

Esquizofrenia para Além da Patologização¹

Jeanne Muzeka² 

Instituto ESPE, Brasília-DF, Brasil

Resumo: A esquizofrenia ainda promove muito estigma, sendo um tipo de sofrimento que ainda gera muitos preconceitos, inclusive entre profissionais de saúde mental, o que, conseqüentemente, reflete no cuidado ofertado a pessoas com esse diagnóstico. Os objetivos deste trabalho foram discutir aspectos relativos ao diagnóstico de esquizofrenia e os tipos de tratamentos empregados para pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, pensando a partir de uma perspectiva que valoriza a autonomia dos sujeitos com esse diagnóstico. Para isso, foram apresentadas diversas intervenções que vão para além do modelo médico. As discussões se deram com base na teoria psicanalítica e a partir da abordagem psicossocial. Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde mental e usuários de serviços de saúde mental. Como método de análise foi utilizada a hermenêutica de profundidade. Os relatos analisados permitiram identificar e discutir pontos importantes, como o respeito pela subjetividade enquanto ponto principal no cuidado de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, a heterogeneidade nesse tipo de sofrimento, além de ter sido possível refletir acerca das mudanças que ainda se mostram necessárias para que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia sejam reconhecidas enquanto sujeitos para além de seus sintomas.

Palavras-chave: esquizofrenia, psicanálise, abordagem psicossocial

Esquizofrenia Beyond Mental Illness

Abstract: Schizophrenia still promotes a lot of stigma, being a kind of suffering that still generates many prejudices, even among mental health professionals, which, consequently, is reflected in the care offered to people with this diagnosis. The objectives of this study were to discuss aspects related to the diagnosis of schizophrenia. To discuss the types of treatments used for people diagnosed with schizophrenia, considering a perspective that values the autonomy of individuals with this diagnosis, for this, several interventions were presented that go beyond the medical model. The discussions took place based on psychoanalytic theory and psychosocial theory. Interviews were conducted with mental health professionals and users of mental health services. Depth Hermeneutics were used as an analysis method. The analyzed reports allowed identifying and discuss important points, such as the respect for subjectivity as the main objective in the care of people diagnosed with schizophrenia, heterogeneity in this type of suffering, besides having been possible to reflect on the changes that are still necessary for people diagnosed with schizophrenia to be recognized as subjects beyond their symptoms.

Keywords: esquizofrenia, psychoanalysis, psychosocial theory

¹ Artigo adaptado do trabalho de conclusão de curso apresentado no Departamento de Psicologia do UniCEUB no ano de 2020.

² Psicóloga graduada pelo UniCEUB. Pós-graduanda em Fundamentos da Psicanálise: Teoria e Clínica no Instituto ESPE. Brasília-DF, Brasil. *E-mail:* jmuzeka123@gmail.com

Submetido em: 18/09/2021. Primeira decisão editorial: 18/11/2021. Aceito em: 02/12/2021.

A loucura pode ser compreendida de maneiras diversas, sendo a esquizofrenia muito associada a ela, por ser um tipo de sofrimento que coloca o sujeito, de maneira geral, em uma realidade própria. Apesar disso, não existe uma maneira única de vivenciar a loucura, sendo uma experiência muito individual, embora existam sintomas considerados comuns a pessoas com tal diagnóstico.

Os papéis sociais possuem sentido em um dado contexto de leis e costumes específicos. Nesse sentido, a medida estatística é uma das maneiras de decidir o que é ou não divergente (Szasz, 1978). O autor prossegue afirmando que os ideais morais e sociais também determinam o que é ou não aceito em determinada sociedade. Para Szasz (1978), o que torna uma divergência social uma doença mental “são aqueles que provocam uma conduta pessoal que não está de acordo com regras de saúde mental psiquiatricamente definidas e impostas” (p. 27).

Um sistema de diagnóstico, como é postulado atualmente, se propõe a ser confiável e válido (Costa, 2003). O autor afirma que a confiabilidade se refere à coerência com a qual os pacientes são diagnosticados e a validade se refere “ao caráter significativo e útil das categorias de diagnósticos conforme julgados por outros critérios” (p.113). No entanto, o autor critica tal concepção. Isso porque não há como determinar de forma segura um padrão no sofrimento mental dos sujeitos. Assim, Costa (2003) afirma que, no que diz respeito ao diagnóstico de esquizofrenia, esses fatores não se mostram suficientes, porque, mesmo no que se refere aos sintomas considerados esquizofrênicos, existe um impasse entre os estudiosos e profissionais da área.

Os modelos de tratamento não hospitalocêntricos surgem com o objetivo de lidar com os sujeitos em sofrimento de maneira que promova a reabilitação, além de ser compreendida como uma ação ampliada, que considera a vida em toda sua complexidade, pensando a partir do pessoal, do social e familiar (Mielke et al., 2009).

Neste trabalho, a esquizofrenia é compreendida a partir da proposta de Costa (2014) como um sofrimento psíquico grave, o qual se mostra como uma manifestação aguda da angústia humana. Tal termo é usado como uma tentativa de reverter o

estigma associado ao diagnóstico de esquizofrenia. Nesse sentido, a noção de psíquico se refere ao fato de não ser de natureza apenas orgânica (Costa, 2014). Ainda, de acordo com o autor, o sofrimento psíquico grave deve ser considerado a partir da noção que o sofrimento é algo humano. O grave enfatiza sua intensidade e dificuldade de manejo comum, que não é ou não tem sido bem compreendido. Não se refere, portanto, a um tipo de classificação específica.

Faz-se necessária uma discussão acerca do diagnóstico de esquizofrenia por se tratar de um tipo de sofrimento psíquico que ainda carrega muito estigma. Como destacam Aparecido e Silva (2020), pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia carregam o estigma de serem perigosas e mais propensas a cometerem crimes, o que gera medo e afastamento. Esse preconceito, afirmam os autores, tende a gerar comportamentos discriminatórios, o que faz com que a pessoa com esse diagnóstico internalize o estigma, aceitando-o como verdade, gerando ainda mais sofrimento no sujeito. É importante ressaltar que não se nega que a esquizofrenia cause sofrimento no sujeito, mas o que se discute aqui é que a forma como se lida com esse tipo de sofrimento também pode causar sofrimento, piorando a angústia daquele que sofre.

Diante disso, os objetivos deste trabalho são discutir aspectos relativos ao diagnóstico de esquizofrenia, ao estigma que tal diagnóstico carrega e o impacto deste na vida do sujeito diagnosticado. Apresentar a construção histórica do diagnóstico de esquizofrenia e estabelecer uma reflexão crítica acerca dele, a partir de uma perspectiva psicossocial e psicanalítica. Além disso, apresentar tipos de tratamentos empregados para pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, pensando a partir de uma perspectiva que valoriza a autonomia dos sujeitos com este diagnóstico.

Da Loucura à Doença Mental

O conceito de loucura e mesmo de doença mental foram se transformando ao longo da história, não sendo algo rígido e inerente em si mesmo, mas que está intimamente ligado ao contexto social e histórico.

Na antiguidade grega, até os tempos pré-socráticos, não existia um conceito estruturado do que era “natureza humana”. Nesse sentido, o homem não havia chegado ao “conhecer-te a ti mesmo”. Desse modo, as distorções eram vagamente atribuídas às forças e entidades conhecidas (Pessotti, 1996). Na Grécia Antiga, a experiência com a loucura não possuía uma conotação negativa, os delírios eram percebidos como uma maneira de comunicação com o divino (Silveira & Braga, 2005).

Durante toda a modernidade, a loucura ocupou um espaço de exclusão, pois os loucos eram considerados como pessoas sem razão, inaptos, imorais ou indisciplinados (Oliveira, 2011). No século XVII, na cultura ocidental, havia a contraposição entre a razão e a desrazão, isso trouxe como consequência o silenciamento do discurso da loucura, já que este era percebido como desrazão (Birman, 2003).

Um marco importante para o pensamento moderno acerca da loucura foi dado a partir da obra de Pinel (Amarante & Torre, 2010). De acordo com os autores, isso não se deu apenas em razão de sua teoria, que é utilizada pela Psiquiatria, mas também por conta de sua obra política, de libertação dos loucos das correntes e da fundação do hospital de alienados. Para Pinel, a alienação mental tinha sua origem em causas morais, pelo desequilíbrio das paixões. Além disso, pode se considerar que nesse período houve a primeira menção a importância do social no desenvolvimento do sofrimento mental, na medida em que para Pinel, o desenvolvimento do “processo civilizatório” teria responsabilidade em sua origem (Amarante & Torre, 2010).

Em 1896, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin criou o termo “*Dementia Praecox*” (Laursen, 2019). A *Dementia Praecox* foi o agrupamento de vários quadros que antes eram descritos separadamente, como a hebefrenia, a catatonia e o que era chamado de paranoia (Tenório, 2016). Já em 1911, de acordo com o autor, Bleuler criou o termo “esquizofrenia”, baseando-se no agrupamento feito por Kraepelin.

Até o século XIX a doença estava relacionada a alterações na estrutura do corpo – se considerava doença quando existiam alterações no corpo, como feridas (Szasz, 1974). O autor afirma que a psiquiatria moderna não identificava as doenças

por esses critérios, mas criou um. Ao critério de doença, que antes estava relacionado à estrutura do corpo, foi adicionada a alteração de funções do corpo e, posteriormente, tais alterações eram identificadas a partir da observação de mudanças de comportamento (Szasz, 1974).

A partir da intervenção médica, que determina a loucura como doença (esta antes era considerada apenas uma desrazão, a qual era punida), adquire-se o aspecto de piedade, solicitude e tratamento (Basaglia, 2005). O autor continua, afirmando que a linguagem da loucura, o delírio, continuou sofrendo punição, apesar desse outro papel adquirido, o da doença mental, continuando, portanto, o processo de segregação, de controle e contenção.

A sociedade ocidental contemporânea lida com o sofrimento psíquico como sendo objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de práticas psicológicas (Silveira & Braga, 2005). E, segundo as autoras, o sofrimento psíquico, nessa perspectiva, é rotulado como doença mental, com quadros nosológicos que se pretendem bem definidos. Essa perspectiva está intimamente ligada às formas de tratamento, o que, por vezes, impede a abertura para novas maneiras de se perceber esse tipo de sofrimento.

Esquizofrenia e Medicina

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5 American Psychological Association [APA], 2014), propõe um espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos. Nesse espectro estão a esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno da personalidade esquizotípica. Ainda segundo o DSM-5, esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos seguintes domínios, delírios, alucinações, pensamento, discurso desorganizados, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal, incluído catatonia e sintomas negativos.

Ochoa et al. (2011) afirmam que muitas das percepções acerca da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia estão ligadas a estereótipos. Como, por exemplo, a ideia de que essas pessoas são agressivas,

estranhas, improdutivas, imprevisíveis, alguém com quem não se pode conversar, além de um doente crônico. Esses estigmas trazem efeitos negativos na vida dessas pessoas, prejudicando o processo de trabalho, relações sociais com amigos e pares (Ochoa et al., 2011), dessa maneira incapacitando o sujeito a viver.

Existem diferentes hipóteses para a causa da esquizofrenia. Todavia, a mais aceita atualmente é que a esquizofrenia é de origem biológica e psicossocial (Silva 2006). Noto e Bressan (2009) afirmam que apesar dos avanços atuais, o tratamento da esquizofrenia ainda encontra lacunas, pois há o controle de sintomas, mas ainda não há uma cura. Jucá (2005) afirma que na psiquiatria o conceito de cura tem sido pouco utilizado, sendo mais comum o termo “recuperação”. Assim, segundo o autor, a recuperação está comumente ligada à saída de um estado de crise, ou fase aguda. A recuperação pode indicar ainda o processo pelo qual o paciente rompe com um ciclo de crises e internações, tentam reconstruir sua vida, a qual foi interrompida em razão de internação hospitalar e esses pacientes são geralmente reconhecidos pelos profissionais como “estabilizados”, “compensados” ou em “remissão” (Jucá, 2005).

Esquizofrenia sob o Olhar Psicanalítico

Para a psicanálise, os sintomas dos sujeitos estão impregnados de sentido, os quais devem ser analisados junto ao sujeito. Na psicose isso não é diferente. Embora se trate de um sofrimento grave e que pode ser considerado de difícil manejo, a psicanálise se ocupa desse sofrimento, buscando compreender e acolher esse sujeito que sofre.

Para Freud, tanto a neurose quanto a psicose seriam expressões de uma rebelião do id contra o mundo externo, de sua incapacidade ou indisposição em se adaptar à realidade (Costa, 2003). “[...] Tanto na neurose quanto na psicose interessa a questão não apenas relativa a uma ‘perda da realidade’, mas também a um ‘substituto para a realidade’” (Costa, 2003, p. 67).

Freud (1924/1996) afirma que uma das características que diferenciam uma neurose de uma psicose é o fato de que, em uma neurose, o ego, dependente da realidade, suprime um fragmento do

id; já em uma psicose, esse mesmo ego, a serviço do id, afasta-se de um fragmento da realidade. Assim, Freud prossegue, para uma neurose o fator principal seria a predominância da influência da realidade e para uma psicose esse fator seria a predominância do id. Na psicose existiriam duas etapas, a primeira arrastaria o ego para longe da realidade e a segunda tentaria reparar o dano e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade às custas do id (Freud, 1924/1996). Na psicose, prossegue Freud, há a tentativa de criação de uma nova realidade que não levante as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada.

Nasio (2011) traz que para a psicanálise, a psicose, quer surja na adolescência ou na vida adulta, é uma desestruturação psíquica que surge após uma incubação de vários anos. No que diz respeito a dinâmica do sintoma psicótico, Costa (2016) afirma que tem uma dupla função e uma dupla face intersubjetiva, pois objetiva se defender e comunicar. A autora afirma ainda que “se o sintoma constitui a única maneira de comunicação possível, além de também ser uma fonte de desenvolvimento potencial, deve ser preservado, pois é a partir dele que podemos operar” (p. 285).

Zolty (2010) afirma que as manifestações psicóticas, tais como delírio e alucinação, não são efeitos diretos e imediatos de uma dada causa, mas consequências advindas da luta que o Eu trava para se defender de uma dor insuportável. O estado psicótico para Freud é uma doença de defesa, é uma expressão mórbida da tentativa que o Eu faz para se preservar, para se livrar de algo inassimilável, que ameaça sua integridade (Zolty, 2010). O autor afirma ainda que o Eu expulsa uma ideia que se tornou intolerável para ele, por ser muito investida e isso faz com que haja a separação da realidade externa, da qual essa ideia é a imagem psíquica. Porém, embora haja um mecanismo comum de todas as psicoses, os quais se diferenciam dos mecanismos neuróticos e perversos, é relevante pontuar que existe grande heterogeneidade das formas clínicas (Zolty, 2010).

Muitas vezes, em crise, o sujeito é levado por alguém a algum serviço de saúde e mesmo nesse contexto, é de extrema importância que, como aponta Lobosque (2001), o sujeito tenha

possibilidade de ser ouvido. A autora destaca que, a depender da situação apresentada, é necessário o uso de medicamentos e, em situações mais raras e específicas, o uso da contenção física, porém, apesar disso, não se pode ignorar a importância da palavra. Lobosque (2001) reforça que se há interesse em privilegiar a palavra do sujeito, a escuta precisa ser ativa e cuidadosa para aqueles que o cercam, pois, como afirma a autora, “necessitamos também de sua anuência para que o sujeito se faça escutar, inclusive perante eles” (p. 40).

Contudo, Costa (2016) destaca que, para a psicose, a linguagem muitas vezes é usada como método defensivo. Para a autora, a associação livre feita a partir de símbolos facilita a elaboração, porque são feitas a partir de personagens. Essa utilização de personagens, prossegue a autora, faz com que o indivíduo fale do outro, de outra parte de si, mas em terceira pessoa, e essa distância tem função de preservação do núcleo de uma intrusão. Esse processo demonstra uma análise modificada, porque, embora na análise padrão também ocorra o uso de personagens, no paciente psicótico é indispensável que ele não seja afetado pelo medo de ser invadido, pois isso o distanciaria do analista (Costa, 2016).

Coutinho (2005) afirma que na perspectiva psicanalítica, o tratamento farmacológico não deve ser usado com o objetivo exclusivo de abolir o delírio, o que poderia fazer com que ocorresse um quadro de “depressão vazia”, com pobre produção psíquica e inacessível a escuta e interpretação. A medicação deveria, portanto, reduzir a angústia, evitando assim, que paciente e analista fossem privados da via de trabalho na psicose, o delírio (Coutinho, 2005). Sendo assim, a medicação não é vista como um problema, algo a não ser utilizado, mas pensando a partir da perspectiva que a psicanálise compreende haver significado no sintoma, a medicação não deve ser usada como uma forma de barrar o sintoma, mas como uma ferramenta a ser utilizada aliada a escuta.

Abordagem Psicossocial

As abordagens psicossociais têm por finalidade proporcionar aos pacientes melhor

integração entre vida social, profissional e, como consequência, melhor qualidade de vida (Moll & Saeki, 2009). Nenhum tipo de sofrimento psíquico é descolado da realidade social, histórica e particular dos sujeitos, além dos fatores biológicos. Portanto, a abordagem psicossocial compreende que é importante para o cuidado, que todos os fatores relevantes na vida dos sujeitos sejam levados em consideração, o que ultrapassa a intervenção médica, sendo, portanto, de extrema importância um trabalho conjunto, incluindo aí o próprio sujeito que sofre.

Entretanto, Altamura et al. (2015) afirmam que existem limitações para o tratamento psicossocial. Segundo os autores, é necessário que os sintomas estejam bem controlados e os pacientes estejam conscientes de sua condição e da necessidade de tratamento, além de que o paciente escolher estar no tratamento é muito importante para que tenha maior eficácia.

Algumas intervenções que buscam estar dentro desse contexto psicossocial serão apresentadas a seguir. São intervenções que procuram reconhecer o sujeito e ir para além da lógica doença e medicalização, sem ignorar a importância disso, mas reconhecendo que deve haver mais que a imposição de tratamentos e a aceitação passiva. São intervenções que buscam dar autonomia e voz para os sujeitos que sofrem, especialmente no caso da esquizofrenia.

O termo “*open dialogue*”, traduzido para o português como “diálogo aberto”, foi usado pela primeira vez na Finlândia em 1996, para descrever uma abordagem utilizada para a primeira crise psicótica (Dias, 2018). Tal abordagem, ainda de acordo com o autor, era centrada na família e rede social e foi desenvolvida por Jakko Seikkula, Birgitta Alakare e Kauko Haarakangas.

O *open dialogue* possui sete princípios, sendo eles: responder imediatamente, incluir a rede social, adaptar-se com flexibilidade a diversas necessidades, assumir responsabilidades, garantir continuidade, tolerar incertezas e dialogicidade (Florence, 2018). O *open dialogue* não diz respeito apenas a um tipo de abordagem usada para a crise psicótica, mas a toda uma nova maneira de organizar a saúde

mental, tendo como diretrizes a territorialização, a desmedicalização e o acolhimento da crise psicótica (Dias, 2018).

A GAM (Gestão autônoma de medicação) é uma estratégia dentro do campo da saúde mental, que inicialmente foi desenvolvida em Quebec, no Canadá, no ano de 1990 (Passos, Sade & Macerata, 2019). Foi desenvolvida, prosseguem os autores, a partir de dispositivos grupais usando a ferramenta Guia pessoal de gestão autônoma de medicação, a qual foi formulada por associações de usuários de saúde mental para promover a discussão e produção de autonomia no uso dos psicofármacos. Esse tema da autonomia é fundamental no movimento de renovação dos modelos de cuidado em saúde mental (Passos, Sade & Macerata 2019).

O movimento Ouvidores de vozes originalmente foi feito em uma colaboração entre a psiquiatra social Marius Romme, a pesquisadora Sandra Escher e a ouvidora de vozes Patsy Hage (Corstens et al., 2014). Os autores destacam que a colaboração foi iniciada nos anos 1980 e desde então tem inspirado movimentos sociais, em que experts por experiência, ou ouvidores de vozes, tem trabalhado em parceria com experts por profissão, como clínicos, acadêmicos e ativistas, para questionar, criticar e reformular as compreensões biomédicas tradicionais sobre ouvir vozes, desenvolvendo enfrentamento e quadros de recuperação. Além de redefinir a posse de poder e expertise e promover uma defesa política pelos direitos daqueles que ouvem vozes (Corstens et al., 2014).

Método

A pesquisa foi qualitativa. Segundo Neves (1996), é o tipo de pesquisa que diz respeito a diferentes técnicas interpretativas que buscam descrever e decodificar componentes pertencentes a um sistema complexo de significados.

Foram entrevistadas quatro pessoas, sendo dois profissionais, um que atuou em uma Instituição psiquiátrica e outro que atuou em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). E dois usuários ou ex-usuários de tais serviços. Tendo sido um ex- usuário de uma clínica psiquiátrica e um usuário de Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS). A busca pelos entrevistados se deu a partir de redes sociais. O critério de inclusão foi ser ou ter sido profissional, psicólogo ou médico, ou de CAPS ou de alguma instituição psiquiátrica. E ser ou ter sido usuário do CAPS ou de alguma instituição psiquiátrica, tendo recebido o diagnóstico de esquizofrenia. Após o contato com os participantes, foi explicado os objetivos da pesquisa, as razões que justificavam a participação deles, explicado que as informações seriam mantidas em sigilo e entregue o TCLE a todos, para que lessem e assinassem.

Com os usuários dos serviços, as entrevistas se propunham a ser narrativas por ser o tipo de entrevista que incentiva a produção narrativa do falante e, através disso, permite a reconstrução das vivências do sujeito, de maneira autorreflexiva (Moura & Nacarato, 2017). Na entrevista narrativa, a participação do entrevistador é mínima, o entrevistado é livre para falar sobre suas experiências com suas próprias palavras (Agoff & Herrera, 2019). Alguns pontos foram levantados pela pesquisadora, com o intuito de aprofundar em alguns aspectos, mas sempre respeitando os limites dos entrevistados, tendo em vista que, em alguns aspectos, poderia ser um tema difícil para eles.

Já com os profissionais, as entrevistas foram do tipo semiestruturadas. Como apontam Boni e Quaresma (2005), esse tipo de entrevista possui perguntas abertas e fechadas, com um direcionamento para questões previamente definidas, o que permite que a coleta das informações seja bem delimitada.

Duas entrevistas foram realizadas de forma escrita. Uma com a usuária do CAPS e uma com a ex-profissional do CAPS. As outras duas entrevistas, com o ex-usuário de instituição psiquiátrica e a ex-profissional de instituição psiquiátrica, foram realizadas a partir de conversa por áudio, por ser mais próximo de uma entrevista tradicional e por permitir que os entrevistados de fato falassem e relatassem suas experiências. Tais métodos, embora não ideais, foram utilizados em razão do contexto de pandemia, que impediram encontros presenciais e por ter sido uma preferência dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas após a aprovação pelo

CEP³. Reconhece-se que com o método utilizado se perde algo em relação à narrativa, no entanto, foi uma forma de lidar com as limitações e questões já citadas. Apesar disso, as informações colhidas se mostraram ricas em conteúdo e muito relevantes para os propósitos da pesquisa, permitindo que as análises fossem feitas de maneira a discutir de maneira aprofundada as questões desejadas.

Foram selecionados trechos das falas dos entrevistados, portanto não foi utilizado tudo o que foi dito. Esse processo foi realizado por se compreender que nem todas as informações eram necessárias. Posterior ao processo de escrever as entrevistas, tudo o que foi utilizado aqui foi apresentado aos entrevistados usuários dos serviços, para que lessem e acrescentassem ou retirassem o que desejassem.

Os dados obtidos foram analisados a partir da hermenêutica de profundidade. Tal metodologia foi proposta por Thompson (apud Andrade & Cerqueira Netto, 2019). Na hermenêutica de profundidade, conforme afirmam Prediger et al. (2018), existem três fases, as quais auxiliam no processo de interpretação e apreensão dos fenômenos. As fases são análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e a terceira diz respeito a interpretação/reinterpretação (Prediger et al., 2018).

Entrevistas

A análise das entrevistas se dá partindo da compreensão de que a interpretação de textos é feita a partir de uma compreensão ampla, ou seja, da compreensão de símbolos que são criações humanas carregadas de significados e intenções, sendo esses interpretados por quem os lê, em um processo hermenêutico (Andrade & Cerqueira Netto, 2019).

Esta etapa do trabalho se dedica a análise das entrevistas. Para isso, foi realizada uma contextualização sócio-histórica acerca dos fenômenos analisados. Além da análise formal do que foi obtido a partir das entrevistas e, por fim, a interpretação/reinterpretação do que foi dito pelos entrevistados.

As profissionais entrevistadas foram Paula e Ana. Os usuários e ex-usuários dos serviços de saúde mental entrevistados foram Fernando e Vanessa. Todos os nomes utilizados são fictícios. As entrevistas foram realizadas no mês de novembro de 2020.

Análise Sócio-Histórica

A análise sócio-histórica se preocupa em compreender os símbolos construídos a partir da interação entre contexto histórico e social, nessa fase, portanto, objetiva-se entender os contextos em que ocorrem as formas simbólicas relacionadas ao objeto analisado (Prediger et al., 2018).

Uma das profissionais entrevistadas foi uma psicóloga que atuou por dois anos em uma clínica psiquiátrica privada no Distrito Federal. E um dos usuários de serviços entrevistado também era de Brasília, tendo passado por uma clínica privada de psiquiatria. No DF, o sistema de saúde foi proposto por Henrique Bandeira de Melo, um médico, em 1959 (Zgiet, 2010). Os princípios eram: hierarquização, regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental, “o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília foi responsável pela criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), em junho de 1960, sendo subordinada à Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF)” (Zgiet, 2010, p. 55). O Hospital São Vicente de Paula foi inaugurado em maio de 1976, até recentemente o HSVP se chamava Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, mais conhecido como HPAP (Amaral, 2006).

Em 1987 ocorreu a fundação do Instituto de Saúde Mental (ISM), como a primeira ação em prol da reforma psiquiátrica no DF (Amaral, 2006). O Instituto foi construído no Riacho Fundo e não foi bem recebido por muitos profissionais por ser algo que fugia ao que era convencional na época (Amaral, 2006). Apesar das resistências, Amaral prosseguiu, o ISM começou a funcionar em junho de 1987, contando com sete profissionais e dez pacientes.

Amaral (2006) afirma que “a mudança do nome para Hospital São Vicente de Paula representava uma das estratégias para que fosse criada uma nova representação do lugar que gradativamente seria transformado em um Centro

³ Número da aprovação: 38401120.6.0000.0023

de Atenção Psicossocial (CAPS)” (p. 29). A partir disso, acabaram as internações, criou-se um local para pernoite de pacientes, foi implantado o hospital dia que se tornou porta de entrada do hospital e, interromperam-se convênios com clínicas privadas (Amaral, 2006). Apesar de tais mudanças, o hospital, hoje, segundo a autora, é um ambiente em que a falta de cuidado é muito percebida, tanto em relação à estrutura física, quanto em relação aos cuidados ofertados. Atualmente, segundo o *site* da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2018), existe um CAPS I (infantojuvenil), quatro CAPS II, três CAPSi, quatro CAPS AD, sendo um do tipo II e do tipo III.

A outra profissional entrevistada atuou em um CAPS situado em Curitiba, no Paraná. Segundo um relatório publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a Atenção Básica é constituída por nove Distritos Sanitários, sendo 109 Unidades de Saúde e, dessas, 55 com Estratégia de Saúde da Família e 29 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo compostos por várias categorias profissionais, incluindo psicólogo e psiquiatria. Os Distritos Sanitários possuem características distintas, e contam ou não com equipamentos de saúde mental em seu território, mas todos referenciam para o CAPS, Ambulatório, Hospital-Dia, Hospital Integral e UPA, sendo todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

Ainda de acordo com a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, esta organizou uma rede de atenção voltada para pessoas com transtornos mentais por vários dispositivos de cuidado, sendo eles, os CAPS, que são Centros de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em seu território e é um equipamento substitutivo ao internamento psiquiátrico, sendo realizadas ações que visem autonomia e reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Vanessa é de São Paulo, tendo sido internada na ala psiquiátrica da Santa Casa de Sorocaba e realizado acompanhamento em um CAPS em Sorocaba. Atualmente, realiza o acompanhamento em um CAPS em Angatuba-SP. No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada por Brás Cubas, no ano de

1543 (Bruscatto, Benetti & Lopes, 2004). Conforme afirmam Oda e Dalgalarrodo (2005), como herança cultural típica dos territórios de colonização portuguesa, a “Irmandade da Misericórdia” esteve presente nas principais cidades brasileiras desde o século XVI. Inicialmente, todas as Irmandades brasileiras mantinham hospitais de caridade, com o passar do tempo, uma das principais atribuições se tornou o “cuidado curativo dos pobres” (Oda & Dalgalarrodo, 2005). “Os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, portanto, surgiram quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a psiquiatria existe como prática médica especializada” (Oda & Dalgalarrodo, 2005).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi inaugurado em 1987, em São Paulo, no contexto político de redemocratização do país e nas lutas pela revisão de marcos conceituais (Nascimento & Galvanese, 2009). Atualmente, segundo consta no site oficial de São Paulo, a rede do município conta atualmente com 95 CAPS, sendo 31 de Álcool e Drogas (AD), 32 infantojuvenis e 32 adultos. Ao todo, 37 funcionam como CAPS III e um como CAPS IV (São Paulo, 2020).

Análise Formal

A análise se fez a partir da hipótese de que a esquizofrenia “é uma forma específica de experiência social, independente da aceitação ou não de predisposições biológicas [...]” (Camargo, 2020, p. 302), compreendendo que não se pode captar a experiência da loucura a partir de uma única ciência, mas que é necessário o diálogo entre diferentes campos do conhecimento (Camargo, 2020).

Na análise narrativa, como trazem Veronese & Guareschi (2006), compreende-se a maneira como o informante percebe os fatos e relações que o rodeiam. Como afirmam Moura & Almeida (2017) a hermenêutica de profundidade é voltada para a análise das formas simbólicas mediadas pelos meios de comunicação e considera tanto o caráter objetivo e formal quanto a dimensão simbólica e subjetiva.

Análise das Entrevistas com os Usuários dos Serviços

Vanessa trouxe em seu relato o processo de receber o diagnóstico e como foi para ela, sendo esse diagnóstico posterior a um de depressão grave. Somente após um período com esse diagnóstico, ela recebeu o diagnóstico atual de esquizofrenia, “[...] depois, com o meu quadro agravando, deram o diagnóstico de esquizofrenia. Foi difícil ouvir o diagnóstico [...]” (Vanessa, 27 novembro, 2020). Receber um diagnóstico de esquizofrenia pode ser muito difícil, não apenas por sua sintomatologia, mas por ter que lidar com o preconceito que tal diagnóstico carrega (Santos et al., 2019).

No caso de Fernando, a busca por ajuda se deu a partir de vários sintomas,

então fui atrás de ajuda já em uma situação muito crítica, onde eu tinha perdas de memória muito frequentes, insônia e principalmente conflitos de informação, de estar criando uma realidade paralela, uma realidade a qual era fictícia, porém eu não sabia identificar. Então com tratamento eu comecei a reparar que na realidade tudo que eu estava vivendo era um ponto de fuga da dor, tanto do que eu vivi do passado (Fernando, 26 novembro, 2020).

Como já apresentado no referencial teórico, Freud (1924/1996) afirma que na psicose há a tentativa de criação de uma nova realidade que não levante as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada. Percebe-se na fala de Fernando que de fato houve a criação de uma nova realidade. Como ele mesmo afirmou, essa nova realidade permitia que ele não entrasse em contato com questões dolorosas para ele.

Fernando (26 novembro, 2020) já havia conseguido simbolizar seu sofrimento, após ter feito tratamento com psicólogos,

[...] e a partir desse conhecimento dele [do *coach*] obviamente já preparado pelos profissionais psicólogos, ao entender a importância da dor, eu tive um conhecimento mais profundo, o porquê eu estava agindo daquela forma, o porquê das coisas e, a partir dele, eu comecei a desenvolver medidas para poder dar um fim.

Dois pontos importantes são trazidos por Fernando, um se refere ao fato de ter reconhecido em seus sintomas, reflexo de seu sofrimento vivenciado no passado e ter sido capaz de reconhecer e simbolizar isso, além de ter sido ouvido e reconhecido enquanto um sujeito em sofrimento. A psicanálise compreende que é a partir da palavra que o sentido do sintoma é revelado, a verdade do sintoma é construída durante o processo de análise, no qual a palavra surge por meio da transferência e do trabalho de restauração subjetiva e, assim, o sujeito se implica com aquilo que o faz sofrer (Maia, Medeiros & Fontes, 2012).

O diagnóstico eu recebi foi na última clínica de psiquiatria e foi normal, não teve nenhuma surpresa para mim, eu já sabia o que estava acontecendo, para mim foi só o nome no papel, não mudou nada do que eu já não soubesse (Fernando, 26 novembro, 2020).

O termo “diagnóstico” é utilizado para identificar fenômenos, de acordo com um sistema de conceito utilizado como referência. Nas ciências da saúde, o diagnóstico tem um significado específico, que seria identificar as relações que uma pessoa tem com seus processos de saúde e doença, é entender o que se passa com o paciente, para a partir disso saber qual a melhor maneira de tratá-lo (Bernardi, 2011).

Em se tratando da Psicanálise, o diagnóstico possui um sentido distinto desse que é focado em alterações no corpo, e, com relação a isso, Dunker (2011) aponta como o diagnóstico não deve ser uma maneira de incluir ou classificar de maneira genérica, mas sim uma reconstrução da “forma de vida”. A psicanálise procura não se ater a sintomas e a diagnósticos, porque, como ressaltam Kyrilos Neto et al. (2011), a psicanálise se interessa pelo sujeito que sofre e suporta tal sofrimento, portanto, o que importa é compreender o sofrimento desse sujeito e, isso é feito a partir da escuta do paciente, toda importância é dada ao que o paciente traz, pois é ele que apresenta a construção de sua história, e isso permite que a singularidade de cada sujeito seja levada em consideração, e o foco deixa de ser no sintoma.

Vanessa trouxe a questão relativa ao preconceito que existe em razão do diagnóstico: “poucas pessoas sabem, meus parentes, por exemplo, acham que eu tenho depressão, só minha mãe e minha irmã sabem do real diagnóstico” (Vanessa, 27 novembro, 2020). O estigma favorece a exclusão social e a discriminação e suas consequências podem ser notadas de muitas formas, como no desemprego, na falta de habitação própria e no suporte social empobrecido (Santos et al., 2019). “As pessoas que por alguma razão tinham conhecimento que eu era paciente do CAPS olhavam torto” (Vanessa, 27 novembro, 2020).

Um ponto relevante trazido por Vanessa foi o excesso de medicação quando ficou na ala psiquiátrica da Santa Casa: “eu não lembro muito (da passagem na ala psiquiátrica) porque passei quase o tempo todo dopada, me davam injeção ‘sossega leão’ quase todos os dias” (Vanessa, 28 novembro, 2020). O estigma que existe também por parte dos profissionais pode influenciar na maneira como o tratamento é ofertado, a partir da crença de que o paciente é violento e imprevisível (Silva et al., 2019), o uso da medicação se mostra recorrente e inclusive excessivo por se compreender que é preciso controlar o sujeito.

Guarido (2007) ressalta que os psicofármacos tiveram grande importância no tratamento da loucura, pois isso foi uma ferramenta utilizada para que os profissionais da saúde mental pensassem em tratamentos fora de asilos. No entanto, para o autor, atualmente a psicofarmacologia e as neurociências têm se tornado cada vez mais presentes em tratamentos de sofrimentos severos e de sofrimento cotidianos. Além disso, o autor prossegue, na construção do diagnóstico, a medicação já se faz presente sendo que não há mais uma preocupação com a história daquela condição apresentada pelo sujeito, pois tudo se faz no campo bioquímico.

A presença na ala psiquiátrica causou muito sofrimento à Vanessa (28 novembro, 2020), como ela traz: “eu saí antes da alta dada pelos médicos, pedi para minha mãe assinar minha saída. Me senti muito mal lá, não podia usar celular, fumar, aí eu ficava muito ansiosa e maquinando como poderia me matar lá”. Além do excesso de medicação, percebe-

se, a partir da fala de Vanessa, uma falta de cuidado com a subjetividade de cada pessoa ali presente, pois existia uma regra geral a todos, sem a compreensão de que o sofrimento é vivenciado de forma particular e única e o tratamento deve atender a isso.

Fernando (27 novembro, 2020) também relatou sua experiência com a instituição psiquiátrica:

[...] os surtos, as realidades permaneciam e eu comecei a achar ruim porque eu me sentia estranho. Não me sentia eu. Parecia que eu estava sempre desligado, era uma sensação esquisita. Eu comecei a não gostar dos remédios e comecei, pelo menos a meu ver, a piorar meu quadro.

O sofrimento intenso é vivenciado de maneiras distintas por cada sujeito; contudo, normas médicas referentes a como os sujeitos devem agir, favorece o desaparecimento das singularidades (Costa, 2003) e abrem espaço para um tratamento único a todos, sem que se reconheça as particularidades na vivência de cada sujeito, medicando e o enclausurando.

Na minha cabeça, no meu entendimento, o fato de cortar a árvore não impedia de continuar existindo a raiz debaixo da terra, para fazer uma paráfrase. Ou seja, o problema ainda estava lá, então eu entendia que, no dia que eu parasse de tomar esses remédios e voltasse a rotina de antes, tudo voltaria novamente, e quem sabe pior porque estava tudo reprimido. E nesse momento eu comecei a ter surtos mais fortes, ao contrário do que eu imaginei, do que a experiência levaria a crer (Fernando, 27 novembro, 2020).

O fato de estar internado e sendo medicado não possibilitou que Fernando se sentisse melhor com seu sofrimento. Segundo ele, na verdade piorou, tornando seu sofrimento ainda mais intenso. Freud sempre deu grande importância à fala do sujeito, pois era através da fala que seu inconsciente era acessado. Essa posição de Freud, de permitir que a fala de seus pacientes fosse valorizada, foi uma forma de rompimento com a medicina (Fochesatto, 2011).

Análise das Entrevistas com os Profissionais

Quando chega alguém novo no CAPS

[...] ocorre uma triagem, a qual geralmente é acompanhada com algum familiar. E os procedimentos utilizados quando chegam os pacientes em crise é um manejo psicológico, sendo que, em alguns casos, é usada a contenção química e somente em último caso utiliza-se a contenção mecânica (Ana, 29 novembro, 2020).

No hospital, quando o indivíduo chega,

[...] lá é feita a admissão. Essa admissão geralmente quem faz é o psiquiatra ou o psicólogo, a gente faz uma anamnese para saber a queixa principal, o histórico familiar, o histórico da patologia, se já teve internações anteriores, se já teve tentativa de suicídio, se existe pensamentos de autoexterminio, se já teve diagnóstico, medicações que usa, se tem alergia alimentar, nome, idade, com quem reside. Feito toda a anamnese, geralmente também a família é atendida (Paula, 28 novembro, 2020).

Após todo o processo de verificação e admissão, ele é levado para o quarto e posterior a isso

[...] ele inicia a medicação, o psiquiatra receita a medicação e o enfermeiro ou farmacêutico separa a medicação e o enfermeiro fica responsável por dar a medicação nos devidos horários e todos os dias é feito o atendimento com toda a equipe (Paula, 28 novembro, 2020).

Coutinho (2005) afirma que na perspectiva psicanalítica, o tratamento farmacológico não deve ser usado com o objetivo exclusivo de abolir o delírio, o que poderia fazer com que ocorresse um quadro de “depressão vazia”, com pobre produção psíquica e inacessível a escuta e interpretação. A medicação deveria, portanto, reduzir a angústia, evitando assim, que paciente e analista fossem privados da via de trabalho na psicose, o delírio (Coutinho, 2005).

Há ainda o preconceito por parte do próprio profissional, de considerar que certos tipos de sofrimento tornam os sujeitos incapazes. “Lucidez entre aspas, ele consegue ficar mais organizado por

causa da medicação” (Paula, 28 novembro, 2020). Ao falar “Lucidez entre aspas” Paula demonstra a percepção comum que se tem que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não possuem capacidades cognitivas, capacidade de reconhecer o próprio sofrimento e que apenas podem se organizar, em um sentido muito mais de controle do que de compreensão do que se vive. Sem dúvidas, muitas pessoas com esse tipo de sofrimento possuem dificuldade em se organizar e em compreenderem seus sintomas – as particularidades não devem ser negadas –, mas a dificuldade no manejo não deve ser vista como uma razão para ignorar a existência do sujeito e torná-lo uma espécie de marionete dominada por medicamentos e internações extensivas ou eternas.

Historicamente, existe uma visão estigmatizada das pessoas em sofrimento psíquico, enxergando-as como pessoas que precisam ser isoladas (Sousa & Jorge, 2018), o que faz com que surjam narrativas que justifiquem a internação psiquiátrica dessas pessoas. “Muitas vezes eles [os pacientes] não se enxergam naquela situação, que estão doentes e precisam de internação” (Paula, 28 novembro, 2020). A internação pode ser discutida em muitos casos, mas é importante que isso seja negociado com o próprio sujeito, tendo em vista que é ele quem irá ficar afastado dos amigos, dos familiares e de tudo mais em sua vida. Mesmo em situações de crise, é importante que, após o sujeito se acalmar, sejam discutidos com ele os aspectos relativos à internação e as razões pelas quais se percebe importante sua internação. Lobosque (2003) sustenta que a parceria com a loucura somente é possível quando feita em “pé de igualdade”, sem romantismos, por um lado, ou autoritarismos, por outro.

A clínica do CAPS não abandona o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina tais saberes e instrumentos a uma nova forma de compreender o que é o sofrimento psíquico e do que significa tratar (Tenório, 2002). “Os CAPS, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.)” (Tenório, 2002, p. 40).

No CAPS, é central que o desenvolvimento dos programas seja específico e interdisciplinar, sendo eles adequados às características dos usuários, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família (Kantorski et al., 2010). “O usuário participa sim na formulação de seus processos terapêuticos. O usuário faz o próprio Projeto Terapêutico Singular, ele faz isso junto com o terapeuta de referência e algum familiar” (Ana, 30 novembro, 2020).

Interpretação/Reinterpretação

O que se percebe é que, apesar de todos os avanços nas discussões acerca de pessoas em sofrimento mental, ainda existe, por parte dos profissionais, uma percepção negativa no que diz respeito a pessoas que possuem diagnóstico de algum transtorno mental. “Pacientes psiquiátricos geralmente têm um comportamento um pouco manipulador, manipulam para conseguir o que querem, que geralmente é sair do hospital [...]” (Paula, 28 novembro, 2020). Ainda hoje é compreendido que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia precisam sempre estar em instituições para tratamento (Sousa et al., 2017) e que são pacientes com poucos recursos pessoais e ambientais. Esse tipo de pensamento favorece a perpetuação do preconceito e do estigma, os quais poderão afetar não somente as relações desses sujeitos e sua própria perspectiva de si mesmo, como os tratamentos que serão empregados.

A fala de Paula faz retornar a de Vanessa, pois enquanto Paula considera que os pacientes possuem comportamentos manipuladores para conseguirem sair da clínica, Vanessa traz, a partir da própria experiência, a razão pela qual queria sair do hospital: “eu saí antes da alta dada pelos médicos, pedi para minha mãe assinar minha saída. Me senti muito mal lá, não podia usar celular, fumar, aí eu ficava muito ansiosa e maquinando como poderia me matar lá” (Vanessa, 28 novembro, 2020).

É interessante perceber as percepções diferentes de uma ex-paciente de um hospital, embora em outro estado, e da profissional. A fala da profissional está carregada de preconceito com

relação àqueles pacientes internados, como se a presença de um diagnóstico psiquiátrico indicasse a presença de um comportamento manipulador, quando se percebe na fala de Vanessa como, muitas vezes, o que motiva um paciente a querer sair do hospital é o sofrimento, inclusive o sofrimento produzido dentro da própria situação de internação. Percepção compartilhada por Fernando (27 novembro, 2020):

[...] os surtos, as realidades permaneciam e eu comecei a achar ruim porque eu me sentia estranho. Não me sentia eu. Parecia que eu estava sempre desligado, era uma sensação esquisita. Eu comecei a não gostar dos remédios e comecei, pelo menos a meu ver, a piorar meu quadro.

Muitos avanços ocorreram, inclusive na estrutura de algumas instituições psiquiátricas. Contudo, é necessário que, para além de mudanças nas estruturas físicas, sejam reelaboradas as concepções e os dispositivos usados para lidar com o sofrimento psíquico, para que assim se desnaturalizem conceitos e possa haver mais comprometimento com os interesses dos que recebem a assistência (Silveira & Braga, 2005). Nesse sentido, para garantir que os avanços da reforma psiquiátrica possam ir além da criação de serviços, é necessário que os profissionais tenham uma visão ampla de tratamento e com uma postura distinta do modelo anterior, de manicômios (Feitosa et al., 2012). Deve-se considerar, portanto, a importância de se incorporar, entre outros recursos terapêuticos, a ética da inclusão, o que significa estabelecer outro paradigma assistencial, com possibilidade de acolher, de fato, os usuários (Feitosa et al., 2012).

A experiência da loucura, sendo algo próprio de cada sujeito, não se submete a uma norma (Costa, 2003), cada um a vivencia a sua própria maneira. “[...] eu tive ápices, uns surtos, em 2013 para 2014, e depois em 2017 e 2018. O que me motivou a procurar ajuda foi o trabalho” (Fernando, 26 novembro, 2020). “Fui encaminhada ao CAPS há cerca de 5 anos. Após uma tentativa de suicídio, fui levada para lá de SAMU [...]” (Vanessa, 27 novembro, 2020). As formas como os entrevistados narram a primeira lembrança com os sintomas são muito diferentes.

Bezerra Jr. (2007) defende que a clínica deve oferecer condições para que o sujeito, a partir de suas possibilidades, possa lidar com o seu sofrimento, mas “não apenas pela obtenção do alívio de suas dores e aflições, mas pela transformação desse mundo vivido, que pode vir a ser tornar mais aberto, mais estimulante, mais rico” (p. 29). Existem muitos avanços com relação às terapêuticas ofertadas a partir das neurociências, como os neurolépticos ou antidepressivos, que foram importantes inclusive para a luta antimanicomial. No entanto, busca-se construir uma clínica que vai além da diminuição do sofrimento, que visa a transformação das condições e possibilidades que amparam a experiência subjetiva (Bezerra Jr., 2007).

Considerações Finais

A discussão acerca da esquizofrenia é muito ampla e até mesmo polêmica, especialmente no que se refere a hipóteses causais e formas de manejo. Todavia, é necessário que o sujeito seja considerado como um todo, levando em consideração seus processos sociais, culturais, subjetivos e mesmo biológicos, além de permitir que esse sujeito seja ativo em seu processo de tratamento, considerando que os processos de adoecimento psíquico se mostram complexos e multifatoriais, como prevê nossa atual (e ameaçada) política de saúde mental. Cabe, portanto, questionar até que ponto somente a supressão de sintomas é realmente benéfica para o sujeito que sofre, tendo em vista que a medicalização propõe suprimir sintomas e que em muitos casos esse é o único recurso utilizado, recusando ao sujeito a fala, tornando-o passivo.

De maneira alguma esse é um tema simples e nenhuma solução simplista é possível, portanto abrir espaço para que os sujeitos diagnosticados com esquizofrenia possam se expressar é crucial. Movimentos como os Ouvidores de vozes já há tempos permite isso, mas é necessário que esse tipo de abordagem seja expandida, para que pessoas em sofrimento intenso tenham possibilidades de tratamento que não anulem sua individualidade e experiência. Como afirma Karon (2003, p. 114): “é uma tragédia que não ofereçamos rotineiramente real ajuda a pessoas com esquizofrenia”.

Contribuição

Os pesquisadores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Agoff, C., & Herrera, C. (2019). Entrevistas narrativas y grupos de discusión en el estudio de la violencia de pareja. *Estudios sociológicos*, 37(110), 309-338.
- Altamura, A. C., Fagiolini, A., Galderisi, S., Rocca, P., & Rossi, A. (2015). Integrated treatment of schizophrenia. *Journal of Psychopathology*, 21(Suppl), 777-780.
- Amaral, M. C. M. (2006). *Narrativas de reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2010). Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In R. P. Nogueira. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 151-160). CEBES.
- American Psychological Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.
- Andrade, M. M., & de Cerqueira Netto, F. P. (2019). Hermenêutica de profundidade: um referencial, dois ensaios e alguns apontamentos. *Zetetike*, 27, e019015-e019015.
- Aparecido, G. A., & da Silva, D. A. (2020). Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*, 9(3), e78932444-e78932444.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados*. Garamond.
- Bezerra Jr, B. (2007). Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. *Cadernos de Saúde Mental*, 23-31.
- Birman, J. (2003). Loucura, singularidade, subjetividade. In Conselho Federal de Psicologia (Org). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Casa do Psicólogo.

- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em tese*, 2(1), 68-80.
- Bruscato, W. L., Benedetti, C., & Lopes, S. R. de A. (2004). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. Casa do psicólogo.
- Camargo, S. (2020). Esquizofrenia e experiência social: loucura, crítica e reconhecimento. *ECOS- Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 9(2), 295-307.
- Costa, I. da (2014). *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade*. UNB.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Ed. do Autor.
- Costa, M. D. O. (2016). *De que cor será sentir? Método psicanalítico na psicose*. Minha Editora.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl_4), S285-S294.
- Coutinho, A. H. S. de A. (2005). Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. *Reverso*, 27(52), 51-61.
- Dias, M. J. F. (2018). Open Dialogue: a Brazilian experience-Open Dialogue: uma experiência no Brasil. *Diversitates International Journal*, 9(3), 97-110.
- Feitosa, K. M. A., Silva, T., Silveira, M. D. F. de A., & Santos Junior, H. P. D. O. (2012). (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(1), 40-54.
- Freud, S. (1996). O ego e o id e outros trabalhos. In S. Freud. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas de completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Imago.
- Jucá, V. J. D. S. (2005). A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 771-779.
- Karon, B. P. (2003). The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1: Special issue), 89-118.
- Kantorski, L. P., Bielemann, V. D. L. M., Clasen, B. N., Padilha, M. A. S., Bueno, M. E. N., & Heck, R. M. (2010). A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 659-666.
- Laursen, T. M. (2019). Causes of premature mortality in schizophrenia: a review of literature published in 2018. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(5), 388-393.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Garamond.
- Lobosque, A. M., & Conselho Federal de Psicologia. (2003). Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In Conselho Federal de Psicologia. *Loucura, ética e política; escritos militantes* (pp. 20-39). Conselho Federal de Psicologia; Casa do Psicólogo.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. D. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.
- Moll, M. F., & Saeki, T. (2009). La vida social de personas con diagnóstico de esquizofrenia: usuarios de un centro de atención psicossocial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(6), 995-1000.
- Moura, J. F. de, & Nacarato, A. M. (2017). A entrevista narrativa: dispositivo de produção e análise de dados sobre trajetórias de professoras (pp. 15-30). *Cadernos de Pesquisa*.
- Nascimento, A., F. & Galvanese, A., T., C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(suppl. 1), p. 8-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800003>.
- Nasio, J. D. (2011). *Os olhos de Laura*. Schwarcz-Companhia das Letras.

- Neves, J. L. (1996). Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisas em administração*, 1(3), 1-5.
- Noto, C. S., & Bressan, R. A. (2009). *Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar*. Artmed.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Vilellas, R., ... & Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489.
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(3), 983-1010.
- Oliveira, W. V. D. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 141-154.
- Passos, E., Sade, C., & Macerata, I. (2019). Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 6-13.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. Editora 34.
- Prediger, R. P., Scherer, L., & Allebrandt, S. L. (2018) Hermenêutica de Profundidade e suas possibilidades metodológicas: um levantamento bibliométrico da produção científica dessa metodologia. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
- Santos, P. V. dos, Souza, F. G. de, Aquino Lemos, V. de, & Sardinha, L. S. (2019). Dificuldades de aceitação da sociedade em relação a pessoas com esquizofrenia. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(10), 69-78.
- Secretaria de Saúde. Atenção Básica (novembro, 2020). *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Cidade de São Paulo, saúde. Recuperado em 10 de dezembro de 2020, de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204
- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. *Campanha de Saúde Mental: 1 em cada 4 pessoas vão ter e você nem sabia*. Recuperado em 10 de dezembro de 2020, de <https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/campanha-de-saude-mental/1278>
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (outubro, 2018). *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Recuperado em 10 de dezembro de 2020, de <https://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-caps>
- Silva, R. C. B. D. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.
- Silva, A. P. D., Nascimento, E. G. C. D., Pessoa, J. M., & Melo, J. A. L. D. (2019). "Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(1), 2-10.
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.
- Sousa, F. S. P. D., & Jorge, M. S. B. (2018). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1).
- Sousa, D., de Pinho, L. G., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 91-101.
- Szasz, T. S. (1978). *A fabricação de loucura*. Zahar.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Tenório, F. (2016). Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(4), 941-963.
- Veronese, M. V., & Guareschi, P. A. (2006). Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. *Ciências Sociais Unisinos*, 42(2), 85-93.
- Zgiet, J. (2010). *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Zolty, L. (2010). Observações Psicanalíticas sobre as psicoses. In: J. D. Nasio. *Os grandes casos de psicose* (Vol. 64). Zahar.