

Equipe frente à recusa do usuário: perspectivas de tratamento CAPS

The team facing the user's refusal: treatment prospects in CAPS

Paula Carolina Mariano Furlan

Roberto Mac Fadden

Resumo

Da realização do Programa de Aprimoramento Profissional da FUNDAP, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de atenção psicossocial (RAPS) da cidade de São Paulo (SP), entre os anos de 2014 e 2015, surgiu uma pesquisa que, antes de se tornar argumento acadêmico, é um relato da experiência de trabalho desse período, trazendo questionamentos amplos sobre o trabalho em saúde mental no Brasil. Com maior intensidade, abriu-se como questão a recusa ou a não-adesão ao tratamento por parte dos usuários do serviço, algo que se apresentava em diferentes intensidades no cotidiano institucional. Foram selecionados alguns prontuários de usuários deste serviço que a equipe nomeou como recusando tratamento; estes foram analisados qualitativamente tendo em vista os discursos que atravessam as condutas da equipe. Focando nos documentos institucionais de um CAPS, essa pesquisa procurou traçar o que consta em prontuário dessas recusas.

Palavras-chave

Centros de atenção Psicossocial; não adesão; prontuário.

Abstract

The conclusion of the Professional Development Program FUNDAP held in a CAPS (Psychosocial Care Centre) from the psychosocial care net in São Paulo (SP, Brazil), between the years 2014 and 2015, led to the emersion of a research that, before becoming an academic argument, is an account of the work experience took in that period, bringing wide-ranging questions about the mental health work in Brazil. With greater intensity, it opened as theme the refuse or non-adherence to treatment by users of the service, which had different intensities in the institutional routine. Some medical records of patients that the service's team appointed as refusing treatment were selected; these were analyzed qualitatively in view of the speeches that run through the conducts of the team. Focusing on institutional documents of CAPS, this research sought to trace what was listed in the archives of such refusals.

Keywords

Psychosocial Care Centre; non-compliance ; medical records.

Paula Carolina Mariano Furlan

**Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia**

Psicóloga e Acompanhante Terapêutica. Graduada em Psicologia pelo Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de São Paulo (USP), 2013. Pós graduação lato sensu com bolsa fornecida pelo Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Fundação de Desenvolvimento Administrativo do Governo do Estado de São Paulo (FUNDAP) no campo da Saúde Mental, desenvolvido em um CAPS da rede.

paula.cm.furlan@gmail.com

Roberto MacFadden

**Universidade Cruzeiro do Sul
Centro de Atenção
Psicossocial Luis da Rocha
Cerqueira - Caps Itapeva**

Professor na Universidade Cruzeiro do Sul no curso de Psicologia desde 2004, ministrando disciplina de Processos Grupais e supervisão clínica. Psicólogo do CAPS Itapeva desde 1998. Mestrado em Psicologia Social pelo IPUSP defendido em 2004 com o título *A questão da Reabilitação Psicossocial: Uma investigação sobre os "Projetos-Trabalho" nas Instituições Públicas de Saúde Mental.*

robertomacfadden@gmail.com

Introdução

Da realização do Programa de Aprimoramento Profissional da FUNDAP, realizado em um CAPS da Rede de atenção psicossocial da cidade de São Paulo (SP), entre os anos de 2014 e 2015, surgiu uma pesquisa que, antes de se tornar argumento acadêmico, é um relato de experiência desse trabalho, trazendo questionamentos amplos sobre o trabalho em saúde mental no Brasil. Com maior intensidade, abriu-se como questão a recusa ou a não adesão ao tratamento por parte dos usuários do serviço, algo que se apresentava em diferentes intensidades no cotidiano institucional. Considerando os CAPS como serviços substitutivos da saúde mental, que devem ofertar uma grande gama de propostas de tratamento, via-se a recusa à medicação, a este ou aquele grupo, a tal ou qual proposta permeando a rotina do serviço. Isso tornava, não raras vezes, a relação entre usuário e equipe bastante frágil e, no limite, a resposta da equipe à recusa era com propostas enérgicas de condução do tratamento. A situação de recusa mantida pelo usuário frente à equipe foi disparadora da investigação sobre a relação entre equipe e usuário, isto porque tais circunstâncias deflagravam de modos mais radicais a relação com os usuários.

É fundamental a compreensão de que a eleição do termo recusa como disparador da pesquisa vai de encontro com a ambição de situá-la junto aos discursos da instituição. O termo era utilizado pela equipe, por isso a manutenção deste, e não dos já alcunhados não adesão ou resistência. Sua eleição corresponde ao incômodo suscitado com o uso do termo durante as reuniões de equipe, discussões de casos pontuais ou anotações em prontuário. Incômodo este ainda maior caso fosse pontuada apenas a recusa, sem maiores informações sobre o porquê da recusa, o que desagradava, o que dava para ser pensado como nova proposta. Nesse sentido, pontua-se que o campo da recusa demonstra certa interpretação que a equipe faz do usuário. Assim, o interesse foi justamente em poder vincular a percepção que a equipe tinha do usuário e quais estratégias de cuidado e tratamento propunham a ele.

Considerando que a clínica em saúde mental é, na verdade, muitas clínicas, incluindo algumas confusões, anacronismos e neologismos discursivos que causam estranhamento, as condutas da equipe foram tomadas não como entendimentos individuais, mas sim como práticas discursivas, favorecendo o trabalho de análise. Nesse sentido, a conjugação dos documentos institucionais ao conceito foucaultiano de discurso (FOUCAULT, 1996) revela a hipótese de que haveria uma relação a ser investigada entre as práticas discursivas e as condutas de tratamento propostas aos usuários. Esta pesquisa procurou traçar quais estratégias são adotadas pela equipe, pesquisando se há ou não mudança discursiva da equipe diante da recusa, e quais as possibilidades de encaminhamento deste cenário de rivalidade.

Pano de fundo: sobre o direito de recusar

O campo das políticas públicas do mesmo modo registra essa questão, afirmando na cartilha Direito à Saúde Mental (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL/ PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO, 2012) que há direito de recusar tratamento aquele que possuir transtorno mental, a não ser em situação de surto agudo. Assim, técnicas violentas para lidar com a recusa do usuário podem surgir como alternativa, como distinguido na pesquisa de Onocko-Campos (2013). Portanto, quando essa discussão adentra a seara da psiquiatria, assume contornos de tutela, como medicação ou tratamento involuntários em casos de emergência. Mas a discussão do que seria uma emergência psiquiátrica é bastante ampla, já que pouco se pode apostar a partir de uma sintomatologia denominada pela psiquiatria como surto ou crise em sua derivação como um risco concreto a si ou ao

outro. Qualquer elucubração sobre o risco do usuário é elaborada a partir do prognóstico, ou seja, da probabilidade abstrata, inverificável, fato que pode gerar riscos aos direitos e garantias individuais. Para além, o próprio julgamento de comportamentos e sintomas como risco partem de uma disposição cultural específica daquele que julga, de modo que o processo diagnóstico nasce de planos normais de conduta e relação (WEIGERT, 2006, p. 139).

Das pesquisas encontradas sobre a recusa na saúde mental, destacam-se duas¹. De modo geral, essas pesquisas apontam que há uma grave dificuldade no entendimento da recusa do usuário a partir de sua condição de sujeito de direito: “O uso de medicação, a falta de discussão e o pouco poder decisório do usuário na negociação parecem representar uma espécie de caixa preta da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (EMERICH, CAMPOS e PASSOS, 2014, p. 8).

Ainda, em situações de recusa a medicação ou recusa ao tratamento, vemos condutas por parte da equipe como desligamento do serviço e, se entendido que o usuário está exposto a algum risco, vê-se como solução a internação ou a medicação de modo involuntário. Já os usuários apontam que sentem liberdade de fala em espaços como a Assembleia, mas no que tange a discussão da medicação e do tratamento proposto veem pouco ou nenhum espaço de negociação (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Percurso metodológico

Por partir do interesse de averiguar quais as respostas que a equipe formulava diante da recusa, decidiu-se como material investigativo o uso dos registros institucionais: atas de reunião de equipe e prontuários. Nesse sentido, os registros da instituição foram tomados como arquivos, ou seja, estes documentos carregam em si a lógica de enunciabilidade do enunciado pela instituição, de modo que se pode dizer que o arquivo é o “conjunto de discursos efetivamente pronunciados” (FOUCAULT, 2005, p. 145; apud PEREIRA, 2011, p. 323). O arquivo está no domínio da memória, sendo então referido a enunciados que o precedem bem como aos que o sucedem.

Foram selecionados seis prontuários, dos quais foi lido o período de recusa do tratamento mais próximo. Com isto, não cabe uma análise de cada caso, mas sim dos períodos de recusa, de modo a visualizar quais os discursos da equipe. Fica claro, portanto, que o objetivo não é delimitar qual usuário recusa ou porque recusa, mas apontar quais foram as condutas e, então, quais são os discursos diante da categoria recusa.

A análise de cada caso constou da leitura do prontuário assistida pela criação de sete categorias de leitura que mantivessem relação com a recusa e fossem constantes quanto possíveis ao longo do excerto de prontuário. Buscou-se, por fim, o levantamento de temas gerais a todos eles, que refletissem em maior ou menor grau os seis casos levantados. A discussão sobre tais pontos foi realizada tendo em vista o cenário histórico e epistemológico da saúde mental no Brasil, entendida por Yasui (2006). Neste artigo serão apresentadas as categorias derivadas da análise feita, sem considerar especificidades dos casos estudados. Ainda, mais forte-mente, será dada ênfase ao uso do prontuário na saúde mental.

Categorias de análise

A primeira categoria nomeada é O Prontuário. A leitura dos prontuários selecionados para a pesquisa despertou dúvida sobre qual é o papel que o prontuário na construção da clínica psicossocial, remetendo-se, portanto,

1

São eles: Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de EMERICH, CAMPOS e PASSOS (2014) e A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental de ONOCKO-CAMPOS, R.T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. de L.; SANTOS, D. V. D. dos; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L. L. M.; ANDRADE, P. M. de; BORGES, L. R. (2013).

a de que modo o prontuário de uma equipe que conta com várias formações distintas deve ser articulado e quais são os pontos nodais a serem destacados nas evoluções.

O Ministério da Saúde elaborou cartilha intitulada Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico (BRASIL, 2004), cuja leitura auxilia na resposta a esta dúvida. De modo categórico, é pontuado que o prontuário deve padronizar os registros a partir dos problemas, necessidades e demandas relevantes ao usuário nos três campos de ação: biológico, psicológico e sociocultural. O prontuário serve também a comunicação e integração da equipe transdisciplinar de modo a conseguir melhores resultados terapêuticos. Salienta-se que o documento prescreve registros objetivos da situação do usuário e dos motivos que o levaram à unidade de saúde. Há uma articulação interessante, proposta pelo documento, entre demanda/problema do usuário e os sinais e sintomas: o que é relevante para a construção de um projeto de cuidado é o primeiro grupo, servindo a sintomatologia como descrição da situação clínica, não devendo ser apontado como um problema a ser solucionado.

Também, o prontuário serviria para registro do processo de trabalho, cujo fluxo, segundo a proposta do Ministério, seria: 1. Percepção das demandas do usuário; 2. Definição das condutas a serem negociadas com o usuário; 3. Divisão das responsabilidades entre a equipe; e 4. Avaliação e formulação de novas condutas.

Dos prontuários selecionados, os conteúdos frequentemente observados nas anotações foram: descrições visuais e comportamentais, descrição sintomatológica (clínica e, predominantemente, psiquiátrica), relatos dos usuários por meio de citações ou de suas histórias de vida, relatos de familiares sobre os usuários e frequências e ausências dos usuários.

De modo geral percebem-se lacunas quanto às anotações, de maneira que muitos apontamentos feitos sobre o usuário, sua história de vida, suas queixas, sua condição clínica etc. carecem de aprofundamento. No que tange as descrições sintomatológicas pode-se notar que são embasadas pelo ponto de vista da psicopatologia, sem abertura para a compreensão dinâmica do usuário. É corrente o apontamento de que há alucinações, delírios, comportamentos agressivos ou de recolhimento; estes acompanhados pela descrição de alguns conteúdos. Porém, sobre estes conteúdos raramente é feita alguma análise ou comentário que singularize a fala do usuário, o que nos remete novamente que tais apontamentos são realizados tendo em vista um discurso sintomatológico da psiquiatria. Notável que profissionais de diversas formações se remetem a esta descrição psiquiátrica nas anotações.

Assim como a descrição sintomatológica, as histórias de vida dos usuários estão registradas de modo pontual, sem que sejam feitos comentários mais aprofundados que poderiam embasar as condutas clínicas tomadas. Ainda, são raras tais anotações que descrevam o percurso de vida do indivíduo ou seu percurso como usuário do SUS, bem como questões e implicações familiares e/ou sociais. Também pouco se encontra anotações de queixas dos usuários apontando o que motivou ou continua motivando a presença do usuário no serviço (ainda que, nos casos apontados, tal presença se dê intermitentemente). Assim, entende-se que o sentido do usuário estar no CAPS se perde em nome de registros antigos.

São muitas as descrições comportamentais e de observação da aparência dos usuários, sobre suas vestimentas e autocuidado. Porém, tais anotações parecem não servir à construção de um projeto de cuidado, isso porque diversas vezes estão pontualmente registradas, deixando em aberto as possíveis interpretações destes dados e sua relação com as condutas tomadas.

Sobre as anotações das condutas, ideias, interpretações e dúvidas da equipe, percebe-se que são raras. Usualmente não respondem a um processo de cuidado, de modo que, por exemplo, as condutas tomadas pela equipe são carregadas de descrições processuais, mas sem apontamentos sobre o que motivou a conduta ou qual o objetivo da conduta, bem como revisão destes parâmetros de trabalho clínico.

Pode-se apontar que os prontuários lidos não continham uma sequência de anotações a partir do modelo Queixa-Conduta, que determina a conduta a partir da queixa trazida pelo usuário sem considerar aspectos à ela circundantes, sejam sociais, culturais etc. Este modelo é amplamente criticado pela proposta de clínica ampliada por considerá-lo em demasia individual e, por isso, limitado – tendo como consequência baixa resolubilidade (BRASIL, 2006). No entanto, o modelo de evolução de prontuário utilizado no serviço abre margem para anotações alongadas que não salientam aquilo que o usuário traz como queixa e/ou demanda, deixando faltosa a anotação como modo de se elaborar e revisar as condutas.

Notoriamente, o maior problema encontrado nas evoluções de prontuário é a ausência de continuidade entre as anotações. Não há divisão clara de tarefas entre os profissionais, mesmo porque as condutas a serem tomadas ou os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) são raras vezes enunciados na evolução, sendo que também se encontram ausentes na folha de rosto do prontuário – que se pretende ser uma apresentação clara e resumida do PTS.

Deste modo, são frequentes anotações repetitivas e estereotípicas, que retomam orientações feitas acerca da medicação, da internação ou da frequência ao CAPS e seus grupos (que devem ser mais constantes); isso sem que haja elaboração dos sentidos das propostas feitas. Além disso, há retomada dos sintomas psiquiátricos ou das descrições visuais e comportamentais. Ou seja, tratam-se de documentos que contam as histórias dos usuários de modo estanque, pouco propositivo ou que se autoavalia.

Podemos pensar então em três âmbitos que se fazem operar no prontuário: o jurídico, o burocrático (mantendo estes dois alguma relação) e o de comunicação interna da equipe. Explora-se pontualmente aqui que qualquer um dos âmbitos propostos oblitera o prontuário enquanto ferramenta para a construção dinâmica do caso, cedendo a anotações por vezes pormenorizadas dos processos de trabalho ou da situação física e comportamental do usuário. Porém, levanta-se a hipótese de que isso escamoteia o próprio raciocínio clínico da equipe ao elevar o registro à condição de imparcial, como se computasse uma gravação do usuário sem que qualquer tipo de filtragem tenha sido realizado. Se se opera com esta hipótese, há de se impor que as informações em prontuário já passaram por algum tipo de elaboração, que vêm a se comunicar com a forma de entendimento que a equipe possui sobre o campo da saúde mental. Portanto, qualquer tipo de reduto da imparcialidade faz operar propriamente um discurso, mas sem que tenhamos acesso, em registro, ao fio de condução do raciocínio por traz das condutas tomadas. Entende-se, deste panorama, que o cuidado destinado ao usuário fica pouco palpável de ser avaliado e historicizado. Essa questão se amplifica quando tomamos de análise uma instituição cujos profissionais estão em constante rotatividade.

A segunda categoria é a Desarticulação do Cuidado. Como já apresentado, quando retomamos a história do modelo CAPS e seu discurso, tem-se que sua principal função é de tessitura da rede de cuidados em saúde mental. Isto inclui a organização do cuidado daquele que é referenciado ao CAPS junto ao território (YASUI, 2006). Essa ideia é atravessada pelo conceito de desinstitucionalização (ROTELLI, 2001), acreditando-se que a promoção da circulação é quebra de paradigma com o modelo asilar, de

reclusão. Assim, este modelo teórico repercute em algumas funções claras dos CAPS.

Necessariamente nomeia-se a articulação do cuidado junto às internações psiquiátricas, permanecendo o CAPS em comunicação com a instituição na qual o usuário está internado, acompanhando o processo que lá se dá, bem como as possibilidades de alta. Considera-se, no entanto, que a presença do dispositivo da internação psiquiátrica é controversa quando o balizamos em diferentes concepções de CAPS: ou por uma descrença absoluta sobre a função da internação, acreditando-se que ela é absolutamente evitável e, assim, substituível por cuidados outros, sendo que o CAPS referenciaria estes outros cuidados a serem tomados; ou por não se planejar pela substituição da internação, colocando-a como último recurso da rede de cuidados - como vemos pelas determinações da RAPS (BRASIL, 2011) - de modo que o CAPS é alternativo ao hospital, que deve ser evitado, ainda que não evitável.

Em qualquer uma destas perspectivas se aposta que o CAPS deva surgir como mediador da relação que é construída entre usuário e a instituição hospitalar. A importância de tal articulação está em possibilitar que o CAPS construa a rede de cuidados, seja pelo modelo substitutivo ou alternativo, estando o hospital um dispositivo ainda presente (a ser suplantado ou imitado, se é que é possível, de modo menos mortificante), cujos efeitos nocivos de institucionalização devem ser manejados. Portanto, a internação, quando adotada, deve ser assumida como disruptiva àquele internado e também ao trabalho da instituição.

Na prática pouco se vê desta atenção mais próxima junto ao usuário internado: nos casos levantados há sim algum tipo de contato com o hospital, mas ele se dá de maneira burocrática e intermitente, falhado da parte do hospital ou do CAPS. Ainda, a relação do CAPS com a alta hospitalar pouco está presente, não estando definidos quais projetos foram tecidos para receber o usuário ao fim da internação.

Isso nos convoca a pensar que a articulação da rede de saúde adquire importância em todo o contexto da saúde coletiva, que afirma categoricamente que os serviços devem contornar qualquer possibilidade do usuário se ver atravessado por fichas e mais fichas de encaminhamento sem que, de fato, o cuidado que necessita se dê.

Como desfecho, é sintomático que muitas das condutas tomadas com a pretensão de articular vários serviços, de fato fazem o movimento contrário. Ainda que se proponha o cuidado compartilhado, é questionável se há rede construída suficientemente para tanto. Se não, as propostas de compartilhamento do cuidado tornam-se cisão do cuidado, apontando para uma hipótese de desempoderamento ou desresponsabilização da equipe, destinando as várias problemáticas do sujeito a diferentes serviços.

A terceira categoria é A Vinculação. A vinculação (Brasil, 2004, p.18) com o usuário é vista como modo de abrir campo para que o cuidado se dê, dado presente também nas referências postas sobre o vínculo ao longo dos registros dos casos selecionados. Ela é o que cria possibilidade terapêutica nos parâmetros da clínica ampliada, dando suporte para que surja um espaço que aceita o conflito, a discordância e a negociação entre usuário e equipe ou profissional. Serve também como possibilidade do técnico acompanhar o usuário e vice-versa, trocando neste caminho perspectivas sobre o cuidado e as condutas possíveis e necessárias de serem tomadas.

Não se trata, portanto, ao definir um trabalho que se constrói pelo vínculo, de uma relação harmoniosa. Mas salienta-se que no que tange a clínica ampliada e a Reforma Psiquiátrica, idealmente, procura-se por vínculos menos hierarquizados quanto possível para que pontos como a escuta,

o acolhimento ao outro ou, ainda, os conflitos e negociações que surjam entre usuário e técnico possam ser postos na relação.

Como derivação dessa explanação, tem-se que a condução dos casos sem ser feita a vinculação entre equipe e usuário pode gerar atropelos ou fracassos, já que não se abriu espaço de negociação entre as partes; posteriormente à vinculação é que são possíveis a proposição e a negociação de condutas. Dos registros acompanhados na pesquisa, entende-se que há sim afirmação por parte da equipe da relação entre vínculo e tratamento e terapêutica. No entanto, há confusões acerca de qual a função do vínculo no trabalho terapêutico de modo geral.

A quarta categoria é o Entendimento e Manejo de Famílias. Partir-se-á com o entendimento de que a família é também força institucionalizadora, de modo que ela tensiona com práticas autônomas que o CAPS procura ensejar, bem como é acarinhada pelo CAPS nas relações de tutela que estabelece com o usuário, funcionando o CAPS como complemento nessa relação.

Dos casos selecionados, vê-se que a equipe pode ceder ao entendimento que o familiar tem do usuário. Ainda, que onde há recusa do usuário em estar, abrindo-se um espaço de silêncio, a equipe se serve da fala do familiar como que tamponando o vazio: a recusa e o silêncio são neste processo negados, de modo que as condutas refletirão maior relação com a fala do familiar do que com o silêncio que o usuário instaurou. A comunicação parece estar, portanto, melhor estabelecida entre o familiar e a equipe do que entre equipe e usuário. Nesse sentido, ao usuário, pouco se dá corpo ou ferramenta de resistência, ainda que sejam estes os casos que recusam as condutas que, sobre e/ou apesar deles incidem.

Esquematiza-se que, assim, deveria haver conduta para a compreensão dos aspectos relacionais e também de cada ponta: do usuário ao familiar. O que se vê, contrariamente, são posições enrijecidas, em que o usuário é o problema que motiva todo o sofrimento do familiar, devendo ele ser objeto das intervenções. Vale dizer que a avaliação psicossocial deve se alargar ao ponto de entender as dinâmicas familiares, embasar propostas de intervenção e implicar a equipe em condutas que alcancem o binômio família-usuário. Neste sentido, se aposta em um caminho diverso do estabelecimento por obrigatoriedades burocráticas ao usuário ou ao familiar.

A quinta categoria é Ocorrências da Medicação. Quando discutimos o papel da medicação tendo em vista a recusa dos usuários em fazer seu uso, é necessário situarmos que a presença de efeitos adversos das medicações psiquiátricas é bastante acentuada, principalmente ao considerarmos os antipsicóticos – fato que inclusive já fora registrado na literatura como agravador da dificuldade na adesão ao tratamento psicofarmacológico (CARDOSO, 2006). Discute-se também que o uso da medicação neuroléptica incorre, por estes efeitos adversos, na reprodução da loucura como sofrimento, este agora decorrente dos efeitos indesejáveis sentidos no corpo do medicado. Assim, os efeitos colaterais encerram uma percepção de si e ao olhar dos outros de corpo doente (PIGNARRE, 2008, apud SARTORI, 2011). Nesse sentido, acentuando a marca que traz a intervenção medicamentosa, podemos considerar que a contenção física é substituída pela contenção química, pois a medicação antipsicótica age na “[...] desaceleração das células de dopamina. Essas células são responsáveis pela regulação e pelo controle dos movimentos musculares, pela cognição, pela capacidade de sentir as sensações de prazer, ânimo e motivação” (MOREIRA E GUIMARÃES apud SARTORI, 2011, p. 95).

Nos casos em que os pacientes faziam uso da medicação (cinco em seis) não é discutida a possibilidade da intervenção medicamentosa não ocorrer, Perceber que a medicação raras vezes é discutida e que, quando há discussão da conduta medicamentosa, esta fica restrita à mudança de prescrição,

nos leva ao questionamento de qual o papel da medicação em relação ao projeto de cuidado ou tratamento ao usuário.

Também, a quantidade de vezes que se retorna à sintomatologia para descrever o usuário gera certa sensação de falta de alternativa para além da medicação. Algo que dialoga com o fato de que a intervenção medicamentosa aparece como recurso máximo da psiquiatria enquanto núcleo. Agrega-se a isso o fato de que a conduta medicamentosa é alterada antes que o PTS seja discutido junto à equipe - tal manejo sendo realizado sem justificativa registrada ou registrável e sem necessidade de discussão na equipe ou com outros profissionais que possam recolher diferentes perspectivas sobre o caso.

Do visto sobre a história da Reforma e sobre o discurso que ela dispõe sobre o cuidado em saúde mental, se inflexiona aqui que um projeto de cuidado não se limita a prescrição medicamentosa, mas também não a considera como irrelevante - isso considerando os efeitos químicos de proteção, bem como os efeitos simbólicos que acarreta. A medicação surge então como uma opção dentro das estratégias de cuidado que a equipe formula. Mas ela deve estar em comunicação com as demais condutas e visões diversas que compõem a equipe e, ainda, com o entendimento que o usuário faz de qual a sua necessidade e seus efeitos, sejam nocivos ou não.

A sexta categoria é Entendimento do Campo do Tratamento. Primeiramente nos atentemos aos usos possíveis que o usuário pode fazer do CAPS estudado. Podemos dividir estas possibilidades em duas categorias, entre as funções específicas (pensando então no núcleo duro da clínica, naquilo que mais se relaciona ao modelo ambulatorial) e o núcleo psicossocial, que objetiva um espaço múltiplo de oferta no intuito de produzir aberturas aos usuários. Assim, em uma clínica psicossocial o objetivo último seria a criação de aberturas que indiquem novos modos de relação ao usuário, de modo que a clínica específica - que se remete às disciplinas mais bem constituídas - se torna secundária.

No entanto, quando lemos os relatos de prontuário, é notável que não raras vezes o tratamento só seja visto como existente quando há frequência assídua a grupos ou atendimentos. A equipe preocupa-se quando o usuário se mantém apenas circulando na instituição, sem entrar nos grupos, oficinas, etc.; e, ainda, com o uso que ele faz desse espaço. Por exemplo, a equipe vê necessidade de dizer ao usuário quando o vê no serviço após diversas faltas, orientando acerca do projeto proposto pela equipe, salientando a partir de sua presença a importância das atividades. A oportunidade do encontro que se delineia no momento é então solapada pela perspectiva de que o usuário está em falta e, portanto, deve comparecer mais e em diferentes lugares. Este ponto é remetido não como componente do tratamento ou em seu papel terapêutico e propiciador de laços comunitários, mas à falta do usuário em outros espaços de cuidado que o CAPS oferece.

Outro ponto a ser pensado sobre o entendimento que a equipe tem do tratamento é como ocorre sua proposta ao usuário. É recorrente, por exemplo, o uso dos termos combinados ou acordos para designar que o usuário assentiu com o projeto proposto pelo técnico. No entanto, procura-se aqui definir que há uma distinção que estes termos encobrem entre projeto proposto e projeto aceito. Para tal discussão, que lembremos rapidamente acerca da noção que se tem de Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2004) e clínica ampliada (BRASIL, 2004). Considera-se que a clínica ampliada só pode se dar prescindindo das necessidades e demandas do usuário.

De outro ponto, entende-se que a idas e vindas do usuário não podem ficar flutuando, sem propostas de contato entre ele e o serviço. Exige-se assim que um projeto mínimo de intervenção seja estabelecido, de modo que o PTS se constitua como uma direção de cuidado. Para tanto ele não

pode situar apenas a intervenção, tampouco pode estar cheio de compromissos que pouco façam sentido do encontro ocorrido entre usuário e equipe. Dos casos lidos, vemos muitas menções de que o PTS será discutido, avaliado, construído, com equipe ou com usuário. Este modo de entendimento do PTS parece colocá-lo no plano da idealização, servindo de solução final ao caso. No entanto, se defende aqui que o PTS se organiza como proposta guia de trabalho, que esteja sempre aberta à discussão em prontuário. Inclui-se como pontos a serem abordados nessa discussão em registro quaisquer aberturas que o usuário põe em movimento na relação com a instituição, bem como as pontuações que faz de recusa à equipe.

Por fim, a sétima categoria é Ambições de Controle e de Autonomia ao Usuário. Ao retomarmos a discussão feita sobre o manejo familiar e também, sobre o entendimento que se tem de tratamento, rapidamente nos conduzimos à discussão sobre como a instituição cria espaços de liberdade e espaços de controle do usuário.

A autonomia, tema que tanto a Reforma Psiquiátrica como a Reforma Sanitária, no âmbito dos movimentos sociais e das políticas públicas, fazem referência, se delinea como perspectiva de encontro entre os técnicos da saúde e os usuários, mas, também, se remete aos parâmetros de circulação de quem seja nos eixos político, civil e ético. Deste modo, se entende que qualquer dispositivo da rede deve se debruçar sobre o assunto, tornando a assistência em saúde um modo de aproximação com essa bandeira genuinamente política.

No entanto, o prontuário é ainda utilizado como registro de, além das queixas e condutas, observações dos usos e desusos do usuário, como nos mostra a análise feita. Não se descarta aqui que para a instituição tal registro assume caráter de contabilização do cotidiano institucional, e que muitas vezes se registra tendo em vista o sigilo das informações. Porém, vê-se que a quantidade de registros sobre faltas, descumprimentos e desmandos aparece em maior quantidade do que possíveis desdobramentos que estes pontos poderiam demarcar. Quer dizer, as anotações por diversas vezes são muito concisas, ressaltando que houve falta ou descumprimento, cabendo ainda o técnico dizer que orientou sobre o tratamento ou sobre o PTS ao usuário; mas são anotações que impossibilitam reconhecermos de quem se diz quando se registra. E isso pode ser visto ao longo de todos os prontuários selecionados.

Entende-se que as anotações de prontuário lidas neste percurso de pesquisa encobrem as várias facetas dos usuários para revelar uma só face. Essa concisão das anotações diz de modo esboçado como a equipe recebe a recusa do usuário e, ainda, vem a justificar as condutas tomadas. Este ponto retoma a discussão feita na introdução acerca do discurso, pois quando a equipe registra, ela o fez anotando sobre o outro segundo sua lógica de cuidado que, ainda que divirja do discurso oral da equipe, revela como o usuário é visto – alguém cujas presenças e ausências devem ser registradas, que combina um projeto, mas não cumpre, que fica agressivo, se comporta de modo estranho ou, ainda, não realiza autocuidado. No entanto, tais pontos se constroem apenas como parâmetros de trabalho do controle ou da disciplina. Deste mesmo modo se constrói uma tipificação do usuário CAPS, significando como ele se relaciona com o ambiente institucional: a quaisquer futuras retomadas de condutas que servirem tais documentos, se vê uma imagem engessada do usuário, que influenciará as decisões.

A recusa como experiência da equipe

De modo geral, entende-se que a recusa é pontuada pela equipe, em relação ao tratamento, como quebra de expectativa pela manutenção do cuidado no CAPS. Este cuidado é esperado a despeito dos parâmetros que a

equipe levanta como determinantes da necessidade de tratamento ou, ainda, como apenas possível quando configurado do modo que ela o propõe.

Do que é elaborado no arquivo pela equipe no contato com o usuário, há ênfase em aspectos que revelam o usuário em seu negativo, nas suas faltas patentes neste encontro, atestando sua situação de risco e carência. Há aí uma dupla construção pela equipe, em que a pessoa tratada pela saúde mental é tomada desde o contato inicial como desvalida, de modo que as falas levantadas nos prontuários ratificam esse entendimento estanque e com poucas aberturas para que intervenções sejam pensadas. Entende-se que a atenção redobrada ao que falta ao usuário como problema a ser resolvido gera um quadro de impossibilidade de trabalho. O movimento da equipe é então de apostar que possibilidades prodigiosas de trabalho poderão ser formuladas com uma nova proposta de PTS. Daí se retoma a concepção de que a equipe opera o PTS como solução final ao usuário, de modo que este projeto é apresentado novamente ao usuário como acabado em si mesmo.

No entanto, nessas novas propostas não há um novo entendimento do modo pelo qual se apresenta o usuário na relação, de maneira que continua a incidir na visão da equipe sua desvalia. Ainda assim, a reapresentação do PTS é entendida na experiência assistencial como este novo entendimento. Isso porque é circunscrita como uma nova guinada na atenção ao usuário, ainda que mude apenas no plano descritivo por se bastar na prescrição de novas condutas. É feita então uma nova aposta sem se pensar porque faltou o usuário ao antigo PTS, sendo que se ele falta é porque é tido como faltoso nessa relação. Espera-se, portanto, que o usuário seja contido a uma posição passiva com essa nova prescrição.

Se a equipe deve se fazer responsável pelo usuário, também o usuário deve ter seu direito de recusar garantido; e, para além de seu direito, que a recusa pontue a necessidade de reavaliação do caso construído pela equipe, abrindo campo de negociação. No entanto, pode-se dizer que a dimensão social continua cindida entre o doente e o cidadão: mesmo se contando com garantias mais ou menos claras no plano civil – descartando aí o aspecto da saúde na interface com o plano jurídico, que recorrerá a processos de interdição civil como garantia de cuidado – quando se espera a deferência ao direito de decisão sobre a saúde no encontro entre usuário e técnico, o último dominará a palavra a partir de um entendimento de que o outro pouco compreende e pode fazer por si. O acesso à saúde que a proposta SUS procurou defender, significando que saúde e cidadania se relacionam, pouco se opera na realidade da saúde pública: aumenta-se o acesso, mas sem [espaço para] questionamentos sobre o que se acessa (Onocko-Campos, 2012).

Ainda que este texto procure interlocução com os casos em que há recusa destacada pela equipe, entende-se que o respeito excessivo às práticas institucionais de alguns outros usuários não pode ser totalmente admitida. Há aqueles que assim que pegam a medicação assistida no posto de enfermagem a cospem no lixo, outros que respeitam a medicação sem assentir com outros modos de cuidado da equipe de modo silencioso. São maneiras de encontrar espaços de liberdade em meio à instituição, táticas menos massacrantes ao usuário que suas alternativas e que não atraem olhares panotípicos. Assim, se reconduz ao pensamento de que a recusa aparecerá em maior ou menor grau em todas as histórias dos usuários da assistência – afinal, onde há vida há possibilidade de resiliência – sem, no entanto, que estes pequenos atos questionadores sejam enunciados nos arquivos da instituição.

Partindo do objetivo geral do trabalho, que procurava construir compreensões a cerca de como o cuidado é construído pela equipe a partir da recusa do usuário, podemos agora ao fim do texto distinguir dois modos

de compreensão: aquele cuja ênfase cai em uma psiquiatria reformada (que, ainda que manicomialmente menos acentuada, não exclui o tratamento centrado nas condutas psiquiátricas, como psicofármacos e internações) e a clínica psicossocial (que elabora distinção com a psiquiatria, impetrando o desejo de uma clínica ampliada cuja definição de ato clínico se borra às outras condutas). Deste ponto retoma-se a hipótese inicial com a qual se trabalhava, de que há dois discursos bastante distintos entre si que conflitam em vários âmbitos da clínica CAPS, nas políticas públicas, nas condutas das equipes e, com mais ênfase nesta pesquisa, no preenchimento do prontuário pela equipe técnica.

No entanto, vemos que no plano das práticas institucionais há falhas em alcançar uma nova experiência de encontro entre médico e usuário, ou ainda entre técnico e usuário, nem que esta conclusão se restrinja aqui a partir da recusa do usuário. Vemos ainda, complementando o material da pesquisa, que se estuda o fenômeno que ocorre nestas instituições abertas que se dispõem a não serem *instituições totais* (GOFFMAN, 2001), como a *Capsização* (AMARANTE, 2003) dos serviços, querendo dizer que muito do manicômio se repete nas instituições de proposta psicossocial:

O automatismo dos protocolos de intervenção que ditam o que fazer *a priori* como, por exemplo, encaminhar para o psiquiatra ou medicar, ou desenhar o projeto terapêutico com determinadas atividades e frequência, funciona como uma espécie de anteparo ao real da clínica e oferece suporte para as ações, mas não é suficiente para o enfretamento das situações cotidianas e para uma abordagem continuada do caso. (FIGUEIREDO 2005 p.46, apud NETO, 2010, p. 72).

Ao retomarmos os objetivos da pesquisa, enfatiza-se que o *arquivo* conduz a leitura de que se falha na atenção ao discurso de recusa dos usuários para que sejam descritos os seus modos de uso e desuso do que oferece a instituição. Deste modo, sedimenta-se uma forma característica de entender o *usuário CAPS* e, ao assim fazê-lo, constrói práticas que se remetem exatamente a esta caricatura: o prontuário é capaz de construir um sujeito da saúde mental a ser tratado pela instituição, oferecendo pouca margem de manobra à criação de condutas autônomas, de modo que destarte deriva-se na reincidência do sujeito asilado. De outro ângulo, a própria avaliação das intervenções terapêuticas é feita a partir da observação (sinais, sintomas, comportamentos agressivos, agitações, vestuário e higiene), instituindo-se um jogo de observação do usuário (SARTORI, 2011). Trata-se, portanto, do próprio processo de institucionalização, que remeterá sempre a um sujeito construído pelo discurso cujas condutas clínicas visam cuidar.

Das discursividades da equipe diante da recusa, faz-se então a inversão de que a recusa só existe à equipe que não negocia. Em referência à Basaglia no Anúncio do fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste em 1976: o fim da tutela e o início do contrato, significando então o fim da gestão total do doente, inaugura a reciprocidade do discurso, a possibilidade de se opor (GALLIO, 2008).

Sobre o artigo

Recebido: 15/10/2015

Aceito: 15/11/2015

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p 45-63.

BRASIL, **PORTARIA MS 3088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, Setembro 2006.

EMERICH, B.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, Dec. 2014.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

GALLIO, G. La Distruzione Dell'ospedale Psichiatrico" Trieste – Cronologia (1971 - 1981). **L'ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste – Storia e cambiamento (1908 - 2008)**, Electa, Milano, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

Ministério Público Federal; Procuradoria Federal dos Direitos Humanos. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. Brasília, 2012.

NETO, F. K. Ideologia e reforma psiquiátrica: crítica do laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental. **A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, v. 2, n. 1, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. de L.; SANTOS, D. V. D. dos; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L. L. M.; ANDRADE, P. M. de; BORGES, L. R. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. O. **Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucited, 2012.

PEREIRA, I. M. L. Arquivo e memória: uma análise dos conceitos de arquivo segundo Michel Foucault e Roberto Gonzalez Echevarría. **Fólio – Revista de Letras**, Vitória da Conquista. V. 3, n.2, p. 319-331, 2011.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SARTORI, L.. O Manejo da Cidadania e a Democracia do Cuidado. **Campos** (UFPR), v. 12, p. 85-101, 2011.

WEIGERT, M. O discurso psiquiátrico na Imposição e Execução das Medidas de Segurança. **Revista de Estudos Criminais**. Vol. 6, Nº 21, p. 131-146, 2006.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro, 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ.