

A IMPORTÂNCIA DA PSICANÁLISE PARA UM DIAGNÓSTICO CLÍNICO NO CAPS

Ana Beatriz Andrade e Sonia Alberti

Este trabalho resulta da inserção em um CAPS, localizado na zona norte do Rio de Janeiro, como pesquisadoras. A pesquisa, sustentada na prática clínica implicando em avanços teóricos conforme o método psicanalítico, está inscrita em um projeto maior, em andamento, intitulado “O acolhimento da intervenção psicanalítica em equipes de saúde, educação e justiça, em diferentes experiências”. Seu principal objetivo é verificar, a partir de uma articulação entre ensino, assistência e pesquisa, em que medida uma práxis orientada pela psicanálise pode contribuir para as equipes nas quais ela se insere ou inseriu. Após um longo trâmite burocrático, ela foi aprovada pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil. O critério para a escolha do serviço era, conforme preconiza o projeto em questão, a existência de alguém que se diga psicanalista naquela instituição. Fomos muito bem recebidas pelo psicólogo do CAPS que também é psicanalista, e que chamaremos Fagner.

Nossa entrada no serviço deu-se em fevereiro deste ano. Foi realizada uma verdadeira imersão no CAPS a partir da interlocução com Fagner. As atividades das quais pudemos participar foram: atendimentos clínicos, reuniões de início e fim de turno com a equipe, realização do grupo terapêutico “Ouvindo Vozes”, visitas – sendo essas domiciliares, à Residência Terapêutica e a um abrigo –, assembleia dos usuários, participação na convivência e acolhimento de primeira vez e, por fim, as “ditas” supervisões. Eis o porquê do “ditas”: o CAPS está sem supervisor há quase dois anos, o que não é sem consequências para o seu funcionamento. Da antiga supervisão semanal, restou uma reunião de equipe cujo objetivo inicial seria a discussão dos casos em atendimento, mas, na realidade, o que pudemos observar é que elas acabam se dando em torno da situação dos vínculos cada vez mais precários dos trabalhadores do próprio CAPS que estão adoecendo por conta de um descaso das autoridades para com as necessidades que o próprio funcionamento da instituição impõem.

Este CAPS atende aproximadamente 800 pacientes. Ressaltamos o aproximadamente pois nem mesmo sua diretora sabe dizer se esse é o número real. Dentre as atividades presentes nos projetos terapêuticos singulares (PTS) encontram-se: os atendimentos individuais com a referência do usuário – seja um psicólogo,

assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro ou até mesmo um técnico a nível médio –, a participação na convivência, nos grupos e nas oficinas terapêuticas. A assembleia dos usuários é organizada por todos os técnicos presentes e disponíveis no dia da semana.

Quanto ao espaço de convivência, ele normalmente é assistido por pelo menos dois técnicos que, muitas vezes, estão ali presentes tão somente para vigiar os usuários acolhidos, conforme constatamos. Não há uma proposta no que diz respeito ao trabalho da convivência propriamente, mas uma vigilância constante. A coisa fica ainda mais complicada quando pensamos na estrutura física do serviço pois trata-se de um complexo do qual fazem parte: uma UPA, uma Clínica da Família e o próprio CAPS. Por ser um CAPS III, acolhe usuários que são mantidos num espaço exíguo, com leitos, sem janelas, com salas para a assistência e um pequeno espaço com poltronas e sofá onde está a televisão. Os pacientes acolhidos ficam ali trancados e só podem, digamos, ver o céu, quando algum técnico se disponibiliza a levá-los para fora – um por vez – para fumar. Eis o problema da infraestrutura que, há quinze anos, é dita provisória.

Apesar de muitas adversidades que um CAPS atualmente atravessa, conforme muitos depoimentos mais recentes, quando há trabalho ele é de enorme valia clínica e social para com seus usuários. A convite de Fagner, durante nossa pesquisa pudemos participar do grupo Ouvindo vozes.

Ouvindo vozes

Em funcionamento há alguns anos no serviço, esse grupo acontece semanalmente. Originalmente criado por uma psicanalista que saiu do serviço, o psicólogo que tão bem nos recebeu continua coordenando-o. O grupo ficou um tempo interrompido em função da pandemia e retornou em março deste ano, retorno esse que pudemos acompanhar. É de praxe que os usuários participantes expliquem para uma pessoa nova sobre o que é aquele espaço. Em uma situação dessas, com a chegada de uma usuária que nunca havia participado desta atividade, Pedro¹, paciente assíduo do grupo, explica “*aqui é o grupo onde a gente expõe aquilo que nos aflige através das vozes. Aqui é um grupo transparente que a gente fala o que sente em relação às vozes*”.

É notório, de acordo com o Fagner, que os participantes que estão há mais tempo neste grupo terapêutico encontram meios de conseguir manejar, cada um à sua maneira, as vozes. Trazemos, nesse sentido, o exemplo de uma senhora que participa desde o início e conta, em seu retorno, “*As vozes eu tiro de letra. Quando elas vêm, eu mando*

¹ Os nomes aqui citados são todos fictícios.

elas a ver navios. Eu tenho uma família que gosta de mim. Quando elas vêm me perturbar, eu falo isso. Eu quero que vocês vão a ver navios. E elas me deixam". Estratégia – é assim que Pedro chamou quando ouviu o relato dela – bastante importante para a sua estabilização.

O grupo é, de certa maneira, autogestionado: os pacientes falam livremente, trocam experiências, fazem perguntas e dão respostas uns aos outros. Ao psicanalista, cabe o manejo para que a palavra continue circulando. Apesar do eixo do trabalho ser a por eles dita escuta alucinatória, as falas não se encerram aí e os pacientes podem trazer o que quiserem sobre sua semana, a vida, o mundo e, em muitos casos, sua experiência religiosa. O fato do atual coordenador que sustenta o grupo ser um psicanalista não está, de maneira alguma, desligado da importância do trabalho ali empreendido. Melhor dizendo, a sustentação por um psicanalista introduz nessa atividade algo que faz dela um espaço que permite a elaboração. É neste grupo que os pacientes, acometidos pelas vozes, têm voz e podem falar, o que barra as vozes que ouvem.

A maior parte dos usuários que participam do grupo, especialmente aqueles que estão há mais tempo, se identificam como esquizofrênicos. Um espaço tal que permite a elaboração possibilita, por exemplo, que, ao ser perguntado sobre o que entende por esquizofrenia, Pedro possa responder: *"Entendo que sou esquizofrênico. Quando vejo luzes, as vozes das luzes, não é real. Eu penso que é verdade, mas não tenho certeza. As vozes das luzes me chamam de Judas, de X9. E é pior ainda. Quando começo a ver luzes, começo a ouvir vozes das luzes. Elas dizem coisas que você vai enfraquecendo. Chama de tarado, vou ficando triste e penso que é verdade, aí quando aquilo acaba vejo que não é real"*. Em consonância com essa fala de Pedro, é impressionante a lucidez – o termo aqui por nós escolhido não é anódino – quanto à experiência do delírio na psicose em que o sujeito se percebe "enfraquecendo" diante do real que o invade, em particular o das vozes. O que ele, em sua fala de leigo, denomina como não real é justamente esse real invasor que, no momento em que não delira, "quando aquilo acaba" no dizer de Pedro, ele se dá conta de que a realidade é outra, diferente do que, com Lacan, chamamos de real. Sua fala testemunha o que ocorre na psicose quando nos é possível escutar o que o sujeito diz.

Já no caso de Luciana, que começou a participar esporadicamente do grupo em abril, as vozes começaram com um problema de insônia. A voz diz que vai picotá-la, ela sente sua cabeça inchando e, quanto mais barulho no ambiente, mais a voz aumenta e sua cabeça fica vazia. Nesses momentos, ela toma remédio para dormir, assumindo ser a única forma que encontra de parar a voz, mas essa sensação não cessa: ela tem

pesadelos. Podemos entender o recurso à medicação, única alternativa encontrada por Luciana, como uma forma de tentar fazer calar a voz – o sintoma –, na contramão daquilo que o grupo, coordenado por um psicanalista, propõe. O grupo sustenta a abertura de uma outra possibilidade, como dissemos, a de uma elaboração. Não negamos a importância dos psicotrópicos, mas reconhecemos que, na tentativa de calar *isso, isso* retorna no sonho. Assumimos um caminho outro de escoamento pela fala, de fazer falar, função do psicanalista.

Maria, por sua vez, no primeiro encontro do grupo terapêutico em seu retorno após a pandemia, traz sua angústia frente às vozes que escuta e às imagens que alucina. Afirma “*eu queria ignorar as vozes, mas acabo dando confiança*”. A intervenção do psicanalista vai na direção de dizer que estamos ali para encontrar um meio termo entre “ignorar” e “dar confiança”. Em uma entrevista, ele localiza aí sua proposta orientada por Freud e Lacan: não ignorar, ou seja, anular o delírio, tampouco dar confiança, melhor dizendo, ser escravizado pelo sintoma. Em verdade, inferimos que, ao dizer essa frase, Maria não está nem ignorando, nem dando confiança, pois só o fato de falar já dialetiza, abre caminhos para o sujeito se ver em uma terceira posição.

Os grupos e as oficinas do CAPS

Um grupo como o Ouvindo Vozes tem especificidades oriundas de sua coordenação por alguém orientado pela psicanálise. Sendo esse psicólogo o único psicanalista do serviço, isso leva à diferenciação deste, para com os demais grupos e oficinas daquele lugar. Como, por exemplo, o grupo de inclusão do trabalho apoiado, organizado por uma terapeuta ocupacional, cujo objetivo é introduzir no mercado de trabalho os usuários que gostariam de encontrar um emprego. Ele é salvaguardado por diretrizes específicas voltadas para pessoas com deficiência psicossocial, como nomeado pela lei, garantindo seus direitos. Uma iniciativa como essa também tem uma função fundamental inclusive para a transformação da vida de algumas pessoas. Demonstrando, assim, a importância da equipe multiprofissional e suas variadas frentes de trabalho que permitam uma direção clínica potencializadora do cuidado no CAPS.

Ressaltamos também o espaço da assembleia dos usuários não somente como um lugar de reivindicação, mas também de trocas entre pacientes e equipe. Citamos, em especial, a leitura da carta numa assembleia, produzida por uma usuária e endereçada à equipe do CAPS. Após diversas idas e vindas, chegando a ficar acolhida por um tempo no serviço, ela vem construindo um outro modo de estar no mundo. Reproduzimos aqui um trecho: “*Bom dia a todos que abrem mão dos seus problemas diários para cuidar com amor, carinho e zelo. Gratidão há toda equipe do CAPS. Tantas*

vezes que fiquei em crise e que fui muito bem cuidada por todos. Por mais que muitos falem e afirmem que sou louca vocês me provam o contrário... considero todos um anjo. E por mais que muitos afirmam que estou mentindo, vocês não desistiram de mim e isso não consigo explicar só posso crer que vocês trabalham com amor.”.

Questões que pudemos levantar ao longo da observação no local:

Elencamos algumas das questões que pudemos identificar ao longo de sete meses de pesquisa neste CAPS. Iniciamos com o relato de uma técnica do serviço na reunião de início de turno: no dito espaço de convivência, Pedro, paciente psicótico que participa do grupo Ouvindo Vozes, se joga no chão durante uma crise. A técnica, no lugar de ir ter com ele para verificar se está bem e perguntar o que estava lhe acontecendo, ignora-o. Ao relatar esse acontecimento, faz a seguinte observação para os outros técnicos: “ele se jogou no chão e foi até engraçado. Eu não ia dar valor àquilo”. Essa técnica, em eco com colegas da equipe, chama os atos de Pedro de “movimentos históricos”, e sua crise, de “show”. É curiosa a presença do significante “histeria” atribuído a quaisquer atos do sujeito, independente de sua estrutura. Seria essa uma leitura fenomenológica bastante apressada ou uma vulgarização da psicanálise?

Com frequência, membros da equipe chamam pacientes psicóticos de manipuladores e suas crises são descritas como “questão de caráter” e “dissimulação”. Sem formação continuada, os técnicos não têm norteadores que lhes permitam identificar questões básicas da clínica, e como não há um supervisor há quase dois anos no estabelecimento, que permitiria introduzir uma orientação teórico-clínica, uma crise psicótica é identificada como dissimulação ou um problema de caráter. Vê-se como um supervisor faz falta! Mas não qualquer um, e sim, conforme Rinaldi e Bursztyn (2008, p. 37), alguém que sustente “uma prática que tome o sujeito e suas escolhas como o eixo de um trabalho clínico”, uma orientação que redirecione a equipe às falas do sujeito.

Tendo em vista a orientação de nossa pesquisa, levantamos a hipótese que a psicanálise poderia melhor instrumentalizar a clínica no campo da saúde mental com as contribuições da obra de Freud e do ensino de Lacan no que tange à teoria e clínica da psicose. Testemunhamos, a partir da prática, que o diagnóstico em psicanálise tem a função de direcionar o tratamento para fazer valer a singularidade da fala e dos atos do sujeito.

Como já dizia Ana Cristina Figueiredo (1997), o modelo médico, fundamentado na ética da tutela, identifica a doença como algo que o sujeito tem, ou seja, *isso é da doença* e não há nada que a pessoa possa fazer para mudar, além de tomar regularmente suas medicações e seguir as demais prescrições em vista de controlar

isso. Dessa maneira, centraliza o saber na figura do técnico, cuja função é tutelar o usuário, seja pela via farmacológica, seja pelo caminho pedagógico.

Recorremos a mais um exemplo: integravam a equipe de nosso CAPS, que abrange um território de tamanha densidade – e complexidade – populacional, somente dois psiquiatras. É tamanha a demanda por atendimentos individuais para prescrição de receitas e produção de laudos e demais documentos, que evidentemente esses médicos tinham uma prática absolutamente engessada e sempre exclusivamente ambulatorial. Em julho passado, no entanto, um dos psiquiatras pediu demissão, deixando o CAPS com apenas um médico até pelo menos março do ano que vem, em vista das eleições municipais que impedem novas contratações agora. Lembremos: estamos falando de um CAPS III com, no mínimo, 800 usuários. Em uma reunião de equipe após a saída do médico, começou uma discussão sobre a continuidade ou não da assembleia dos usuários. Na realidade ela já não acontecia há dois meses e a discussão girou em torno do porquê disso. Várias foram as opiniões: falta um coordenador para essa atividade, sua regularidade deveria ser semanal e não quinzenal para que houvesse mais comprometimento; insatisfação com as atuais condições de trabalho e com a precarização do serviço. A partir da fala de uma das técnicas, uma quarta causa para a ausência das assembleias começou a ser levantada: não há interesse por parte da gestão do CAPS em manter as assembleias pois nelas, tanto usuários quanto técnicos podem falar e reivindicar os atendimentos e cuidados com os profissionais em serviço. Nas assembleias também, observava ela bastante angustiada e revoltada, os técnicos são interpelados pelos usuários sobre a precariedade do que lhes é oferecido e eles, técnicos, não têm no que responder, o que lhes traz muito incômodo. Não seria esse então um modo de silenciar as reivindicações dos usuários e o descontentamento da equipe?

Retomemos algumas das denúncias realizadas pelos membros da equipe pesquisada, em especial na reunião aqui relatada, que culminou na produção de uma carta por parte dos técnicos para a direção e coordenação técnica do CAPS. A carta foi uma saída encontrada pela equipe quando essa se viu sem voz frente à gestão que, muitas vezes, assume uma postura de pura advertência e punição com os demais trabalhadores. Como dito na introdução deste trabalho, as reuniões de equipe que originalmente visavam elaborar questões clínicas e sociais dos usuários, são atualmente apenas lugar de depoimentos dos trabalhadores da saúde mental cada vez mais adoecidos e atropelados pelas demandas do trabalho que é computado por índices de produtividade que estão longe de corresponder à real necessidade da presença dos técnicos no CAPS. Estes se queixam de: pouca abertura para o diálogo com a gestão,

direitos previstos pela legislação trabalhistas desrespeitados e falta de suporte técnico na condução dos casos clínicos. Quanto ao último, destaca-se a fala de uma psicóloga: *“sinto que estou emburrecendo aqui”*.

Se encontramos na equipe uma maior preocupação com os casos (e aqui cada técnico responderá à sua maneira com a formação que lhe foi possível) e na gestão, uma direção mais burocrática em vista das metas a serem cumpridas, caberia ao supervisor, de seu lugar terceiro nessa malha dupla, fazer um trabalho de costura "de forma que clínica e gestão compusessem um mesmo tecido", conforme descrevem Alberti e Palombini (2012, p. 723). Mas, novamente, um supervisor faz falta! É interessante observar também aquilo que Rinaldi e Bursztyn (2008) identificaram como a função do dispositivo da supervisão que combina tanto a clínica como também as questões institucionais. Para as autoras, quando essas são discussões isoladas, o debate fica circunscrito aos impasses burocráticos, à deliberação de eventos a serem realizados e à falta de recursos (humanos, de verba, de espaços), deixando de lado aquilo que para nós é mais caro: o sujeito e a clínica, melhor dizendo, a clínica do sujeito.

Figueiredo (1997) associa a esses impasses, aqueles que dizem respeito à leitura que a equipe realiza de uma determinada situação, seja na orientação de uma psicoeducação, de um medicalismo ou mesmo moralismo. O psicanalista, em meio ao imbróglio desses modelos, pode tomar como ponto de partida a ética da interlocução.

Se a mercantilização transformou o usuário num objeto do próprio discurso dominante – o do mestre moderno, como diz Lacan (Castro, 2009) – isso permite também a um técnico dentro de um espaço de convivência de um CAPS, o descaso para com o usuário que acaba de se atirar no chão numa crise psicótica em que ele poderia ter se machucado gravemente. Finalmente, o próprio técnico no contexto é tratado como um objeto de mercantilização pois não é minimamente levada em conta a deficiência em sua formação que não lhe dá subsídios para sustentar a prática que se faz de conta que ele sustenta: o serviço público de assistência ao usuário psicótico. Levantamos a hipótese de que o desmonte a que assistimos inseridos na equipe do CAPS, que leva a um descaso para com a formação e a orientação dos próprios técnicos que nele fazem um trabalho muito árduo e nada reconhecido, é intimamente correlato ao descaso para com os usuários que o próprio diagnosticismo pelos manuais vem sustentando cada vez mais. Por sua vez, o trabalho hercúleo dos profissionais que persistem na sustentação do CAPS do modo como originalmente foi proposto, merece todo nosso apoio e suporte, talvez hoje mais ainda do que ontem.

Referências

ALBERTI, Sonia; FULCO, Ana Paula Lettieri. Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VIII, núm. 4, dez. 2005, pp. 721- 737.

ALBERTI, Sonia; PALOMBINI, Analice de Lima. Supervisão em CAPS: Uma Abordagem Psicanalítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 3, p. 716-729, 2012.

CASTRO, Júlio Eduardo de. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online], v. 12, n. 2, p. 245-258, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000200006>. Acesso em 07 jul. 2024.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

RINALDI, Doris Luz; BURSZTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008.