

O psicanalista na rede de atenção psicossocial de Mato Grosso

The psychoanalyst in the psychosocial attention network of Mato Grosso [psychoanalysis and psychosocial attention]

Ruben Demartini, Daniela Santos Bezerra

Resumo

No flagrante momento do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental chamada de Reforma Psiquiátrica, este artigo vem ressaltar a importância dessa política para a inserção do psicanalista na saúde mental pública. Nesse contexto, a psicanálise surge como uma alternativa de trabalho e de contribuição para com a Clínica Ampliada, pois, ao trabalhar com o sujeito do Inconsciente, ela propõe novos dispositivos de intervenção. Para conhecer melhor o trabalho do psicanalista na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Mato Grosso, foram entrevistados psicanalistas que trabalham na Rede. Através dessa pesquisa, identificaram-se dois eixos de diferenciação entre as práticas comuns nos serviços da RAPS e as intervenções psicanalíticas: o posicionamento diferenciado dos psicanalistas em relação ao diagnóstico diferencial (e os efeitos desse posicionamento) e as formas de interação entre o psicanalista e a equipe multidisciplinar.

Palavras-chave

Psicanálise, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

Abstract

In the flagrant moment of the dismantling of the National Policy of Mental Health denominated Psychiatric Reform, this article emphasizes the importance of this policy for the insertion of the psychoanalyst in the public mental health. In this context, psychoanalysis emerges as an alternative work and contribution to the Expanded Clinic, because, when working with the subject of the Unconscious, it proposes new intervention devices. To better know the work of the psychoanalyst in the Network of Psychosocial Care (RAPS) in Mato Grosso, were interviewed psychoanalysts working in the Network. Through this research, two axes of differentiation between common practices in RAPS services and psychoanalytic interventions were identified: the differentiated positioning of psychoanalysts in relation to the differential diagnosis (and the effects of this positioning) and the forms of interaction between the psychoanalyst and the multidisciplinary team.

Keywords

Psychoanalysis, Mental Health, Psychiatric Reform.

Ruben Demartini

Laço Analítico / Escola de Psicanálise - Subsede Cuiabá

Graduação em Psicologia pela UFSC, pós-graduado em Saúde Mental, álcool e outras drogas pela UFMT, membro do Laço Analítico / Escola de Psicanálise desde 2014, professor da UNIC Aeroporto - Sinop-MT, e psicanalista.

ruben.demartini@yahoo.com.br

Daniela Santos Bezerra

Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso e Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ. Servidora da Secretaria Estadual de Saúde de MT, cargo psicóloga, lotada no CIAPS Adauto Botelho.

danielabezer@gmail.com

Introdução

O campo da Saúde Mental é permeado por modos diversos de entender a loucura, fato que tem como consequência modos diversos de tratamento inseridos no mesmo espaço ou instituição. Para compreendermos tal composição, torna-se necessário acompanhar o percurso que Michel Foucault (1978) chama de história da loucura.

De acordo com Michel Foucault (1978), até o fim da Idade Média, os chamados loucos eram um incômodo para a sociedade, mas não caracterizavam um estigma ao ponto de gerar exclusão social dessas pessoas. A partir da Revolução Francesa a lógica da ciência passa a reger a prática da medicina, conforme nos diz Paulo Amarante (1995). O relevo dado à razão nessa época proporcionou a formulação, na área da Psiquiatria, da loucura como erro na razão, o que determinava que os loucos não pudessem ser cidadãos, já que não possuíam capacidade para escolhas racionais. Só nesse momento a loucura passa a ser considerada uma doença, e não mais manifestação mística. Em um processo que durou cerca de dois séculos, a psiquiatria chega ao século XIX com um modelo de tratamento dos doentes mentais que consistia em mantê-los em hospitais e asilos, onde os despossuídos da razão eram isolados do restante da sociedade e recebiam tratamento moral para reconstituí-la.

Segundo Sérgio Machado (2009), Foucault constatou que a relação de poder do médico sobre o paciente era o que se desenhava no tratamento psiquiátrico, mais do que propriamente o método científico que procurava curar os loucos segundo a lógica da razão. Isto porque o médico era considerado uma pessoa de moral elevada, movido pela razão, enquanto o paciente tinha a moral, as paixões e as escolhas desarrazoadas. Portanto, travava-se nos asilos um embate entre médico e paciente, no qual o médico deveria vencer o paciente e sua doença.

Esta forma de procedimento com os portadores de transtornos mentais possui uma fundamentação que permanece até os dias atuais. Trata-se da chamada “Clínica Psiquiátrica Tradicional”, na qual o profissional que desenvolve o tratamento detém o saber sobre o problema do paciente. Segundo Daniela Bezerra (2013, p. 38), essa clínica retira “totalmente o sujeito e a escuta de cena, (e passa a) privilegiar o ato propriamente científico: (o que Foucault chama de) o Olhar”. Ana Cristina Figueiredo descreve essa clínica, a qual ela chama de “modelo médico” (1997, p. 63), como uma forma de intervenção instrumental, na qual é preciso ter um controle do experimento, predizer as etapas e alcançar os resultados. O sujeito transforma-se em objeto de intervenção, o qual deve seguir regras, evitar certos comportamentos e seguir, independentemente de sua vontade ou entendimento, o que é prescrito pelo profissional. Nesta clínica, as formas comuns de tratamento são medicamentosas e cirúrgicas, mas também ocorrem no controle dos usuários através de grupos educativos para controle de sintomas (tais como grupos sobre o uso de drogas, por exemplo). É importante frisar que este modelo de clínica não é restrito apenas aos profissionais médicos, mas constitui-se como fundamento padronizado que pode ser reproduzido por quaisquer outros profissionais e em quaisquer tipos de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sejam eles serviços abertos ou fechados.

Conforme Bezerra (2013), ao final dos anos 1960, surgem movimentos na Europa que vão contra a exclusão e encarceramento dos loucos e desviantes, apontando a contradição de uma chamada forma de tratamento que priva os pacientes do convívio social e dos direitos dos demais cidadãos. O maior desses movimentos foi iniciado na Itália por Franco Basaglia com a Psiquiatria Democrática Italiana (VIEIRA FILHO, 2011). Este movimento influenciou a Política Nacional de Saúde Mental chamada de Reforma

Psiquiátrica Brasileira em suas diretrizes, tendo como principal marco a desinstitucionalização dos loucos.

Isso significou a substituição dos manicômios, locais nos quais os loucos são prioritariamente presos, por novos dispositivos de tratamento que, além de não se proporem a encarcerá-los, procuram restabelecer sua socialização, seus laços com a comunidade, preservando seus direitos enquanto cidadãos. Isso constituiu um avanço na resposta social dada à loucura, pois, além de preservar seus direitos de convívio social, buscava-se não reproduzir a mesma estigmatização de antes.

Portanto, em 2001 as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental partiram desse pressuposto e procuraram mudar o modelo de tratamento, extinguindo gradualmente o manicômio e o substituindo por serviços abertos ou “substitutivos” (os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), além de focar na garantia dos direitos dos usuários. No flagrante momento do desmonte da Reforma Psiquiátrica, este artigo vem ressaltar a importância dessa política pública para a efetivação do trabalho analítico na saúde mental pública.

As mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica não seriam possíveis somente com o resgate da cidadania. Foi necessária a oficialização de uma nova concepção de clínica sustentada pela Lei 10.216/2001 e por novas diretrizes de tratamento. Surge, então, a estratégia da “Clínica Ampliada”, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2007), com foco principalmente nas determinações sociais, no protagonismo do usuário do SUS e na garantia de direitos. Bezerra (2013, p. 25) chama esse modelo de clínica de “Clínica do Cuidado”, já que ela nasceu sob os auspícios da III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo chamamento era “Cuidar sim, excluir não”. De acordo com Andrade & Bosi (2015), “não são poucas as situações em que o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social”. Isso implica uma posição diferente dos atores da saúde mental pública, que devem fazer os encaminhamentos “de forma cuidadosa para garantir a continuidade e o acesso aos serviços de saúde mental, visto que a humanização é uma interface do acolhimento e do acesso” (ANDRADE & BOSI, 2015).

Essa mudança de modelo de clínica procura expandir a forma de tratar o usuário de modo a garantir a manutenção dos laços de seu território, tirando o hospital ou a internação psiquiátrica do lugar principal de tratamento. O usuário deve ser acolhido, ouvido e encorajado a colocar em ação suas ideias, através dos projetos terapêuticos desenvolvidos pelos dispositivos de atenção psicossocial, fazendo com que ele se torne o “protagonista” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) de seu próprio tratamento. A “Clínica do Cuidado” coincide em grande parte com o que Figueiredo caracteriza como “Modelo Psicossocial” (1997, p. 64), com forte foco na cidadania do sujeito. Nessa perspectiva, sujeito e terapeuta são cidadãos e iguais, ou seja, não há nenhum grau de hierarquia entre paciente e terapeuta.

Na proposta da Clínica Ampliada a equipe – até então hierarquizada e submetida ao saber médico – deve se transformar em multidisciplinar. Ou seja, o atendimento ao usuário deve ser realizado por equipes com profissionais de diferentes áreas, que compartilham as informações sobre o usuário em reuniões multidisciplinares, fazendo com que a informação de diferentes especialidades sobre um mesmo caso sejam compartilhadas – ampliando a troca de informações para a construção do caso.

Os trabalhos realizados na “Clínica do Cuidado” (BEZERRA, 2013) vêm consistindo, em sua maioria, em trabalhos coletivos, nos quais os usuários permanecem em contato social, desenvolvem atividades laborais, artísticas e de socialização. Como exemplo, vê-se as feiras dos materiais produzidos pelos usuários, passeios públicos, ou seja, eventos nos quais eles possam

interagir com a sociedade de modo a diminuir o abismo do estigma ou da diferença. Isso difere dos efeitos da “Clínica Tradicional”, na qual o paciente é atendido individualmente em uma sala isolada, para ser avaliado pelo médico ou outros profissionais, que detém um saber sobre a doença do paciente, que, por sua vez, está submetido ao tratamento passivamente.

Outra importante mudança ocorrida na Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o conceito de território. Este conceito não restringe o território a uma área geográfica, ele circunscreve “por meio de contornos subjetivos, a referência cultural, familiar, mitológica e socioeconômica de cada usuário de saúde mental” (DELGADO, 1997 apud BEZERRA, 2009). A Clínica Ampliada, portanto, faz o manejo da base territorial do usuário, na qual circulam informações e interlocuções necessárias entre instituições, não só de saúde mental, mas de assistência social, de segurança, de saúde, entre outras.

Como podemos observar, contribuições importantes foram trazidas pela Clínica do Cuidado, transformando a forma de ver e de tratar a loucura, promovendo a inclusão do “louco”, a garantia de seus direitos e também qualidade no seu atendimento. A Clínica do Cuidado promoveu “a inclusão de novos saberes e novos profissionais nos atuais dispositivos de saúde mental” (BEZERRA, 2013, p. 55), possibilitando, assim, a inserção dos psicanalistas, no campo da Saúde Mental no Brasil.

A crítica feita por Bezerra (2013) a essa abordagem é que, sem levar em conta a singularidade do sujeito, corre-se o risco de reduzir o trabalho dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em apenas garantia de direitos sociais aos usuários, não tratando da singularidade do sofrimento psíquico.

O sofrimento psíquico impõe modos de intervenção e articulações teóricas que vão além da garantia de direitos. Para fazer com que uma posição psíquica “diferente” da neurótica seja incluída na sociedade, é necessário fazer valer suas questões específicas. Luciano Elia (2004, inédito) expõe a seguinte análise no início do trabalho dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica:

Nesses tempos, em que a clínica, em contrapartida, encarnava, como palavra maldita, os riscos da medicalização e da patologização que era preciso justamente combater, os CAPS, “não clínicos”, mas cidadãos, inclusivos, reabilitadores e sociais, exibiam efeitos aos quais não podemos recusar a dimensão de terapêuticos. Tal era a força desejante com que se operava nesses serviços, que os usuários efetivamente ficavam melhor, funcionavam melhor, deliravam e alucinavam menos, quando psicóticos, estabeleciam mais laços com atividades, oficinas e pessoas. Revertendo-se o quadro de exclusão, foram atingidos efeitos terapêuticos extraordinários, mudanças reais nos sujeitos, efeito da reversão de um quadro que era de extrema opressão. É compreensível: nesses primeiros momentos, esses efeitos são concretos e surpreendentes, porque resultam de uma mudança radical nas condições de vida dos sujeitos. Chegam até a gerar a impressão de que o mal que havia a combater equivalia à própria exclusão em si mesma, como tal.

Tal situação, contudo, não poderia durar muito tempo. A lua-de-mel acabou, e, passado algum tempo, verifica-se duramente que não é bem assim, que a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão. Tratar, portanto, não será simplesmente incluir e resgatar a cidadania perdida dos ditos usuários, porquanto esses começarão a fazer valer a positividade de sua posição subjetiva, digamos corajosa e não preconceituosamente: louca.

Denise Campos et al. (2010, p. 509) corrobora essa concepção dizendo que:

O risco é o da ilusão de supor que as necessidades de inclusão do usuário, que sofre as consequências da determinação social de um transtorno mental, são as mesmas necessidades de um cidadão excluído que não necessita de atenção específica. (...) Muitas vezes o embate político esquece ou negligencia o fato de que se trata de uma cidadania pleiteada por outros agentes que não o próprio portador. Os profissionais e os conselhos de ordem, em vários episódios, tomam decisões em nome de uma cidadania cuja demanda não emana do próprio sujeito.

A clínica, propriamente dita, além de garantir a ressocialização do usuário, deve tratar suas dificuldades de lidar com os avatares de sua própria constituição como sujeito. É neste sentido que a Clínica Psicanalítica pode entrar em cena, com todo seu aparato teórico-clínico para reinserir a clínica na RAPS.

Para entender a inserção da Clínica Psicanalítica na saúde mental, é preciso citar a história da Psicanálise, tanto no mundo quanto no Brasil. Ela tem, em seu início, uma inserção indireta nas instituições de saúde mental. No Brasil, ela começa a se fazer presente nas instituições no início dos anos 1920, mas é importante observar que sua entrada é realizada por psiquiatras brasileiros que estavam envolvidos com a “boa formação física e moral do cidadão” (NUNES, 1988, p. 64). Isso remetia à preocupação com a higienização, eugenia, controle da sociedade para melhoria da produtividade e “purificação” da vida sexual do brasileiro.

Segundo Figueiredo (1988), os psiquiatras da época passam a utilizar de forma fragmentária e tendenciosa a Psicanálise, com o intuito de investigar a vida sexual dos pacientes e condenar suas práticas, supostamente baseando-se na teoria de Freud. O ensino lacaniano, a partir do final da década de 60 proporcionou o avanço no tratamento das psicoses, assim como na inserção do psicanalista nas equipes multidisciplinares das instituições públicas de saúde mental, e não somente como supervisor da equipe (BEZERRA, 2013, p. 56). O ensino de Lacan muda a forma de intervenção dos analistas, possibilitando a saída dos consultórios particulares e dos atendimentos individuais. Em paralelo, muda-se o lugar de intervenção dos psicanalistas na saúde mental.

Lacan se baseou nos conceitos de Freud sobre pulsão de morte, e mal-estar na cultura (FREUD, 1929/2006), para formular a ética da Psicanálise (LACAN, 1959/1997), que engloba a tendência do homem à destruição e o mal-estar causado pela sua civilidade, que o reprime desses mesmos impulsos. A Clínica Psicanalítica, então, diferencia-se da Clínica do Cuidado, que se baseia na ética do bem, na concepção de homem como sendo naturalmente nascido para o bem, e de que o mal-estar deve ser superado.

Outra característica que diferencia a Clínica Psicanalítica das demais é a categoria de sujeito, suposta na obra freudiana e desenvolvida por Lacan. O sujeito do Inconsciente “se diferencia da dimensão do indivíduo ou do cidadão” (BEZERRA, 2013, p. 51). Segundo Bezerra (2013), a Clínica do Cuidado ignora o sujeito do Inconsciente, procura a razão da angústia em algum processo de segregação ou de privação que o usuário possa estar passando. A Clínica Psicanalítica, no lugar de calar a angústia, maneja-a sem tentar extingui-la, operando com o sujeito do Inconsciente, provocando, assim, mudanças subjetivas.

Em relação ao ato do analista na rede pública, o analista deixa de ser um alheio e passa a se colocar entre os demais membros da equipe, “sujeito às regências discursivas” (BEZERRA, 2013, p. 75) do local. A Psicanálise como uma nova práxis que sustenta a troca das formas de intervenções da

Clínica Tradicional (diagnósticos rotulantes, atendimentos burocráticos e uso excessivo de medicação) pela aposta no caso clínico, permite aos membros da equipe se reinventarem em suas intervenções e alcançarem a singularidade de cada caso, possibilitando o “Projeto Terapêutico Singular”, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 40).

Verifica-se a inserção de psicanalistas nas equipes da Rede de Atenção Psicossocial em Mato Grosso há mais de uma década. Interessa-nos, portanto, investigar como se desenvolve o trabalho operado por psicanalistas neste Estado, bem como verificar a própria experiência destes, analisando o que eles relatam como efeitos promovidos pelo seu trabalho.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar as formas de intervenção e efeitos da inserção de psicanalistas nas equipes da rede pública de saúde mental de Mato Grosso.

Objetivos Específicos

Analisar de que forma se dá a relação entre eles e os demais membros da equipe de trabalho das unidades onde trabalham;

Identificar quais as contribuições da Psicanálise ao trabalho na rede de saúde mental em Mato Grosso.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, que partiu de entrevistas semiestruturadas junto aos psicanalistas que atuam na Saúde Mental do Estado de Mato Grosso. A pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da UFMT - Campus Sinop-MT, através da Plataforma Brasil, da qual obteve permissão para ser realizada.

Os fundamentos teóricos que embasaram a discussão das respostas apresentadas são os da Psicanálise em sua interface com as elaborações publicadas de psicanalistas que trabalham na Saúde Mental Brasileira. O instrumento de coleta de dados junto ao grupo pesquisado foi um roteiro de entrevista semiestruturada em sete participantes. As perguntas norteadoras da entrevista foram:

- Fale de seu trabalho como psicanalista na saúde mental.
- Como você considera que a psicanálise pode contribuir para a saúde mental?

Os sujeitos que participaram da pesquisa falaram a respeito de seu trabalho na instituição ou equipamento da RAPS e sobre a forma como a Psicanálise contribui com a instituição. Conforme as respostas se desenvolviam no decorrer da entrevista, outras perguntas foram realizadas para aprofundar aspectos que mereciam detalhamento. A análise dos dados buscou em todas as entrevistas realizadas questões/categorias que mais se repetiram nas respostas apresentadas, articulando tais questões com a revisão bibliográfica encontrada.

Os critérios de inclusão dos entrevistados foram:

- ser psicanalista membro do Laço Analítico Escola de Psicanálise - Sede Cuiabá;

- trabalhar ou ter trabalhado na rede de atenção psicossocial de Mato Grosso;

Para manter a confidencialidade dos entrevistados, seus nomes foram trocados por letras do alfabeto de A a G. Os locais de trabalho dos pesquisados, que estão localizados na capital e em cidades do interior do estado, são CAPS (em suas diferentes modalidades), NASF, ambulatório de saúde mental e hospital psiquiátrico. Para preservar o sigilo dos participantes, o nome desses locais foi substituído pelo termo “equipamento”, que é a nomenclatura utilizada pela rede de atenção psicossocial para designar os espaços onde os serviços de saúde mental são desenvolvidos.

Resultados e discussão

A análise das entrevistas revelou dois eixos de diferenciação entre as práticas comuns dos serviços prestados pelos equipamentos e as intervenções psicanalíticas, na rede de saúde mental pública. Podemos designar esses dois grandes eixos como: o posicionamento diferenciado dos psicanalistas em relação ao diagnóstico diferencial (e os efeitos desse posicionamento) e as formas de interação entre psicanalista e a equipe multidisciplinar.

O diagnóstico diferencial na Clínica Psicanalítica e sua contribuição à Clínica Ampliada

O trabalho clínico dos entrevistados nos mostra a interlocução do psicanalista com uma mescla de diferentes clínicas presentes nos equipamentos da RAPS. Tanto a “Clínica Tradicional” quanto a “Clínica do Cuidado” aparecem como pano de fundo nos locais de trabalho dos entrevistados. Um trecho da fala do entrevistado D mostra a incidência da Clínica Tradicional:

A gente observa que o número de pacientes que tomam antidepressivos e ansiolíticos é muito grande. Hoje, nos equipamentos, elas [as equipes] vão e dão remédio pra eles, normalmente. Se eles [pacientes] falam que estão tristes, com “pânico”, enfim, essas coisas que falam, ela entra no consultório e já sai medicada. A gente trabalha isso com os médicos. Quando eu comecei [...], eu tinha muita dificuldade, mas hoje eu tenho um diálogo bom com os médicos. [...] A gente sabe que o que prevalece é o discurso psiquiátrico. [...] A dificuldade maior é a questão da medicalização e do diagnóstico. Muitas vezes, as pessoas são muito medicadas, daí você vem e contraria o médico, que por mais que ele entenda que tem um sofrimento, ele vê como uma patologia. Ele até ouve a história, vê que tem consistência no sofrimento, mas ele dá um ansiolítico. Os outros psicólogos que trabalhavam lá sentiam que tinha um sofrimento, mas era como se eles entendessem que, mesmo assim, precisava daquele diagnóstico psiquiátrico.

Aqui o entrevistado relata que a fala do paciente fica em segundo plano, sobressaindo-se o diagnóstico (saber) psiquiátrico e a determinação de um tratamento (em geral, medicamentoso) em detrimento de um trabalho com o que o usuário traz em sua fala, inclusive por parte dos psicólogos, que acabam aderindo à “Clínica Tradicional”.

A “Clínica Tradicional” está atualmente baseada nos Manuais Diagnósticos, como Código Internacional de Doenças – CID e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM. Este último tem sua origem epistemológica na psiquiatria clássica, a qual levava em conta a Psicodinâmica. Mas a partir de sua terceira edição, houve uma mudança radical na

forma de classificação das doenças mentais. Ele passa a referir-se somente a sinais e sintomas e deixar de lado as questões sobre causalidade psíquica. Essa transformação retirou o olhar às causas psicodinâmicas da doença mental, e passou a apresentar somente a descrição dos fenômenos. Pretendeu com isso ser “um sistema classificatório ateórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas” (NETO et al., 2011, p.52).

Isso fez com que os rumos tomados em um tratamento a partir da “Clínica Tradicional” sejam bem diferentes do que acontece se o mesmo caso for tomado a partir da “Clínica Psicanalítica”. A começar pelo diagnóstico diferencial, como apresenta Valdene Amâncio sobre o caso no qual um usuário do SUS foi diagnosticado com os transtornos “F20 (esquizofrenia) + F48 (outros transtornos neuróticos)” (2012, p. 157). Se a Esquizofrenia diagnosticada pela Medicina corresponder à estrutura psicótica, como definida pela Psicanálise, a somatória no diagnóstico de um quadro clínico correspondente à neurose fica impossibilitada. Assim como, na Clínica Psicanalítica, no caso da estruturação ser psicótica ou neurótica, o manejo clínico terá marcas diferenciadas, graças à diferença na relação com o Outro entre as estruturas neurótica e psicótica.

Outra questão bastante discutida em saúde mental é a entrada em cena – e posterior dominância – da indústria farmacêutica nos tratamentos dos usuários, associando-se à Clínica Tradicional, conforme revela Campos et al (2010, p. 508):

Tal avanço [dos psicofármacos] fortaleceu uma visão da doença – se tem remédio, então é doença! – como de fundo orgânico, e, embora a psiquiatria [...] queira se isentar de discussões etimológicas e mesmo psicopatológicas, ela reforça uma visão funcionalista, pragmatista, objetivante do transtorno, como se ele pudesse ser isolado do sujeito que sofre.

Conforme aponta Neto et al. (2011), a Psicanálise se utiliza do “princípio epistemológico da parcimônia ao adotar uma perspectiva estrutural em contraponto com a classificação de eventos do DSM-IV-TR”. Ao categorizar as psicopatologias nos três grandes grupos (neurose, psicose e perversão), trabalha-se com a relação que o sujeito estabelece com o Outro. Tal relação determina o modo de produção de suas fantasias, conflitos, desejo, fazendo com que o analista se posicione para manejar o tratamento conforme a estrutura se apresenta na transferência.

Quanto ao manejo no tratamento de acordo com a estrutura do paciente, observa-se um exemplo no relato do entrevistado F:

A arteterapeuta é acostumada com neuróticos, e nós tínhamos um psicótico que se dizia que era “a terceira divindade”, e ele tinha que disseminar a questão dele para o mundo. A arteterapeuta quis, ao final fazer um pacto com ele, de sigilo, para não falar para outros colegas. Ele ficou furioso, pois ele tinha que disseminar a ideia dele, já estava preso em um hospital, e ela queria que ele deixasse aquilo restrito a um grupo! Ele ficou muito furioso, e eu disse a ela que não dá pra fazer isso com um psicótico, que ele não é como um neurótico.

Baseado na Clínica Psicanalítica – tanto na concepção diagnóstica, quanto no manejo determinado por esta – o entrevistado B revela efeitos, nem sempre divulgados, em um local de internação: “Em casos de surto muito intenso, consegue-se fazer intervenções muito mais eficazes do que uma contenção, medicalização. Na minha experiência, por exemplo, já vi casos em que a medicalização não fez efeito. Já a escuta acabou o tirando do surto, gerou efeitos clínicos”.

Vimos que a diferença entre os pressupostos da Clínica do Cuidado, que são o acolhimento e ressocialização dos usuários e os pressupostos da Clínica Psicanalítica está principalmente no fato de que a primeira não considera aspectos psíquicos envolvidos no atendimento de pessoas que chegam através da demanda de outro. A Clínica Psicanalítica, por priorizar a escuta do Inconsciente, inclui esse outro no atendimento do usuário. O entrevistado A traz um exemplo dessa situação: “[...] é bastante interessante esse acompanhamento, pois ajuda ao tratamento avançar. Escutar como está o desejo da mãe, isso ajuda bastante no avanço do tratamento. A equipe se irrita muito com a ‘falta de colaboração’ dos pais, mas é preciso ter uma escuta clínica da fala dos pais”. O entrevistado trabalha a fala dos pais a partir do trabalho com o Inconsciente e pode intervir, a partir disso, no desejo desses pais, no lugar do filho para eles, inserindo, assim, os pais no tratamento da criança.

Se a “Clínica do Cuidado” enfatiza a adaptação do cidadão e a busca do bem-estar, evidencia-se a falta de manejo clínico quando se trata da clínica da psicose. Neste sentido, relata o entrevistado A:

Os colegas tentam colocar sentido no delírio. Ou seja, procuram interpretar as falas do psicótico, o que os levam a chegar a conclusões em relação aos fatos históricos do paciente que podem gerar confusões. [...] Eles tentam arrumar a vida dos pacientes, segundo seus padrões de cura. O paciente é resistente a isso, por não ser isso que ele quer, os surtos, delírios fazem parte de sua estrutura, e o que eles pedem não quer dizer o que querem. Por conta disso, a equipe acaba cansando rápido, por não ver avanço em seu trabalho.

Em relação à estrutura psicótica, Freud esclarece que “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/2006, p. 78), ou seja, é um primeiro trabalho de tentativa de estabilização psíquica. Aqui podemos notar que, ao não levar em conta a estrutura psicótica do sujeito, os profissionais acabam seguindo uma linha de intervenção baseada em princípios de igualdade entre os sujeitos (terapeuta e paciente), literalidade de sua fala, busca de diminuição do sofrimento do sujeito (diminuir seu sintoma de delírio). Essas intervenções não escutam o que realmente se passa com o paciente, e acabam gerando desgaste para a equipe, além de mais sofrimento para o usuário.

A Clínica Psicanalítica faz prevalecer o Inconsciente, a partir do método utilizado da associação livre. No trabalho coletivo, isso se traduz em modos não formatados ou oficinas pré-concebidas, ou com o mínimo de proposição prévia possível nas atividades desenvolvidas, para extrair o que surge livremente do Inconsciente nas falas dos usuários. Isso é observado nos relatos dos seguintes entrevistados:

Entrevistado B: “quanto menos protocolar for o tratamento, e quanto mais a equipe conseguir desenvolver um trabalho específico para cada caso, mais rápido é sua recuperação”.

Entrevistado E:

Depois tinha o lanche, que era bem legal. As crianças ajudavam a servir a mesa – quem pudesse ajudar – e depois eles comiam, do jeito que eles fizessem, comendo com a mão, do jeito deles. Não era nada estruturado, eles já chegam trabalhando, se eles já chegam mais livres pra se lançarem com você trabalhando com ele, parece que é mais efetivo.

Neste último relato vê-se que as crianças se sentiam mais livres, e justamente isso era o que provocava a possibilidade da emergência do

Inconsciente e de intervenção. Este método possibilita a mudança subjetiva em muitos casos, no sentido de o sujeito se utilizar menos do sintoma para se relacionar com o Outro. Essa diminuição da produção de sintomas, gerada pela intervenção psicanalítica também pode ser identificada na fala do entrevistado B:

Anteriormente, o protocolo era, no caso de surtos, intervenção e internação. A clínica psicanalítica trouxe, durante o dia principalmente, maior circulação – ou seja, menos confinamento – de corpos e da palavra, o que gera mais trabalho para a equipe, pois para essa, é mais fácil prender e medicalizar. Antigamente, variava entre gritos e silêncio total. Hoje, na nossa forma de trabalhar, os gritos diminuíram.

O principal efeito clínico provocado pela escuta do Inconsciente do paciente é a transferência. Ao ter seus conflitos inconscientes escutados, ele começa a se endereçar mais para o profissional, conforme relata a entrevistada B:

Os pacientes se endereçam mais aos membros da equipe, acabam dando mais trabalho, mas os surtos e os gritos diminuíram. A equipe percebe hoje que, mesmo nos surtos, mas em qualquer endereçamento dos pacientes aos membros da equipe, há algo de sentido na fala dos pacientes. Isso gera efeitos clínicos, menor sofrimento, maior circulação das palavras dos pacientes. Tem também casos em que já receberam alta, mas que eventualmente elas voltam para o equipamento, algumas em surto, algumas, só para conversar. Isso é interessante, pois elas veem o equipamento como um lugar em que elas podem ir, para lidar com sua angústia.

O psicanalista como parte da equipe

Através das entrevistas, foi possível identificar que os encaminhamentos efetuados pela equipe costumam basear-se na burocracia determinada pela gestão, de acordo com a função institucional de cada equipamento, ou cada profissional. É o que percebemos, por exemplo, no modo de funcionamento da rede onde trabalha o entrevistado G: “Tem até o centro de especialidades, mas, por exemplo, se a pessoa chega lá e diz que tem problemas com drogas, ele já não fica, é encaminhada para outro local”. Desta forma, a especialidade é colocada em primeiro lugar, em detrimento da escuta do sujeito que ali se apresenta com um sofrimento. Isso transforma o atendimento em uma série de encaminhamentos surdos, no qual o diagnóstico psiquiátrico “fala” pelo usuário, e os profissionais respondem conforme sua especialidade, desconsiderando o saber do usuário sobre seu problema.

Os efeitos dessa fragmentação dos conhecimentos também aparecem na equipe, que começa a se dividir em grupos, conforme relata o entrevistado G:

Ano passado eu trabalhei muito solitária em tentar provocar um atendimento [próprio do equipamento]. Tinha um grupinho da cozinha, e ninguém se metia com eles, tinha um grupo nas artes, ninguém se metia com eles. Hoje já há uma abertura maior, já se circula pela cozinha, pelas artes, a equipe saiu um pouco de suas salas e está circulando mais.

O trabalho do psicanalista para se inserir na equipe não será o de negação ou aversão às outras formas de clínica. O modo de intervenção da

Psicanálise revelará efeitos que podem integrar ainda mais a equipe. É isso que o relato do entrevistado B explicita:

Hoje, os atendimentos que eu faço são entre vários – tanto de usuários, quanto de outros membros da equipe. Participo também das reuniões de equipe, onde se discutem os casos, que é uma vez por semana. Tentamos, com isso, criar um processo terapêutico singular. [...] A equipe percebe hoje que, mesmo nos surtos, qualquer endereçamento dos pacientes aos membros da equipe, há algo de sentido na fala dos pacientes, fazendo um contraponto à lógica da medicalização do usuário em estado de surto, por não falar nada que possuísse sentido.

Já no relato do entrevistado D, percebe-se que a escuta analítica vai além da demanda que a paciente traz. De uma queixa em relação à medicação, com a qual a equipe não sabia como proceder, chega-se a um novo sintoma que está sendo produzindo. A possibilidade de escuta desse conflito foi aberta pela psicanalista, que escutou a paciente:

[...], a gente tem uma boa conversa com médicos e enfermeiros. Eles chamam, eles perguntam o que fazer. Uma paciente está reclamando, por exemplo, que ela está engordando por causa do medicamento, então eu converso, e, segundo minha escuta da paciente, o que ela está passando em determinada situação provoca uma compulsão por comida, então não é o medicamento.

Considerações finais

Observamos que as conquistas trazidas pela Reforma Psiquiátrica foram fundamentais para a Saúde Mental Pública no Brasil e que a Psicanálise traz uma dimensão da clínica que corrobora as diretrizes dessa Reforma. A exemplo do que podemos observar em Mato Grosso, a Clínica Psicanalítica traz a escuta do Inconsciente na rede de atendimento psicossocial, tanto para os atendimentos multidisciplinares aos usuários, quanto na interação com a equipe.

Essa escuta promove o trabalho com o sujeito do Inconsciente, provoca o trabalho das queixas para que elas deixem de encobrir sintomas, promove o aparecimento de conflitos que não estavam sendo levados em consideração, proporciona uma forma diversa de estabelecer o manejo clínico e o diagnóstico, principalmente em casos de psicose. Essas contribuições permitem direcionar o tratamento de forma a colocar o usuário como protagonista de seu tratamento.

Em relação à equipe, a posição do analista é a de não se colocar no lugar de quem sabe, mas sim no lugar de quem propicia a construção de um saber por parte do próprio sujeito. O analista insere a possibilidade do não saber, o que permite maior circulação de informações, dificuldades, colaboração mútua, flexibilização na interação entre os membros, contribuindo, inclusive, com a Clínica Ampliada e a estratégia do Projeto Terapêutico Singular, pois a maior circulação das falas entre a equipe a encoraja a apostar em uma forma de tratamento construída caso a caso.

Sobre o artigo

Recebido: 20/10/2018

Aceito: 20/11/2018

Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Set. 1995. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Nov. 2017.
- AMÂNCIO, V. R. **Uma Clínica para o CAPS**. Curitiba-PR: Ed. CRV, 2012.
- ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 887-900, Set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300887&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Nov. 2016.
- BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216**. Curitiba, PR: CRV, 2013.
- BEZERRA, D. S. A articulação MOEBIANA entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. In: **Psicologia Hospitalar (São Paulo)**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 55-74, jun. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 nov. 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, equipe de referência e Projeto terapêutico singular**, 2.^a edição, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: 2007.
- CAMPOS, D. T. F.; CAMPOS, P. H. F.; ROSA, C. M. A confusão de línguas e os desafios da Psicanálise de grupo em instituição. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 504-523, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 nov. 2016.
- ELIA, L. F. A Rede da Atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e Ambulatórios. Comunicação oral, apresentada no **Encontro do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, realizado nos dias 17 e 18 de dezembro de 2004 na OPAS – Organização Panamericana de Saúde, em Brasília, e organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde (ATSM/MS)**. Inédito.
- FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos**. Terceira Edição, Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará, 1997.
- FIGUEIREDO, A. C. O Movimento Psicanalítico no Rio de Janeiro na década de 70. In: BIRMAN, J. (org.) **Percursos na História da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1988, p.123-147.
- FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo, SP: Editora Perspectiva S.A., 1978.
- FREUD, S. Notas Psicanalíticas Sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides) (1911). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006, v. XII, p. p.23-109.
- FREUD, S. O Mal Estar na Civilização (1929). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006, v. XXI, p. 81-177.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 7: A Ética da Psicanálise** (Lições originalmente pronunciadas em 1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- MACHADO, S. B. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-228, Dez. 2009. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez. 2017.

NETO, F. K.; SILVA, C. F. L.; PEDERZOLI, A. A.; HERNANDES, M. L. A. DSM e Psicanálise: uma discussão diagnóstica. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 44-55, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2017.

NUNES, S. A. Da Medicina Social à Psicanálise. In: BIRMAN, J. (org.) **Percursos na História da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1988, p.61-122.

VIEIRA FILHO, N. G. Sofrimento e desinstitucionalização: Construindo redes de apoio em saúde mental. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 309-333, mar. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2016.