

A IMPORTÂNCIA DO DISCURSO DELIRANTE NA PSICOSE: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE HOSPITAL DIA.

Amanda Luiza Santos de Moraes

Juliana Nunes Serafim

Michele Gomes Tarquino

Resumo

O discurso delirante tem grande relevância na fala do paciente psicótico e compreender isto é um passo importante para a prática de profissionais da área de saúde mental, principalmente para psicólogos, psiquiatras e enfermeiros. Essa compreensão possibilitará que o profissional atue dentro das possibilidades do paciente entendendo que o discurso delirante surge quanto organizador do sujeito psicótico e isso agregará na sua forma de intervenção e ao tratamento que será dado, reforçando a história e subjetividade do sujeito. O estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais da área de saúde mental de uma unidade de hospital dia acerca do discurso delirante do psicótico. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com seis profissionais de saúde da unidade de hospital dia em Pernambuco. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, tendo o seu fechamento amostral por método de saturação e os dados analisados a partir das categorias temáticas encontradas a partir do discurso dos profissionais. Como resultado, foi encontrada a diversificação na formação dos profissionais e a fragilidade quanto à formação em saúde mental. Por se constituírem de maneira disciplinar há a diferença do olhar do profissional quanto ao discurso delirante na psicose. Constatou-se que o acolhimento ao discurso delirante é feito através da escuta independente de sua formação acadêmica. A atual forma de atuação em saúde mental visa uma rede de atenção e, através disso, a família assume um relevante lugar no processo de cuidado ao paciente psicótico assumindo a posição de parceria com os profissionais.

Palavras-chave: Acolhimento como intervenção; Discurso delirante; Família como rede de apoio; Psicose; Saúde mental.

Abstract

Delusional discourse has great relevance in the speech of the psychotic patient and understanding this is an important step for the practice of mental health professionals, especially for psychologists, psychiatrists and nurses. This understanding will enable the professional to act within the possibilities of the patient, understanding that the delusional discourse emerges as the organizer of the psychotic subject and this will add to his form of intervention and the treatment that will be given, reinforcing the subject's history and subjectivity. The study aimed to understand the perception of mental health professionals in a day hospital unit about the delusional discourse of the psychotic. This is a qualitative study conducted with six health professionals from the day hospital unit in Pernambuco. Data collection was performed through a semi-structured interview, having its sample closure by saturation method and the data analyzed from the thematic categories found from the professionals' discourse. As a result, it was found diversification in the training of professionals and fragility regarding training in mental health. Because they are disciplinary, there is a difference in the professional's view of the delusional discourse in psychosis. It was found that the reception to delirious discourse is through listening independently of their academic background. The current form of action in mental health aims at a care network and through this the family assumes a relevant place in the process of care for the psychotic patient assuming the position of partnership with the professionals.

Keywords: Reception as intervention; Delusional speech; Family as a support network; Psychosis; Mental health.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se de um processo complexo que traz como desafio uma mudança nas práticas sociais sob um novo olhar ao portador de transtorno mental, pelo que a reforma vai desde as transformações na instituição e no saber médico-psiquiátrico até às práticas sociais com estas pessoas (Amarante, 1995).

No Brasil, o processo da reforma psiquiátrica surgiu no final da década de 1970, num contexto em que se demonstrava a crise do modelo de cuidados, centrado no hospital psiquiátrico, e se verificava a eclosão do surgimento dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. O ponto de partida da crise foi as denúncias de maus tratos não esclarecidas que ocorriam nos hospitais psiquiátricos brasileiros, o que levou à mobilização de vários profissionais e, conseqüentemente, ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Silva & Fonseca, 2005).

Diversos estudos apontam que o aumento da inserção dos psicólogos na saúde pública no Brasil decorre da reforma psiquiátrica e da criação do campo de atuação denominado Saúde Mental. A Lei nº 10.216 não traz especificamente sobre a atuação do psicólogo nesse espaço de saúde mental, mas assegura, no art. 4, 2º parágrafo: “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.”.

Alguns dos ambientes de atuação do psicólogo têm sido os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que compõem uma rede interligada que se origina da política da reforma psiquiátrica. Considera-se, então, que uma das funções desse dispositivo é a de cuidar dos pacientes de maneira mais humanitária, abordando a saúde e a cidadania como um direito de todos os sujeitos com algum sofrimento (Cunha & Maciel, 2008).

Com a entrada dos psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS), a compreensão de clínica vem sendo renovada pelas novas perspectivas agora denominadas clínica ampliada (Neto, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, dentre as diversas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, podemos distinguir três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Cada uma destas três abordagens é composta de várias facetas; a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas.

A escuta clínica é uma postura ética e política diante do sujeito humano. Não é o local que define a clínica, e sim, a posição do profissional e os objetivos de libertação e potencialização dos sujeitos. O diferencial da escuta clínica encontra-se na qualidade da escuta e acolhida que se oferece a alguém que apresenta uma demanda psíquica, um sofrimento, para outro que se propõe a compreender esta demanda. Ela representa a

postura do psicólogo diante do outro entendendo as suas subjetividades e singularidades. Nessa perspectiva de escuta clínica incluem-se não só a demanda do sujeito, no sentido de um desejo em busca da acolhida ao seu sofrimento, mas também implica uma relação intersubjetiva que o sustente (Dutra, 2004).

A escuta clínica na psicanálise vai se evidenciando na medida em que percorremos os textos freudianos e lacanianos. O que visa ser escutado na psicanálise resulta em uma psicanálise da escuta. Os lapsos, os sonhos, as repetições, os sintomas; enfim, as formações do inconsciente – livres de uma classificação ou de rótulos – abrem espaços de singularidade (Macedo & Falcão, 2005).

O discurso é o conjunto de enunciados que constituem qualquer evento de fala. Para Lacan, se o sujeito já é servo da linguagem, é mais ainda do discurso, no qual já está inscrito desde seu nascimento sob a forma de nome próprio (Lacan, 1957/1998) A capacidade humana para criar a linguagem se realiza na língua de uma comunidade linguística específica. O sujeito utiliza essa língua em sua fala (ou discurso) individual. Dada sua origem “comunitária”, a fala de um sujeito é necessariamente vascularizada pelas vozes da cultura de que faz parte, dentro de uma sincronia em constante mutação, sem atingir o “equilíbrio” ou o “ponto ideal” – que só poderia ser mítico. A linguagem é sempre descontínua em relação à realidade, não é uma entidade geradora de significados definitivos (Leila, 2006).

Lacan afirma que “para a linguística, devo dizer-lhes, estou pouco me lixando. O que me interessa diretamente é a linguagem, porque penso que é com ela que lido quando tenho que fazer uma psicanálise”. (Lacan, 1971/2009, p. 43).

Nas palavras de Lacan, “enquanto é linguagem humana, nunca há univocidade do símbolo... a linguagem não é feita para designar coisas... há um logro estrutural da linguagem humana, neste logro está fundada a verificação de toda a verdade”. Para a psicanálise, a linguagem não é sinal, não é signo, nem sequer signo da coisa como realidade externa materializada em grafismos alfabéticos ou numéricos como argumentam os linguistas modernos. Para Lacan é pela via do significante que o discurso acontece, ele desliza dentro da cadeia dos significantes. Diferentemente, para a linguística, o significado é encontrado quando há a possibilidade de se constituir a denominação das coisas, ou seja, quando há um sentido atribuído a algum objeto ou coisa que necessita ser compreendido pela palavra a ele dado.

Segundo Lacan (1955), no discurso do psicótico a mensagem que chega a ele é de um outro e não do Outro. Esse é um traço específico do discurso do psicótico que a mensagem antecipada e invertida não provenha do lugar do Outro. Na fala delirante tudo o que se refere ao sujeito falante é realmente dito no lugar do outro, na medida em que o Outro está excluído do circuito da palavra. Mas, sendo assim, permanece ao mesmo tempo excluído o que pode assentar, tanto quanto garantir, a verdade de uma palavra plena no discurso do sujeito. E, em todos os quadros de psicose, são encontradas diferenças na linguagem do sujeito, porém deve-se ressaltar que, ainda assim, o psicótico também está inserido na linguagem.

O delírio é um erro do ajuizar que tem origem na doença mental. Sua base é a mórbida, pois é motivado por fatores patológicos. Cabe ressaltar que não é tanto a falsidade do conteúdo que faz uma crença ser um delírio, mas, sobretudo a justificativa para a crença que o delirante apresenta o tipo de evidência que lhe assegura que as coisas são assim. Mesmo sendo o delírio um dos fenômenos mais centrais da psicopatologia, não há uma única teoria que explique satisfatoriamente sua etiologia. Os delírios mais frequentes são os que têm conteúdos de perseguição, que incluem não apenas os delírios propriamente persecutórios, mas também os de referência, de relação e de influência (Dalgalarondo, 2008).

A psicose é uma estrutura que foi de grande interesse entre os estudiosos da psicanálise no início dos anos 50. Desde que a loucura foi denominada por Freud de Psicose, existiram muitos estudos acerca dos mistérios que a envolviam, tendo sido bastante estudada por teóricos como Lacan e Bion. Para Freud (1924-1977), a psicose consiste em um colapso do sujeito com a realidade, “uma grande frustração, um desejo não realizado de sua infância” (p. 157), um evento que leva ao encontro do Eu com uma representação irreconciliável.

Zimerman (1999, p. 227) classifica a Psicose em três subcategorias que são: as psicoses propriamente ditas, os estados psicóticos e as condições psicóticas. Para o autor a Psicose “Implica num processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade”.

Dessa forma, como falado por Freud, à psicose seria um distanciamento do ego da realidade, predominando o id sobre o ego, ou seja, ela é regida pelo princípio do prazer e não pelo princípio da realidade. Caracterizando assim que o contato com o mundo externo é restrito em comparado ao contato com o mundo intrapsíquico.

Ao perder o contato do eu com o mundo externo, o sujeito necessita criar um tipo de remendo no lugar dessa fenda que aparece, e daí surge o delírio. Segundo Freud, “Isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução” (Freud, 1924/1996, p. 171). Dessa forma, a realidade do sujeito psicótico encontra-se alterada, e uma de suas tarefas é adquirir para si “Percepções de um tipo que corresponda à nova realidade, e isso muito radicalmente se efetua mediante a alucinação (Freud, 1924/1996, p. 209).

Já para Lacan (1956), a psicose é uma ordem subvertida em relação ao que consideramos que é a ordem do sujeito neurótico, mas, ainda assim, é uma ordem. “Significa em primeiro lugar, que a psicose – Lacan, o assinala em “De uma questão preliminar...” – não é um caos, não é uma desordem, mas sim o que ele chama de “uma ordem do sujeito””.

No quadro clínico da psicose, de um modo geral, o sujeito apresenta algumas especificidades em sua linguagem, que se manifestam em forma de delírio, alucinações ou formações substitutivas (Morais & Ceccarelli, 2019).

Reconhecendo a importância desse delírio psicótico, o objetivo deste estudo é compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do discurso delirante do psicótico. O discurso delirante tem grande relevância na fala do paciente psicótico e compreender isto é um passo importante para a prática de profissionais da área de saúde, principalmente para psicólogos, psiquiatras e enfermeiros. Essa compreensão possibilitará que o profissional de saúde atue e intervenha de melhor forma o seu fazer profissional dentro das possibilidades que o paciente lhe traz.

A atuação em saúde mental, busca uma prática generalista, interdisciplinar baseada numa assistência integral, que exige não só uma reestruturação dos estabelecimentos e das organizações do campo da saúde, por meio de uma organização e articulação entre os serviços, como também a reformulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde.

Dentro das possibilidades teóricas de formação profissional na área da saúde mental frente a esses pacientes, destaca-se a psicanálise que tem como objeto de estudo o inconsciente, a realidade psíquica e o singular do sujeito. Dessa forma, ao inaugurar o conceito de inconsciente entendido como “um lugar desconhecido pela consciência: uma “outra cena”” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 135), a psicanálise inaugura novos

tempos que repercute ainda hoje na clínica do sofrimento humano. Como apontado por Lacan (1986) “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” sendo assim, o profissional entrando em contato com essa teorização possibilitará um novo olhar acerca desses sujeitos, entendendo o discurso como algo que o estrutura, como a sua verdade e não apenas como uma ferramenta para o tratamento.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, sendo seu objetivo estudar os significados que se dão aos fenômenos. A técnica qualitativa visa à compreensão ampla do fenômeno que está sendo estudado, ou seja, considera que todos os dados da realidade são importantes e devem ser examinados em suas múltiplas dimensões. A amostra da pesquisa foi composta por seis profissionais da área de saúde, sendo médicos, enfermeiros e psicólogos, de uma clínica que atua oferecendo tratamento e acompanhamento psiquiátrico em modalidade de hospital-dia situada em Recife - PE.

Foram considerados para o presente estudo, profissionais da área de saúde, de qualquer sexo, regularmente admitidos na instituição, que tenham vivenciado experiências com pacientes psicóticos e que de forma voluntária se disponibilizassem a participar da pesquisa que tem por objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do discurso delirante do psicótico.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS, os participantes foram convidados individualmente a realizarem a entrevista que foi feita na presença unicamente das autoras da pesquisa, que se apresentaram previamente e explicaram os objetivos, cessando quaisquer dúvidas que obteve o participante ao mesmo tempo em que se promoveu um ambiente digno e de confiança. Posteriormente ocorreu a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e a assinatura dos presentes para poder iniciar a entrevista que foi documentada por meio de gravação de voz.

Acerca da coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada, de acordo com Minayo (2015) a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. A entrevista foi feita individualmente com cada participante e foi conduzida por perguntas norteadoras “Para você, qual a importância do discurso delirante do psicótico

para o tratamento?” “Você utiliza alguma abordagem teórica para trabalhar com esses pacientes?” “Quais estratégias e intervenções você utiliza para lidar com esses pacientes?” e “Quais os desafios de se trabalhar com pacientes psicóticos?”, cujas respostas foram transcritas e lidas repetidas vezes para uma melhor demarcação dos principais temas. Dessa maneira, os dados foram transformados em categorias para uma melhor e mais detalhada análise através do olhar teórico da psicanálise Freud-Lacanianana, sem que houvesse por isso perda de informações importantes que foram observadas. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo trazida por Bardin. A análise de conteúdo é caracterizada por um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados (Bardin, 1994). A gravação das entrevistas foi realizada mediante autorização prévia dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os dados transcritos foram guardados em local seguro, além disso, os participantes foram identificados por pseudônimos, a fim de garantir o sigilo e anonimato. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao sigilo das informações coletadas, bem como ao direito à desistência da participação em qualquer momento da pesquisa. Como maneira de resguardar o anonimato dos entrevistados, utilizou-se como pseudônimos nomes de cantores importantes da música popular brasileira que foram escolhidos pelos pesquisadores.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CAAE 19299319.9.0000.5569.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foram entrevistados seis profissionais da área de saúde de uma unidade de hospital dia em Recife-Pe, sendo três médicos (Caetano Veloso, Gal Costa e Chico Buarque), um técnico de enfermagem (Oswaldo Montenegro) e duas psicólogas (Cássia Eller e Maria Betânia). Três do sexo feminino e três do sexo masculino. A partir da fala dos participantes, que como dito acima foram usados pseudônimos para preservar o anonimato, foram encontradas três principais categorias, analisadas a partir da abordagem teórica da psicanálise, sendo elas: 1) Família como rede de apoio e intérprete do paciente psicótico, 2) Comunicação através do discurso delirante, 3) O acolhimento como abordagem teórica para intervenção.

Família como rede de apoio e interprete do paciente psicótico

Com relação à primeira categoria percebeu-se que a família tem um importante papel no tratamento de pacientes psicóticos servindo como suporte e forma de comunicação entre paciente e profissional. Dessa maneira criou-se duas subcategorias, sendo elas a família como rede de apoio e a família como intérprete do paciente no tratamento. Foi comum, na fala dos participantes, a ideia de que a família assume o lugar de trazer para o profissional se o discurso do paciente parte da realidade ou se é delirante. Também surgiu no discurso de alguns participantes a família como uma estratégia para lidar com esses pacientes. Comprovando isso, na fala dos participantes foi possível verificar que eles trazem que é importante convocar algum familiar para acompanhar o paciente para que ele possa dizer se o que o paciente diz é verdade ou não.

Alguns delírios a gente fica em dúvida se realmente é um delírio ou não, né? Isso aí é bem claro do dia a dia da gente e aí é muito importante ter um acompanhante que conviva, geralmente é um familiar ou um cônjuge, enfim, filho, tal, algum familiar mesmo, que ele vai dizer se aquilo é verdade ou não, né?(Chico Buarque, 39 anos, médico).

Sabe-se que nos últimos anos o modelo hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental, onde se marginalizava a pessoa em sofrimento psíquico, vem sendo criticado e gradualmente trocado por um modelo baseado no cuidado através da inclusão e reabilitação psicossocial. Com as diversas mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também à relação da família com o portador de transtorno mental, pois com a desinstitucionalização desses portadores de transtorno mental, a família começa a ser considerada no cuidado. Mais do que nunca, a família passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o portador de transtorno mental. Dentre essas visões destacam-se: a família vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção (SANT'ANA; FONTOURA, 1996 apud ROSA, 2003).

Segundo Brusamarello et al (2011) o cuidado em saúde mental tem evidenciado a necessidade de focar a atenção para intervenções que ofereçam alternativas de se trabalhar a realidade social a fim de promover suporte mútuo, democracia participativa e movimentos sociais. Nessa perspectiva, as redes sociais são de extrema significância “tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo

sofrimento psíquico, como importante suporte no tratamento a partir dos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade”. Relacionado ao que foi dito acima a entrevistada Gal Costa, quando perguntada sobre quais estratégias utiliza para lidar com pacientes psicóticos, traz que normalmente convoca a família, reafirmando assim a importância do familiar no processo de tratamento do paciente psicótico.

Normalmente a gente pede o apoio de um familiar, normalmente a gente chama uma rede de apoio ou psicólogo assistente (Gal Costa, 30 anos, médica).

A família consiste na primeira e mais significativa rede social da pessoa, o que a torna fundamental para a manutenção do portador de transtorno mental fora do hospital psiquiátrico, bem como sua participação ativa nos recursos comunitários. Atualmente, a atenção em saúde mental enfatiza o tratamento do portador de transtorno mental no seio familiar ou o mais próximo possível dele em serviços de base comunitária.

É importante considerar que, “a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída” (ROSA 2003, p. 28), sendo que nem sempre a família foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adoece mentalmente como dito acima. Diferentemente do que ocorria três décadas atrás, quando a família era mantida afastada, como simples observadora dos acontecimentos, hoje ela deve tornar-se aliada no processo terapêutico do seu membro portador de transtorno mental, de modo a contribuir com a reabilitação psicossocial do usuário. (Brusamarello et al, 2011).

Também, porque a família deve ser considerada como unidade cuidadora e de cuidado, um espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções dos mesmos. Logo, a família é provedora de apoio e suporte de cuidado, quando uma enfermidade acomete algum de seus integrantes (Bielemann et al, 2009).

Comunicação através do discurso delirante

A respeito da segunda categoria, percebeu-se na fala dos participantes que o discurso delirante se apresenta como uma forma de comunicação desses pacientes com o profissional, sendo o delírio carregado de significados que trazem um contexto por trás do emaranhado de palavras que para muitos não tem sentido. A participante Gal

Costa afirma em sua fala que muitos pacientes trazem dentro de um discurso delirante muitas informações relevantes.

Eu acredito que [pausa] muitos pacientes psicóticos trazem dentro de um discurso delirante muitas informações relevantes diante do que eles passam (...) e eu acho que a maior parte dos profissionais não fica atento ao discurso delirante e simplesmente coloca discurso delirante sem tentar entender que por trás daquilo pode haver um conteúdo de fundo de verdade (Gal Costa, 30 anos, médica).

Guerra (2004), afirma que é importante tomar o sintoma ou manifestação dita psicótica no âmbito da experiência do sujeito, aproveitar a comunicação que o sintoma positivo traz, o entendendo como uma resposta ao campo social ao qual pertence aquele ser humano apontado como psicótico (Guerra, 2004).

A entrevistada Cássia Eller em sua fala diz que o sujeito psicótico em seu delírio pode trazer toda a sua história de vida e que só através da escuta se pode desvendá-la, concordando com ela, Maria Betânia afirma que o discurso delirante diz muito do paciente e o profissional precisa elaborar isso. No Seminário sobre *As psicoses* (1955-56), ao especificar a relação particular do psicótico com a linguagem, Lacan enfatiza que "(...) convém escutar aquele que fala, quando se trata de uma mensagem que não provém de um sujeito para-além da linguagem, mas de uma fala para-além do sujeito" (LACAN, 1957-58/1998, p.581).

Para mim é fundamental esse discurso porque é através dessa escuta é onde vamos desvendar toda a sua história de vida, todo seu conteúdo de [pausa] vida atual e do que se foi passado, do que se foi vivido e é simplesmente nessa escuta, é uma das coisa mais importantes que existe nessa relação paciente e psicólogo (Cássia Eller, 44 anos, psicóloga).

O discurso é fundamental para que a gente entenda a história dele. O discurso diz dele dentro desse delírio. Ele está falando algo dele, que não é do real, mas tem uma elaboração que precisa feito pelo profissional (Maria Betânia, 54 anos, psicóloga).

No Seminário sobre *As psicoses* (1955-56), ao teorizar a respeito da psicose, Lacan considera os fenômenos que ocorrem nesta estrutura clínica como fenômenos de linguagem, enfatizando que a psicose provém de algo que se situa nas relações do sujeito com o significante. Há uma relação especial do psicótico com a linguagem que determina o sujeito. O psicótico é um testemunho aberto do inconsciente e a psicanálise, neste sentido, legitima o discurso delirante como discurso do inconsciente, por ele estar amarrado ao significante na sua mais pura literalidade.

A participante Maria Betânia mencionou que além de utilizar a Psicanálise como sua abordagem teórica para fazer o atendimento terapêutico com pacientes psicóticos também emprega como estratégias e intervenções a aposta e validação do discurso delirante que o paciente traz para ela, ficando claro que a mesma se coloca como secretária do alienado. Deve-se apostar no sujeito no sentido de ouvir o seu discurso e acolher sua fala diante daquilo que o faz sofrer. Maria Betânia traz ainda que é importante dar confiabilidade ao discurso delirante porque ali está um sujeito antes mesmo de um diagnóstico enquadrado pelo DSM-V ou CID-10.

Primeiro eu acho que a gente precisa apostar nele, ver que ele é um sujeito antes de qualquer doença ou de qualquer diagnóstico, e a estratégia vem a partir do que ele demanda. Em alguns momentos, talvez, a gente precise sim dar um direcionamento, mas quando não, que ele possa trazer e na escuta podemos saber o que ele está dizendo e entendendo o sofrimento dele, porque há um sofrimento ali. E tentar, trabalhando com ele, olhar para esse sofrimento (Maria Betânia, 54 anos, psicóloga).

Lacan (1955-1956/2002) nos sugere expressões para pensar o manejo da transferência na psicose. Compara o analista de psicóticos como aquele que testemunha o delírio ou, então, como alguém capaz de secretariar a produção delirante do psicótico. O efeito clínico dessa proposta é o de oferecer uma construção de borda para esse sujeito, ao sustentar sua produção significante advinda de seu delírio.

No Seminário 3, Lacan discorre sobre a proposta de secretário do alienado. Tal proposta surge como uma inversão dos valores ligados a essa expressão – antes como uma crítica à impotência dos alienistas, e agora, na visão de Lacan, como uma possibilidade de dar crédito à fala do alienado, tomando o que ele diz ao pé da letra.

Assim, conseqüentemente, “não temos razão alguma para não aceitar como tal o que ele nos diz” ([1955-1956] 2002, p. 237).

Entende-se na fala da entrevistada Maria Betânia que se deve oferecer escuta psicológica proporcionando um espaço para a produção de subjetividade daquele sujeito ao contrário do tratamento tradicional que visa calar o psicótico, fazendo desaparecer os sintomas para se adequar às normas sociais.

Aqui destacamos a hipótese de Sonenreich (1999), que define o delírio como uma perda ou profunda alteração da capacidade de comunicação lógica.

Definir o delírio pela perda da capacidade de comunicação lógica significa tratar deste conceito não como um sintoma, mas como um modo de interação com os outros. As afirmações que fazemos têm o objetivo de informar o outro, convencê-lo, eventualmente fazê-lo compartilhar conosco pensamentos e ações. Portanto, precisam ser feitas de uma maneira adequada para o outro, aceitável por ele. As noções e os termos devem significar a mesma coisa para nós (Sonenreich, 1999, pg 69).

O psicótico é habitado pela linguagem, o inconsciente fala por si através dos delírios. É através desse recurso, o delírio, que o psicótico manifesta algo. Como a participante Maria Betânia traz em sua fala o profissional deve atentar a sua escuta como em qualquer outro paciente, apesar das dificuldades de se trabalhar com esse público o paciente psicótico está em sofrimento e é preciso acolher isso.

O paciente psicótico vai exigir uma escuta mais elaborada, “mais elaborada não, mais sensível”, mais sensível para que possamos entender a estrutura dele. Mas, assim, ele é uma pessoa que está ali em sofrimento, precisando ser escutado e que tem condições sim, na maioria das vezes de ser, de poder propor algo para que ele possa elaborar dentro da possibilidade dele. Há não ser em casos de uma psicose muito grave onde não dá. Mas a psicose está antes de tudo por uma pessoa que, por alguma coisa, tem algum motivo de estar na estrutura da psicose e é isso que diferencia ele de um que está na estrutura da neurose: o discurso (Maria Betânia, 54 anos, psicóloga).

Lacan (1955-56/1998, p. 113) diz que “para que estejamos na psicose é preciso haver distúrbios de linguagem”. Não podemos, dessa forma, fazer uma hipótese sobre a estrutura do sujeito, a não ser por meio da transferência e do posicionamento na estrutura do discurso. Sobre isso, Lacan (1955-56, p. 44) dirá que “é a relação de seu discurso com o ordenamento comum do discurso que nos permite distinguir que se trata do delírio”.

O acolhimento como abordagem teórica para intervenção

Com relação à terceira categoria, verificou-se na fala dos profissionais que o acolhimento através da escuta é utilizado como intervenção e estratégia para trabalhar com pacientes psicóticos durante o discurso delirante. Corroborando com isso, nas falas dos entrevistados foi notório que no seu fazer profissional a escuta clínica e o atendimento humanizado são usados como forma de acolher o discurso e o delírio do paciente. Além disso, foi observado que o acolhimento é feito através do “estar perto” do paciente e na validação do discurso delirante dele.

Para mim as estratégias, é... e intervenções é quanto mais próximo você está com esse paciente, através da escuta, através desse contato, é... olho no olho. [...] Mas acredito que a maior estratégia é o amor pelo que você faz e o amor de... de... daquela escuta ali presente né, de corpo e alma (Cássia Eller, 44 anos, psicóloga).

Então “opa, vou por aqui. Vamos lá?” é meio que você pegar na mão, dar uma volta e dizer “olha, to aqui. É isso mesmo. Vamos lá”. Então é você encontrar esse contexto. Eu acho que a dificuldade nesse meio para muitos profissionais é isso assim de você conseguir... Eu acho que... Eu acolho, né? (Oswaldo Montenegro, 37 anos, técnico de enfermagem).

O participante chegou a empregar o acolhimento também como sua forma de abordagem, não necessariamente teórica, mas de como atua na área da Saúde Mental. Quando perguntado se utiliza alguma abordagem teórica para trabalhar com esses pacientes, o mesmo trouxe que na Enfermagem não é utilizado uma forma teórica fechada e específica, mas uma forma de chegar até esse paciente e acolher seus delírios e sofrimentos através da escuta.

Não me atento tanto a uma abordagem específica, mas eu acredito muito no que ele está manifestando ali no momento. Como é que eu posso é, entrar ali? Como é que eu posso intervir de uma forma que eu não amplifique né, esse sintoma de uma forma negativa. [...] Eu não posso também ali não deixar de ter uma intervenção no sentido de poder dizer: “olhe, to aqui, né? To entendendo o que tá acontecendo, mas eu to junto com você”. [...] Na enfermagem especificamente fala sobre a questão de você tentar é... Ter uma abordagem que seja próximo do que o paciente manifesta ali. [...] Então a gente acolhe (Oswaldo Montenegro, 37 anos, técnico de enfermagem).

Percebeu-se que os profissionais acolhem o discurso do psicótico através da escuta, sendo ela fundamental pela concepção de que a psicose apresenta uma relação muito particular com a linguagem onde se evidencia a relação com o desejo. O acolhimento é um espaço de escuta que pode ter potência em produzir efeitos terapêuticos em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, além de vincular o paciente ao profissional sendo a escuta um instrumento fundamental para a realização de um trabalho terapêutico. No contexto da Saúde Mental, o vínculo se forma a partir da relação estabelecida entre cuidador e usuário, através do processo de acolhimento, que se dá por meio da escuta e valorização do saber do outro (JORGE, 2011).

Por sua vez, para que o psicótico nos fale, é preciso que haja acolhimento. Para isso, como afirma Cavalcanti (1997, p.6), é necessário ultrapassar o momento em que o Outro é visto como hostil para atingirmos o que está verdadeiramente em questão na alteridade: “esta radical inacessibilidade ao Outro. Os psicóticos são particularmente sensíveis à forma como nos colocamos disponíveis ou não para este acolhimento”. Lacan afirma que não devemos recuar diante das possibilidades de tratamento, tratamento esse que valoriza fortemente a *escuta* do delírio. Ele introduz a ideia de que o psicótico “dá testemunho efetivamente de uma certa virada na relação com a linguagem...” (Lacan,1985, p.237) Por isso devemos escutá-lo, mesmo que o que ele diga seja incomunicável e sem sentido para nós.

Sobre o acolhimento no âmbito da Saúde Pública, é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade.

(Matumoto, 1998) confirma que, o acolhimento não é apenas receber bem, implica também atendimento humanizado e resolutividade da necessidade de saúde de cada usuário que procura o serviço, em razão do acolhimento permear todo o processo de trabalho.

Pereira (2002) enfatiza que acolher não significa simplesmente satisfazer a pessoa atendida, mas buscar a resolutividade ou realizar encaminhamentos a fim de promover a reabilitação da saúde da mesma. Ficando claro, portanto, que o acolhimento em Saúde Pública é voltado para a escuta, a humanização do atendimento ao usuário e suas demandas, o trabalho interdisciplinar e o encaminhamento das intervenções terapêuticas. Diante disso é possível perceber que a prática interdisciplinar requer atuação em dois níveis: núcleos e campo. Campos (1997), propôs que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas fossem processadas mediante a conformação de “núcleos” e de “campos” de atuação. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outros apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

É, portanto, fundamental a escuta e acolhimento do delírio, pois através dele o sujeito se endereça ao outro. Como afirma Meyer (1998, p.62):

“... devemos estar atentos a respeito da delicadeza da posição do psicanalista no trabalho com psicóticos, como nos chama atenção Calligaris (1989), ao apontar que jamais pode ser uma posição que suprima a constituição do delírio. Ao contrário disto, o analista deve, junto com o paciente, tentar fazer o percurso da constituição do delírio para, assim, construir uma metáfora”.

Por fim percebeu-se também, através das falas dos participantes, quão desafiador é o trabalho em saúde mental com pacientes psicóticos e quão importante se faz um profissional de saúde preparado e atento a esse discurso delirante. Por outro lado, a partir dos resultados do estudo notou-se uma heterogenia grande nas formações dos profissionais onde estes pautam seu fazer de forma disciplinar, ou seja, específica de cada profissão, sem que haja um diálogo entre os mais variados profissionais que irão atuar frente a esses pacientes, afirmando assim uma fragilidade na formação e reverberando na prática do dia a dia. Sabe-se que apesar dos avanços alcançados pelo

SUS há uma dificuldade de superar essa imensa fragmentação existente e de qualificar assim essa gestão de cuidado nesse contexto. Na Psicologia, encontramos a carência de uma formação baseada em um modelo clínico privado de consultório, que não é suficiente para a prioridade do programa em questão (Oliveira et al., 2004 ; Lima, 2005)

Os questionamentos realizados e as respostas obtidas foram totalmente relevantes para o estudo, pois dessa forma pudemos avaliar o nível de conhecimento dos profissionais acerca do discurso delirante e seus desdobramentos no atendimento a pacientes psicóticos. A análise crítica pode nos delinear as necessidades e caminhos para o desenvolvimento de novas concepções sobre a forma singular de expressão desses pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa pesquisa foi constatada a fragilidade dos profissionais quanto à formação em saúde mental e a heterogenia em suas formações profissionais. O olhar dos profissionais entrevistados acerca do discurso delirante de pacientes psicóticos é diferente, pois cada profissional vai relacionar seu conhecimento teórico a sua prática vivenciada. Com isso, há lacunas importantes em suas práticas exercidas por se constituírem de forma disciplinar. É importante que os profissionais se qualifiquem na área da saúde mental e também exerçam o trabalho de equipe multidisciplinar compartilhando suas práticas e experiências, além de entender que o discurso delirante é o que constitui o sujeito psicótico. Também foi possível perceber que o acolhimento a esse paciente é dado pela mesma via, ou seja, através do recurso da escuta. Esse recurso diz de uma postura ética e de um compromisso do profissional para com o sujeito, independente de qual seja a formação. A atual forma de atuação em saúde mental visa uma rede de atenção que favoreça a integração social e familiar dos portadores de adoecimento mental. Diante disso, a família vem assumindo um importante lugar no processo de cuidado ao paciente psicótico assumindo a posição de parceria na atenção em saúde mental. Uma vez considerada, a família juntamente com o usuário passa a ser o protagonista no tratamento, visto que seus esclarecimentos e vivências vão possibilitar uma potencialidade no manejo e na intervenção profissional. Percebeu-se que instituições como a que foi feita a pesquisa pode constituir-se como um lugar privilegiado para o tratamento da psicose por conseguir criar vínculos e espaços diferenciados de acolhimento e de escuta do discurso do psicótico. Quanto mais espaços de acolhimento e de escuta, mais possibilidades de o discurso se endereçar e encontrar um destinatário. Quem trabalha com pacientes psicóticos sabe o quanto é difícil a

possibilidade da fala se endereçar, principalmente porque o destinatário, ou seja, os profissionais do hospital dia precisam estar muito disponíveis a essa escuta entendendo que o discurso delirante deve ser escutado e valorizado. Almeja-se, portanto, que o acolhimento através da escuta seja uma ferramenta de intervenção que tenha o potencial de produzir efeito terapêutico em sujeitos que se encontram em sofrimento. Por fim, destaca-se a relevância da pesquisa para a área de saúde mental tanto no espaço que foi feita a pesquisa quanto em demais locais que atuam com serviço semelhante, pois através dos resultados obtidos os profissionais poderão repensar suas atuações e intervenções com pacientes psicóticos. Além disso, com a fragilidade dos profissionais em como pautarem teoricamente o seu fazer com esse público nota-se a necessidade de maiores qualificações voltadas para a área de saúde mental e equipe interdisciplinar. As pesquisadoras darão devolutiva aos profissionais através de roda de conversa aplicando uma atividade de sensibilização para que eles entendam a importância do trabalho interdisciplinar contribuindo para o tratamento de pacientes psicóticos do espaço. Salienta-se também que o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a importância do discurso delirante na psicose e sobre a relação dos profissionais de saúde com os pacientes psicóticos e seus familiares para que se ofereça a evolução na formação de futuros profissionais de saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

- Bielemann, V. D. L. M., Kantorski, L. P., Borges, L. R., Chiavagatti, F. G., Willrich, J. Q., de Souza, A. S., & Heck, R. M. (2009). A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(1), 131-139.
- Brusamarello, T., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., de Azevedo Mazza, V., & Maftum, M. A. (2011). Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(1), 33-40.
- Campos Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2000
- Cantele, J., Arpini, D. M., & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 910-925.

Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto enferm*, 15(4), 679-84.

Coimbra, V. C. C. (2005). *O acolhimento num centro de atenção psicossocial* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Colleti, M., Martins, C. B., Tanios, B. S., & Rocha, T. H. R. (2014). A Reforma Psiquiátrica eo papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 123-135.

de Sant'Anna, T. C., & de Albuquerque Brito, V. C. (2006). A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(3), 368-383.

de Moraes, A. V., & Ceccarelli, P. R. (2018). A psicose, o sexual e a linguagem. *Reverso*, 40(75), 63-72.

Dor, J. (2008). *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Artmed.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.

Etchegoyen, R. H. (2003). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Grupo A Educação.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17-27.

Generoso, C. M. (2008). Considerações sobre psicose e laço social: o fora-do-discurso da psicose. *CliniCAPS*, 2(4), x-x.

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P. D., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado:

vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3051-3060.

Lins, S. L. B. (2007). Psicose-diagnóstico, conceitos e reforma psiquiátrica. *Mental*, (8), 39-52.

Longo, L. (2006). *Linguagem e psicanálise*. Zahar.

Macedo, M. M. K., & de Barros Falcão, C. N. (2005). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, 9(15), 65-76.

Meyer, G. R. A psicanálise na instituição de saúde mental. *aSEPHallus*, 11(22), 108-121.

Meyer, G. R. (2008). Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 11(2), 299-312.

Minayo, M. C. D. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. C. (2015). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*.

Moreira, J. O., Romagnolis, R. C., & de Oliveira Neves, E. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 608-621.

Pellicciari, F. S. (2018). A causalidade da linguagem em Lacan. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 40(38), 125-136.

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Zahar.

Rinaldi, D. (2000). O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. *Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, 16, 7-18.

Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Zahar.

Rotte, G. G. (2018). Algunas consideraciones teóricas y técnicas sobre la psicosis en la obra de Freud y Lacan. *Poiésis*, (35), 11-19.

Scheibel, A., & Hecker Ferreira, L. (2012). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 966.

de Siqueira, D. F., da Silva Xavier, M., Serbim, A. K., & Terra, M. G. (2018). Redes sociais de apoio no cuidado à pessoa com transtorno mental: reflexões. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(4), 859-869.

Silva, L. G., & da Silva Alves, M. (2008). O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista de APS*, 11(1).

Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simão, A. A. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações rurais & agroindustriais*, 7(1), 70-81.

Veloso, H. (2009). Psicose e discurso no contexto da teoria lacaniana. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(1), 75-89.

Zimerman, D. E. (2009). *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Artmed Editora.