



CASOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DA MÉDIA COMPLEXIDADE: INTERLOCUÇÕES COM A PSICANÁLISE

Silvia Reis Soares, Andrea Maria Guisoli Mendonça

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem por princípio garantir integralmente a assistência à saúde do cidadão. No campo da saúde mental, são executadas atividades em serviços de saúde como unidades básicas ou hospitais gerais, por exemplo, e também nos serviços de saúde específicos aos portadores de sofrimento mental, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nestes, portadores de neuroses e psicoses graves são a clientela prioritária, embora também sejam atendidos portadores de autismo e todos aqueles que estão impossibilitados de manter ou de estabelecer laços sociais [1]. Porém, quando se fala em saúde mental, logo se associa à loucura que, por sua vez, é tida como “uma ausência de ordem”, a estar “fora de si” [2]. Há um esforço em separar o que é da ordem da loucura, enquanto conceito do senso comum que remete a visões de mundo e comportamentos considerados anormais, e da saúde mental, enquanto categoria psicológica e psiquiátrica que diz respeito a um estado de sofrimento e perturbação que produz inabilidades sociais [2]. Dessa forma, apesar da expressão “saúde mental” estar primeiramente associada à loucura, ao enlouquecimento e a estar fora da realidade, ela representa um campo mais amplo e que também contempla, por exemplo, “o forte abalo emocional após uma perda ou situação de vida muito difícil [que] pode requerer atendimento da Saúde Mental, mesmo em se tratando de uma pessoa mais tranquila” [1]. A partir disso, então, compreende-se que a população assistida pelos serviços da saúde mental não se restringe aos “loucos”, mas aos neuróticos também. Assim, quais os tipos de caso atendidos em um serviço de saúde mental da média complexidade de Montes Claros?¹

A. O campo da Saúde Mental e a Psicanálise

A saúde mental se dá em um “campo e não em termos individuais, ou seja, de acordo com aquilo que definiria, normativamente, o que é um indivíduo mentalmente saudável (equilibrado, produtivo, seguro etc.)” [3]. Ao situá-la como um campo, deve-se pensar em um conjunto constituído por práticas clínicas, políticas e técnicas vinculadas aos saberes das áreas psicológicas, como a Psiquiatria, a Psicanálise e a Psicologia. Essa concepção constitui um grande avanço, tendo em vista que as pessoas consideradas loucas nem sempre tiveram tratamento adequado.

A psicanálise tem estado muito presente no campo da saúde mental e, apesar de haver certos entraves, mostra-se como um instrumento importante na clínica do um a um, já que aposta no sujeito desejante. A relevância da psicanálise está “em demonstrar que há mais do que um corpo biológico, há um corpo pulsional, comportando o sujeito” [4]. A psicanálise, nesse contexto, mostra que mais do que identificar os fenômenos que constituem o sujeito, é necessário que se faça emergir o sujeito do inconsciente [5]. E, além disso, que o paciente seja responsabilizado pelo seu sintoma ou por seus atos, de maneira a questionar-se sobre o que faz naquele serviço ou, por exemplo, o que é necessário realizar para que encontre uma solução para suas questões. Para que a condução dos casos possa acontecer da maneira adequada, a partir da psicanálise, é necessário que se faça o diagnóstico diferencial. Este busca estabelecer a estrutura à qual o sujeito pertence (neurose e psicose) e, a partir dessa definição, conduzir o tratamento da maneira adequada.

B. Objetivos

A) Identificar os casos em acompanhamento em um dispositivo de saúde mental da média complexidade; b) Conhecer as características dos usuários (proporção de neuróticos e psicóticos, proporção de sexo, idade média); c) Identificar o tipo de tratamento oferecido (medicamentoso, acompanhamento individual e/ou coletivo, oficinas, visitas domiciliares); d) Localizar a duração do tratamento; e) Saber se, após o término do acompanhamento, houve algum encaminhamento e, se sim, de qual tipo.

¹ A pesquisa teve financiamento próprio.



Metodologia

Optou-se, quanto ao tipo, por uma pesquisa descritiva, já que esta procura descrever uma realidade sem, de fato, interferir na mesma [6]. Ocorreu coleta de dados que, ao final, foram analisados por meio de estatística descritiva.²

Foi realizada uma pesquisa documental e de campo no setor de psicologia do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN) com os prontuários de pacientes adultos (maiores de 18 anos), atendidos por três psicólogas de orientação psicanalítica (cujos nomes serão preservados), referentes aos anos de dois mil e onze, dois mil e doze e dois mil e treze. Os dados foram agrupados e organizados em gráficos. Dessa forma, tratou-se de uma pesquisa quantitativa e a análise matemática dos dados foi realizada através de um levantamento.

De abril a junho de 2014 foram analisados, ao todo, 589 prontuários. Entretanto, com o descarte dos registros de crianças e adolescentes menores de 18 anos, bem como dos prontuários repetidos, 513 foram visualizados.

Resultados e discussão

O público atendido consiste na maioria de mulheres em relação ao público masculino. Elas representam 81% das pessoas atendidas enquanto eles apenas 19%. A média de idade dos pacientes é de 39 anos. Em ambos os gêneros as pessoas que mais procuraram o serviço estão compreendidas na faixa etária dos 26 aos 35 anos. Em segundo lugar, no entanto, a faixa etária do público que procura por acompanhamento psicológico se difere entre os gêneros. O segundo lugar é ocupado: pelas mulheres de 36 aos 45 anos e pelos homens de 18 aos 25 anos.

Em 29 dos 513 prontuários analisados (6% dos prontuários) foram encontrados registros de pacientes psicóticos, que são aqueles que negam o Édipo através da forclusão e com isso o significante retorna no real evidenciando a relação de exterioridade do sujeito com o significante, sendo demonstrado pelos distúrbios de linguagem e pelo paradigma das alucinações. Além disso, têm-se também as intuições delirantes, ecos de pensamento e pensamentos impostos [7]. Foram considerados psicóticos os pacientes cujos prontuários apresentaram registros de fenômenos elementares - como delírios e alucinações - ideias de autoextermínio, diagnósticos formalizados a partir do Código Internacional de Doenças (CID-10) e pela afirmação da psicóloga responsável através do registro escrito. Os pacientes que faziam uso de antipsicótico não foram incluídos na categoria por não haver registro de, ao menos, um dos critérios acima.

A psicose também diferencia-se da neurose no binômio certeza x dúvida. Na primeira há a certeza - delirante - das ideias, que se colocam como algo irrefutável. A segunda é marcada pela dúvida, pois se trata do sujeito dividido, onde existe o sim e o não. Nos dados pesquisados, pode-se, então, supor que os 484 (quatrocentos e oitenta e quatro), isto é, 94% dos pacientes não psicóticos sejam neuróticos. Entretanto, não é possível afirmar considerando que 158 (cento e cinquenta e oito) pacientes foram atendidos apenas uma vez e outros 77 (setenta e sete), duas únicas vezes. Dessa maneira, não é possível fazer um diagnóstico a nível estrutural, já que a escuta do sujeito é fundamental e, conseqüentemente, demanda tempo. O que fica prejudicado pelo não comparecimento da pessoa ao serviço.

Outro ponto que se apresentou, foi a interrupção do tratamento pelos pacientes, de forma que apenas 4 (quatro) altas foram dadas; e havia mais um registro sobre conduzir o caso para alta. É possível considerar, contudo, que, embora o número de acompanhamentos finalizados seja pequeno em relação ao total, muitas pessoas podem ter sido contempladas com os efeitos terapêuticos da psicanálise. A psicanálise não é psicoterapia, vai além desta. E, por mais que a natureza do tratamento analítico seja considerada de longa duração, a Psicanálise considera o caráter finito da experiência analítica, podendo esta se fazer em ciclos ou em uma única sessão [8]. O sujeito, ao se deparar com a dissolução da demanda inicial, pode entender que não existe mais porquê estar em tratamento e desligar-se da instituição, o que não implica no insucesso do trabalho.

O CAETAN conta com diversas especialidades, o que facilita o encaminhamento dos pacientes entre os profissionais. Porém, o setor de Psicologia conta apenas com o atendimento clínico individual. Os encaminhamentos foram outro ponto contemplado na pesquisa, tanto para a entrada do sujeito no CAETAN quanto no retorno ao território. Para o primeiro acesso dos pacientes ao serviço de especialidades é necessário que haja encaminhamento de

² A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsinki e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES sob o registro 24143714.6.0000.5146 do ano de 2014.



FÓRUM FEPEG

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras

REALIZAÇÃO:



APOIO:



24 a 27 setembro

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

algum serviço da rede psicossocial. Dos 513 prontuários pesquisados, 373 continham o serviço ou o profissional que havia solicitado o atendimento. Desses 373, 4% dos encaminhamentos eram provenientes do CAPS (tanto o do tipo II quanto o AD), 23% de serviços de saúde na atenção básica, em 27% não havia registro e nos 46% restantes foram de serviços não identificados.

Não foram feitos encaminhamentos dos pacientes ao término do tratamento no CAETAN para que houvesse a continuidade do mesmo em seu território. Foram feitos apenas 10 encaminhamentos destinados a especialistas ou profissionais do mesmo serviço para verificação de questões orgânicas ou por incompatibilidade de horários.

A partir do discurso dos usuários, sobre o que se queixavam e/ou apresentavam como demanda para tratamento, os assuntos que mais apareceram foram: ansiedade (17%), depressão (10%), luto (4%) e questões envolvendo relacionamento (17%). Somados, representam 48% do total. Os 52% restantes (sendo 6% de pacientes psicóticos) compreendem queixas diversas, incapazes de constituir outras categorias e até mesmo da falta de demanda registrada no prontuário.

Para a Psiquiatria, o sintoma está associado a sofrimento e indica que algo no sujeito vai mal. Além disso, afasta-o da norma social. A abolição do sintoma gera, assim, alívio e possibilita a adaptação social. A Psicanálise, no entanto, compreende que o sintoma não significa, necessariamente, uma doença, mas algo do qual o sujeito se queixa. Na atualidade, tem-se visto as novas formas de sintoma, principalmente a partir dos manuais diagnósticos que fazem inúmeras divisões, considerando a quantidade e a padronização [9]. Diferentemente dos tempos freudianos, os serviços de saúde mental recebem pacientes que trazem os novos sintomas, como a depressão, o pânico, a bulimia, as toxicomanias, a obesidade mórbida, dentre diversos outros. Com exceção da bulimia, todos esses outros foram apresentados como demanda de tratamento no CAETAN. Esses sintomas não podem ser considerados como sintomas analíticos a partir da falta-a-ser, mas sim como uma maneira de viver e, sobretudo, gozar [9]. Há uma desresponsabilização, por parte do sujeito, no que toca o seu gozo. É necessário responsabilizar o sujeito pela escolha da sua neurose; e mais que isso, com a ética da psicanálise em considerar a singularidade do sujeito com o seu desejo e com o seu gozo, é preciso colocar em suspensão as classificações diagnósticas para se ouvir o sujeito, fazendo-o falar sobre a sua implicação no seu sintoma.

Conclusão

Os profissionais não registraram nos prontuários os casos de neurose mas, por eliminação, é possível considerar que a maioria dos pacientes atendidos possui esta estrutura. Entretanto, o que se destacou foi a porcentagem significativa de pacientes que foram à instituição apenas 1 ou 2 vezes. Mesmo que a psicanálise aplicada se mostre como uma importante ferramenta no panorama atual, fica a questão: por que são encaminhados casos à média complexidade que a atenção primária é capaz de atender?

A partir dos resultados encontrados mostra-se importante uma padronização dos registros feitos pelos profissionais, de maneira que haja uma quantidade mínima de informações que possam localizar de onde o paciente foi encaminhado, a hipótese diagnóstica, uma descrição, mesmo que pequena, da evolução do tratamento, as interrupções e as altas efetuadas, pois, a falta de registros prejudica a circulação das informações entre os profissionais e impossibilita uma análise do serviço oferecido.

Referências

- [1] MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.
- [2] BRITO, H. B. de; CATRIB, A. M. F. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. *Estud. psicol. (Natal)*. Natal, v. 9, n. 2, Aug. 2004.
- [3] CIRINO, O. Saúde Mental: Política e Clínica. IN: *Revista Recurso*. Nº 2. Publicação dos Fóruns Regionais de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 1998. p.43-49.
- [4] COUTO, R. H O. Psicanálise e saúde mental. *Estudos e pesquisas em psicologia*. UERJ, RJ, ano 8, n.1, p. 136-141, 1º semestre de 2008.
- [5] FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, n. 1, mar/2004.
- [6] APPOLINÁRIO, F. *Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.
- [7] QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.
- [8] BARRETO, F. P. A psicanálise aplicada à saúde mental. In *CLINICAPS*. Belo Horizonte, v. 01, n. 01, Janeiro a Abril. 2007.
- [9] STEVENS, A. Psicanálise e Saúde Mental. In: *Curinga*. Belo Horizonte, v.01, n.0 (1993) Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n.31, dezembro de 2010.