

CliniCAPS – Impasses da Clínica¹ (CliniCAPS - Deadlocks Clinic)

Cristiana Miranda Ramos Ferreira

Pesquisadora do Grupo Clinicaps,
Mestre em Psicanálise pela UFMG.
Correspondente da EBP- Seção Minas.
Doutoranda em Psicanálise pela UFMG.
Professora na FEAD.

Resumo: O artigo localiza a formação do grupo de pesquisa Clinicaps, esclarecendo seu objetivo e método de trabalho: a construção do caso clínico, realizada a partir da conversação com equipe, ressaltando suas vertentes: clínica, de investigação e de transmissão.

Palavras chave: Clinicaps, Construção do Caso Clínico, Conversação Clínica, Metodologia em Ato.

Abstract: The article locates the formation of the research group Clinicapsi, clarifying its purpose and working method: the construction of clinical case, carried out from the conversation with the team, highlighting its aspects: clinical, research and transmission.

Keywords: Clinicaps, Construction of Case Study, Conversation Clinic, Methodology in Act.

¹ Conferência realizada no *Seminário de Psicanálise, Saúde Mental e Pesquisa*, em Belo Horizonte, 24/04/2009

O GRUPO

Em 2005, o CNPq lançou um Edital Universal em Saúde Mental² para “apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de Saúde Mental”. Este se apresentou como uma oportunidade para se fazer uma investigação teórico-clínica, acerca dos alcances e limites da Construção do Caso Clínico, enquanto operação da Psicanálise aplicada à Saúde Mental.

Foi em torno desta proposta, que nós, profissionais vinculados tanto aos serviços de saúde mental quanto à academia, que tínhamos como interesse comum, o tratamento do sujeito psicótico, nos constituímos enquanto um grupo de pesquisa e trabalho.

Para realizar nossa pesquisa nos fizemos valer da indissociável relação entre a investigação e o tratamento que marca a psicanálise desde o seu nascimento³. Tomamos, portanto a Construção do Caso Clínico como nosso instrumento, a um só tempo, de análise, de intervenção e de transmissão - método de trabalho que passamos a nomear: Metodologia em Ato.

Nossa idéia era que através da construção do caso clínico, para além do trabalho com o paciente propriamente dito (dificuldades diagnósticas, de manejo, encaminhamento, circulação na rede, etc.), ao nos debruçarmos sobre as dificuldades da condução do caso, poderíamos extrair uma leitura mais ampla – desde o funcionamento da equipe, sua inserção na rede, passando pelos significantes mestres que determinam a lógica do serviço, até as proposições políticas que aparecem favorecendo, ou ao contrário, dificultando, as operações clínicas.

Ou seja, nossa hipótese era que a construção do caso seria um método clínico de trabalho capaz de, a um só tempo, avaliar qualitativamente a efetividade de resposta clínica do serviço, e orientar a equipe na direção de um tratamento, fazendo avançar a clínica a partir de seus impasses, encontrados no caso a caso.

Dentre as linhas de investigação apoiadas pelo CNPq, tomamos como referência para nosso trabalho, as linhas de pesquisa B e E:

² Edital CT-Saúde – No. 07/2005, proposto pelos Ministérios da Saúde MS e da Ciência e Tecnologia MCT, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

³ Segundo Freud “*a psicanálise é uma notável combinação, pois compreende não só um método de investigação da neurose, como também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta*” (Freud, 1913b: 207)

- b) Estudos de avaliação dos Serviços em Saúde Mental com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e
- e) Avaliação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias: desenvolvimento e avanço de novas tecnologias; novos métodos e técnicas de investigação.

Entretanto, a utilização dos significantes ofertados pelo CNPq como orientadores do trabalho, acabou por implicar em certo desdobramento de nosso enfoque inicial. Todavia, fazer esse desdobramento não foi sem conseqüências para o grupo de pesquisa, pois se o que nos orientava era o interesse pelos impasses da clínica, ao nos apresentarmos, a ênfase se deslocou para uma avaliação dos impasses do dispositivo CAPS. O que pudemos constatar *a posteriori* foi que acabamos por transmitir aos nossos interlocutores uma imagem bastante diversa daquela pela qual nos reconhecíamos.

A ênfase se deslocou da investigação da eficácia da construção do caso enquanto método clínico de trabalho, para a construção enquanto um instrumento de avaliação qualitativa dos Caps, o que pode ser visto na própria escolha do título para a pesquisa: *Investigação sobre os efeitos discursivos da “capscização” da atenção à saúde mental: avaliação qualitativa dos processos de institucionalização do modelo CAPS*, cuja proposta foi apresentada como sendo: “analisar, sistematizar e avaliar qualitativamente os processos de institucionalização do modelo CAPS a partir da construção do caso clínico e da formação dos profissionais da rede de saúde mental”. (2005, p.4)

Como efeito, tivemos como primeiro problema a ser enfrentado pela pesquisa, certa resistência produzida pelo peso dos significantes por nós utilizados.

De fato, acreditamos que o CAPS é um projeto que vem dando certo, e temos evidências disso. Quanto ao termo ‘Capscização’, utilizado por nós, longe de uma crítica ao dispositivo, indicava nossa preocupação em relação à operacionalidade dos CAPS. Nosso receio era que a dicotomia entre clínica e política dificultasse o avanço da prática nesses dispositivos, produzindo o tão discutido fenômeno da ‘nova cronificação’. O que não sabíamos na época, é que esta mesma expressão era utilizada de forma pejorativa, por aqueles críticos de ‘má fé’, contrários à desospitalização, que querem por em questão, não exatamente a forma de implantação dos CAPS, mas a própria reforma psiquiátrica, para retomar os antiquados, mas lucrativos e ‘científicos’, métodos de tratamento sustentados na internação, eletrochoque e psicocirurgias. (LOBOSQUE, 2008)

A resistência inicial que encontramos nos possibilitou uma retificação: reconhecer o equívoco da escolha dos termos. Como efeito, relocalamos no centro do nosso trabalho, a investigação acerca da construção do caso enquanto método clínico orientador do trabalho em equipe. Desse reposicionamento, pudemos retomar nossa ‘verdadeira vocação’ fazendo-nos conhecer, antes pelo nome – CliniCAPS, *Impasses da Clínica*⁴, do que por nosso título oficial.

Entendemos que de fato essa é nossa perspectiva, na medida em que o *impasse* diz justamente de uma situação de difícil saída, para a qual não existe solução pré-determinada, prescritiva, o que nos coloca, portanto diante da necessidade de uma invenção.

METODOLOGIA EM ATO: TRABALHO de CONSTRUÇÃO DO CASO

Com o apoio da Secretaria do Estado, da GRS-BH⁵, das prefeituras de Betim e Belo Horizonte, iniciamos nosso trabalho de investigação clínica.

A cada serviço que aderiu ao trabalho conosco, pedimos que escolhessem uma caso para ser construído pela equipe do CAPS/CERSAM, em conjunto com a equipe da pesquisa. Pedimos que fosse um caso problemático, complicado, cujos impasses do tratamento colocassem dificuldades ao serviço.

Por entendermos que a Construção do Caso Clínico é operativa na medida em que se coloca como eixo para um trabalho em equipe, propusemos para operacionalizar o trabalho, que a mesma se desse na forma de uma Conversação Clínica.⁶

Escolhemos a conversação por entendermos ser este um dispositivo privilegiado para a construção do caso, uma vez que ele possibilita que a palavra circule pela equipe de um modo ao mesmo tempo descontraído e espontâneo, mas também comprometido e implicado, engajado.

Numa conversação, a fala livre de cada um pode “tocar” no outro, o que possibilita a concordância, o acréscimo, um complemento, a réplica, pois o que um fala desencadeia uma idéia em um, uma lembrança em outro, produzindo o que poderíamos

⁴ Agradecemos a Pedro Gabriel Delgado, que mesmo sem o saber, inspirou o nome para nossa revista - *Impasses de Clínica*, por ele ofertado, a quem se interessasse, durante o seminário Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o Fim, Belo Horizonte: FHEMIG, 2001.

⁵ Gerência Regional de Saúde-BH (39 municípios)

⁶ Miller Dispositivo elaborado por Jacques-Alain Miller nos anos 1990.

dizer, uma livre associação coletiva⁷. Trata-se numa aposta de que o convite à conversa possa resultar na emergência de algo novo, de algo inédito e pode até mesmo abrir espaço para a surpresa. Por outro lado, essa ‘livre associação coletiva’ é distinta do blá-blá-blá, da falação cotidiana, uma vez que implica todos os envolvidos em uma mesma situação de trabalho, na qual a “responsabilidade de cada um dos que estão nela envolvidos encontra-se engajada.” (RUBIM;BESSET, 2007, p.2)

Na situação da nossa pesquisa, o comprometimento de cada um, se articulava aos dos demais, na Construção do Caso. Assim, todos os membros da equipe eram convidados a se debruçar sobre determinado caso, para durante a conversação, buscar elucidar as dificuldades do caso, os pontos de impasse, assim como encontrar novas possibilidades de intervenção e condução do tratamento, ou seja, construir um saber-fazer sobre o caso.

E se há um saber a ser produzido, se o que se busca na construção a partir da conversação, é algo novo, uma outra perspectiva, outro ângulo de ver as coisas, é porque o produzido até então, vinha se mostrando insuficiente para dar conta do caso, para orientar o tratamento.

Assim, o que era solicitado a cada um da equipe era dizer, não sobre um saber já sabido, já estabelecido, teorizado, mas algo que permitisse sair da narrativa, do sentido habitual, que permitisse ir além do rótulo, da impressão compartilhada das identificações.

Contudo, esse para além, pode ser alcançado a partir da fala de como cada um da equipe percebe o paciente, de como cada um interage com ele. Então, os membros da equipe eram convidados a falar de suas impressões acerca da apresentação do paciente, de suas demandas, embaraços e exigências, de sua circulação no serviço, de sua interação com a equipe e com os outros pacientes, das dificuldades no manejo com ele, o tipo de intervenções feitas com o paciente e seus efeitos, o que deu certo, o que não deu, alguma curiosidade, os detalhes...

⁷ Segundo Ana Lydia Santiago *et alli*: “Esse dispositivo [a conversação] tem na ‘associação livre coletivizada’ o ponto forte de sustentação, pois ela permite que o ‘objeto de estudo’ seja analisado a partir de uma multiplicidade ou proliferação de significantes.” (2006). A idéia de ‘associação livre coletivizada’, citada pelas autoras, segue com referência a Miller (MILLER, Jacques-Alain et alli. *La pareja e el amor: conversaciones clinicas con Jacques Alain-Miller em Barcelona*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2005. p.15-20)

Nessa perspectiva, cada participante da equipe, assim como outros atores da rede do paciente, – seja o psiquiatra, o psicólogo, o coordenador do serviço, a faxineira, o motorista - tem algo a dizer, algo a contribuir.

Esse é um ponto de subversão da construção - ao se interessar antes pela relação do sujeito com seu Outro, do que pelo enquadramento do paciente nos saberes pré-estabelecidos, universais, ela acaba por operar “um corte transversal em todas as figuras profissionais” (Viganò 2003, p.59). Pois, para além das formações profissionais e escolas teóricas, cada um tem algum a dizer de sua lida com o paciente, de onde podemos recolher algo de sua posição enquanto, enquanto Outro para esse sujeito. Isso alarga as fronteiras profissionais, possibilitando inclusive um diálogo entre os discursos, entre as diferentes abordagens, entre as especialidades.

Nessa conversa o analista entra, não como mais um saber, pois não se trata de disputar, ou se opor ao lugar de mestria, nem tão pouco, de se colocar a serviço de algum discurso - sua posição é antes de favorecer a articulação entre os saberes. Como nos diz Serge Cottet, “seu valor é muito mais agalmático” (2007,p.31), visto que sua função é orientar o trabalho rumo a uma clínica do detalhe, do um por um, com vistas à invenção possível a cada sujeito.

ELABORAÇÕES

Vertente clínica

Apesar do produto de uma construção ser único, absolutamente singular como cada caso trabalhado, ao longo dessa pesquisa, foi possível formalizar alguns pontos do processo.

Um primeiro ponto que pudemos perceber é que entre os relatos de situações fossem elas complicadas, divertidas, cotidianas, repetitivas, aos poucos, a percepção inicial da equipe ia sendo modificada: novos aspectos surgiam, outros eram re-significados, saberes cristalizados eram relativizados.

Tal efeito era favorecido pela intervenção da pesquisa na construção do caso, cujo trabalho era: 1. procurar dar a palavra a cada um dos participantes, 2.convidar a equipe a falar do paciente, não pela classificação diagnóstica, factual, moral ou comportamental, mas pelos elementos próprios do sujeito. Assim, aos poucos o enfoque ia se deslocando do diagnóstico, dos fenômenos, do comportamento do paciente, para seus aspectos mais subjetivos, mais indicativos de sua posição.

É muito interessante, porque, por vezes, na Construção do Caso, feita pela via da conversação, o sujeito aparece quase que virtualmente. Como num quebra-cabeça - na medida em que cada um da equipe vai colocando uma peça, outra peça, de repente, num efeito de surpresa, algo se forma, como se uma imagem pulasse na cena.

Como efeito, podíamos testemunhar o aparecimento do sujeito. Os significantes iniciais, representantes do paciente, muito atrelados à leitura de seu comportamento, iam perdendo sua importância, levando a um esvaziamento do saber prévio, para dar lugar a outros significantes, significantes do sujeito extraídos de suas falas, de seus dizeres.

E a partir destes, abria-se a perspectiva para que a escuta se estendesse para além das palavras enunciadas pelo paciente, mas permitindo reconhecer nessas palavras as condições emotivas da enunciação, (Vigandò, 2003, p.48). Podíamos então, em alguns casos, localizar algo de seu modo de gozo, de sua posição na relação com o Outro e, principalmente, localizar sua posição na relação com a equipe, com a instituição, enquanto Outro para ele.

É claro que o ideal, era que a construção nos conduzisse a um ponto de formalização, mas cabe ressaltar que grande parte dos casos que trabalhamos na pesquisa, não passou de dois encontros. Esse foi um fator limitante na nossa intervenção, afinal, a construção é construção de um ato clínico, cujos efeitos só podem ser recolhidos *a posteriori*. Isso dá à construção um caráter dinâmico, contínuo, tanto na construção de um caso específico, mas especialmente no que diz respeito ao uso da construção como orientador para o trabalho de uma equipe. Como nos diz Vigandò, esse trabalho requer um grande e longo exercício e, sobretudo uma transferência de trabalho entre os membros da equipe (1999, p. 59). Todavia, mesmo com este limite de tempo, pudemos recolher efeitos de nossas intervenções.

Não obstante nossas limitações, nossas intervenções não foram de modo algum sem efeitos, embora seja preciso reconhecer que nosso trabalho incidiu nos casos em decorrência do efeito produzido primeiramente nas equipes, enquanto um Outro para o paciente. O que pudemos recolher foi que, na maioria dos serviços, após a construção, houve uma mudança de posição da equipe na sua relação com o paciente.

Um ponto que parece ter favorecido tais efeitos, foi o engajamento dos serviços à nossa proposta, o que abriu uma boa transferência de trabalho. Cabe mencionar também, que os serviços que nos foram indicados para essa parceria, tinham justamente como característica o fato de serem dispositivos reconhecidos por seu empenho em melhorar, avançar na clínica.

Por fim, a própria dificuldade e interesse nos casos escolhidos pela equipe, para a conversação, foi outro fator que favoreceu a adesão de grande número dos técnicos. Tanto que pudemos constatar, que muitas vezes a construção se iniciava antes mesmo da conversação. De fato o que pudemos perceber é que a construção precedia o próprio encontro. Poderíamos dizer que muitas vezes esta se iniciava quando, após o convite para participar da pesquisa, a equipe se reunia para escolher qual caso iriam trabalhar. Nesse momento de parada, para eleger o caso, “o paciente já começa a falar”, algo já se produz. Várias vezes, quando chegávamos ao serviço para a conversação, a equipe relatava: “Curioso, mas do dia que a gente escreveu o texto para vocês, para hoje, ele mudou. Até parece que ele sabe!!!”

Também parece favorecer que a construção tenha efeitos, o fato de ser feita nesta forma de conversação na qual, por estarem presentes vários membros da equipe, o que ali emerge, o que ali é trabalhado, coloca a todos numa cumplicidade, cuja condução e sustentação convocará essa responsabilidade de cada um, atrelada a dos demais.

Assim, a construção implica num ponto de não retorno, pois uma vez que o sujeito por detrás das identificações aparece, não é possível tratar o paciente do mesmo lugar, da mesma forma de antes.

Vertente investigativa

Se, com relação à dimensão terapêutica, tivemos que reconhecer nossas limitações, no que diz respeito à dimensão investigativa, todo esse processo foi extremamente produtivo. Dessas conversações pudemos confirmar nossa hipótese de que através da construção do caso, seria possível fazer uma leitura da posição e funcionamento da equipe, dos significantes mestres orientadores do trabalho, de sua articulação com a rede, assim como dos efeitos do panorama político regional, sobre a estruturação e desempenho do serviço.

Apesar dos CAPs apresentarem grandes diferenças entre si - cada um, de cada região, apresentar problemas e também soluções, muito particulares, pudemos verificar algumas questões que estão presentes na maioria dos serviços, enquanto elementos geradores de impasses. Infelizmente, pelo tempo que dispomos, poderemos apenas citar alguns desses fatores, sabendo que os mesmos poderão ser retomados, hoje mais tarde, nos próximos relatos, ou posteriormente, no debate.

Dentre estes podemos citar: a interferência das variações das políticas locais sobre a organização e funcionamento dos serviços; a forma de constituição das equipes,

que muitas vezes abrigam profissionais sem qualquer identificação com a saúde mental; a lógica do técnico de referência, tomado geralmente como único responsável pela condução do caso; a condução do caso na pauta da intersubjetividade e no controle do comportamento, o que muitas vezes deixa a equipe refém das manobras do paciente; em lugar de uma diversidade discursiva, o que se encontra, na maioria das vezes é uma pulverização de saberes; a desarticulação do psiquiatra do trabalho da equipe, a ênfase na autoridade democrática em detrimento da autoridade clínica; a rede do paciente submetida à noção de rede geográfica; entre outros.

Não obstante sua importância, sabemos que estas questões não representam novidade, não são achados da pesquisa, pelo contrário, muitas delas estão presentes nas discussões sobre a reforma, desde os seus primórdios.

Contudo, talvez possamos contribuir e mesmo fazer avançar esse debate, na medida em que ao abordarmos esses problemas não pela via burocrática, administrativa ou teórica, mas sim através da clínica, isso nos possibilitou verificar de que maneira esses aspectos incidem no caso a caso. E na medida em que o caso é tomado como orientador do trabalho, a resposta a uma situação singular favorece a ruptura com o automatismo institucional, pois em lugar da conformidade com a norma, com as regras prescritivas, se introduz a dimensão da invenção, permitindo que novas soluções, sustentadas na decisão ética, se apresentem.

Vertente da transmissão

Nessa perspectiva, nos foi possível também, precisar como uma orientação psicanalítica pode favorecer, em muitos casos, embora não em todos, saídas e soluções, para além do ideal, mas na medida de cada sujeito.

Por outro lado, utilizar a Psicanálise como orientador do nosso trabalho nos levou a interrogar de que maneira a teoria psicanalítica tem sido utilizada no campo da Saúde Mental e qual a operação possível para os analistas na atualidade e realidade de nossos serviços.

Como primeiro ponto, constatamos a presença freqüente da Psicanálise, entretanto, não enquanto um discurso operativo, orientador do trabalho, mas ao contrário, sua presença parece, na maioria das vezes, numa repetição de significantes, sem incidência real na prática. Situação que, confrontada com os efeitos que recolhemos em nosso trabalho de construção, que atestam sua efetividade enquanto articulador dos

discursos e especialidades nos colocou uma importante questão: Como passar de um fornecedor de significantes, a uma posição de orientador de um tratamento?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COTTET, Serge. O Psicanalista Aplicado, in: *Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos*. Associação do Campo Freudiano, Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta, Reforma Psiquiátrica: quando a crítica é de má fé, in: *Jornal do Psicólogo*, Belo Horizonte: CRP_MG, no. 92, 2008.

VIGANÒ, Carlo. A Construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. EBP-MG, n. 13, setembro, 1999.

VIGANÒ, Carlo. A Construção do caso. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. ano 6, n.9, Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, 2003.

Projeto de Pesquisa: *Investigação sobre os efeitos discursivos da “capscização” da atenção à saúde mental: avaliação qualitativa dos processos de institucionalização do modelo CAPS*, (2005)

Notas da conversa do grupo da pesquisa com Ana Cristina Figueiredo, 6/11/2008.