

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

ANA CAROLINA FLORENCE DE BARROS

A Clínica no CAPS III – sobre um resto que nos escapa

Campinas

2013

1. Introdução

O tratamento psiquiátrico no SUS tem como dispositivo central e articulador o CAPS, cuja proposta é ofertar cuidados aos pacientes psicóticos e neuróticos graves, bem como receber os egressos de hospitais psiquiátricos que foram fechados depois da implantação das novas e vigentes políticas públicas em saúde mental.

Com isso pretendeu-se superar as antigas formas de cuidado que tinham como elementos centrais a segregação e o tratamento moral. Com o advento da psicofarmacologia e da psiquiatria como disciplina cientificamente reconhecida dentro da medicina, o tratamento, para além de seus aspectos higienistas e do cumprimento das demandas sociais de exclusão do louco, adquiriu estatuto científico e conferiu às formas de violência um aspecto médico cujo principal efeito foi o de ratificar as práticas mais antigas e arcaicas de controle sob a égide de um saber reconhecido socialmente.

Na Itália, a chamada Reforma Psiquiátrica se deu num momento de grande efervescência política e miseráveis condições sociais, manifestas claramente no desemprego maciço entre os jovens e na pobreza. O contexto foi frutífero para os movimentos sociais e populares e uma unificação das causas marginais foi possível, de modo que o louco, diferindo pouco das pessoas comuns que também se encontravam em condições terríveis, tornou-se pauta importante na agenda política de mudanças que uma determinada população urgia por fazer.

A experiência de Trieste foi possível pela mobilização popular e pressão política exercida num momento em que os direitos humanos de todos estavam colocados em xeque. O idealizador desta reforma mapeou o papel social que a instituição manicômio cumpria e formulou uma saída que modificaria estruturalmente o manicômio, lugar privilegiado da dominação, do controle e da violência e também deslocaria a lógica do tratamento de seu cerne clínico-médico para a lógica da saúde e autonomia.

No Brasil, os CAPS III foram criados no bojo da construção do sistema único de saúde e as reformas sanitária e psiquiátrica andaram lado a lado impulsionadas pela força dos movimentos sociais da época. Dez anos depois da criação destes serviços, podemos avaliar alguns efeitos da Reforma sobre o tratamento dos loucos.

2. Os Loucos em Questão

Quem é o público alvo deste dispositivo e como chegam os sujeitos aos serviços? Na gênese deste dispositivo está a função de acolher e tratar os pacientes egressos dos serviços hospitalares de confinamento que vinham sendo fechados gradativamente. Os CAPS então vieram substituir os manicômios, propondo um tratamento aberto, com a retaguarda de alguns leitos para os pacientes mais graves ou agudos, com equipe multiprofissional que descentralizasse o lugar médico, ações de reabilitação e reinserção social, bem como atendimentos clínicos de psicoterapia ou terapias da fala.

Logo a centralidade do tratamento nos pacientes egressos se pulverizou para os loucos todos, tivessem eles em seu percurso de vida um histórico de internações hospitalares ou não. Muda também, como mudam sempre os sujeitos na história, a apresentação dos delírios e alucinações, dos sintomas e das queixas, assim como incham e inflam as categorias diagnósticas da psiquiatria, a variedade de fármacos e, portanto, a população alvo das ações em saúde mental.

É a força do saber/poder psiquiátrico com a produção intensa de nosografias, junto às descobertas psicofarmacológicas, que ampliam o escopo da doença mental do demente precoce e do paranóico para uma lista infindável de combinatórias de sintomas todos passíveis de serem tratados, preferencialmente com o uso de fármacos. Enquanto a ciência avança, as equipes multidisciplinares cobrem o porvir com suas chamadas “terapias de suporte” ou “adjuvantes”.

O fechamento dos leitos psiquiátricos só foi possível, diz-se por aí, em razão das descobertas farmacológicas que cumprem a função de reduzir a exuberância do sintoma, regular o desejo, modular a pulsão, lentificar o

pensamento, inibir a subjetividade e motricidade do sujeito. Na troca do confinamento pelo psicofármaco há somente uma sofisticação de método.

Na há dúvida alguma que os novos fármacos, em especial os antipsicóticos, são importante elemento de moderação do sofrimento, sem os quais por vezes se torna impossível o acesso pela fala, as possibilidades de contratos e o próprio estar no mundo, o que pode ser bastante ameaçador.

A sutileza do trabalho na saúde mental está na promoção do deslocamento da lógica manicomial, sem substituí-la pelo discurso psiquiátrico e farmacológico da loucura, procurando atender às singularidades do sujeito e construir o caso clínico de maneira a garantir a condição de sujeito a alguém, tanto do ponto de vista dos direitos civis e da vida social, quanto da subjetividade de cada um. Dessa maneira, pensando nos embates teóricos acerca da clínica e da reabilitação social como modos de operar na saúde mental, podem-se propor intersecções possíveis levando em conta os principais elementos de cada discurso, a saber, a universalidade da exclusão social do primeiro; e a singularidade da escuta analítica do segundo. Com isso pretende-se mostrar que não se tratam de discursos excludentes, mas que se complementam e compõem um tratamento melhor aos usuários dos serviços de saúde mental.

A experiência de Aprimoramento Profissional suscitou questões relativas à clínica realizada no CAPS III, seus limites e potências.

A produção de cuidado nestes novos dispositivos conta com o estofo teórico de pensadores que concebem formas de se diluir a universalidade da missão da saúde mental, a saber, tratar e em última instância curar, na condução dos casos, reconhecendo a singularidade de cada sujeito e procurando adequar as ofertas de tratamento às necessidades de cada um. Isto quer dizer que apesar de ser um serviço 24 horas, com leitos, psiquiatras e psicólogos, o que deve ditar a condução de cada caso é o próprio sujeito, a partir da escuta.

É nesta concepção de tratamento que uma virada que se pode dizer epistemológica se dá, pois o saber se desloca dos cuidadores para o usuário, e este deixa de ocupar o lugar de objeto de intervenções para ascender à condição de sujeito. Há uma dimensão difícil nesta articulação, pois a própria

estruturação do sujeito na psicose, tem a ver com a condição de objeto que alguém ocupa em relação ao Outro, de modo que se pode dizer que há um efeito terapêutico de saída na assunção radical de que o paciente é alguém que tem condições de fazer escolhas e cujos dizeres tem importância àqueles que o cercam.

Entretanto, o que garante que seja este o fio condutor dos tratamentos no CAPS III? Há sempre a possibilidade de que aquilo que deve dar-se em ato seja capturado pelo discurso e lá sobreviva sem jamais se efetivar na clínica.

Se a psicoterapia institucional defendia a existência de espaços de diálogo para garantir minimamente um tratamento simbólico às dificuldades e impossibilidades que se apresentam cotidianamente no tratamento do louco; a saída que garante o não enfrentamento destes impasses em ato é o discurso ideológico e o modo como ele se articula nos espaços de trocas simbólicas tanto entre profissionais quanto nas relações terapêuticas.

Podemos dizer que há sempre um “resto” inominável e de presença aterradora que a clínica das psicoses produz, e que os discursos ideológicos de qualquer natureza cumprem a função de escamotear. É deste resto que quero falar. Para enfrentar o fracasso da cura nos termos médicos e biológicos; a ineficácia do discurso científico no tratamento destas pessoas; a exuberância do sintoma que não se rende às mais belicosas investidas, parece ser primordial um posicionamento clínico que reconheça estes aspectos do tratamento das psicoses sem procurar a assepsia da remissão sintomática ou a perfeita inclusão social de cada cidadão louco.

Ilustro com dois casos:

3. Os Casos

F. chega ao nosso CAPS depois de uma internação em hospital psiquiátrico, e antes de sua inserção em nosso serviço, realizava seu tratamento num CAPS álcool e drogas. Quando de sua chegada passamos a escutá-lo. Passou períodos longos no leito noite oscilando entre as posições de morador de rua usuário de crack, e paciente perfeito. Na primeira se identificava como um morador de rua sem família, sem filiação, usuário de drogas; e na segunda,

como aquele que responderia idealmente às nossas expectativas, organizando seu dinheiro, fazendo cursos e tomando a medicação corretamente sem usar drogas.

A própria posição subjetiva do sujeito, que como num ciclo passava da perfeição absoluta ao pior dos dejetos, nos deixava às voltas com a questão da vinculação no tratamento e a repetição de ciclos destrutivos que se iniciavam sempre que o projeto de perfeição se desmanchava, o que levava F. de volta à rua e para as drogas, retornando dias ou semanas depois para nova entrada em leito noite.

Da mesma forma que o paciente via-se como dejetos ou perfeição, também a equipe oscilava para ele entre ambas as posições. Quando nos colocava em lugar de dejetos deixava de se tratar e dava-se alta. Nos momentos em que nos reconhecia como uma equipe disposta a secretariá-lo, logo aparecia a persecutoriedade.

Num determinado ponto do tratamento, no qual estávamos ajudando-o a organizar seu dinheiro e os cursos que tinha vontade de fazer, optamos por dar alta do leito num momento anterior à posição de dejetos que viríamos a ocupar logo em seguida. De modo que a partir deste ato clínico o usuário passou a nos reconhecer como sua equipe cuidadora, elegendo um médico e uma psicóloga como terapeutas a quem dirigiria sua demanda de tratamento. Aparece um sujeito.

Foi possível a partir de então escutá-lo sem a radicalidade das duas posições antes citadas. A medicação passou a ocupar um lugar menos ameaçador e compor seu tratamento. O usuário neste momento nos informava que necessitaria de três meses para se tratar, antes de procurar uma pensão, iria almoçar todos os dias no CAPS e tomar a medicação corretamente, além de participar das aulas de Kung Fu no Centro de Convivência que freqüentava.

F. propunha um projeto que respondia a uma institucionalidade do CAPS, um certo projeto que se repete na instituição. Porém, estes três meses não passavam nunca e sempre se renovavam como três meses sem guardar qualquer relação com o tempo real. O projeto ideal, do paciente ideal se

concretizaria num tempo ideal que não chega nunca. Num ato clínico angustiante marco sua relação com esta temporalidade, o que tem um efeito intenso.

É em torno desta marcação de realidade que o usuário coloca-se a trabalho, não sem angústia, procurando uma pensão e nos informando de como vinha organizando sua vida, nos colocando no lugar de testemunhas de sua melhora. Passa a ir mais ao Centro de Convivência onde tem livre acesso ao café, diferente do CAPS onde tem que se submeter a horários específicos e quantidades reguladas pela equipe. O efeito disto sobre F. é notável, escolher quando quer tomar café e poder fazê-lo, coloca-o em nova posição. Encontra então a pensão na qual vai morar e dorme por uma noite, em seguida nos dizendo que aquilo não era nada do que havia imaginado, desistindo do plano e voltando à casa de sua mãe, que o recebe.

F. passa algumas semanas sem freqüentar o CAPS como combinamos, nem tampouco está na casa de sua mãe ou numa pensão. Passou um tempo numa barraca, elemento que aparecia com freqüência num delírio que nos contava e deixou de tomar a medicação.

Depois de uma intervenção bem sucedida em território de um membro de nossa equipe, F. volta a freqüentar o CAPS, às vezes pedindo leito, às vezes dizendo que não voltará nunca mais. A equipe suporta esta maneira de se vincular ao tratamento.

Como ler os efeitos do tratamento no CAPS neste caso em particular?

Inicialmente recebemos alguém cujo delírio oferecia pouca potência para a vida. Sentia-se injustiçado de várias maneiras, afirmando que a idéia da novela Kubanacan havia sido dele, porém nunca recebeu os devidos honorários por sua contribuição; dizia também ser filho do nadador Cielo, que é rico e famoso porém nem sabe de sua existência; encontrava uma solução mágica para sua vida numa ressurreição que aconteceria depois que desse um golpe de faca na própria barriga para renascer como uma fênix, com super poderes e viver num acampamento em barracas de alta tecnologia; falava também da ordem de pégasus que teria a ver com uma modalidade de Kung Fu que havia feito.

As soluções mágicas, os super poderes e a condição de injustiçado foram gradualmente se transformando em elementos que puderam ser incorporados à vida cotidiana. A percepção de que sua família não o compreendia e nem o queria substituiu o erro de paternidade que figurava no delírio; o Kung Fu passou a representar para o usuário uma arte marcial que lhe deu “corpo de homem” e organizou uma filosofia de vida pautada na humildade e no respeito; a barraca que seria o ponto final de sua jornada foi sua casa por um tempo.

Difícil aceitar que morar numa barraca ou na rua, tomar a medicação de maneira errática e freqüentar o CAPS quando quer é um bom efeito de tratamento. Poderíamos ter insistido na pensão quando o usuário nos conta que não era nada do que imaginava, quando voltou ao CAPS poderíamos ter ofertado um novo leito, poderíamos ter sido bastante enfáticos quanto à importância da medicação no seu tratamento, no entanto, a escolha de secretariar e testemunhar o psicótico implica numa revisão da idéia de reabilitação social e de adaptação.

Não o ensinamos a organizar seu dinheiro para comprar cigarros, pagar uma pensão, guardar um pouco para quem sabe uma viagem no final do ano como nós neuróticos gostamos de fazer. Tampouco exigimos dele que fosse um paciente ideal e que respondesse ao nosso desejo enquanto equipe, estando absolutamente atentos aos gestos que nos oferecia e nos valendo deles para orientar nossa ação clínica.

Com este usuário em particular, a instituição encontrava-se em lugar delicado, pois ocupava as mesmas posições que ele, enquanto o pior lugar de tratamento e o lugar ideal que ele nunca deixaria. Os efeitos institucionais podem ser menos devastadores quando as ações clínicas que privilegiam a singularidade são mais consistentes que a universalidade da instituição. Com isto quero dizer que apesar da existência do paciente modelo, que toma sua medicação, freqüenta o CAPS assiduamente, faz terapia, mora numa pensão e tem uma certa autonomia de vida, a singularidade de cada um pode ser contemplada, se orientada pela construção do caso clínico no lugar do ideal de tratamento que tem a saúde mental. A força instituinte, que garante a existência de tratamento, é portanto, o próprio paciente.

Outro caso desafiador neste percurso no CAPS foi o usuário N. Trata-se de alguém que conheci um ano antes no Núcleo de Retaguarda e me lembrava dele por uma cena que adquiriu status mitológico, em que o paciente quebrou um vidro blindado com um soco. Digo mitológico, pois sua história o antecede e amedronta a todos, era visto como um criminoso, violento e imprevisível.

Numa ocasião veio ao CAPS e foi acolhido por mim e outra psicóloga. Nesta época, frente à sua recusa de frequentar o CAPS, optamos por realizar visitas domiciliares para acompanhá-lo no território. Passamos então a ir à sua casa quinzenalmente sempre ofertando que viesse ao CAPS mesmo que fosse para tomar banho, comer algo e dormir uma noite.

N. mora num barraco que nomeava de “triler”, decorado com plantas, bonecos e objetos cuidadosamente dispostos numa organização um tanto macabra. Ao longo do ano realizamos visitas domiciliares nas quais atendíamos o paciente e sua família, acompanhando sua loucura intensa, seu uso de drogas, sua vinculação com o crime e problemas com a justiça.

Ao poucos fomos contratando algumas coisas, como a tomada de uma medicação de depósito, a implicação da família no tratamento e a construção de uma rede de apoio junto a vários serviços da rede aos quais ele recorria.

Num determinado ponto destas visitas, soubemos de uma ameaça de morte bastante grave, quase levada a cabo por criminosos do bairro, e frente ao risco de morte que o paciente enfrentava optamos por interná-lo, visando primordialmente garantir sua integridade física, porém, pensamos em aproveitar o espaço da internação para realizar consultas com a promotoria acerca de processos criminais aos quais responde; atender a família com maior frequência, e possivelmente introduzir uma medicação antipsicótica por um período de tempo em que pudéssemos avaliar eventuais efeitos benéficos.

Garantimos sua integridade física, quanto a isto não há dúvida. No entanto, apesar dos esforços intensos de transmissão do caso e de nossas expectativas em relação ao tratamento, enfrentamos uma compreensão distinta do caso, tanto do ponto de vista diagnóstico quanto do projeto terapêutico que vínhamos propondo. Foi possível realizar a consulta com a promotoria e esclarecer sua

situação judiciária, bem como atendê-lo com boa frequência no período em que esteve internado. No entanto, segundo relatos da equipe cuidadora neste momento, N. pedia alta todos os dias, era impossível atendê-lo, medicações extras e bastante sedativas eram prescritas diariamente e eventualmente N. fugiu.

Depois de sua fuga e um breve período sem notícias, N. vem ao CAPS, nos acessando novamente, sendo possível atendê-lo, ajudá-lo com suas pendências jurídicas, e medicá-lo.

O que ensina este caso?

Pode-se dizer que este paciente foi marcante por sua recusa radical à institucionalidade. Quando vinha ao CAPS elegia quanto tempo ficaria; em sua casa, nos recebia e nos mandava embora; foge da internação; não assina sua carteirinha de liberdade condicional e mesmo sendo intimado diversas vezes não comparece à audiência.

Aceitamos tratá-lo assim. Aceitamos e suportamos tratá-lo da maneira menos ortodoxa possível, sem vê-lo no CAPS, às vezes sem medicá-lo, testemunhando a exuberância de um delírio de injustiça profunda, na qual ocupa posição de dejetos; testemunhando uma relação perigosa com a criminalidade, na qual sua vida está em jogo; suportando seu modo absolutamente singular de estar no mundo, e com muito sofrimento.

Por que chamar isso de tratamento? Por que não assumir uma falência da instituição? Por que não dizer que este é o fracasso absoluto do projeto terapêutico singular no CAPS, que culminou inclusive numa internação? Estivesse ele devidamente medicado, teria N. se exposto a tamanho risco?

Estes questionamentos estavam na ordem do dia quando pensávamos em como tratar alguém tão impermeável às ações clínicas com as quais contamos na esperança de talvez diminuir o sofrimento da existência em condições tão adversas. O que pude aprender com este caso, ao longo deste ano, é que a maneira mais digna de tratar em saúde mental sem que a ordenação dos corpos, a remissão dos sintomas, a inclusão social e a normalidade imperem, nos enredando pelos becos e vielas da exclusão, da dominação e da

alienação; é suportar este resto de que antes falava, sem ser dominado por ele e levado ao furor de salvar vidas e curar pessoas, custe o que custar.

O esforço de pensar e construir o caso clínico constantemente, sem ceder às promessas milagrosas da psicofarmacologia, sem confiar cegamente na infalibilidade do CAPS, evitando as armadilhas do discurso ideológico que privilegia a universalidade da missão da Saúde Mental em detrimento da singularidade do sujeito, é a tarefa cotidiana que exercemos e aí haverá sempre um resto que nos escapa.

4. Bibliografia

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>> Acesso em 8 de agosto de 2011.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 fev. 2010.

BICHAFF, R. *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica*. 2006, 217f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/pt-br.php>> Acesso em março de 2011.

BEZERRA, B. M. – A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) – Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996.

GOFFMAN, E. – Manicômios, prisões e conventos. 6a Ed. São Paulo, 120 Editora Perspectiva, 1999.

LACAN, J. – O Seminário, livro 3, As psicoses. 2a Ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1988. pg.102.

_____ - O Seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

_____ - De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Escritos. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

LAURENT, E. – O analista cidadão. In: Curinga. Revista da Escola Brasileira de psicanálise, Seção Minas: Psicanálise e Saúde Mental 13: 11-16 Set, 1999.

PEREIRA FURTADO, J.; ONOCKO CAMPOS, R. T. ; A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. VIII, p. 109-122, 2005. Disponível em <http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/transposicao_das_politicas.swf>. Acesso em 1 de outubro de 2011.

RIBEIRO, P.R.M. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*; 48 (2). 53-60, 1999.

SCARCELLI, I.R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/pt-br.php>> Acesso em 10 de outubro de 2011.

ROUDINESCO, E. – Por que a psicanálise? Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor Ltda, 2000.

VIGANÓ, C. – A construção do caso clínico em Saúde Mental In: Curinga. *Revista da Escola Brasileira de psicanálise – Seção Minas: Psicanálise e Saúde Mental*. 13: 51-54 Set., 1999.