalanche que vai engolindo tudo e todos e que embora se fale de reforma e inclusão, as práticas vão se fazendo, por vezes, ao inverso; e que não seria diferente com o usuário que apresenta um quadro de delírio nem nas formas interventivas realizadas ou elaboradas pelos trabalhadores, pois estes não conseguem se desvencilhar do discurso institucional e ideológico que é forte e capturante. Observou-se hegemonia de discursos anteriores e prontos dos participantes, diante do enigma e estranhamento suscitado pela percepção de delírio, dos denominados usuários do serviço.

REFERÊNCIAS

- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316. Recuperado em 22 junho, 2016, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>
- Amarante, Paulo (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Recuperado em 25 maio, 2016, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodini Editora.
- Bardin, L. [200_]. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-28.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- Caligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Costa, M. da G. S. G. da, Figueiró, R. de A., & Freire, F. H. M. de A. (2014). O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. *Temas em Psicologia*, 22(4), 839-851. Recuperado em 11 agosto, 2016, de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-13>
- Dalgalarrondo. P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre, Artmed.
- Figueiró, R. de A., & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal : Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000800015>
- Foucault, M. (1993). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva.

- Freud, S. (1996). Neurose e psicose. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1923-1925).
- Freud, S. (1996). “A perda da realidade na neurose e na psicose”. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1923-1925).
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso da terapia psicanalítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 18, pp. 171-173). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1919 (1918)).
- Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 15-89). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996). Delírios e sonhos na Gradiva de Jansen. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 9, pp. 14-85). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1906-1908).
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. (M. Dante, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Obra original publicada em 1961)
- Greco, M. (2006). Psicanálise e saúde mental: o “e” da questão. In: A. C. Figueiredo (Org.). *Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Jaspers, K. (2000). *Psicopatologia geral* (8a ed.). São Paulo: Atheneu.
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo o tratamento possível na psicose. In. J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 12 janeiro, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Pitta, A. M. F. (2001). Reabilitação psicossocial no Brasil. A. M. F. Pitta (Org.). In: Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec.
- Paim, P. (1988). *Curso de psicopatologia* (10ª ed.). São Paulo: EPU.
- Quinet, A. (1997). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro. Forense editora.

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2ª ed., Trad. Zanetta, L. H. et al.). Rio de Janeiro: Te Corá.

Serrano, A. I. (1986). *O que é psiquiatria alternativa*. São Paulo: Nova Cultural: Brasiliense.

Silva, L. B.C. (2001) *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital – Dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tenório, F. R. A. (1999) *Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

APENDICES E ANEXOS

Anexo A - Questionário sócio demográfico

1. Data_____
2. Sexo_____
3. Idade_____
4. Formação_____
5. Nesta formação se contemplou aspectos sobre psicopatologia_____
6. Especialização () sim () não. Qual_____
7. Alguma formação específica no campo da saúde mental?_____Qual?_____
8. Tempo de atuação em saúde mental_____
9. Tempo de atuação neste CAPS_____
10. Como você avalia as condições de trabalho?

11. Há supervisão? Com que frequência?_____

12. Existe estímulo a educação continuada ou permanente?_____

13. Encontra alguma afinidade com os novos dispositivos de atenção a saúde mental? _____

14. Cargo em exercício neste CAPS _____

Anexo B – Roteiro de Entrevista

FASE I

Pergunta de abertura (fala livre, associação livre)

Fale da forma mais ampla e completa sobre a sua compreensão de delírio e de seu atendimento a pacientes delirantes?

FASE II

(Perguntar o que não foi contado na fase I de associação livre)

- Você atendeu pacientes (usuários) que apresentavam delírios?
- Como você o descreveria?
- Quais modalidades (conteúdo/ideias) de delírio você já encontrou em seus atendimentos?
- Qual é a sua conceituação de delírio?
- Ela está baseada em alguma teoria? Qual?
- Como você atende pacientes delirantes? Propõe alguma intervenção ou abordagem específica?
- O que ela objetiva? Ela alcança esse objetivo?
- Há alguma dificuldade encontra no atendimento a usuários que apresente esse tipo de quadro?

Anexo C – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____ portador do RG _____, abaixo assinado, concordo em participar livremente da pesquisa “A percepção de delírio e formas de intervenção de profissionais de saúde” realizada pelo psicólogo Isaac Soares Bastos, sob orientação do Profº Dr. Manuel Morgado Rezende, docente do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, que tem como objetivo verificar as percepções de delírio e formas de intervenção de profissionais de saúde. Isso que dizer que a pesquisa pretende estudar como o profissional de saúde constrói a representação do delírio e como elabora uma estratégia de intervenção frente ao mesmo. Tal estudo pode contribuir para um levantamento de como as práticas interventivas estão se constituindo no cenário atual de pós-reforma.

Fui informado (a) que minha participação se dará através de informações e dados objetivos sobre minha formação e carreira como também através de entrevista semi-estruturada, que será gravada e transcrita para posterior análise com fins acadêmicos.

Declaro ter compreendido as informações e estou ciente de que a minha participação respondendo ao questionário não trará nenhum prejuízo à minha pessoa, e que a minha privacidade será preservada. Também estou ciente de que não haverá retorno para mim sobre o questionário que responderei, em função de proteger minha privacidade.

Fui esclarecido de que não terei nenhuma despesa por participar desta pesquisa, portanto não serei ressarcido de nada. Concordo que os dados do questionário sejam publicados para fins acadêmicos, desde que seja mantido o segredo, sobre a minha participação. Acrescento ainda que fui informado (a) de que o participante poderá, a qualquer momento, desistir de participar do estudo sem que haja nenhum problema.

Quanto aos riscos e benefícios, estou ciente que os riscos que a pesquisa pode oferecer estão relacionados ao desconforto do tempo gasto, e algum desconforto físico ou emocional que o profissional possa sentir no momento em que estiver respondendo ao questionários e na entrevista. Caso isso aconteça terá o direito de desistir de participar da pesquisa. Fica esclarecido também, a garantia de que caso sofra algum dano ou prejuízo decorrente da participação no estudo, poderá solicitar judicialmente ação indenizatória, conforme prevê a legislação 466/12.

Em relação aos benefícios, entendo que, ao participar da pesquisa, irá contribuir para o aumento de estudos no campo da Psicologia da Saúde. Logo, os benefícios não se aplicam diretamente ao profissional, mas, a uma maior compreensão do tema desta pesquisa.

É de meu conhecimento que o pesquisador responsável pelo estudo, Isaac Soares Bastos, fone: 11 9 9541-9914, e-mail: soares_bastos@yahoo.com.br; se coloca à disposição para esclarecer as dúvidas que surgirem sobre a minha participação, oferecendo todo o apoio que precisar na hora de responder ao questionário. E que ele também irá agir com responsabilidade para cumprir tudo o que está escrito neste documento. Também estou ciente que este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo, endereço: Rua do Sacramento, sala 303 - Ed. Capa - Campus Rudge Ramos - CEP-09640-000Tel.: 4366-5814, e-

mail: cometica@metodista.br. E que este documento é elaborado em duas vias sendo uma do pesquisador e outra do participante.

São Bernardo do Campo, ____/_____/____

Assinatura do participante:

Documento de identificação: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Declaração de Responsabilidade do (a) Pesquisador(a)

Eu, Isaac Soares Bastos, pesquisador (a) responsável pela pesquisa denominada "A percepção de delírio e formas de intervenção de profissionais de saúde", declaro que:

- assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) na pesquisa;
- os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do (a) Universidade Metodista de São Paulo;
- os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos científicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação;
- o CEP-UMESP será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da interrupção da pesquisa; assumo o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, conseqüente à mesma, a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no termo de consentimento.

São Bernardo do Campo, __ de _____ de .

Isaac Soares Bastos
CPF: 986.126.465-53