

O cuidado na saúde pública: potencialidades de uma clínica em movimento

The care in public health: potentialities of a clinic in motion

Mariana Desenzi Silva

Resumo

O presente relato de pesquisa, um recorte de um trabalho de monografia, tem como objetivo problematizar o cuidado em um equipamento de saúde, o CAPS, levando em consideração as observações feitas pela própria pesquisadora. Através da utilização de diários de campo, como estratégia metodológica, busca refletir acerca das diferentes intervenções existentes em um cotidiano de cuidado, bem como trazer à luz intervenções não originárias de uma técnica propriamente dita, mas de uma experiência no contato diário com os usuários do serviço. Assim, também nesse trabalho se explora o cuidado mediado pela escuta – orientada pela Psicanálise – que se faz em um contexto pós-Reforma Psiquiátrica, levando em consideração uma clínica peripatética, que se movimenta para além de salas fechadas e no território.

Palavras-chave

Saúde mental; clínica ampliada; manejo clínico.

Abstract

This research report, a cutout of a monograph work, aims to discuss the care of a healthcare equipment, CAPS (Brazil's Centers for Psychosocial Attention), taking into account the observations made by the researcher. By using field diaries as a methodological strategy, seeks to reflect on the different existing interventions in an everyday care and bring to light interventions that do not originate from a specific technique, but an experience in daily contact with users service. Thus, this work explores care mediated by psychoanalytic listening - which is done in a post-Psychiatric Reform context, taking into account a peripatetic clinic that moves beyond closed rooms and in the territory.

Keywords

Mental health; extended general Practice; clinical management.

Mariana Desenzi Silva

Centro de Atenção

Psicossocial Professor

Luís da Rocha Cerqueira

Recém concluído o Programa de Aprimoramento Profissional no CAPS Itapeva. Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Atua como Acompanhante Terapêutica.

Possui interesse por questões relativas à Psicologia Clínica, à Psicanálise e à Saúde Mental e Coletiva.

mdesenzi@gmail.com

O cuidado na saúde pública: potencialidades de uma clínica em movimento

Vivemos em um contexto pós-início de Reforma Psiquiátrica no Brasil e, portanto, em um momento no qual nos deparamos com esforços – e conquistas – que vão no sentido de romper com um paradigma hospitalocêntrico que buscava tratar sintomas, reduzindo o indivíduo que procura os serviços de saúde à sua doença, como se houvesse um “apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais [dele]” (CAMPOS, 1997, p.). Assim, o novo paradigma se propõe a posicioná-lo no centro das intervenções promotoras de saúde, relacionando-as com os diferentes contextos que compõem sua experiência subjetiva: biológico, social, histórico. Tal paradigma faz oposição ao anteriormente vigente à medida em que tal indivíduo é visto como sujeito¹ multifacetado, com processos de saúde e doença muitos mais complexos, abandonando explicações simplistas que se propõem a dar conta da pluralidade dos processos de saúde e doença.

Compondo parte da concepção de novos serviços em saúde mental está o trabalho em equipe multiprofissional (FIGUEIREDO, 2005), que vai ao encontro da necessidade de uma rede de cuidados mais integrada tendo como intuito romper com a noção fragmentada do cuidado. A partir do momento, em que encara as demandas complexas dos sujeitos como carentes de múltiplas possibilidades de intervenção e de articulação de ações promotoras de saúde. Essa modalidade de trabalho é construída de forma coletiva no sentido de superar uma visão biomédica hegemônica e verticalizada e de “estirar as bordas” (CASTANÕ et al., 2013, p. 35) de uma clínica, abarcando a possibilidade de pensá-la a partir de diversos ângulos e vocabulários e de trocas que qualifiquem a proposta clínica de cuidado oferecida àquele que recorre ao serviço. Em outras palavras, fala-se então de uma clínica que se amplia em seu corpo de profissionais para cuidar e que traz como dimensão uma escuta do sujeito em questão: a Clínica Ampliada².

Dentre os diversos saberes que compõem o campo antimanicomial, aquele em que se funda o presente trabalho é o psicanalítico que, como projeto clínico, tem na escuta a sua dimensão essencial. Inaugurada em Freud como dispositivo correspondente à regra fundamental da associação livre, valorizando o discurso daquele que fala, a escuta é fundamental para a elaboração de um trabalho terapêutico. Segundo Rinaldi (2000), tal dispositivo vem operando transformações importantes na relação da equipe com a loucura, no contexto reformista, uma vez em que esta apropria-se da escuta em sua própria prática, mesmo não tendo necessariamente contato com a psicanálise de forma direta. Associando essa ideia ao cuidado, é interessante que se compreenda a relevância de que profissionais desse campo acabem por cuidar de sua própria escuta, no sentido de livrá-la de saberes à priori (RINALDI, 2000) e permitindo que haja uma abertura para escutar a verdade da experiência (BIRMAN, 2011).

A psiquiatria dispõe de manuais diagnósticos³ que buscam categorizar os sintomas dos sujeitos, encaixando-os em algum nome que detém o saber sobre quem aquele sujeito é. Diferenciando-se da escuta psicanalítica, a medida em que esta última considera, que os sintomas sejam amarrações singulares, que guardam sentido em sua trajetória e vão evidenciando formas de posicionamento subjetivo. Considerando a escuta psicanalítica como instrumento de referência para o trabalho de acolhimento na saúde mental, torna-se possível ir recolhendo os significantes que compõem a história do sujeito e seu modo de estar no mundo com o objetivo de tecer um saber essencial para compor um projeto terapêutico para ele (FIGUEIREDO, 2005). Assim, pensar numa escuta que se aproxima dos conceitos defendidos e propagados pela Reforma Psiquiátrica é fazer uma

1

Neste trabalho, a partir de um posicionamento ético-teórico, é feita a escolha de utilizar a palavra “sujeito” para se referir àquele indivíduo a quem, em sua dimensão subjetiva, dirigem-se as intervenções clínicas no enquadre de uma política pública de saúde, tendo como horizonte a Clínica Ampliada. A leitura que atravessa a pesquisadora, como ficará mais evidente ao longo do texto é a psicanalítica, que se utiliza desse termo para se referir a um “indivíduo que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles[...]” (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 742). Compreendido no laço social, o sujeito assim é nomeado levando em consideração o processo de constituição subjetiva pela qual passara e, em decorrência deste, o modo como vai estabelecendo relações com o mundo e sua ordem simbólica. Entende-se que a subjetividade se constitui na relação com a alteridade. Para a psicanálise, o sujeito se distingue de um ser biológico e daquele da consciência filosófica, dando lugar ao sujeito desejante, partindo da noção do inconsciente (TORREZAN; AGUIAR, 2011). Portanto, esse termo será utilizado quando se referir a uma clínica e ao manejo da transferência.

2

Como parte da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), coloca-se a Clínica Ampliada no sentido de assumir um compromisso ético com o sujeito que se utiliza do serviço de saúde pública, considerando as questões de cuidado em toda sua complexidade e preconizando uma mudança no modelo de cuidado. Assim, vendo o sujeito de forma singular, é possível conduzir seu tratamento de maneira mais integrada, tanto na relação com o usuário quanto na equipe que pensa um projeto de vida para ele.

3

Atualmente são eles, principalmente: DSM V e CID 10.

aposta de um cuidado que considere a totalidade da experiência apresentada na verdade que se ouve desde o primeiro acolhimento com determinado profissional. Cito Bezerra Jr. (2007):

Adotá-la [a perspectiva holística] significa dizer que ao falarmos de sujeito, vida mental e sintoma, falamos [...] de um campo intencional, um campo de ação no qual o indivíduo se projeta no mundo, um campo experiencial complexo para o qual concorrem igualmente fantasias idiossincráticas, predisposições biológicas e prescrições culturais (p. 23)

Levando em conta o paradigma com o qual se busca romper, aquele em que o profissional se inclinava sobre uma doença – era a doença que se fazia como questão – o questionamento que se propõe a fazer atualmente é o que centraliza o usuário do serviço. O que se busca então é que nos inclinemos em direção a ele, complexo em sua forma de estar no mundo, inserido em relações sociais, em vínculos e acometido por uma doença que não define quem ele é, mas que faz parte de como se constitui – dessa forma, é o sujeito que está em questão. Falar sobre um novo paradigma que vai sendo vislumbrado, sobre reestruturação da rede de serviços de saúde, sobre uma equipe composta por saberes diferentes (que não sejam superados e sim complementados), sobre diferentes lugares – físicos e subjetivos – em que a atenção seja proporcionada é falar, sobretudo, em cuidado. É daí que surge, enfim, a questão norteadora da pesquisa⁴ desenvolvida.

O terreno em que começa o projeto dessa pesquisa é o cotidiano de práticas em saúde mental dentro de um Centro de Atenção Psicossocial; é nesse território que são pensadas ações e intervenções coletivas de cuidado para um determinado público específico. São os encontros realizados nesse espaço, entre pares e entre usuários e técnicos, que promovem condições para que a escrita se desenrole. Como disse Onocko-Campos, “não há escrita que não tenha sido provocada, produzida, pela vida real e concreta, ao menos para quem escreve” (2013, p. 77). O cenário em que se apresenta a cena escolhida corresponde a uma realidade concreta da vida daqueles que historicamente foram segregados pelo discurso psiquiátrico e, diante dessa possibilidade de ruptura com o antigo paradigma, podem vislumbrar novas possibilidades de cuidado, estas que surgem como horizonte no trabalho dos equipamentos substitutivos.

A partir da adoção de um trabalho compartilhado, seja na equipe, seja com o usuário que guarda a verdade de si, esta pesquisa se propõe a refletir acerca de práticas clínicas que vão para além de consultas individualizadas – sejam elas feitas por médicos, psicólogos, ou qualquer outra categoria profissional. Coloca-se em pauta que é necessária uma reformulação do cuidado em saúde e, portanto, uma reformulação de uma clínica que passa a produzir uma direção de tratamento de maneira coletiva sem, no entanto, perder sua dimensão de singularidade. É justamente do particular que se recolheu de tal cena que se produz o questionamento: Como se cuida? E é, com base em uma cena cotidiana, que se apresentam formas pouco engessadas de cuidado possível que não pretendem se tornar manuais a serem seguidos, mas sim problematizar um cuidado que esteja mais fundamentado na experiência associada a uma ética.

Lancetti (2014) explica a etimologia da palavra clínica: *kliniké*, que significa cuidados a um doente acamado e *klíno*, inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente. Diante dessas definições, o autor questiona como elas se opõem ao movimento de uma clínica antimanicomial, uma vez que esta se dirige a pessoas de pé – o próprio leito pode carregar o hospício em sua imagem. No entanto, acho interessante pensar a clínica como o debruçar-se diante de uma questão do sujeito, inclinar-se sobre a queixa que ele

O presente relato de pesquisa é um recorte feito a partir de um trabalho de monografia apresentado para a conclusão do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva), sob a orientação de Lucas Hangai Signorini.

endereça a quem possa cuidar dele. Desse modo, como falado anteriormente, a utilização da palavra clínica caberia tanto às práticas médicas, quanto a outras práticas já descritas acima – como por exemplo, a psicanalítica. Uma vez que a atenção em saúde se volta, inclinando-se na direção de quem sofre repousa sobre o sujeito e sua questão, são resgatados ambos discursos: o da Reforma Psiquiátrica e o da Psicanálise.

É nesse resgate, sustentado em uma ética psicanalítica da escuta, que surge ainda como recurso interessante o pensar em uma clínica que possa se estender para além dos espaços circunscritos como de tratamento. Na aposta de que existe produção de saúde e reabilitação psicossocial no território, pode-se falar em uma clínica peripatética. Citando Nietzsche, “somente os pensamentos que surgem passeando tem valor” (NIETZSCHE apud LANCETTI, 2014, p. 15), é possível defender que há clínica no deslocamento pelos espaços da cidade, colocando-se – tanto usuário quanto profissional-junto – à disposição do acaso, no sentido de produzir afetos nas trocas sociais, a partir de encontros com a alteridade e tudo que ela carrega em seu bojo: a estranheza, o choque, a troca, o diferente e o similar. Assim, tanto física quanto subjetivamente, há movimento na clínica que se desloca de uma rigidez em direção a uma ampliação.

Metodologia

Esta pesquisa se propõe a refletir sobre fenômenos humanos para a produção de conhecimento na área de saúde e delinea-se como uma pesquisa qualitativa, de forma a jogar luz sobre outro viés da realidade empírica, sendo o seu foco o processo vivenciado pelos sujeitos a fim de compreender realidades e contextos distintos. Este tipo de abordagem se assenta em um olhar voltado aos indicadores subjetivos dos fenômenos descritos. Segundo Queiroz et al., “o pressuposto principal dessa abordagem é que não há padrões formais ou conclusões definitivas, e que a incerteza faz parte de sua epistemologia” (2007 apud. SANTOS, 1999, p. 75).

Pesquisas qualitativas podem abarcar uma série de métodos para sustentar suas hipóteses e, assim, outra variedade de instrumentos que entrem em contato com o objeto escolhido se colocam como possíveis. No caso desse estudo, o instrumento utilizado é o diário de campo: um registro de experiência que se constitui como descrição de processos de cuidado vivenciados num CAPS na cidade de São Paulo. Portanto, a metodologia escolhida para problematizar as questões relativas à pergunta central desse trabalho – “Como se cuida?” – é uma análise à posteriori de processos cotidianos de cuidado com os usuários do serviço, utilizando-se de anotações pessoais em modalidade de diário de campo. Este método se apoia na etnografia que preconiza a observação participante como recurso importante. Segundo Irribary, “o pesquisador inicia uma monografia etnográfica e uma auto-observação, as quais são registradas em um diário. Tal diário [...] será clínico” (2003, p. 126).

A etnografia, segundo Vieira (2008), entra em cena nas pesquisas antropológicas no século XIX tendo como um de seus pioneiros Bronislaw Malinowski, quando se percebe que há uma distinção epistemológica e metodológica entre o estudo das ciências matemáticas e naturais e o das ciências humanas. Levando em conta a especificidade e singularidade dos processos subjetivos vivenciados pelos humanos, surge a necessidade de que se elabore algum método específico e alinhado com tal sujeito-objeto de pesquisa. É a observação que torna possível a apreensão de fenômenos que serão descritos – na verdade, ela se constitui como imprescindível, uma vez que permite um contato muito próximo da investigadora-pesquisadora com aquilo que pretende apreender e sua participação conseguinte. Chamada de observação participante carrega no seu nome as duas facetas dessa

pesquisadora, evidenciando seu papel ativo na pesquisa: pesquisadora que observa e participa da experiência. A posteriori, reflete, compreende e interpreta o outrora vivido, trazendo à tona como percebe o sujeito-objeto sobre quem se propõe teorizar. Dessa forma, Vieira (2008) entende que há uma fusão entre um pesquisador e o horizonte de seu sujeito-objeto de pesquisa.

Se a compreensão do universo do outro só é possível a partir de uma fusão do horizonte (visão de mundo) do pesquisador com o horizonte do sujeito pesquisado, então o pesquisador tem um papel extremamente ativo no processo de pesquisa e de entendimento do outro. Assim, o próprio pesquisador necessariamente terá de se considerar incluído neste processo como uma 'variável'. [...] E é por isso que o pesquisador escreve, ele descreve o discurso e a ação do outro, e aí sim, nesta ação de escrever ele o constrói, ou o reconstrói em uma mistura (inevitável) de seu horizonte com o do horizonte do outro. (VIEIRA, 2008, p.36)

A partir disso, entende-se então que o diário de campo é uma estratégia que articula a prática à teoria adotada, relacionando eventos observados e compartilhados com a visão que atravessa a pesquisadora. Em se tratando dessa pesquisa, a proposta do diário de campo tem o intuito de apresentar um modo de cuidado. A partir de uma cena apresentada – presenciada e vivenciada por mim em um cotidiano de CAPS – uma análise será feita no sentido de tensionar o cuidado com o usuário do serviço, apoiando-se no referencial psicanalítico para problematizá-lo. Considerando tal ferramenta que se centraliza na observação, é através dela que “uma vez inserido em seu campo de investigação, o pesquisador delimita seu estilo de observação e o estilo de registro que irá utilizar” (IRIBARRY, 2003, p.125).

Partindo-se do pressuposto de que toda escrita guarda em si uma dimensão política, ou seja, relaciona-se com uma escolha feita pelo sujeito da linguagem e a forma como ele apreende e compreende seu contexto social, é interessante colocar como foi feita tal escolha implicada da cena em questão. Tal qual o modelo de diário de campo do tipo íntimo, contendo humores e emoções da autora (WEBER, 2009), esta cena conta mais do que fatos e falas, inclinando-se também para percepções pessoais e intervenções feitas tanto por mim mesma quanto por outro participante daquela situação. Como pesquisadora, a partir de um método etnográfico, estou em diálogo com os dados que desejo observar de forma ativa, tendo minha subjetividade também expressada – “em prol da fidedignidade e objetividade científica” (VIEIRA, 2008, p. 37). Nessa condição de construção do texto, pode-se identificar um caráter literário, o que favorece o “entendimento das ações e das situações vividas em campo” (VIEIRA, 2008, p. 37) e permite uma maior difusão de tal conhecimento produzido entre os diferentes lugares profissionais do serviço.

A experiência relatada se funda em um encontro, visto como acontecimento singular na relação com outro e que, por conta disso, não pode ser antecipado. Há, como pano de fundo, uma teoria estudada, uma visão de mundo que atravessa inclusive e principalmente, a pesquisadora-observadora-autora, além de uma história de relação com outros participantes ali. Mas como em um teatro do improviso, os atores da cena não tem suas falas lidas e decoradas previamente e estão posicionados frente ao acaso, com sua possibilidade de potência iminente. Vicentin (2006) escreve que “a experiência é um pensar que não economiza ações” (p. 113) e é esse “pensar-fazendo” (p. 113) que sustenta a escolha desta cena como vivência a ser refletida e descortinada a posteriori. A intenção de se apresentar a cena dessa forma é de que se possa simbolizar – no sentido de produzir significação e sentido – aquilo que foi outrora vivido de forma visceral e, a

partir de uma reflexão, pensar saídas outras e alternativas como recursos para o trabalho cotidiano de uma instituição em que o acaso e o imprevisto das situações da vida estão presentes de forma intensa.

Como mencionado acima, a teoria escolhida faz às vezes de pano de fundo e que, no caso dessa apresentação, trata-se da psicanálise. Desde seu advento, com Freud, tal pensamento já se desdobrava para campos como a sociologia, a cultura, entre outros (ONOCKO-CAMPOS, 2013), permitindo que houvesse articulação entre seus conceitos e atravessamentos. Um dos campos em que é possível aproximar as práticas psicanalíticas é o da saúde pública, tanto no que diz respeito à visão do usuário como Sujeito⁵, seu diagnóstico como também ao lugar ocupado pela instituição e pelos próprios trabalhadores frente ao adoecimento mental.

Apesar de aparente herdeira da psiquiatria, a psicanálise logo rompe com a noção fenomênico-descritiva desse campo para se lançar em direção ao inconsciente e voltando seus estudos para uma dinâmica de processos complexos de subjetivação: o inconsciente e suas formações e também o campo do Outro (FIGUEIREDO, 2004). A clínica da psicanálise é centrada na escuta, na qual o psicanalista vai recolhendo significantes (as palavras dotadas de múltiplas significações) do sujeito e os peneirando, no sentido de perceber as pistas que vão sendo deixadas pelo sujeito-usuário para a constituição de seu cuidado. É nesse ponto, sobretudo, que se percebe como a psicanálise tem a contribuir com o campo da saúde mental e coletiva já que a política pública de visão do sujeito converge com aquela proposta pela psicanálise, como nos diz Lacan: “O psicanalista certamente dirige o tratamento. [...] e não deve de modo algum dirigir o paciente” (1958/1998, p. 592).

O sujeito-usuário é que vai abrindo espaço, a partir de seu posicionamento subjetivo frente às condutas e manejos adotados pelo equipamento de saúde pública, para que o psicanalista (então trabalhador desse serviço) possa pensar uma intervenção de cuidado. Tal apontamento nos remete a como se pensa a construção de um Projeto Terapêutico Singular em um serviço de saúde pública, por exemplo. O singular, para a psicanálise, nesse contexto, “seria a articulação do particular de uma referência diagnóstica com o movimento do sujeito inconsciente.” (FIGUEIREDO, 2004, p. 78).

Tendo como teoria embasadora a psicanálise, não outro tipo de metodologia seria possível que não a qualitativa, já que uma pesquisa psicanalítica, por trabalhar com o inconsciente – este sendo impossível de previsão – não permite uma sistematização completa (IRIBARRY, 2003), resultando em uma pesquisa que pouco contém garantias de provas empíricas, sendo os resultados de outra ordem epistemológica: aqueles que permitem uma reflexão mais ampla sobre os efeitos recolhidos.

É possível alinhar ainda o instrumento escolhido, o diário de campo, com a pesquisa em psicanálise já que o pesquisador psicanalítico é considerado o primeiro sujeito da pesquisa como a dimensão ativa que é adotada pelo observador-participante da situação etnográfica. Segundo Iribarry (2003), o psicanalista que pesquisa tem participação na investigação que realiza à medida que se implica uma relação transferencial com o outro que é pesquisado. Ele ainda cita, para sustentar esse posicionamento:

A característica essencial que singulariza o pesquisador psicanalítico é o campo, o objeto e o método de sua pesquisa. Este campo é o inconsciente. O objeto é o enfoque ou perspectiva a partir de uma posição em que é colocado o pesquisador psicanalítico, a fim de aceder ao inconsciente. O método é o procedimento pelo qual ele se movimenta pelas vias ou perspectivas de acesso ao inconsciente. (IRIBARRY, 2003 apud. CAON, 1994, p. 23)

5

Em diálogo com a própria terminologia utilizada na cartilha da Clínica Ampliada. A esse respeito ver: BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Isto posto, vale trazer uma reflexão acerca do lugar físico no qual se vivencia a cena descrita. Na prática, em um equipamento de saúde não se pode esperar que haja algo próximo a um espaço circunscrito à priori. O que se tem são enquadres, estes como efeito e não condição para que se dê uma escuta psicanalítica. Canguçu (2012) entende que, em instituições dessa natureza, é preciso que o profissional atravessado pela teoria psicanalítica sustente tal enquadre através de uma relação que se estabelece e que suas intervenções não sejam dependentes de um espaço físico e (de)limitado, já que “não devam ser algo naturalizado, que sigam uma regra e, portanto, desprovidas de significação”⁶ (CANGUÇU, 2012, p. 132). Nesse sentido, há uma abertura que promove a irrupção de fenômenos observáveis e a possibilidade de significação destes, a partir de tal perspectiva. Com efeito, a ciência subversiva da psicanálise compreende que resultados sejam passíveis de análise quando se recortam os efeitos produzidos a partir de intervenções e, por isso, impossíveis de se prever. Como seu principal objeto de estudo, o inconsciente, vai se estruturando como ciência sobre suas próprias bases, rompendo com antigos parâmetros, produzindo abertura para possibilidades outras e resultantes.

A cena: “Rasgo”

Entro em contato, pela manhã, com dona Eva⁷, mãe de Luciano, para reforçar o combinado de ir buscá-lo para irmos até o CAPS. Assim que me identifico, ela avisa que aconteceu uma coisa terrível com Luciano no fim de semana: ele estava internado por ter sido violento em casa, ter quebrado algumas coisas. Dona Eva contara com a ajuda de uma vizinha – profissional de um serviço público – e também com os funcionários do prédio. Ela me diz, ao telefone, quão doloroso era para uma mãe ter que internar seu filho, mas que não aguentava mais e não havia mais jeito.

No dia seguinte, recebemos uma ligação do pronto-socorro em que Luciano se encontra, explicando que a equipe do hospital entendia que a melhor opção para Luciano não era permanecer internado e, assim, solicitam que ele seja retirado de lá. Um tanto na ânsia pela desinternação, entendendo que era necessário que aquilo fosse feito, dirigimo-nos – eu e mais uma psicóloga da equipe – até lá. No caminho, entramos em contato com Eva que questiona a medida e reclama, acreditando ser cedo para tal intervenção.

Ao chegarmos ao pronto-socorro, somos conduzidas a ala onde Luciano se encontrava. Deitado na cama, urinado, com pés e mãos amarradas com pedaços de tecido, parece-me que a melhor alternativa era tirá-lo de lá, e rápido. A memória e o entendimento de quem Luciano é, como ele circula nos ambientes e a forma como a palavra faz sustentação para muitos de seus impulsos, não combina com aquela cena em que ele mais parecia um animal descontrolado, que precisava de cordões para sustentá-lo. Assim que nos vê, já nos reconhece, chamando pelo nome e com olhos que se arregalam, deixando a impressão de que os fizesse como que para ver com mais detalhes aquelas que lhe podem ouvir com mais detalhes. O enfermeiro aponta “nossa, tentei por três dias conversar com ele, mas nada de me responder. Vocês chegaram e a expressão dele já mudou!”.

Durante o caminho de volta, Luciano se apresenta um pouco agitado, querendo fazer muitas coisas ao mesmo tempo: conversar com ambas as psicólogas, comer, andar – pouco parece conseguir endereçar cada um desses impulsos. Pede repetidamente para ir ao CAPS; não há tempo, mas amanhã você irá, viremos te buscar bem cedo! – dizemos. E parece que conseguimos oferecer continência para ele que, ainda agitado e confuso, vai entendendo a nossa conduta. Antes de subirmos com ele para o apartamento, resolvemos dar uma volta no quarteirão, na tentativa de deixar

6

A concordância verbal da citação foi alterada para concordar com o substantivo a que se refere.

7

Os nomes de todos os personagens da cena foram trocados para preservar suas identidades.

Aqui me utilizo da palavra central do trabalho porque a proposta não é avaliar se há uma forma certa ou errada de cuidar, mas questionar como o cuidado produz ou não efeitos sobre aquele sujeito adoecido.

com que Luciano entre mais em contato com o mundo do qual se vira distanciado. Retornamos à casa e, assim que dona Eva abre a porta para nos receber, Luciano adentra e, de cócoras, começa a se urinar. Eva começa a lamentar-se e a chorar com ditos “Ele está mal, violento do mesmo jeito! Não dá para ser assim, eu não aguento”. Quase como um mantra, contagia o filho e ambos passam a fazer ruídos muito semelhantes, como um lamurio, quase como um grito. Luciano levanta, parece se desorganizar e bate com a cabeça no chão, bate com a cabeça na parede. E grita, ela grita, juntos gritam.

Me lembro do remédio em meu bolso – um benzodiazepínico para que Luciano dormisse a noite. Decido dar o remédio à Luciano. Conto o nome, explico-lhe o porquê da minha decisão, o efeito esperado. Ele toma. Eva decide descer e ficar lá embaixo esperando sua amiga, a vizinha – e deixa bem claro: ele não fica sozinho no apartamento. Ela teme que ele se jogue das janelas, o que chega a verbalizar um pouco antes, quando tentamos abri-las para que o cheiro fétido do apartamento saísse. Descemos todos. No saguão do prédio, o manejo se complica: os funcionários do prédio se aproximam, enquanto Eva chora alto e Luciano se atira contra o chão e bate ainda mais a cabeça. As pessoas passam, olham e comentam. É insustentável a situação e imaginamos o quanto seria ainda mais insustentável quando fôssemos embora. A medida tomada por Eva e seus “ajudantes” seria no sentido da internação e todo o processo que isso envolve: a chamada do SAMU e da polícia, o rompimento, novamente, de Luciano com sua mãe, a contenção física feita pelos profissionais acionados – sem contar a medicamentosa. Juntas tentamos pensar possibilidades, mas elas são escassas quando o CAPS de referência não tem leito noturno. E, mais uma vez juntas, decidimos levá-lo de novo ao pronto-socorro do qual o desinternamos mais cedo. Essa possibilidade vai se colocando como a menos disruptiva naquele momento de completo desenlace com o mundo vivido por Luciano. Perguntamos a ele o que ele achava, ele concorda e pede para ir. Usamos de nossa palavra, que outrora oferecera suporte, para contornar aquela situação e poder oferecer um amparo de outra ordem. Uma sustentação através de nossa relação com Luciano, a aposta clínica de uma intervenção necessária, mas longe de ser a ideal.

Em pleno horário de pico, utilizamos o metrô para chegarmos até lá. Luciano nos acompanha, impressionantemente mais calmo, levemente zozno talvez pela medicação tomada momentos antes. Durante o caminho, além de todo o corpo oferecido, também damos palavra, significamos nosso trajeto e nossa decisão, o que ele parece compreender. Chegamos ao hospital e conseguimos cantar com ele, que relembra músicas da última festa do CAPS. Despedimo-nos para voltarmos com novas propostas de cuidado para ele.

Luciano possui uma longa história no CAPS, é um dos primeiros prontuários abertos na instituição. E aqui me refiro a ele como prontuário – e não como um usuário – porque no início do tratamento, quem frequentava o CAPS era sua mãe, Eva, em busca de medicação para ele. O caso de Luciano mobiliza e convoca o serviço de maneira intensa: todos o conhecem, sabem como ele se porta frente a algumas situações e, provavelmente toda a equipe técnica e administrativa, já teve algum contato com ele. Portanto muito se conta, muito se fala e muito se elucubra a respeito do passado (e do presente) de Luciano na instituição e qual a abordagem era utilizada no tratamento dele. Sabe-se apenas que, por muitos anos, um cuidado⁸ foi resumido a isso: uma relação unidimensional como possibilidade de tratar Luciano, intermediada apenas pelo uso de medicação. Essa conduta é resquício de um modelo manicomial de cuidado, que vê somente um recurso que possa dar conta de uma demanda multidimensional de um sujeito. Fruto de uma visão de clínica degradada (ONOCKO-CAMPOS, 2001 apud. CAMPOS, 1997) ainda que dentro de um dispositivo substitutivo do hospital psiquiátrico, esse cuidado é parte de um procedimento, tratando sintomas e

enxergando a saúde como meio de produção, portanto se preocupando com uma certa eficiência e pouco produzindo reflexão ou questionamento acerca dos efeitos desse tipo de tratamento sobre os sujeitos. Demonstra uma visão reducionista de um sujeito multifacetado, atribuindo a somente um saber a possibilidade de intervenção terapêutica.

É importante ter sempre no horizonte do trabalho em saúde pública que o cuidado e a direção de tratamento feitas num CAPS são produzidos coletivamente, vislumbrando dentro de uma equipe multidisciplinar uma pluralidade “que recusa a pretensão teórica desta ou daquela disciplina, e adota uma perspectiva clínica pragmática” (BEZERRA JR., 2007, p. 26) e, portanto:

[...] Procura criar dispositivos clínicos e um cenário social que alarguem a possibilidade de exercício dessa normatividade por parte daqueles cujo funcionamento psíquicos os coloca fora dos padrões de normalidade social. (BEZERRA JR., 2007, p.28)

Assim sendo, um tratamento asilar não necessariamente se liga a um hospital psiquiátrico, isto é, um modelo manicomial pode ser encontrado em um dispositivo substitutivo (um CAPS, por exemplo) ou até mesmo quando o usuário é cuidado em sua própria casa. Quando se entende manicomial por um modelo de cuidado, menos importante é o lugar físico: torna-se central então o enlaçamento de cuidado que se faz entre o sujeito biológico, social, subjetivo e histórico com a proposta de tratamento que se tem para ele. Fornecer somente medicação a um usuário de qualquer serviço público de saúde é negar-lhe qualquer outra dimensão e focar somente em seu funcionamento orgânico, corroborando uma objetificação de seus corpos. Privar Luciano, de qualquer outra relação – além da dual com sua mãe – mantendo-o dentro de sua casa, é manicomial na medida em que lhe tolhe sua liberdade de firmar mais relações com seu contexto social – tornando-o mais dependente e ainda menos capacitado para desenvolver uma posição de autonomia.

Ainda que a medicação possa ter efeitos interessantes numa terapêutica, ela não pode ser considerada o único recurso. Ao se levar em conta que múltiplos saberes compõem as políticas públicas, outros recursos precisam também compor os projetos de vida dos usuários inseridos em serviços públicos de saúde. Vale ressaltar que a crença de que só um recurso não é suficiente, não está à serviço do gozo de variados profissionais de saúde, ou seja, quando se considera imprescindível que um cuidado seja feito de forma compartilhada, de modo a oferecer diferentes recursos ao usuário, isso não se faz para que cada profissão seja valorizada naquele serviço, e sim porque se acredita na compreensão enriquecida que provém de várias perspectivas. Tal crença, portanto está à serviço de uma compreensão complexa do funcionamento do sujeito, considerando a singularidade das dimensões fenomenológicas e psicodinâmicas das experiências subjetivas. Como defende Viganò (2007), é um discurso que pode ter função de estabilizar um usuário de saúde mental. Ele ainda faz uma crítica à medicação utilizada de forma exclusiva:

[...] A medicação [...] não dá nenhuma estrutura simbólica, não dá nenhum lugar ao doente mental, simplesmente impede seu movimento, seus pensamentos, seus afetos. Fica reduzido a um estado mais calmo, mas não se encontra este lugar simbólico, não será um sujeito que está bem, e, sobretudo, não encontrará estabilização. Por isso que a química sozinha não basta. (VIGANÒ, 2007, p.8)

Hoje em dia, o tratamento de Luciano ainda é feito no CAPS, mas compreendido pela equipe de uma outra maneira, o que aproxima as condutas daquelas de uma clínica antimanicomial. Houve uma substituição do manicômio-casa em que ele era confinado pela adoção de estratégias no território, entendendo que mais possibilidades de intervenção possam ser vislumbradas. Luciano circula pelos arredores do CAPS, de forma muito particular, quando um ou mais técnicos vão buscá-lo ou levá-lo em sua casa e circula entre os outros usuários quando chega – vai assim construindo para si uma pequena malha existencial, enredado em afetos compartilhados com outros pares, no exercer de pequenos prazeres como comer e ouvir música. Mas também, é nesse momento peripatético de seus dias, que Luciano vai sendo (re)apresentado a uma parte do mundo e de seu funcionamento, bem como vai ganhando voz quando lhe é proposto que fale, que conte sobre sua relação com a mãe, sobre suas lembranças. Cuida-se de Luciano quando lhe é oferecido um lugar outro.

No entanto, a cena trazida é cena de um momento de ruptura. Um momento em que toda a conduta pensada pela equipe é desconsiderada pela violência de uma internação involuntária. Ruptura de projeto, ruptura de conduta, ruptura na relação de Luciano e Eva, ruptura na relação de Luciano com o mundo. Também é uma ruptura em um tipo de manejo e em uma condução do caso pela equipe. Ora, a própria reinternação se caracteriza como ruptura à medida em que não foi uma ação pensada à priori. No mais, diante da cena de retorno de Luciano à casa, ficou ainda mais evidente como era necessário que o cuidado do caso se estendesse também à sua mãe – já que ela é ponto de importante costura em sua existência para além dos muros do CAPS. No sentido de pensar a pluralidade de aspectos envolvidos nessa decisão tomada pela mãe de Luciano e, apostando que, na maior parte dos casos, fica pouco efetivo do ponto de vista terapêutico cuidar de só um lado da relação dual, tentamos estabelecer, também para ela, um espaço.

Levando em consideração o papel importante que tem Eva no cuidado de Luciano, um novo movimento de investimento na relação dessa mãe com seu filho e com a equipe vai se afirmando, com o objetivo de romper com uma suposta discordância entre o cuidado do CAPS e o cuidado da mãe. Ao adotar um cuidado para Luciano diferente daquele por tantos anos mantido (num modelo asilar em casa), Eva parece sentir que o modo como ela própria cuida de seu filho (e acredita ser a melhor forma) é desconsiderado, o que acaba por colocá-la em discordância com as intervenções da equipe. Esse novo rearranjo do manejo do caso passa a pensar em um cuidado mais amplo na relação dual Eva-Luciano.

A decisão da equipe, ruptura com o modelo asilar outrora adotado pelo médico e por Eva, é a de que não se acredita que o cuidado de Luciano possa ser feito somente em um território de sua existência, com altas doses de medicação e pouco acesso para pensar novos recursos para que ele lide com seus sentimentos. Aposta-se no enriquecimento das vivências de Luciano, bem como da significação de suas relações com a mãe, com seu corpo, com os outros e com o mundo. Assim, a decisão de Eva de reinternar Luciano foi uma ruptura, assim como um recurso empobrecido – no sentido de pouca significação – para uma situação em que ela não conseguia oferecer outro tipo de continência para Luciano (e nem ele mesmo a si próprio). No entanto, também foi assim a reação do CAPS de retirá-lo da internação.

Entendo que manicomial seja fornecer uma resposta totalizante, ou seja, com pouca abertura para qualquer dialetização, para um processo complexo – todo o compreender entre o normal e o patológico. Apenas retirar Luciano da instituição total que era o pronto socorro foi uma resposta reativa, com pouca discussão em equipe ou de mediação com a mãe, e que pouco considerou a complexidade da situação que ele teria que se haver: voltar para sua casa. Portanto, essa primeira intervenção pode ser

considerada também manicomial. E isso foi comprovado com a cena vivida pela chegada de Luciano à sua casa: tanto ele quanto sua mãe não estavam preparados para estarem juntos daquela forma; a ruptura que houvera em sua relação ainda não havia sido minimamente recosturada para que pudesse suportar um contato tão intenso e difícil como aquele.

Como responsáveis pelo cuidado a longo prazo de Luciano, não podíamos também compactuar com aquele contínuo esgarçamento existencial diante de nossos olhos cada vez que ele machucava sua cabeça com a falta de recursos para lidar com tamanho sofrimento. Se faltavam a ele palavras para suportar tamanha angústia, diante da falência dos referenciais que o sustentavam (CAMPOS, 2001 apud. CAROZZO, 1991), nós pudemos resgatar um detalhe crucial expressado pelo enfermeiro do PS ainda naquele dia: “nossa, tentei por três dias conversar com ele, mas nada de me responder. Vocês chegaram e a expressão dele já mudou!”. O que ele expressou e que foi imprescindível para a adoção da conduta realizada foi aquilo que permite o cuidado de um psicanalista: a transferência. “A transferência, nessa perspectiva, torna-se a segurança do analista, e a relação com o real, o terreno onde se decide o combate” (LACAN, 1958/1998, p. 602), e foi apostando nesse laço de Luciano conosco que pudemos intervir com ele e significar a conduta de uma nova internação. Em outras palavras, a internação de Luciano riscou a sua imagem de simplesmente manicomial quando pôde ser significada junto a ele, traduzida de modo que toda a complexidade do seu retorno para casa pudesse ser visualizado por ele e por sua mãe. Assim, de nada se constituiu como totalizante essa resposta ao momento de crise de Luciano, mas sim, a partir de uma responsabilização das partes envolvidas, a internação pode ser considerada como uma forma de cuidado possível para aquele sujeito, naquela experiência singular.

Considerações finais

Com base na pergunta central do trabalho “Como se cuida?” foi possível notar que, ao longo da reflexão feita, a noção de cuidado foi desdobrada em diferentes aspectos da cena. Primeiramente, não faz parte dos objetivos desse trabalho a obtenção de respostas fechadas tanto para perguntas iniciais quanto para aquelas que vão aparecendo ao longo do texto – já que se entende, como demonstrado ao longo das reflexões, que respostas fechadas caracterizam o movimento manicomial que, definitivamente, não é defendido pela pesquisadora. Todo o desenvolver dessa pesquisa é um apenas um recorte de um modo de cuidado que pode ser visto dentro dos serviços de saúde pública, que tem como princípios o cuidado feito na rede, no território e se utilizando de um setting pouco pré-determinado e ambulante. Esta cena guarda evidências clínicas de que o cuidado não possui manual nem fórmula mágica para que possa ter efeitos interessantes em uma terapêutica. No entanto, ele se sustenta em preceitos que pressupõem uma ética, sendo esta que valida as condutas como intervenções de cuidado.

A ética que atravessa as práticas da pesquisadora e que, portanto, funciona como um horizonte que legitima o entendimento desta cena como de cuidado, é a psicanalítica, que tem na escuta seu principal instrumento para entrar em contato com o sofrimento humano. A referida cena trouxe o cuidado de forma paradoxal, no qual a escuta se localizou naquilo que havia de impotência frente às condutas pensadas inicialmente. A partir do reconhecimento de nossos limites institucionais e frente a uma situação de conflito extremo do usuário com um ambiente muito pouco receptivo e, considerando a violência que poderia novamente incidir sobre o usuário e seus vínculos, tomou-se como conduta uma resposta responsabilizada e ressignificada frente a nós e frente ao usuário envolvido. Foi paradoxal à medida que a saída possível não foi aquela considerada moralmente boa

para o usuário, no entanto era aquela possível diante de uma rede de saúde ainda esburacada em seus dispositivos substitutivos.

Em suma, o objetivo de se problematizar uma forma de cuidado para além de um modelo individualizado pode ser concretizado. A cena e o manejo retratado nela foram experienciados em um contexto peripatético, tanto no sentido do movimento quanto no território e que se deu nas fendas do acaso – propositoras de encontros singulares. Importante ressaltar ainda a dimensão responsabilizada do cuidado que esteve presente quando não se considera interessante e, porque não dizer clínico, determinar um manual sobre o que é certo ou errado no cuidar; as discussões trouxeram aspectos complexos desta cena, as ações e intervenções feitas a partir daquilo que nos era endereçado pelos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, o manicomial limita-se a encontrar uma única resposta para uma pergunta complexa e, portanto, a responsabilidade se evidencia quando não se fecham as possibilidades de intervenção, abrindo espaço para que elas sejam revisitadas, repensadas e ressignificadas, fundando na experiência, as bases para um cuidado ampliado.

Sobre o artigo

Recebido: 15/11/2015

Aceito: 20/12/2015

Referências bibliográficas

- AMARANTE, P., CARVALHO, A.M.T, Forças, Diferença e Loucura: Pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 41-52.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, Set.-Dez.,2004.
- BEZERRA JR., B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. **Caderno Saúde Mental**, 1 (1), p. 23-31, 2007.
- BIRMAN, J. Loucura e verdade. In: **Freud e a interpretação psicanalítica – A constituição da psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume Dumará – Singular, 2011, p. 25-69.
- CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **Saúde Paidéia**. Hucitec, 1997.
- CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, pp.98-111, maio/ago. 2001.
- CANGUÇU, D.F. **Ambientações. Arte e vida: ambientações clínicas e estéticas da existência**. Dissertação (Mestrado em Linguagem e Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo – FEUSP. São Paulo, 2012, p.88-150.
- CASTAÑO,G., MASSUDA, A., ONOCKO-CAMPOS, R., PELLEGRINI, O., VALLE, I. Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In: ONOCKO-CAMPOS, R. (org.) **Psicanálise e Saúde Coletiva – Interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 17-38.
- FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinamericana de**

Psicopatologia Fundamental - Caderno Saúde Mental, ano VII, n.1, Mar./2004, p. 75-85.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta de psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **MENTAL - Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC** - Barbacena, ano III, n.5, Nov/2005, pp. 43-55.

IRIBARRY, I.N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro, vol.6, no.1. Jan./Jun.,2003, pp.115-138.

LACAN, J. (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 591-649.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R., O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: ONOCKO-CAMPOS, R. (org.) **Psicanálise e Saúde Coletiva - Interfaces**, pp.77-96. São Paulo: Hucitec, 2013.

QUEIROZ, D.T., SOUZA, A.M.A., VALL, J., VIEIRA, N.F.C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, 15 (2), pp.273-286, Rio de Janeiro, abr/jun 2007.

RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, pp.7-18, 2000.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

TORREZAN, Z.C.F, AGUIAR, F. O Sujeito da Psicanálise: Particularidades na Contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, vol. XI,n. 2, pp. 525 - 554, jun/2011.

VICENTIN, M.C.G. Da formação-verdade à formação-pensamento: o que a clínica do AT nos ensina sobre formação. In: SANTOS, G.R. (org.) **Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA, A.G. Pesquisa e Clínica Psicológica: uma reflexão sobre o método a partir do encontro da Psicologia com a Antropologia. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 1 (1), pp. 34-41. Belo Horizonte, 2008.

VIGANÒ, C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. **CliniCAPS**, v.1, n.3, Belo Horizonte, dez.2007, pp.1-22.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: Por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, ano 15, n. 32, pp.157-170. Porto Alegre, jul./dez. 2009.