

A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida

*Sofia Uchôa Cavalcanti Pacheco¹, Silvia Rita Rodrigues²,
Marcelo Costa Benatto³*

RESUMO: O objetivo deste estudo é demonstrar a importância de protagonizar o papel ativo do usuário no tratamento em saúde mental, reconhecendo os sujeitos em toda a sua complexidade, incluindo suas potencialidades e possibilidades de (re)construção. Utilizou-se como método o estudo de caso de uma usuária do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), de um município da região metropolitana de Curitiba, para ilustrar a importância de “ouvir” e reconhecer os seus anseios e as suas expectativas, incluindo a análise e revisão do diagnóstico, assim como sua visão singular sobre saúde mental. Durante o trabalho de investimento na singularidade da usuária, após suportar agressividade inicial apresentada por ela, percebeu-se uma melhora na comunicação da paciente com o tratamento em saúde mental e melhora no vínculo com o serviço, além de mais aceitação em relação à farmacoterapia. A partir do momento em que a usuária compreendeu o seu sofrimento e a capacidade de auxílio do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a sua adesão e aceitação melhoraram e interferiram positivamente na evolução terapêutica, promovendo novas perspectivas de futuro e empoderamento, com valorização de sua singularidade.

Palavras-chave: saúde mental; estudo de caso; diagnóstico; singularidade.

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); Estagiária de Psicologia em CAPS II.
Endereço para correspondência: Rua Primeiro de Maio, 414 – Centro, Pinhais, PR. CEP: 83323-020. Tel.: (41) 9921-9831. E-mail: sofia.ucpacheco@gmail.com

²Graduada em Psicologia pela UNICENTRO; Especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise; Especialista em Gestão em Saúde.
Endereço para correspondência: Rua Primeiro de Maio, 414 – Centro, Pinhais, PR. CEP: 83323-020. E-mail: silpsicos@hotmail.com

³Graduado em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP); Especialista em Educação Especial e Inclusiva; Mestre em Psicologia.
Endereço para correspondência: Rua Primeiro de Maio, 414 – Centro, Pinhais, PR. CEP: 83323-020. E-mail: mbenatto@hotmail.com

Artigo recebido em: 16/08/2016. Aprovado para publicação em: 31/10/2016

The importance of CAPS user empowerment for (re)construction of your life project

ABSTRACT: The aim of this study is to demonstrate the importance of further the active role of the user in mental health treatment, recognizing the subject in all his complexity, including his potential and possibilities of (re)construction. It was used as a method of study the case of a Psychosocial Attention Center (CAPS II) user from a city on the metropolitan region of Curitiba to illustrate the importance of “listening” and recognizing her desires and expectations, including the analysis and revision of the diagnosis, as well as her singular view on mental health. During the investment work in the singularity of the user, after to overcoming her initial aggression, better communication with the mental health treatment was noticed as well as an improvement on the bond with the service and more acceptance in relation to pharmacotherapy. From the moment that the user understood her suffering and how the treatment on CAPS could help her, her adherence and acceptance improved and interfered positively on her therapeutic development, promoting new opportunities of future and her empowerment, with an appreciation of her singularity.

Keywords: mental health; case study; diagnosis, uniqueness.

La importancia del empoderamiento de un usuario de CAPS para la (re)construcción de su proyecto de vida

RESUMEN: El objetivo de este estudio es demostrar la importancia del protagonismo en el papel activo del usuario en el tratamiento de la salud mental, reconociendo los sujetos en toda su complejidad, incluyendo su potencial y las posibilidades de (re)-construcción. Fue utilizado como método el estudio de caso de una usuaria de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS II) de un municipio de la región metropolitana de Curitiba para ilustrar la importancia de “escuchar” y reconocer sus deseos y expectativas, incluyendo el análisis y la revisión del diagnóstico, así como su visión singular sobre la salud mental. Durante el trabajo de la inversión en la singularidad de la usuaria al mismo tiempo para soportar su agresión inicial presentada, se notó una mejor comunicación del paciente con el tratamiento de salud mental, y una mejora adicional en el vínculo con el servicio. además de más aceptación en relación con la farmacoterapia. Desde el momento en que la usuaria entendió su sufrimiento y la capacidad de ayuda del tratamiento en el CAPS, su adhesión y aceptación mejorados e interfirieron positivamente en el desarrollo terapéutico, con la promoción de nuevas oportunidades para el futuro y empoderamiento, con valorización de su singularidad.

Palabras clave: salud mental; estudio de caso; diagnóstico, singularidad.

1 INTRODUÇÃO

Ao pensarmos a história da “loucura”, antes um conceito, hoje apenas uma palavra do cotidiano, deparamo-nos com diversas explicações sociais e/ou científicas, muitas das vezes comprometidas com formulações acerca da normalidade. De acordo com o relato de Amarante (2007), Pinel, um precursor da Psiquiatria no século XIX, associava as causas da alienação mental à moralidade — instituindo o “tratamento moral”. Os fundamentos Pinelianos eram absolutos para o tratamento das doenças mentais, pois o isolamento social se fazia necessário e apresentava um lugar de propósito de cura.

Segundo Barreto (1999), com a criação da psiquiatria no início do século XX, a “loucura” tornou-se doença mental. Com o modelo positivista de ciência que considera “a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia” (AMARANTE, 2007, p. 66), tornando-o um ser assujeitado às normas e diretrizes institucionais, uma vez que a doença é evidenciada e o sujeito fica em segundo plano.

Amarante (2007) demonstra como o tratamento em saúde mental baseava-se no trabalho terapêutico realizado dentro de instituições psiquiátricas. Compreendia-se que a pessoa em sofrimento mental apresentava grande periculosidade e deveria ser mantida reclusa a fim de ser observada e tratada em seu estado puro, sem quaisquer interferências externas. Na tradição moralista exposta por Pinel, a psiquiatria era vista como instrumento de controle, tendo na instituição manicomial um símbolo. Dessa forma, Pinel propôs a liberdade dos “loucos”, que apesar de libertados das correntes, deveriam ser submetidos a um tratamento asilar, o qual justificava um regime de completo isolamento. Compreende-se, assim, que o modelo biomédico está incluído no psiquiátrico, sendo o primeiro caracterizado por um modelo terapêutico baseado na hospitalização.

Para o mesmo autor (2007), esse modelo de tratamento e de compreensão de homem produziu reflexões e, no âmbito nacional, levou movimentos sociais, inicialmente compostos de trabalhadores da área, à denúncia das situações de precariedade e violência vivenciadas nos cenários da saúde mental do país. Buscando uma alternativa ao tratamento asilar, esse movimento ficou conhecido como a Reforma Psiquiátrica.

Destarte, a Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial, na década de 1980, com a proposta de se pensar os tratamentos dispensados a pessoas em sofrimento mental, enclausuradas nas instituições, bem como prover participações sociais no processo de tratamento.

Souza (1999) expõe em sua dissertação de mestrado que, bem como a reforma sanitária, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira buscou a aglutinação de diversos grupos sociais envolvidos diretamente com a saúde mental ou qualquer outra pessoa de interesse no processo. Sendo assim, o movimento possibilitou a inserção do tema da desinstitucionalização e das mudanças no modelo de atenção em saúde mental na agenda de políticas públicas. Portanto, o movimento trouxe transformações políticas, sociais e culturais na maneira de se lidar com a “loucura”, tendo a sociedade como seu principal interlocutor.

Goulart (2006) afirma que os militantes do movimento da Reforma Psiquiátrica agiram como atores sociais na sociedade e buscaram a construção de uma ética de liberdade no que tange as relações entre a sociedade e a loucura.

No arcabouço legal, a Constituição Federal de 1988 faz referência à cidadania plena como direito de todos e dever do Estado, envolvendo intimamente questões ligadas à saúde. Amarante (2007, p. 34) conceitua cidadania como “[...] responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social”, ou seja, seria um espaço público de trocas entre os membros de uma comunidade.

Nesse contexto, as Leis Federais¹ que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) propõem um sistema baseado nos princípios de acesso universal público e gratuito à saúde, que compreende o indivíduo como um todo.

De acordo com Amarante (2007), a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, Lei n.º 10.216/2001, além de dispor da proteção e execução dos direitos das pessoas com transtornos mentais, redireciona o modelo tido até então como assistencial de saúde mental. Tal programa é integrante do SUS e segue as diretrizes propostas.

Goulart (2006) descreve que nos anos 1990 se consolidou um projeto de mudança. A descentralização por meio das políticas do SUS permitiram o desenvolvimento de ações alternativas para o cenário da saúde mental, o que culminou posteriormente em ações substitutivas de serviços. Gambatto e Silva (2006) afirmam que, a partir da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização não se restringiu mais a simples modificação no modelo hospitalocêntrico, envolvendo questões socioculturais, já que houve um deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas para as práticas voltadas ao cuidado realizado na comunidade e mais especificamente na família.

¹Lei 8.080 de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei 8.142 de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Reforma Psiquiátrica propõe, assim, um tratamento humanizado à pessoa em sofrimento mental com uma equipe interdisciplinar. Ela não pretende acabar com o tratamento clínico, mas eliminar gradativamente o internamento, evitando a exclusão das pessoas, por meio da substituição dos manicômios por serviços de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), as Residências Terapêuticas, entre outros.

Para Melman (2001), o trabalho terapêutico dos serviços substitutivos passou a ser entendido como um processo de reconstrução das pessoas vistas como atores sociais, ou seja, a pessoa em suas múltiplas conexões com o social. Dentre as atividades que o serviço deverá desenvolver para seus usuários, constam atendimentos individuais, grupais, visitas domiciliares, atendimento à família e preparação de um espaço de possibilidade de atuação e autonomia.

Ressalta-se que, se o sujeito for evidenciado nesse processo, os serviços se tornam dispositivos de apoio, de acolhimento e de cuidados embasados nas interações sociais, sem a necessidade de isolá-los do seu meio social, do cotidiano. O tratamento em saúde mental deixa de ser o protagonista da relação, passando esse papel para o sujeito em sofrimento psíquico.

Comumente, os CAPS contam com um espaço para assembleias, as quais possuem como objetivo o diálogo entre profissionais e usuários, por meio da troca de informações, dos esclarecimentos de dúvidas, das indicações, das orientações acerca da dinâmica e dos acontecimentos no serviço. Entende-se, assim, que se tem nas assembleias um espaço de participação social, de ação e de coletividade. Tem-se, ainda, nesse momento, a compreensão da importância de se considerar o modo como o tratamento é visto pelo usuário, as suas demandas, necessidades e reivindicações.

Discorrendo a respeito, o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial aponta:

A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivem o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental (BRASIL, 2010, p. 38).

Dessa maneira, a intenção é desinstitucionalizar, realizando um movimento de migração para o espaço social. Assim, ressalta-se que o CAPS, diferentemente das internações em hospitais psiquiátricos, busca fazer com que o sujeito tenha condições de se tratar em seu meio familiar e social e participar de forma ativa de seu tratamento.

Este artigo foi construído a partir dessa lógica de entendimento da saúde mental e baseado em uma experiência vivenciada em um CAPS da região metropolitana de Curitiba, no atendimento a uma usuária do serviço. O objetivo do estudo foi demonstrar a importância de protagonizar o papel ativo do usuário no tratamento em saúde mental. Cabe ressaltar que não basta aos serviços substitutivos oferecerem o cuidado dos usuários em liberdade. É importante reconhecer os sujeitos em tratamento em toda a sua complexidade, incluindo suas potencialidades e possibilidades de (re)construção.

Para tanto, utilizou-se como método o estudo de caso de uma usuária do serviço a fim de ilustrar a importância de “ouvir” e reconhecer os seus anseios e as suas expectativas, incluindo a análise e importância do diagnóstico, assim como sua visão singular sobre saúde mental, para que, a equipe técnica pudesse traçar, em conjunto com a usuária e sua família, um plano de tratamento mais coerente com a realidade vivenciada.

Nossa escolha por esse método foi motivada por um questionamento constante em relação ao distanciamento entre os preceitos da Reforma Psiquiátrica e a prática clínica na atenção psicossocial, ainda impregnada da lógica biomédica e manicomial, observada no trabalho diário no tratamento da saúde mental.

Como base metodológica para a descrição, o aprofundamento e a exploração diagnóstica utilizou-se de dois importantes instrumentos: a Classificação Internacional de Doenças – CID 10², Capítulo V (F00- F99); e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição – DSM V, utilizado para embasar e compreender por meio de critérios a sintomatologia e o desenvolvimento de transtornos mentais, possibilitando a construção de um diagnóstico diferencial.

2 HISTÓRICO DO CASO E RELAÇÃO COM A DOENÇA

A usuária, Joana³, 35 anos de idade, solteira, reside na região metropolitana de Curitiba com familiares, é bilíngue — fala inglês e português —, possui ensino superior completo e trabalhava em sua área de formação, até o momento em que “mudou” — possivelmente teve a primeira crise —, segundo ela mesma.

Joana chegou ao CAPS encaminhada pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) — serviço de atenção secundária

²Instrumento oficial utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde em sistema de prontuário eletrônico integrado para evolução dos atendimentos em saúde, manuseado por profissionais de nível superior, o qual possibilitou a descrição dos diagnósticos atribuídos à usuária no decorrer de suas avaliações e seus atendimentos.

³Nome fictício, respeitando o artigo 9.º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (do sigilo profissional). Foi criado um nome fictício para a usuária com o intuito de preservar sua identidade.

da política de Assistência Social em que são atendidas famílias e pessoas que tiveram seus direitos violados (BRASIL, 2011). Na ocasião, esse serviço estava com dificuldade de trabalhar as demandas da usuária, julgando que seus problemas estavam relacionados à saúde mental. A usuária procurou o CREAS para denunciar que estava sendo assediada pelo padrasto. O serviço não conseguiu confirmar a veracidade dessa denúncia, encaminhando-a para o Centro de Atenção Psicossocial do Município (CAPS II).

Chegando ao CAPS, no dia 05 de novembro de 2015, ela foi acolhida pela psicóloga do serviço que estava na escala do acolhimento, acompanhada pelo estagiário de Psicologia. Durante o atendimento, a usuária se apresentou desorganizada, não conseguia manter uma linha de pensamento coerente, misturava a língua inglesa com o português, encontrava-se persecutória — tentando anotar o atendimento em um caderno, porém com palavras soltas e sem nexos — e apresentou muito incômodo e desconfiança com a presença do estagiário no acolhimento — questionando o porquê da presença dele no momento. Esse incômodo se manifestava com homens de forma generalizada. Sua queixa principal era a desorganização de seu pensamento e o fato de não conseguir “ser como antes” — trabalhar, ser vaidosa e se relacionar com as pessoas.

Após esse atendimento, ela foi inserida em tratamento no CAPS, em regime semi-intensivo — três vezes na semana — no período da manhã — das 8h às 11h50, com um intervalo para lanche no meio do período. Foi indicada sua participação em atividades como oficinas terapêuticas, grupo do terapeuta de referência e assembleia. O objetivo desse início de tratamento foi fortalecer o vínculo da usuária com o tratamento, buscando conhecê-la melhor e sensibilizando-a para a importância do CAPS nesse momento de sua vida.

Resgatando a história de vida da usuária, é importante observar que foi criada em um orfanato, junto de sua irmã — única pessoa com quem afirma possuir algum tipo de vínculo —, pois o pai não tinha tempo para cuidar das filhas e a mãe as abandonou. O pai ia visitá-las sempre que possível, porém, a usuária afirma que foi abusada por ele na infância — caso que não foi confirmado, mas, ainda assim, constituindo-se como sua leitura da realidade, vivenciada como o real, o que desencadeou vários problemas. Foi o orfanato que proporcionou sua aprendizagem da língua inglesa e também financiou seus estudos até o ensino superior. Somente após ter concluído seus estudos é que ela passou a conviver com sua família.

A usuária afirma que levava uma vida normal, trabalhava, saía, até o momento em que “mudou” — ou seja, segundo seu relato, de repente, ela não conseguia mais organizar seus pensamentos ou fazer o que, antes, fazia direito. Joana afirma

que perdeu todas as suas capacidades, a sua vaidade e o desejo de autocuidado, sentindo-se “louca”.

Durante os atendimentos a familiares e as visitas domiciliares, seus parentes relataram que ela apresenta comportamentos bizarros, como tomar banho com cachorro todos os dias ou se recusar a dormir na própria cama, dormindo em um colchão no chão. Acrescentaram que ela tem dificuldade em se socializar, não tendo conseguido ficar em uma casa em que morava com colegas da faculdade, devido as suas “esquisitices”.

A usuária oscila quanto às perspectivas para o futuro, afirmando, em certos momentos, que gostaria de “voltar a ser como antes” — voltar a trabalhar, fazendo planos para o futuro — e, em outros, que o que “ela tem” não tem solução e que gostaria de ser aposentada por invalidez. Diante do exposto, percebe-se uma visão ambivalente de Joana quanto ao futuro. Além disso, ela não demonstra diferentes sentimentos em relação a nenhuma das duas perspectivas, apresentando assim um embotamento afetivo. Há, portanto, uma ambivalência quanto ao desejo, porém, um embotamento quanto ao sentir.

Em virtude do seu pensamento desorganizado, assim como da dificuldade de traquejo social observada e dos delírios persecutórios, a usuária mantinha uma postura muito crítica e questionadora em relação ao seu tratamento. Com frequência, solicitava a cópia de seu prontuário e questionava as evoluções dos profissionais, assim como as intervenções dos diferentes olhares da equipe técnica. Problematizava seu diagnóstico inicial, apresentando uma dificuldade em confiar no tratamento oferecido, resistindo ao uso da medicação psicotrópica e às orientações dos profissionais.

Diante da necessidade de inserir a usuária em tratamento, a equipe técnica suportou toda a sua agressividade inicial com o intuito de fortalecer o vínculo e abrir portas para uma nova possibilidade de vida. Sendo assim, procurou manter um olhar e uma escuta diferenciados para a usuária que clamava por um “lugar” na sociedade, além de reconhecê-la em sua singularidade.

3 UM OLHAR SOBRE O DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO

De acordo com o desenvolvimento da doença, o diagnóstico pode se mostrar correto ou equivocado, muitas vezes, fazendo com que o profissional tenha que mudar o plano de tratamento do usuário. Procurando mostrar a importância de ter um olhar atento aos possíveis equívocos no diagnóstico e à sua possibilidade de mudança, os autores deste artigo — profissionais da área de

Psicologia e estagiária de Psicologia do CAPS II, da região metropolitana de Curitiba — elaboraram este estudo de caso, atentos aos questionamentos e às discordâncias da usuária em relação ao diagnóstico que havia previamente sido formulado na sua chegada ao tratamento.

Para a realização do estudo, foram elencadas diversas hipóteses diagnósticas e, a partir delas, os profissionais foram analisando se as características apresentadas pela usuária no serviço e em sua história de vida condiziam com as características diagnosticadas.

Segundo Dagalarrondo (2008), discute-se muito a respeito do valor do diagnóstico psiquiátrico. Tal discussão divide-se em dois grupos antagônicos: 1) um que defende o uso do diagnóstico, sustentando que seu valor e lugar em psiquiatria são absolutamente semelhantes ao valor e lugar dos diagnósticos das outras especialidades médicas; e 2) o outro que é contra o diagnóstico psiquiátrico, afirmando que esse só serve para rotular as pessoas diferentes.

O mesmo autor aponta que não se deve cair em nenhum dos dois extremos, explicando que o uso do diagnóstico é importante para a compreensão do sofrimento da pessoa e para indicar qual conduta terapêutica se deve seguir, mas que não se deve perder de vista a singularidade de cada indivíduo. “Assim, há, no processo diagnóstico, uma relação dialética permanente entre o particular, individual (aquele paciente específico, aquela pessoa em especial), e o geral, universal (categoria diagnóstica à qual essa pessoa pertence)” (DALGALARRONDO, 2008, p. 40).

O diagnóstico psicopatológico é formulado de maneira diferente ao diagnóstico clínico convencional. Ele se baseia, predominantemente, na entrevista clínica com o paciente. O olhar do profissional deve ter o foco nos sinais e sintomas apresentados e na história da pessoa (CHENIAUX, 2011; DALGALARRONDO, 2008). Além de não ser um dado fixo, de acordo com Dagalarrondo (2008), muitas vezes ele muda de acordo com o curso da doença.

A construção do estudo de caso seguiu os itens apontados por Cheniaux (2011) que devem contar na avaliação para a construção do diagnóstico, sendo eles:

1. identificação,
2. queixa principal,
3. motivo do atendimento,
4. história da doença atual,
5. história patológica pregressa,
6. história fisiológica,
7. história pessoal,
8. história social,

9. história familiar,
10. exame psíquico,
11. súmula psicopatológica,
12. exame físico,
13. exames complementares,
14. diagnóstico síndrômico,
15. diagnóstico nosológico, e
16. conduta terapêutica.

Os itens 1 ao 9 fazem parte da história da usuária e de sua relação com a doença. Esses dados foram obtidos a partir de relatos da própria usuária e de familiares, da análise de seu comportamento no CAPS e de avaliações de outros profissionais da equipe terapêutica do serviço — composta por uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, dois psicólogos e um médico psiquiatra. Os itens 10 ao 15 dizem respeito à formulação do diagnóstico a partir dos critérios trazidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V*), relacionando-os com os itens anteriores.

4 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Quando Joana foi acolhida no CAPS recebeu diagnóstico inicial de *transtorno delirante persistente não especificado* (CID 10 F22.9), devido à sua desorganização de pensamento e persecutoriedade, apresentadas no atendimento. Tal diagnóstico foi atribuído pela psicóloga que a atendeu, com base nos sintomas apresentados, os quais correspondiam inicialmente às características provenientes de um quadro delirante. Além disso, a atribuição de um diagnóstico corresponde a uma exigência indispensável do sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo serviço.

Após o procedimento inicial, nos dias subsequentes, Joana foi avaliada pela assistente social e pela terapeuta ocupacional, que mantiveram o diagnóstico inicial atribuído em acolhimento. Posteriormente, foi avaliada pela médica psiquiatra, a qual alterou o diagnóstico de Joana para *outros transtornos específicos do humor afetivo* (CID 10 F38.8). Cabe ressaltar que essa avaliação foi realizada na presença da irmã de Joana.

Posteriormente, foi realizada uma visita domiciliar compartilhada pelas profissionais da Psicologia e Psiquiatria, quando oportunamente as profissionais

puderam ter contato com os demais familiares de Joana, os quais trouxeram dados relevantes para a compreensão do quadro. A partir de então, o diagnóstico foi novamente alterado, dessa vez para *psicose não orgânica não especificada* (CID 10 F29).

Esse diagnóstico foi mantido até o mês de janeiro de 2016, quando Joana foi submetida a uma nova consulta médica psiquiátrica, dessa vez com outra profissional atuante no CAPS II. Passou, então, a receber o diagnóstico de *transtorno afetivo bipolar episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos* (CID 10 F31.1). Tal diagnóstico foi atribuído em virtude de seu histórico de tratamento em saúde mental, visto que a usuária, anteriormente ao início do tratamento em CAPS, havia buscado, em outro município, atendimento psiquiátrico e recebido tal diagnóstico e a farmacoterapia correspondente para tratamento.

Joana questionou o diagnóstico de bipolaridade e afirmou que não faria uso dos medicamentos. Diante dessa afirmação e entendendo a necessidade da farmacoterapia, a médica prescreveu um neuroléptico injetável para a usuária e fez com que ela passasse a tomar seus medicamentos no CAPS, administrados pela equipe de enfermagem. Para os usuários que possuem dificuldade na administração e/ou resistência ao tratamento farmacológico prescrito, a equipe de enfermagem auxilia temporariamente tal ação, promovendo um trabalho de sensibilização e convencimento da importância de seguir o tratamento, em vez de impor o uso coercitivamente.

Após alguns meses de tratamento, Joana foi avaliada por um novo médico atuante no serviço e teve novamente alteração diagnóstica, passando, então, para *transtorno esquizoafetivo do tipo misto* (CID 10 F25.2), tendo, conseqüentemente, sua farmacoterapia reformulada. Após esse atendimento, Joana mostrou-se satisfeita, com as alterações realizadas — diagnóstica e psicofarmacológica. Passou a se comprometer com o tratamento, possibilitando que ela administrasse os seus medicamentos em casa.

Essa evolução pode ser percebida em Joana durante os grupos de atendimento, quando apontava que não possuía instabilidade e alterações de humor e que compreendia que os sintomas que a prejudicavam eram os relativos à desorganização de seu pensamento. Em paralelo a isso, durante as reuniões e supervisões dos profissionais de Psicologia e da estagiária da área, discutia-se a possibilidade da reconstrução de um diagnóstico a partir da inquietude de Joana, com o que lhe foi apresentado até o momento.

A partir das reflexões supracitadas, foi pensada a hipótese diagnóstica do transtorno de personalidade, devido à estabilidade do humor e de demais sintomas

apresentados, do quadro observado e do histórico de vida da usuária, notando a relevância de ela ter crescido dentro de um orfanato, sendo uma criação institucionalizada. A estabilidade indica que as características diagnósticas fazem parte de sua personalidade e o seu histórico mostra como essa personalidade foi se constituindo.

Para a elaboração diagnóstica, destacaram-se aspectos da história da usuária assim como de seu comportamento global, os quais se encaixam nos critérios diagnósticos do transtorno da personalidade esquizoide do DSM V.

5 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

Segundo o DSM V (2013), a característica essencial do transtorno da personalidade esquizoide é um padrão difuso de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão de emoções em contextos interpessoais; ambas são características marcantes na usuária. De acordo com o manual, essa característica começa no início da idade adulta — Joana começou a apresentar essa característica quando deixou o orfanato e foi estudar na faculdade —, está presente em uma variedade de contextos e é indicada por pelo menos quatro de sete critérios trazidos no manual.

O primeiro critério (A1) é a demonstração de não ter desejo de intimidade, parecer indiferente a oportunidades de desenvolver relações próximas e não parecer encontrar muita satisfação em fazer parte de uma família ou de outro grupo social. Essa característica é constantemente observada em Joana, como, por exemplo, quando ela diz que não deseja se relacionar com outras pessoas, que não tem interesse em diferentes atividades que possam proporcionar novas relações, que não tem interesse em namorar. Além disso, quando outros usuários tentam se aproximar dela em oficinas terapêuticas, ela geralmente se esquiva.

O segundo critério (A2) refere-se à preferência por ficar sozinha em vez de com outras pessoas e quase sempre optar por atividades ou passatempos solitários que não incluem interação com outros. A usuária irrita-se com o fato de ter que estar no CAPS, afirmando constantemente que não precisa comparecer ao serviço e que não vê utilidade no tratamento para além do remédio — irritação compreendida pelas dificuldades de socialização que apresenta. Não busca se socializar com os outros usuários, mantendo-se isolada na maior parte do tempo. No horário do lanche, geralmente, fica sentada na recepção sem se comunicar e, no ambiente de oficina terapêutica, ocupa-se de tarefas isoladas ou fica sem “fazer nada”, mas responde quando é chamada, por vezes de maneira ríspida.

“Podem ter muito pouco interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa (Critério A3)” (DSM V, 2013, p. 653) é o terceiro critério (A3) e a usuária simplesmente não manifesta nada sobre isso, sempre afirmando em grupos de Psicologia e de Terapeuta de Referência⁴ que não tem interesse em arranjar um namorado, que nunca namorou e está muito bem solteira.

O quarto critério (A4), “ter prazer em poucas atividades, quando não em nenhuma” (DSM V, 2013, p. 653), também é constantemente falado pela usuária e observado em sua indiferença diante das mais diversas atividades. Quando fala de atividades profissionais que já realizou, comenta que não vê diferença em nenhuma delas, que as realiza para conseguir dinheiro. As atividades profissionais variam desde exercer a profissão referente ao curso que se formou até operadora de caixa de supermercado. Diz não ter prazer em nada, passando a maior parte do seu dia na cama. Demonstra embotamento afetivo, dizendo que não sente prazer ou desprazer nas atividades, mas se sente desmotivada — devido ao fato de não conseguir organizar seus pensamentos. Quando descreve suas vivências, não muda o tom de voz, mantendo a mesma expressão corporal independente de ser um relato feliz ou triste.

“Esses indivíduos não têm amigos próximos ou confidentes, exceto um possível parente de primeiro grau (Critério A5)” (DSM V, 2013, p. 653) — a usuária relata que sua única companheira é sua irmã, que cresceu no orfanato com ela.

A usuária é indiferente à aprovação ou à crítica dos outros e não parece se incomodar com o que os demais podem pensar dela, atendendo ao sexto critério (A6) trazido no manual. “Habitualmente, mostram um exterior ‘insípido’, sem reatividade emocional visível, e apenas raramente respondem de forma recíproca a gestos ou expressões faciais, como sorrisos ou acenos (Critério A7)” (DSM V, 2013, p. 653) — tanto em grupos quanto em oficinas, observa-se esse critério A7 na usuária.

Joana corresponde a todos os sete critérios apontados pelo DSM V para o transtorno da personalidade esquizoide. Por isso, seu diagnóstico foi alterado, discutido com toda a equipe e a mudança trabalhada com a usuária.

6 EFEITOS DAS AÇÕES DE EMPODERAMENTO DA USUÁRIA E SINGULARIZAÇÃO DO SEU TRATAMENTO

Após o trabalho de investimento na singularidade da usuária, concomitantemente à superação da agressividade inicial apresentada por ela em relação à equipe técnica em saúde mental do CAPS II, percebeu-se uma melhora na comunicação

⁴Terapeuta de Referência é o profissional que referencia o usuário no tratamento em CAPS II possibilitando uma articulação na comunicação com a equipe.

de Joana com o tratamento e ainda uma melhoria no vínculo, com maior aceitação em relação à farmacoterapia.

De acordo com Melman (2001), os serviços substitutivos — dentre eles, os CAPS — introduziram novos elementos no campo de negociação entre usuários, familiares e serviços de saúde mental, fazendo com que as partes implicadas rediscutissem novas relações. Frisa-se também a importância de dar voz aos usuários e aos familiares desses, nos equipamentos de saúde criados a partir da Reforma Psiquiátrica para um tratamento mais qualificado e participativo. Portanto, o tratamento ocorre em conjunto — equipe, usuário e familiar —, com a compreensão de que há uma responsabilização por parte de todos os envolvidos para o sucesso do procedimento.

A partir do momento que a usuária em saúde mental compreende o seu sofrimento e a contribuição do tratamento no CAPS, sua adesão e aceitação melhoraram e interferiram positivamente na evolução terapêutica. Nesse momento, foi proposto um novo plano terapêutico, por meio do projeto terapêutico singular (PTS), o qual é construído em conjunto com o usuário, em acordo com sua demanda de tratamento e interesses, o que referencia a participação ativa do usuário na construção do seu tratamento.

Em um primeiro momento, foram definidas atividades e atendimentos profissionais considerados importantes para o tratamento. O PTS demanda renovação de acordo com a passagem de tempo — sugere-se a cada seis meses e de acordo com as mudanças experienciadas pelos usuários.

Apesar da melhoria da relação da usuária com o tratamento, essa ainda permanece contraditória, pois afirma que não gosta de frequentar o CAPS, considerando tudo o que faz nesse ambiente como sendo inútil. Porém, ela dificilmente falta ao tratamento. Ao considerarmos o CAPS como um espaço de subjetivação, singularização e valorização do sujeito, percebe-se o conflito evidente entre o discurso e a ação da usuária, tendo em vista que o serviço funciona no regime de “porta aberta”, em que os usuários não estão trancafiados ou presos ao tratamento. A frequência de Joana nesse serviço é relevante para a análise.

Apesar de se apresentar mais organizada, Joana ainda mantém um olhar “psicótico”, um olhar sem foco, mas profundo. Possui um jeito de falar e de se portar “estranhos”, uma fala, por vezes, excessivamente elaborada, e, por vezes, vaga e confusa. Ao longo do tratamento, foi gradativamente conseguindo organizar o seu pensamento, manifestando-se de forma mais coerente e deixando de manifestar suas atitudes persecutórias. Seu incômodo com o gênero masculino também deixou de ser algo presente. Aos poucos, no tratamento, Joana foi se sentindo mais à vontade com a presença dos profissionais do gênero masculino, criando um

vínculo muito forte com o estagiário de Psicologia, até chegar ao ponto de afirmar que ele foi o responsável pelo seu acolhimento, não considerando a presença da psicóloga naquele momento.

Visando a valorização da singularidade da usuária, foram realizados alguns atendimentos individuais pela, então, nova estagiária de Psicologia, a qual passou a prestar apoio, favorecido pela construção de uma vinculação positiva firmada entre ambas. Esses atendimentos visavam ajudar a usuária a procurar empregos que lhe fossem agradáveis e que envolvessem o mínimo de relações interpessoais, tendo em vista as suas características de personalidade.

Em um primeiro momento, ela afirmou que era indiferente a qualquer tipo de emprego, que apenas precisaria de dinheiro. Após a sensibilização em relação às características de personalidade ou características pessoais desejadas para cada função profissional, Joana reconheceu a possibilidade de buscar trabalhos que tivessem menos envolvimento. Concluiu que se sentiria mais à vontade em empregos solitários, pois relatou que não sabe e não gosta de trabalhar em grupo.

Nesses atendimentos, o currículo da usuária foi reformulado, trazendo várias de suas qualificações, mesmo aquelas não reconhecidas por ela mesma, deixando-a mais motivada para procurar emprego. No momento, ela mantém essa busca, tem-se mostrado bastante motivada, sempre trazendo relatos de como está a situação para os profissionais da equipe.

7 CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica foi um grande marco na história do Brasil e possibilitou a reconstrução da assistência em saúde mental por meio da formulação de políticas públicas. Tal feito só foi possível devido à participação social, a qual concretizou-se a partir da mobilização de usuários e demais interessados na mudança do até então cenário psiquiátrico do país, com a criação de serviços de saúde substitutivos, tais como os CAPS.

Nossa escolha por esse tema está embasada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, principalmente, no que diz respeito ao empoderamento do usuário e à singularização do sujeito. Para tanto, utilizamos uma vivência prática para ilustrar a importância de “dar” voz ao sujeito em tratamento, buscando compreender suas angústias e maximizar suas potencialidades.

Esse processo de escuta e singularização no caso apresentado se deu em virtude do questionamento de uma usuária do serviço sobre o seu diagnóstico

psicopatológico. De acordo com Menezes e Santos (2012), o interesse dos manuais de psicopatologia é descrever os signos comuns existentes entre sujeitos que estão fora da norma padrão, visando identificar, classificar e codificar a doença mental.

No entanto, entendemos que o diagnóstico psicopatológico nem sempre é claro e ele não serve para inserir pessoas em caixinhas. Muitas vezes, ele se altera durante o tratamento e isso é positivo, visto que a cristalização diagnóstica e a ausência de trabalhos de sensibilização do usuário prejudicam o tratamento em saúde mental. O usuário deve ser protagonista no seu tratamento, pois quando entende que o diagnóstico não é uma sentença irreversível, ele passa a colaborar mais com as orientações técnicas e, assim, acelerar seu processo de evolução terapêutica. “Podemos agora repensar no diagnóstico não como um dado científico no contexto das ciências exatas, mas antes como um fato social [...]” (COUTINHO, 2009, p. 17).

Na “saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam [...] com sujeitos que vivem as problemáticas” (AMARANTE, 2007, p. 82).

A partir da escuta e da valorização do discurso apresentado, buscamos o empoderamento da usuária por intermédio da sua colocação em um papel ativo no tratamento. “O empoderamento enquanto construção na vida de usuários de serviços de saúde mental consiste numa categoria de análise que se constrói a partir do campo da atenção psicossocial” (SILVA, 2013, p. 15).

Com a usuária tendo conquistado um lugar, qual seja, o lugar de decidir e manifestar seu desejo, inclusive sobre aquele que parece ser o tratamento mais adequado para si, percebemos uma maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a criação de novas possibilidades de futuro — “(...) em vez de sujeito que sofre ou sujeito doente, ele passa a ser um dos implicados com esse sofrimento sendo também capaz de transformar sua realidade” (SILVA, 2013, p. 16).

Sabe-se, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas no âmbito da saúde mental ainda são recentes e necessitam de muitas adequações para que de fato os serviços prestados sejam de qualidade. Compreende-se que a participação ativa do usuário se faz fundamental a fim de que melhorias nesse setor e em todos os outros ligados à saúde concretizem-se.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V*).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília, DF, 2001.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do CAPS*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: jan. 2015.

CHENIAUX, E. *Manual de Psicopatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COUTINHO, R. S. R. *O diagnóstico em perspectiva: reflexões sobre a prática da psiquiatria*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2009.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GAMBATTO, R.; SILVA, A. L. P. Reforma psiquiátrica e a re-inserção do portador de transtorno mental na família. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 24, n. 45, p. 25-33, 2006.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica pesquisas e práticas psicossociais. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, jun. 2006.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 4. ed. São Paulo: Escrituras, 2001. (Coleção Ensaio Transversais)

MENEZES, J. E. X.; SANTOS, D. N. Tensões entre diagnóstico psiquiátrico e construções identitárias. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 152-160, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.

PORTAL SAÚDE. *Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

SILVA, L. J. *Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

SOUZA, W. S. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991- 1997)*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.