

A construção de uma clínica para os CAPS a partir da direção da psicanálise

Construction of a clinic for the Caps From the direction of psychoanalysis

Valdene Rodrigues Amancio¹.

Como citar esse artigo. Amancio VR. A construção de uma clínica para os CAPS a partir da direção da psicanálise. Revista Fluminense de Extensão Universitária. 2015 Jan./Jun.; 05 (1): 05-09.

Resumo

Este meta-artigo diz respeito a questões sobre o dia a dia dos pacientes e técnicos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificamente no que diz respeito à clínica neste dispositivo. O que é clínica? Temos uma clínica? Que clínica temos? Que clínica para o CAPS? Como construí-la? Os CAPS, em sua maioria, inclusivos, reabilitadores sociais e exibem efeitos aos quais não podemos recusar a dimensão de terapêuticos, mas isso não basta para dizermos que existe uma clínica nos CAPS. A ênfase continua sendo a reinserção social e não o exercício da clínica. Propomos quatro pilares para a construção de uma clínica efetiva para este dispositivo: o diagnóstico estrutural, uma ética para o sujeito, a psicanálise coletiva e a dimensão clínica de rede.

Palavras-chave: Centro de atenção psicossocial. Saúde mental. Psicanálise.

Abstract

This meta-article relates to questions about the day-to-day lives of patients and technicians of the Centers of Psychosocial Care (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), specifically in relation to the clinic in this device. What is clinic? Have we a clinic? Which clinic we have? What clinic to the CAPS? How to build it? The CAPS, in most cases, are citizens, inclusive, social rehabilitators and show effects which we cannot reject the therapeutic dimension, but that is not enough to say that there is a clinic in CAPS. The emphasis remains the social reintegration and not the clinical practice. We propose four pillars for building a clinic effective to this device: the structural diagnosis, an ethic for the individual, collective psychoanalysis and clinical dimension network.

Keywords: Psychosocial care center. Mental health. Psychoanalysis.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que denunciou a falência do modelo manicomialista, substituindo a assistência no campo da Saúde Mental por serviços abertos como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), onde se promove a inclusão social e o resgate da cidadania, colocou o Brasil como o país que mais avançou na promoção do tratamento da doença mental.

Não se trata neste trabalho de levantarmos críticas infundadas contra a Reforma, haja vista os grandes ataques externos recebidos pelo movimento nos últimos anos, sempre reiterados pelos setores privados em nome de seus interesses econômicos. É preciso, contudo, que os méritos e virtudes de um movimento não se transformem, por força de nossos próprios receios, em fatores silenciadores da reflexão crítica, pois se cairmos na cerimônia de tomar uma prática discursiva como

intocável, deixaremos de colaborar para que ela acerte seus rumos, retificando suas eventuais distorções.

Até que ponto os objetivos da Reforma têm sido plenamente atingidos, já que a hegemonia do discurso médico, a medicalização excessiva, a concepção organicista e comportamental, somadas a uma concepção equivocada da psicanálise por alguns e a promoção de autonomia e suficiência dos usuários a partir do ideal dos técnicos e não dos pacientes, tem novamente colaborado para silenciar o sujeito, arriscando o CAPS a ocupar o lugar de substituto do modelo manicomial, numa precária analogia que fazemos com o sujeito que ao dizer que não repetirá os passos do pai, preso pelas amarras da neurose não encontra outro caminho a seguir que não a repetição?

Ao analisar os fatores que levaram os primeiros momentos do processo histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira a um afastamento da dimensão clínica encontramos o receio da reintrodução da medicalização

¹Psicanalista, doutoranda em pesquisa e clínica em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ - Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

e da manicomialização como contribuição para que a categoria da clínica e tudo que com ela se associava fossem rejeitadas. Além disso, em sua história a concepção da loucura vigente no movimento da Reforma foi marcada pela exclusão social e destituição da cidadania. Sendo assim, a estratégia da assistência foi ao encontro do princípio da reabilitação social, resgate da cidadania e da valorização dos laços socioafetivos, familiares e comunitários.

Após o momento inicial, momento em que a Reforma teve seus motivos para priorizar uma reabilitação desclinizada, efetivados os objetivos da Reforma Psiquiátrica, com toda sorte de consequências positivas, poderíamos afirmar que a posição frente à clínica foi alterada? Diante de tão evidente vocação para a reinserção social, houve também a Reforma o desejo de tratamento da loucura? Foi desejo da Reforma ter um dia uma clínica, desejo adiado, como muitos neuróticos apresentam, desejo colocado apenas no horizonte para atender à necessidade tomada como prioritária de resgate da cidadania ou na verdade a Reforma nunca teve essa intenção?

Apesar dos efeitos terapêuticos comprovadamente observados nos pacientes inseridos nos CAPS, isso não basta para dizermos que existe uma clínica no dispositivo. A ênfase dos CAPS continua sendo a reinserção social e não o exercício da clínica. Se a doença mental existe como posição discursiva e estrutural e não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão, tratar não será simplesmente incluir e resgatar a cidadania perdida dos usuários. Na perspectiva da estrutura, a loucura não se reduz a um mero efeito da exclusão social, ela se sustenta como um funcionamento próprio, irreduzível a outros.

A partir de nossa pesquisa sobre a clínica nos CAPS propomos quatro pilares para se pensar a construção de uma clínica efetiva para esse dispositivo através do viés da psicanálise (AMANCIO, 2012).

O diagnóstico estrutural

Sabemos que nos manuais de diagnóstico, como o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria) e a CID (Classificação Internacional das Doenças) não se encontram mais os tipos clínicos clássicos da neurose e dos tipos clínicos da psicose encontramos apenas a esquizofrenia. As doenças da psiquiatria clássica foram substituídas por transtornos, subtraindo-se assim a possibilidade de uma clínica onde cada caso seja efetivamente um caso e onde os fenômenos sejam considerados sintomas, ou seja, formações de compromisso entre diversas instâncias do aparelho psíquico (QUINET, 2006).

Nos CAPS esses manuais são usados em larga escala colaborando com a dificuldade por parte das

equipes em diferenciar a neurose da psicose, no sentido de não valorizar a construção de um diagnóstico para, com base nele, definir a conduta do caso.

Defendemos a inclusão do sintoma no diagnóstico, sintoma que remete à estrutura e ao sujeito, pois o que vemos atualmente é uma clínica dos transtornos, sendo que o tratamento corresponderia à supressão desse transtorno.

Restituir a função diagnóstica nos CAPS seja ele realizado pelo psiquiatra, psicólogo, musicoterapeuta, psicanalista, por qualquer outro técnico, ou mais corretamente falando a partir do que já foi exposto, construindo um diagnóstico a partir da relação transferencial do sujeito com toda a equipe, é ir contra a dissolução da clínica, que tem sido substituída pelo binômio “norma x transtorno”. Na direção contrária, deve-se privilegiar o sintoma como uma manifestação do sujeito. O caráter da medicação será paliativo e não-resolutivo do sofrimento mental. Não é possível existir clínica sem levar em conta a subjetividade. “Eis aí a ética da diferença, que a psicanálise contrapõe à prática normativa da psiquiatria enquanto serve do capital” (QUINET, 2006).

O mundo contemporâneo carece de discussão epistemológica, carece de politização das ideias e práticas. Na democracia mais real e verdadeira, não se trata apenas de fingir que acolhemos “diferenças” e “convivemos pacificamente com elas”, só para eliminá-las por trás da cena, nos bastidores do poder. Travar um debate democrático é passar da ingenuidade servil ao poder, a uma posição crítica e combativa, que defende pontos de vista e combate outros, apontando-lhes as intenções de um saber “científico” que jamais é neutro, sem querer, no entanto eliminá-los pela força bruta ou pela do dinheiro dos laboratórios farmacêuticos que compram cientistas, revistas ditas científicas e jornais e revistas (ELIA, 2011).

Uma ética para o sujeito

A estrutura de linguagem do inconsciente é o que faz Lacan (1991) definir sua ética de bem dizer. Essa é a ética que tem relação com o sujeito do inconsciente. Sendo assim, não vamos ditar regras, normas, ensinar um modo de agir segundo um universal válido para todos. A ética da psicanálise é uma ética que leva o sujeito a se implicar, comprometer-se com seu sintoma. Assim prevenido, o técnico do CAPS pode evitar o *furor sanandi* de exigir a qualquer custo a suspensão do sintoma. O sintoma não deve ser combatido, pois é lá que está o sujeito. Em vez de atacá-lo ele deve ser abordado como uma manifestação subjetiva para, assim, fazer emergir o sujeito.

Lacan (1991) afirma desde o início de *O Seminário, Livro 7: A ética da psicanálise* que pretende

falar de ética e não da moral. Para ele, “a ética está para além do sentimento de obrigação, do mandamento, da lei da sociedade” (RINALDI, 1996, p.67). Lacan indica a diferença da ética psicanalítica em relação à moral. A psicanálise em sua ética parte da universalidade do desejo para enfatizar a sua particularidade. “O que é universal é a diferença” (RINALDI, 1996, p. 67), afirmação que coloca a ética em outros termos. O desejo não se submete a normatização e não tem caráter de uma lei universal.

Em uma sociedade de consumo o sujeito ilude-se quanto à questão do desejo. E por isso a experiência psicanalítica deve repudiar qualquer ideal de bem. Lacan questiona a ambição de curar chamando de “falcatrua benéfica” o querer o bem do sujeito (LACAN, 1959; LACAN, 1960; LACAN, 1991).

Se buscar o bem do sujeito é desastroso na clínica com neuróticos, muito mais na psicose que tem uma lógica própria que não entra totalmente nas nossas tentativas de normatização. Essa lógica tem que ser considerada nas tentativas de ações terapêuticas. Nesse ponto de vista, o fora da norma não deve se apresentar aos técnicos como “desadaptação” ou “exclusão”, e sim ser acolhido, ganhando seu valor central na forma de resistência, de invenção subjetiva (GUERRA e GENEROSO, 2010).

Nas instituições a psicanálise encontra um espaço paradoxal. De um lado temos a exigência do mestre de que as coisas funcionem bem e que o sintoma não atrapalhe. Tal exigência é fortalecida pela eficácia da ciência. De outro lado encontramos a religião e as psicoterapias com a exigência de sentido. Ou seja, de um lado está a ciência que contribui para desenvolver o gozo dos sujeitos, mas não para tratá-lo. Do outro lado estão os discursos que são modos de uso do gozo.

O diferencial que a inserção da psicanálise traz ao movimento da Reforma é a luta por um espaço onde se possa dar vez e voz a uma clínica do sujeito, este concebido como um ser da fala, da subjetivação. A direção da psicanálise não pode ser a da adaptação da singularidade às normas. Pelo contrário, ela trata a impotência do sujeito em alcançar a satisfação plena, buscando conseguir que cada um encontre certo acordo de convivência consigo mesmo e com a civilização. Assim, é possível abrir novas vias que permitam ao sujeito extrair o necessário saber-fazer com seu sintoma, para que possam ultrapassar os obstáculos e as consequências subjetivas da desinserção (GUERRA e GENEROSO, 2010).

A psicanálise coletiva

Segundo o manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) sobre os Centros de Atenção Psicossocial as oficinas terapêuticas são uma das

principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, porém na própria descrição da atividade percebe-se que não há nenhuma referência ao caráter clínico dessa atividade. As oficinas terapêuticas, muitas vezes são direcionadas no sentido pedagógico ou de entretenimento e não sustentados pela clínica.

É pelo viés da clínica que questões sobre o uso de grupos e oficinas devem ser colocadas. Nas oficinas, de certo modo, agrupam-se semelhantes, pois são todos psicóticos, mas no mais se trata de fazer conviver diferenças, singularidades absolutas, inibições absurdas e certezas plenas (GRECO, 2008).

As oficinas terapêuticas, muitas vezes são direcionadas no sentido pedagógico ou de entretenimento e não sustentados pela clínica. Greco (2008) dirá que nas oficinas, de certo modo, agrupam-se semelhantes, pois são todos psicóticos, mas no mais se trata de fazer conviver diferenças, singularidades absolutas, inibições absurdas e certezas plenas. O fato de se trabalhar em grupo não permite uma generalização de movimentos e das posições subjetivas nas atividades. Sendo um grupamento de singularidades tão explícitas, só nos resta escutá-las uma a uma. O autor denuncia a perigosa posição de um *pai* na condução das oficinas.

Sabemos que nada é menos seguro que a posição de Um – pai na psicose. Assim, o professor, pai de estilos, que cobra definições estilísticas dos seus alunos, o escritor, pai de letras que recompensa com seu aval e o doutor, pai da garantia que delimita os significados, estão definitivamente excluídos do convite a esse banquete (GRECO, 2008, p.88).

Outra questão é que muitos profissionais de Saúde Mental optam pelo atendimento em oficina e ainda em grupo, não por questões teórico-clínicas, mas pressionados pela demanda e muitas vezes por avaliarem que determinados pacientes possuem “baixa abstração” ou “dificuldades em trabalhar conteúdos internos, subjetivos” e que por isso não responderiam ao tratamento analítico clássico ou psicoterápico. A esse respeito é bom lembrar que os CAPS recebem predominantemente pacientes de baixo poder aquisitivo e nível de instrução, porém estes fatores não podem ser considerados como impeditivos para fazer o inconsciente operar, já que este, não é pobre ou rico, burro ou inteligente.

A dimensão clínica precisa atravessar os espaços de convivência do CAPS para que não sejam orientados sobre o eixo da interação sócio-afetiva. As oficinas terapêuticas não podem visar apenas a expressão, a ocupação terapêutica, o entretenimento e o lazer, mas cada atividade dessas deve implicar uma dimensão clínica.

A atividade nos CAPS, não devem se basear numa prática de saber que tem o consultório como centro e onde grupos, oficinas, visitas domiciliares são atividades menores, secundárias, derivadas. O que

acontece nessas práticas deve ser tão clínico como o que acontece numa consulta psiquiátrica, numa sessão com psicólogo ou psicanalista ou em outro atendimento.

É pelo viés da clínica que questões sobre o uso de grupos e oficinas devem ser colocadas. Podemos nos perguntar se a melhor alternativa ao atendimento individual é o grupal ou o modelo de oficinas tão amplamente defendido nos CAPS. A julgar pelo que encontramos em nossa pesquisa teórico-clínica, através das dificuldades suscitadas pela própria clínica que nos fez recorrer à teoria para em seguida retornar à clínica, verificamos que o dispositivo psicanalítico que se distingue claramente do grupo e de oficinas terapêuticas, apresenta resultados clínicos incomparavelmente superiores à mera ocupação dos pacientes em oficinas de entretenimento terapêutico.

Perguntamos se a melhor alternativa ao atendimento individual é o grupal ou o modelo de oficinas tão amplamente defendido nos CAPS. Em nossa pesquisa teórico-clínica trabalhamos com algumas práticas institucionais coletivas realizadas a partir da psicanálise, tais como a psicoterapia institucional de Jean Oury, a prática entre várias surgida na Europa com adeptos também no Brasil e a psicanálise com muitos, clínica estabelecida por Elia e operante em alguns CAPS do Rio de Janeiro.

Elegemos a psicanálise com muitos dentre as práticas por nós pesquisadas por podermos afirmar e fundamentar que o que se faz nesse dispositivo está dentro de todo rigor da doutrina psicanalítica. Em termos teórico-discursivos lacanianos, a psicanálise com muitos é situada no campo da psicanálise aplicada (no caso, aplicada à clínica institucional), na medida em que não se situa do lado da psicanálise pura. Por outro lado ela é concebida como uma prática clínica que se insere no campo da psicanálise em intensão (e não em extensão), uma forma de tratamento psicanalítico em sentido estrito, mas que se exerce em dispositivo diverso do dispositivo freudiano clássico, estruturado em afinidade com o modo de funcionamento da neurose. Embora permaneçam entre muitos pacientes e entre muitos técnicos do CAPS, ocorre com frequência que dois se destaquem em posições respectivas de analista e analisante, sem necessariamente estar em um consultório, em uma sala fechada com quatro paredes, com apenas o analista em uma poltrona.

Propomos para o CAPS com adulto uma reestruturação do atendimento clínico abandonando o modelo de oficinas terapêuticas sugeridas pelos técnicos e construindo um atendimento dentro da dimensão coletiva, pois estratégias terapêuticas que não levem em consideração algum tipo de dimensão coletiva tendem a fracassar com o psicótico.

A dimensão clínica de rede

Podemos ingenuamente celebrar que um paciente que é acometido por um surto seja rapidamente atendido

numa UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou em uma UBS (Unidade Básica de Saúde), de uma maneira mais “despsiquiátrica” possível e, depois de medicado ser encaminhado a um CAPS ou para outras instâncias do território, porém o que está acontecendo é que a loucura está sendo tratada apenas como um mal orgânico qualquer. Há dessa maneira, um tratamento médico, sanitário, mas não psíquico e muito menos uma clínica do sujeito.

Perguntamos que inserção é essa que elimina toda a diferença, que trata a loucura como um mal a ser eliminado, em vez de poder ser admitida como uma experiência singular e radical do humano. A psicanálise sabe que a falha é irredutível, que o gozo não se erradica e que o que é singular não faz norma.

O CAPS ao conceber o território precisa visualizá-lo para além de um recorte geográfico levando-se em conta os laços singulares que cada sujeito vai tecendo nesse espaço, espaço este que está para além das instituições, já que é também intersubjetivo. Se a clínica estiver ausente o território será construído a partir dos interesses dos técnicos ou motivado pelo desejo de atender ao que se supõe ser o bem para aquele sujeito. Um território “clinizado” será um território que vem a existir a partir da palavra do sujeito.

Conclusão

A Reforma Psiquiátrica Brasileira passa por um momento preocupante. Fatos recentes nos dão notícias de que os pilares básicos da Reforma estão sendo solapados avultadamente. A determinação da internação compulsória de jovens usuários de crack em *situação de rua* pelo Secretário de Assistência Social do Rio de Janeiro, a suspensão das reuniões dos colegiados em Minas Gerais, o credenciamento de Comunidades Terapêuticas para o tratamento de álcool e drogas, a nomeação de coordenadores estaduais de Saúde Mental nos estados de São Paulo e Minas Gerais ligados a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), instituição que sempre se posicionou contrária a Reforma Psiquiátrica e a publicação no site oficial da ABP em junho de 2011 informando que o Ministério da Saúde teria concordado em audiência com os representantes da instituição em rever a atual Política de Saúde Mental do Governo Federal e em analisar a eficiência dos 1.560 CAPS e os serviços que eles prestam em todo o Brasil denotam a gravidade da situação.

Com certeza, avaliar os serviços dos CAPS, melhorar sua qualidade e rever as suas formas de funcionamento faz parte da observância dos deveres do poder público garantindo à população o direito a um atendimento adequado em Saúde Mental e é com certeza o objetivo de nossa pesquisa. A questão é por onde andar o campo de Saúde Mental se for de mãos

dadas com propostas e ações que demonstram uma posição política totalmente contrária a todas as diretrizes e concepções da Reforma que foram definidas para o seu campo através de um longo processo histórico-político.

O que esperamos que aconteça ao nos manter completamente esfacelados e sem maior clareza do que queremos para o campo de Saúde Mental? Até quando nos manteremos em uma posição avessa à discussão teórica e epistemológica permitindo que saberes com seus referenciais pouco explicitados e velados encontrem o campo da Saúde Mental com suas teorias que só aparentemente lhe são tão estranhas e não completamente forasteiras ao seu campo, tais como já deu mostra a medicina do comportamento, com seu organicismo violento associado a um comportamentalismo cognitivo e adestrador? Com essa posição permitimos que o saber implicado continue velado, fazendo-se passar por ausência de teoria ou de saber, para com isso fazer pactuações que não importa com saberes, conforme os diferentes interesses. Perguntamos como Elia (2011) se nós que estamos inseridos nesse campo “queremos algo que seja comum a um número significativo e, que possa ter, hoje, o lugar de causa para algum movimento”.

Referências

Amancio, V. R. Uma clínica para o CAPS – A clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica. Curitiba: Editora CRV, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Elia, L. Lista de discussão CAPSi na reforma. Resposta política ao atual quadro de saúde mental. Disponível em capsinareforma@yahoo.com.br. Acesso em 05 jun. 2011.

Greco, M. G. Oficina uma questão de lugar. In: Costa C. L.; Figueiredo, A.C. (Orgs). Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

Guerra, A; Generoso, C. Desinserção social e habitação: uma contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental. In: Congresso Internacional De Psicopatologia Fundamental, 4., 2010, Curitiba E Congresso Nacional De Psicopatologia Fundamental, 10., 2010, Curitiba. O amor e seus transtornos. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2010. Cópia Impressa.

Lacan, J. O Seminário, Livro 7 : a ética da psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991.

Quinet, A. Psicose e laço social. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 2006.

Rinaldi, d. A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.