



ENTRE NOVOS E VELHOS MODELOS: OS DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL

BETWEEN NEW AND OLD MODELS: THE CHALLENGES OF TEAM WORK IN MENTAL HEALTH INSTITUTIONS

Doris Luz Rinaldi

Psicanalista. Doutora em Antropologia Social. Docente da UERJ. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise do IP/UERJ

Correspondência

Rua São Francisco Xavier, 524, Bloco B, 10º andar, sala 10024
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20559-900
e-mail: doris@uerj.br

RESUMO

Este trabalho procura discutir os desafios da clínica nos serviços de atenção psicossocial criados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, seus impasses e possibilidades. Com base em pesquisa realizada em Centros de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro, levanta questões que se apresentaram no desenrolar da clínica nesses serviços e que demandam reflexão, uma vez que colocam em jogo um trabalho coletivo e a necessidade de sua conjugação a partir de uma determinada direção, no encaminhamento da clínica do sujeito, que é sempre singular.

PALAVRAS-CHAVE

Sujeitos da pesquisa. Serviços de saúde mental. Psicoterapia.

ABSTRACT

This paper attempts to discuss the challenges of clinical services in the psychosocial care developed by the Brazilian Psychiatric Reform, their dilemmas and possibilities. Based on research conducted at a Psychosocial Care Center in Rio de Janeiro, it raises questions that were presented in the conduct of clinical services and that require reflection, as they put into play a collective work and the need for its conjugation from a particular direction in the delivery of the subject's clinical forwarding, which is always singular.

KEY WORDS

Research subjects. Mental health services. Psychotherapy.

A reforma psiquiátrica brasileira, ao questionar a hegemonia do saber médico no tratamento da "loucura", instituiu um modo de operar nas novas instituições de saúde mental que privilegia o trabalho em equipe multidisciplinar, a partir da desierarquização dos saberes e da constituição democrática de um corpo de profissionais chamados de "técnicos". É esta equipe que enfrenta os desafios do trabalho de assistência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), às voltas com os problemas institucionais e com a clínica propriamente dita, entre a reprodução de velhas práticas e o reinventar permanente que se impõe ao trabalho clínico.

Entre o universal da instituição, com suas normas e regras, o múltiplo da equipe, oriundo de diversas formações disciplinares, e o singular de cada sujeito que busca o serviço, como sustentar um trabalho em saúde mental na perspectiva de uma clínica que dá voz ao sujeito, considerando a sua fala não apenas no registro da doença, mas como índice de sua condição subjetiva? Como articular essas diversas instâncias, não recuando diante da necessidade da instituição, com seu papel social de acolher casos graves que implicam, muitas vezes, em passagens ao ato, mas sustentando uma clínica que possa levar em conta a singularidade de cada sujeito em tratamento, sem sucumbir às velhas práticas tutelares que se apresentam com novas roupagens?

A padronização e homogeneização dos procedimentos era a tônica no velho modelo manicomial e excludente, em que o tratamento dos chamados "doentes mentais", sob o inquestionável domínio do saber médico, quando existia, resumia-se a "compensar o paciente". No hospício, quem sempre tem razão é o médico e seus auxiliares, restando ao doente submeter-se às suas determinações.

A partir da crítica a este modelo, a reforma introduz novos dispositivos de tratamento das psicoses e neuroses graves, reconfigurando o

quadro da assistência em saúde mental no País. A luta pela cidadania do louco, sua principal bandeira, dá a este movimento um caráter político que marca as reformulações na esfera das políticas públicas e das instituições, tendo seus efeitos sobre a clínica propriamente dita. O campo da atenção psicossocial que surge a partir daí é marcado por várias orientações de trabalho, que não escapam, contudo, às normas emanadas das portarias ministeriais, que definem formas de gestão, objetivos, competências e dispositivos de tratamento. No cotidiano dos serviços verificamos a interpretação dessas normas no trabalho efetivo que a equipe de cada serviço desenvolve com a população assistida, procurando articular as determinações político-institucionais à clínica propriamente dita, ao considerar a singularidade de cada sujeito que busca tratamento em virtude de sofrimento psíquico grave.

Entre o normativo das novas instituições, mesmo em sua reinterpretação pelas equipes, e a clínica do sujeito constatamos, contudo, inúmeras vezes, a existência de uma enorme distância. Atravessada por orientações de caráter universalizante, a clínica que se desenvolve nos CAPS corre o risco da homogeneização tão criticada no modelo anterior, reproduzindo, sob novas formas, práticas tutelares que julgava combater. O imperativo de reinserção social presente na reforma pode levar a uma redução da clínica aos procedimentos de reabilitação psicossocial, com seu caráter normatizador e pedagógico, a partir da crença em um saber naturalizado sobre o que é melhor para o sujeito.

Não queremos, com esta afirmação, negar a importância da tentativa de resgate de habilidades sociais, onde o cuidado para reconhecer e respeitar a especificidade de cada usuário possibilitaria também um resgate do sujeito, vítima dos efeitos da cronificação e da segregação social. Resgatar é uma forma de trazer o sujeito para o espaço social das tro-

cas e da contratualidade. Devemos reconhecer, contudo, os limites de uma estratégia baseada apenas na reabilitação psicossocial, que impõe aos usuários por ela assistidos a lógica da cidadania, baseada na busca de direitos iguais e da participação produtiva na sociedade capitalista. Essas necessidades - que não são as do sujeito - podem soterrá-lo de "exigências muito além de suas possibilidades de elaboração" (FIGUEIREDO, 2002 apud RINALDI; CABRAL; CASTRO, 2008).

As pesquisas que se debruçam sobre a prática clínica nessas instituições evidenciam de diversas formas que não é possível sustentar uma política de inclusão e reinserção social de uma população tradicionalmente excluída do laço social, se não empreendermos um trabalho singular com cada sujeito, que leve em consideração a sua forma particular de se endereçar ao Outro.

É nessa dimensão que a psicanálise tem uma contribuição importante a dar, ao precisar o conceito de sujeito a partir dos ensinamentos freudianos, como correlativo do conceito de inconsciente. Quando nos referimos à clínica do sujeito é para esta dimensão que estamos chamando a atenção.

A partir da pesquisa que realizamos em alguns CAPS do município do Rio de Janeiro (RINALDI, 2006)¹, trarei para a discussão algumas questões que se apresentaram no desenrolar da clínica nestes serviços e que demandam uma reflexão, na medida em que colocam em jogo um trabalho coletivo e a necessidade de sua conjugação a partir de uma determinada direção, no encaminhamento de uma clínica que é sempre do singular.

A clínica dos CAPS privilegia as atividades coletivas, havendo um cardápio pré-estabelecido de atividades a serem desenvolvidas nes-

tes espaços, no qual se destacam as oficinas e os grupos terapêuticos.

A oficina não é um recurso novo. Sua origem remonta ao tratamento moral pineliano, a partir da consideração do trabalho como recurso terapêutico. As oficinas de hoje não se resumem a isso, sendo atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. A valorização da fala, do debate e da reflexão sobre a vida cotidiana integra-se à proposta de reinserção dos usuários no contexto familiar, tendo em vista a construção de um espaço social compartilhado. A natureza coletiva da oficina facilita a reconstrução desse espaço de forma flexível e suportável. Em especial, no caso da psicose, as oficinas são alternativas que diluem a transferência maciça desse sujeito que não conhece a possibilidade de se destacar do Outro. A possibilidade de reconhecer as intervenções dos profissionais que se ocupam dele como algo persecutório diminui à medida que essas são feitas na direção do conjunto e não exclusivamente em sua direção. A percepção da figura do técnico como a de "mais um no grupo", como alguém distanciado da posição de "detentor de saber", e as orientações dos demais participantes da oficina têm se mostrado fundamentais no sucesso desse trabalho.

Contudo, nem todas as oficinas cumprem esta função. Qual é, então, a sua função clínica? Como surgem as oficinas? A partir do desejo dos técnicos ou das indicações dos usuários? Por que oferecer um cardápio já pronto de oficinas? O risco destas atividades pré-estabelecidas é que elas respondam mais ao desejo dos técnicos, ou ao que eles julgam ser o melhor para oferecer aos usuários do serviço, do que ao desejo dos próprios sujeitos em tratamento.

¹ A pesquisa "Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental", que se desenvolve no âmbito do Programa de Pós-graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, acompanhou o trabalho clínico em três CAPS do Município do Rio de Janeiro: O CAPS Clarice Lispector, O CAPS Profeta Gentileza e o CAPSI Pequeno Hans.

As oficinas de geração de renda correm, com frequência, o risco de perder de vista os sujeitos que ali estão envolvidos, em prol da valorização do produto e de sua possibilidade de comercialização. Mesmo em oficinas chamadas de arte, observa-se muitas vezes uma preocupação estética com os resultados, que perde de vista a dimensão clínica da atividade. Mas isso depende da orientação do trabalho. O importante é que nestas atividades grupais, se possa sustentar o acompanhamento e a escuta de cada participante, para que ele não se dilua no grupo, pelo contrário para que o grupo sirva como continente para a construção de um caminho singular.

Há oficinas mais livres, como as chamadas "oficinas da palavra", como encontramos em um dos CAPS estudados, que funcionam como grupos terapêuticos abertos, com ampla participação dos usuários, onde assuntos variados são discutidos a partir da demanda dos participantes, desde temas mais gerais até questões pessoais. O exemplo de uma usuária do serviço e participante da oficina é esclarecedor da função clínica que esta atividade pode ter. Na oficina da palavra ela encontrou um espaço para falar de sua questão psicótica, admitida a partir da escuta de outros usuários que também frequentam a atividade. Por ser uma oficina aberta, o usuário tem liberdade para participar sem, no entanto, ter a obrigação de falar. O fato de só ouvir pode levá-lo a pensar sobre as questões dos demais e, por conseguinte, sobre suas próprias questões. Ela permite a circulação da palavra e, por conseguinte, dos sujeitos, evidenciando mais claramente sua função clínica. Foi exclusivamente através da sua inserção nesta oficina, já que não participava de nenhuma outra atividade no CAPS, que esta usuária pode sustentar seu tratamento e encontrar um caminho para a sua vida.

Os grupos terapêuticos fechados, por sua

vez, por exigirem certo grau de "segredo" de seus participantes, convidam à exacerbação das características dos grupos, já apontadas por Freud em *Psicologia das Massas* (2005b), podendo favorecer, a partir das identificações imaginárias, a formação de sintomas paranóicos ou erotomaníacos indesejáveis.

Programar atividades, como oficinas e grupos terapêuticos, além de obedecer a uma orientação normativa, acaba por se constituir em um modo de defesa diante do real da clínica que se manifesta na desorganização psicótica. Isto fica evidente na angústia que provoca nos técnicos a circulação dos usuários nos espaços de convivência, sem uma atividade pré-definida. Diante dessa angústia surge a urgência de "fazer" alguma coisa, pois caso contrário tem-se a impressão de que os usuários não estão sendo bem atendidos. É a lógica do "fazer" e dos resultados que atropela o tempo de cada sujeito, não abrindo espaço para a realização de um trabalho em que eles possam traçar seus caminhos singulares.

As soluções clínicas encontradas em outro serviço também pesquisado, um CAPS voltado para o atendimento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos (CAPSI), pode ser instrutivo para se pensar estas questões.

Nesse CAPSI, cuja orientação clínica é psicanalítica, o trabalho desenvolvido não consiste em atendimentos em grupo, nem são oferecidas propostas prévias de atividades a crianças e adolescentes. Os profissionais desse serviço se propõem a trabalhar o que é trazido pelo paciente, exatamente como ocorre em uma análise. Este dispositivo de tratamento é chamado de *atendimento em permanência* e ocorre em um espaço coletivo, onde, em meio a vários técnicos e usuários, se prioriza a escuta analítica e a intervenção visa fazer emergir o sujeito do inconsciente. Não há atividades nem oficinas previamente estabelecidas. O trabalho se realiza a partir das indicações trazidas

pelos usuários, podendo culminar em atividades semelhantes a oficinas, dependendo de como se desenvolva.

Essas "oficinas livres" são construídas ao longo dos encontros, o que exige a disponibilidade dos técnicos e uma abertura para aquilo que é trazido pelas crianças e adolescentes. Parte-se da premissa de que há um certo caminho, um trabalho que já vem sendo realizado pela própria criança através das repetições, dos atos e da escolha dos objetos de interesse. A equipe deve estar atenta a essas produções para, a partir delas, realizar ou não a oficina, que terá a duração de um dia, podendo ou não agregar mais pacientes. É a partir dessa proposta que os técnicos fazem suas intervenções.

Essa experiência fornece elementos para que questionemos a noção de projeto terapêutico, tal como ela é pensada em alguns CAPS de adultos. No CAPSI supracitado, o projeto terapêutico é elaborado com base nas produções do sujeito, a partir do entendimento de que a criança já vem com um projeto, já realiza um projeto, algum trabalho subjetivo na brincadeira que faz.

As discussões sobre o que vem a ser projeto terapêutico e as formas de construí-lo perpassam vários serviços, envolvendo técnicos de diversas formações. No âmbito das orientações normativas para a assistência nos CAPS, ele é pensado em duas direções: como missão da instituição, ou seja, cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, e como projeto de tratamento para cada sujeito.

Nessa última direção, há uma incerteza quanto à forma de construí-lo, que vai desde a proposta de estabelecimento de um roteiro único com perguntas relativas aos direitos de cidadania, aquisição de documentação, benefícios, etc., a ser aplicado aos usuários do serviço, até a sua redução a um rol de atividades, como contrato de frequência e metas, em uma confusão flagrante com o que seria nestas ins-

tituições um contrato terapêutico.

Mais do que aprofundarmos o debate em torno desta definição, importa-nos discutir a própria noção de projeto terapêutico, tomando inicialmente a palavra projeto, como algo a ser desenvolvido que pressupõe objetivos e metas a alcançar, para em seguida examinarmos a palavra terapêutico, derivada de terapia, que significa a prática médica de cuidar, tratar e curar. O que está em jogo é o desejo de "curar" atrelado a um ideal de "cura" que tem em seu horizonte a cidadania.

Como vimos na prática clínica nos CAPS, este modo de conceber o projeto terapêutico pode ser, para os técnicos, frustrante, porque nem todos os sujeitos acolhidos nos serviços respondem como se desejaria a estes projetos. Para a clínica psicanalítica, essa ideia contraria tanto o seu método como a sua ética. Freud (2005a) afirmou que o tratamento deve ser conduzido sem expectativas e condenou tanto a ambição terapêutica como a ambição educativa, pois através delas são os ideais do terapeuta que se impõem ao desejo dos sujeitos.

O que o trabalho do CAPSI citado permitiu mostrar é que se há algum projeto ele só pode ser do próprio sujeito, ou seja: é o trabalho em que ele está metido, trabalho subjetivo, que é preciso acompanhar. Nesse sentido, a elaboração deste projeto só pode passar por uma construção de caso clínico, a partir das próprias indicações e produções do sujeito, ao traçar o seu caminho de tratamento. Estabelecer um projeto previamente, mesmo que com a 'colaboração' do interessado, é também um modo de defesa dos técnicos, diante da imprevisibilidade absoluta do tratamento, que resulta em práticas tutelares.

A construção do caso clínico, por sua vez, não é possível sem o estabelecimento da transferência que vincula o usuário do serviço a um ou mais técnicos, sem a qual não há clínica possível. Nos CAPS o dispositivo do técnico

de referência tem a função de realizar o acompanhamento de cada usuário no interior do serviço, mas a forma como é definido, previamente e de modo burocrático, dificulta o estabelecimento do laço transferencial e a sustentação deste laço pelos próprios técnicos para fins do tratamento. A referência deve ser identificada a partir do sujeito e não para responder às necessidades de organização da equipe e do serviço.

O que tentamos mostrar com a indicação desses pontos para debate é que, no contexto da atenção psicossocial, é necessário que se faça uma reflexão permanente sobre as práticas clínicas, para não incorrer nos mesmos modelos criticados no tratamento tradicional. As práticas que visam à reabilitação psicossocial têm o seu lugar, mas recaem frequentemente em práticas pedagógicas e tutelares, tão combatidas pela própria reforma.

Apostar no sujeito em sua dimensão inconsciente como eixo da clínica é de fundamental importância, pois é por aí que poderemos construir um percurso de tratamento. O trabalho coletivo que se realiza na instituição não pode perder de vista isso. Além disso, não se pode desconsiderar que a psicose é, por estrutura, refratária ao laço social, o que exige um trabalho clínico muito cuidadoso, que não imponha padrões de inserção social. A construção de um lugar social para os portadores de grave sofrimento psíquico só é possível a partir de um trabalho clínico rigoroso, qual seja, de uma escuta que vise à singularidade do sujeito em questão, o que pode criar um campo de tensão com o ideal de cidadania, que possui um caráter mais universal. Isso não significa que as dimensões da clínica e da política não possam coexistir - pelo contrário, a clínica do sujeito possibilita a atenção psicossocial, a partir da implicação do sujeito com suas próprias questões.

REFERÊNCIAS

- FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
- FREUD, S. Consejo al médico sobre el tratamiento psicanalítico (1912). In: OBRAS completas. Buenos Aires, Amorrortu, 2005a.
- _____. *Psicología de las masas y análisis del yo (1921)*. In: OBRAS completas. Buenos Aires, Amorrortu, 2005b.
- RINALDI, D. **Clínica do sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental**. Rio de Janeiro: UERJ/CNPq, 2006. Projeto de Pesquisa.
- RINALDI, D.; CABRAL, L.H.; CASTRO, G. S. *Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação*. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br>>. Acesso em: abr. 2009.

Recebido em: 03/08/2009

Aprovado em: 03/11/2009