The background features a collection of stylized birdcages in various shapes and sizes, some with birds perched on top or inside. There are also several silhouettes of birds in flight scattered throughout the scene. The entire illustration is rendered in a light, monochromatic grey tone.

# Informe de Rotación: “CAPS: Jaulas para volar”

**HIG: “Dr. José Penna” Bahía Blanca.**

**Residencia de Psicología. 4° año.**

**Residente: Psic. Marlen Cotlier.**

**Instructora: Lic. Mariana Villar**

**Instructora de Rotación: Dra. Rosana Onocko Campos.**

**Jefa de Residentes: Lic. Paula Fiore.**

## Agradecimientos:

A Liliana y Carlos.

A Rosana y Mariana.

A Bea, Cami, Bárbara, Anne, Lillyan, Ed, Celina, Ana y Joci.

A Lucía, Sol, Majo, JP, Ceci y Pau.

A Fabi, Walter, Alicia, Nadia, Cecilia, Julieta, Andrea y Octavio.

A Alicia.

A Carli, Mary y el Colo.

A Ana Luiza, Herla, Junior e Ivana.

Al Caps David!!!!

Porque sin todos ellos no hubiera podido llegar, estar, ni volver!!!!!!

Porque me brindaron escucha, apoyo, instrucción, lugar y afecto!!!!

Para hacer el retrato de un pájaro. J, Prevert. *Paroles*<sup>1</sup>.

*Pintar primero una jaula  
con la puerta abierta  
pintar después  
algo gracioso  
algo simple  
algo hermoso  
algo útil  
para el pájaro  
apoyar después la tela contra un árbol  
en un jardín  
en un montecillo  
o en un bosque  
escondese tras el árbol  
sin decir palabra  
sin moverse...  
A veces el pájaro aparece al instante  
pero puede tardar años  
antes de decidirse  
No desalentarse  
esperar  
esperar si es necesario durante años  
la prontitud o la demora en la llegada del pájaro  
no guarda relación  
con la calidad del cuadro  
Cuando el pájaro aparece  
si aparece  
observar el más profundo silencio  
aguardar a que el pájaro entre en la jaula  
y una vez que haya entrado  
cerrar suavemente la puerta con el pincel  
después  
borrar de uno en uno todos los barros  
con cuidado de no rozar siquiera las plumas del pájaro  
Reproducir después el árbol  
cuya más bella rama se reservará para el pájaro  
pintar también el verde follaje y la frescura del viento  
el polvillo del sol  
y el zumbido de los bichos de la hierba en el calor del verano  
y después esperar que el pájaro se decida a cantar  
Si el pájaro no canta  
mala señal  
señal de que el cuadro es malo  
pero si canta es buena señal  
señal de que podéis firmar  
Entonces arrancadle suavemente  
una pluma al pájaro  
y poned vuestro nombre en un ángulo del cuadro.*

---

<sup>1</sup> Prevert, J. *Paroles Palabras*. p 157. Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires. 1960.

## Introducción:

Hablar de dibujar jaulas y pájaros, aún con la dulzura de Prevert, puede sonar demasiado duro en un trabajo sobre desmanicomialización.

Pero...qué arman el fantasma y el yo sino eso...esa pequeña grilla...esa jaula mental con la que leemos el mundo, pequeño artificio para domesticar nuestros pájaros más indómitos. Sabemos que el fantasma es un modo de acceso a una satisfacción para el sujeto, que traduce la forma inercial y repetitiva de gozar. Pero además el fantasma es la respuesta ante la pregunta por el deseo del Otro, respuesta que entre otras cuestiones, viene a resolver el lugar que creemos ocupar para el Otro, Otro que también es discurso y tesoro signifiante.

*"...el fantasma es como una máquina para transformar el goce en placer. Como una máquina, digamos, para domar al goce, pues por su propio movimiento el goce no se dirige hacia el placer sino hacia el displacer."*<sup>2</sup>

*"Cada lazo social sea cual fuere del que se trate portará el estilo conque cada sujeto tramita su quehacer con el fantasma (...) Así da cuenta en el lazo social que realiza de la forma original (aunque no tanto como presume) conque intenta negociar con el Otro, la pérdida de ese objeto que devela la insoslayable soledad de su desamparo"*<sup>3</sup>.

El yo y sus vasallajes impiden que el Otro nos hable, a partir de su función de desconocimiento nos hace creer que: "yo hablo". Este yo *i(a)* tiene un corazón real que lo homologa con el fantasma, están ubicados en la misma línea del Grafo del Deseo, como respuesta ante la falta en el Otro.

Vamos por la vida con esa jaula – fantasma- yo que a veces más fácilmente y otras de modo más sufriente nos posibilita (des) encontrarnos en el espacio social.

¿Acaso no podemos hablar en el lazo, en el (des) encuentro con el otro, de (des) encuentro de fantasmas, de yoes, de a y a'?

*"Podemos decir que el comportamiento mismo de un sujeto es la demostración de sus fantasmas..."*<sup>4</sup>

*"La relación yo-otro imaginario emerge como aquello que permite hacer frente, defenderse del desamparo, del trauma que es el enigma del deseo del Otro. Por eso Lacan puede decir: 'el sujeto se defiende del desamparo con su yo (moi)'. Entre fantasma y yo existe una relación de homología (...) Homología remite a equivalencia de posiciones, no a identidad."*<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Miller, J. Dos dimensiones clínicas síntoma y fantasma. p 20. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1989.

<sup>3</sup> Rodrigo, A. Atrave(r)s(e)ar el fantasma: La función de la falta en el lazo social.  
<http://www.efba.org/efbaonline/rodrigo-05.htm>

<sup>4</sup> Miller, J. Dos dimensiones clínicas síntoma y fantasma. p 22. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1989.

<sup>5</sup> Rabinovich, D. La teoría del yo en la obra de Jaques Lacan. P 79. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1989.

¿No tenemos también ciertas jaulas comunes, modelos más macro y dominantes, parámetros socialmente aceptados acerca de lo correcto, o incorrecto, lo bueno, lo malo? En cierta forma, amoldamos nuestros pequeños mundos subjetivos, cargados de la más particularísima de nuestras letras a ese universo discursivo que se presenta como claro y ordenador.

*“Así la teoría del yo lleva desde el inicio la marca de su articulación con el objeto. (...)...la imagen del semejante, del otro con minúscula (a), era (...) el patrón de los objetos de deseo en cuanto tales, objetos que eran definidos como objetos de deseo del otro(a). El deseo del otro con minúscula (a) organiza pues el mundo de los objetos humanos en tanto objetos de competencia y rivalidad. La competencia y la rivalidad desembocan en un callejón sin salida, que Lacan –a esta altura de su teoría- supone puede resolverse a través de la pacificación que representa la presencia de la Ley, del Otro simbólico, del Otro del pacto.”<sup>6</sup>*

*“El i(a) aparece aquí determinado por el I(A), la imagen del semejante no tiene autonomía alguna, está determinada en cambio por un significante que la trasciende, el sello del ideal, que –como dice Lacan en el texto- determina al sujeto en futuro anterior. Este I(A), es un significante privilegiado dentro del conjunto del A (...) La distancia entre el sujeto y su imagen es regulada ahora por el Ideal, regulación simbólica más allá del equilibrio especular a-a’.*

Andamos enjaulados, esas jaulas no son terribles cárceles siempre, pero son jaulas, sí, necesarias para que construyamos ese malestar sin el cual sería imposible habitar la cultura discursiva. Si no partimos de aceptar esto, cualquier intento de trabajo con la psicosis versaría entre hipócrita e iluso.

¿Y qué pasa cuando no hay fantasma, cuando el yo pierde consistencia y es puro mimetismo? ¿Cuando la jaula no funciona y deja a cielo abierto todos los pájaros? El goce irrumpe por todos los ángulos cuando no hay barrotes y además...se complica el encuentro en el espacio social.

Nos lleva Prevert a pintar primero la jaula, será necesario un espacio físico en donde armar algo que funcione como lugar de construcción de mundos soportables. Se ofrece algo, una herramienta simbólica, imaginaria, para hacer con lo real. Se ubica la jaula en el ámbito de los pájaros, la jaula se borra, está y no es necesario verla todo el tiempo. Es el pájaro el que decide si el cuadro es bueno o no, con su canto. Cuadro, marco, espejo-dibujo, jaula...y la firma...a diferencia de Prevert nosotros esperamos que el pájaro pueda hacer algo a su nombre.

Es quizás un poco de esto de brindar el apoyo, el lugar y el tiempo para construirse esa jaula-grilla-muletas imaginarias lo que se hace en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) brasileros. Quise ver los pájaros, las jaulas, el verde, la creatividad, el encuentro entre ciudadanía y clínica...hice una valija...y me fui a Brasil, no a cualquier parte de Brasil...me fui a Campinas. Quisiera compartir mi experiencia de rotación...realmente es

---

<sup>6</sup> Rabinovich, D. La teoría del yo en la obra de Jaques Lacan. P 76. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1989.

difícil contar las sensaciones de conocer otro país, otra cultura, otra organización de los servicios de salud mental y relacionarlo con los textos leídos y trabajados en distintas instancias de aprendizaje. A modo de explicitación de fundamentos teóricos y /o reflexivos, voy a ir intercalando al relato pequeños extractos o síntesis de textos de diversos autores con conceptos y desarrollos que están en relación con aquello que se describe.



## Para dar un vistazo... a vuelo de pájaro... y dimensionar cuestiones:

- Campinas queda en el Estado de San Pablo, está al norte de la ciudad de San Pablo, a una distancia de 90 km de ésta. Tiene una población de 1 millón de habitantes. Más o menos la misma cantidad de habitantes que la ciudad de Rosario en Argentina. Pero Campinas tiene una superficie de 800 km<sup>2</sup><sup>7</sup>, en cambio Rosario tiene 178 Km<sup>2</sup><sup>8</sup>.
- Explican Figueiredo y Santos<sup>9</sup> que Campinas está dividida en 5 distritos sanitarios, cada uno de los cuales se ocupa de atención básica de la salud, atención especializada, urgencias y vigilancia sanitaria. Cada distrito tiene libertad para adaptar las directrices municipales a las particularidades socio económicas de su territorio. La ciudad ha sido pionera ya en los 70's en la implementación de Unidades Básicas de Salud (UBS) con equipos más amplios y con mayor variedad de profesionales implicados que el resto del país. Hoy cuenta con 49 UBS.
- Como refieren dichas autoras, la ciudad ha desarrollado una red de salud mental substitutiva del modelo hospitalocéntrico. La red está constituida por diferentes dispositivos de trabajo, los mismos son<sup>10</sup>:
  - Centros de Convivencia: Son espacios abiertos a toda la comunidad que tienen por objetivo rescatar los lazos sociales y afectivos, ofertando actividades de arte cultura y deportes. En Campinas hay 12 de estos centros, distribuidos en los diferentes barrios.
  - Talleres de Trabajo y Generación de Renta: Son proyectos de reinserción social a través del trabajo en la lógica de la economía solidaria y el cooperativismo. Los mismos funcionan en los centros de convivencia, en los CAPS y en 2 servicios específicos para ello.
  - Las Unidades Básicas de Salud o Centros de Salud: Muchos de estos centros cuentan con profesionales de salud mental o reciben apoyo matricial (cuestión que explicaré más adelante) sobre este tema.

---

<sup>7</sup> <http://www.campinas.sp.gov.br/sobre-campinas/informacoes-turisticas.php>

<sup>8</sup> <http://www.rosario.gov.ar/sitio/caracteristicas/estadistica1.jsp>

<sup>9</sup> Figueiredo MD, Santos DVD. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações. En: Onocko Campos, RT; Furtado, JP; Passos, E; Benevides, R org. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. Aderaldo & Rothschild. P. 155-162. San Pablo. 2008.

<sup>10</sup> Coletivo Saúde Mental Campinas. Trancar Não é Tratar! Panfleto con el apoyo del Conselho Regional de Psicologia SP.

- Centros de Atención Psicosocial (CAPS): Cada uno de estos dispositivos cuenta con un equipo de psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos de enfermería, farmacéuticos, técnicos de farmacia, trabajadores sociales, psiquiatras, administrativos, etc. Estos mismos profesionales además de su trabajo de atención específica organizan talleres, paseos, asambleas, grupos de reflexión...etc.

Hay distintos tipos de CAPS:

- Caps AD: son específicos para el trabajo con usuarios que tienen uso y/o dependencia al alcohol y las drogas. En Campinas hay 3 de estos Caps, de los cuales 2 atienden de 8 a 17 horas, y no tienen camas para que los pacientes puedan pasar la noche ahí, pero pueden pasar unas horas internados en la enfermería hasta que pasen los síntomas de intoxicación o abstinencia o hasta que sean derivados al núcleo de retaguardia específico para adicciones del Hospital Cândido Ferreira. Hay uno con cama nocturna y atención las 24 horas.
  - Caps INFANTO –JUVENIL: son específicos para niños y adolescentes con graves trastornos mentales, también para aquellos que usan alcohol y drogas. En Campinas hay dos.
  - Caps III: atienden adultos con graves patologías mentales, tienen camas para que los usuarios puedan pasar algunas noches allí en caso de ser necesario. Tienen atención las 24 horas. Hay 6 en Campinas y cada uno de ellos tiene a su cargo una residencia terapéutica. Dichas residencias son casas donde viven usuarios del Caps, muchos de los cuales han vivido durante años en hospitales psiquiátricos y ya no tienen otro lugar para vivir. Estas personas están en condiciones de sostener un cierto nivel de autocuidados. Hay diferentes tipos de residencia de acuerdo al grado de asistencia que los profesionales brinden: puede haber guardias nocturnas, puede haber guardias nocturnas y diurnas, acompañamiento de visitas diarias y/o asambleas semanales. Hay Residencias terapéuticas no organizadas por Caps. En Campinas hay un total de 33 de estas residencias.
  - Sin bien en Campinas no hay, en Brasil también existen los Caps I y Caps II que trabajan en un horario de 8 a 17, sin camas para internación temporal y que trabajan con territorios poblacionales de entre 20 mil a 70 mil y entre 70 mil a 200 mil habitantes respectivamente. En Brasil existen 1467 Caps.
- Núcleos de Retaguardia: son espacios de atención con camas para internación en el servicio de enfermería de salud mental de un hospital general municipal "Ouro Verde" y camas de internación de retaguardia en el

hospital de salud mental monovalente "Cândido Ferreira<sup>11</sup>". En este último también existe un núcleo de atención para pacientes con dependencias químicas que cuenta con internación.

---

<sup>11</sup> El Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira es una entidad de beneficencia sin fines de lucro fundada en 1924. Atiende más de mil usuarios por mes, posee un Núcleo de Atención en Crisis (NAC), un Núcleo de Atención de Dependencia Química (NADeQ), cuatro CAPS (cuando estaba terminando mi rotación los CAPS municipales estaban por pasar a trabajar en relación a este hospital también), un Núcleo Clínico (NC), un Núcleo de talleres y trabajo (NOT), tres Centros de Convivencia y una Escuela. La institución tiene un convenio de co-gestión con la municipalidad de Campinas y se dedica integralmente a atender pacientes del SUS.

<http://www.candido.org.br/content/blogcategory/14/44/>

## Entre las ramas del árbol:

Esa ley nuevita de Salud Mental<sup>12</sup> que estrenamos a fines del 2010, está en Brasil desde el 2001<sup>13</sup> y está relacionada con una reforma radical del sistema de salud<sup>14</sup>

Este proceso de democratización de la salud se había iniciado antes, con un Movimiento Sanitario, que propugnaba una Reforma Sanitaria<sup>15</sup>. Dicho movimiento ya funcionaba en los años 70's, en el ámbito académico como oposición técnica y política al régimen militar. Entre sus exponentes se encontraban David Capistrano y Sergio Arouca. Dicho movimiento fue luchando contra la dictadura, a partir de programas de extensión de cobertura financiados por agencias internacionales de salud que incentivaban la participación de las comunidades atendidas en las acciones de salud. El incremento de la actuación de la sociedad organizada y la radicalización de las prácticas políticas de oposición a la dictadura hicieron que el foco pase a ser el pueblo entendiendo éste como la parte de la población excluida o subalternada en el acceso a los bienes y servicios, desde los ámbitos locales la lucha fue ampliándose a los espacios nacionales.

*El "Movimiento de la Reforma Psiquiátrica en Brasil surge en el contexto de las luchas por la redemocratización del país, a partir del Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM) en el final de los años 1970, que dará origen más tarde al Movimiento de Lucha Antimanicomial<sup>16</sup>"*

*"En cuanto el Movimiento por la Reforma Sanitaria optó por la ocupación de puestos estratégicos en el aparato estatal, el de la Reforma Psiquiátrica priorizó el establecimiento*

---

<sup>12</sup> Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Capital Federal. 2010.

<http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

<sup>13</sup> LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)

<sup>14</sup> LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

<sup>15</sup> Fleury, S. Modelos de reforma de la salud en América Latina. P. 182-189. En: Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Spinelli, H Comp. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.

<sup>16</sup> Pereira Furtado; Onocko Campos, RT. A Transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental. Año VIII, N° 1, marzo 2005. P 109-122.

*de articulaciones intersectoriales, la inclusión de familiares y usuarios en toda una serie de fóruns, asociaciones, manifestaciones públicas...<sup>17</sup>”*

Brasil recupera la democracia en 1985, después de 21 años continuados dictadura militar. En 1986 se realiza la 8º Conferencia Nacional de Salud, en la cual se crea el proyecto de un Sistema Único de Salud (SUS) con participación de la ciudadanía en consejos municipales de salud.

En 1988 Brasil establece una importante reforma constitucional que, a partir de la declaración de la salud como derecho de todos y deber del Estado, propicia la legislación, en 1990, de la Ley Orgánica de Salud que establece al SUS<sup>18</sup>.

Un dato a tener en cuenta es cómo era la organización y el acceso a la salud en Brasil antes del SUS. El servicio de salud pública atendía sólo a quien aportaba a la caja de Previsión Social del Estado, el resto de la población que no contaba con trabajo ni dinero para pagar prácticas privadas, dependía de las instituciones de caridad y filantropía religiosas. El sistema de salud público atendía sólo a 30 millones de brasileros (menos de la mitad de la población) era centralizado, federal y sin participación de los usuarios. Hoy el SUS es el único acceso a la salud de 140 millones de brasileros en una población total de 190 millones. Los planes de salud y la atención privada atienden 38 millones de personas, bajo la regulación de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria. El SUS realiza el 75% de los procedimientos de alta complejidad del país.

Los procesos de participación popular y democratización de la salud del SUS se articulan a través de diferentes mecanismos institucionales: el Ministerio de Salud y las Secretarías Estatales y Municipales de salud consideran lo deliberado en los Consejos (Nacionales, Estatales y Municipales) de Salud donde participan trabajador, usuarios y organizaciones de usuarios y de trabajadores. También existen las comisiones inter-gestores bipartita (municipios y estado) y tripartita (incluye el nivel federal) para deliberar planes y políticas de salud. Además está la Mesa Nacional de negociación permanente donde se trabajan cuestiones de relación laboral entre gestores y otros trabajadores. Las Conferencias Municipales de Salud son periódicas, se discute algún tema elegido y se votan las directrices y la agenda del sistema de salud. En éstas se eligen representantes para la Conferencia Estatal y allí para la Nacional.

Principios que organizan el SUS:

- Universalidad: de acceso para todos los ciudadanos a todos los niveles de asistencia.

---

<sup>17</sup> *Ibidem*

<sup>18</sup> Moreira, M; Escorel, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>.

- Integralidad: de asistencia preventiva y curativa individual y colectiva en todos los niveles de complejidad con trabajo en red.
- Equidad: asegura el acceso a todos los niveles de acuerdo a la necesidad y complejidad del caso.

Directrices del SUS:

- ✓ Regionalización y Jerarquización: Organización por niveles de complejidad creciente en un área geográfica y con una población determinada.
- ✓ Resolutividad: Cada servicio debe resolver el problema utilizando su plena capacidad hasta el límite de su competencia.
- ✓ Descentralización: redistribución de las responsabilidades en toda la red del servicio en todas las esferas de gobierno y con participación ciudadana.
- ✓ Participación de los ciudadanos: A través de los Consejos de Salud con representación de usuarios, trabajadores y gobierno y de las Conferencias de Salud, para pensar políticas de salud y controlar su ejecución.
- ✓ Complementariedad del Sector Privado: Al que el Estado puede contratar cuando el sector público resulte insuficiente.

Explican Pereira y Onocko<sup>19</sup> que hay un distanciamiento entre la reforma psiquiátrica y el sanitarismo a partir de 1987. Dicho distanciamiento se debe al estrecho compromiso con la desinstitucionalización de ideas, prácticas y pacientes que generó cierta resistencia del Movimiento de la Reforma Psiquiátrica a entrar en las instancias oficiales de poder público. Sin embargo ambas reformas se reaproximaron con la reforma psiquiátrica como política del gobierno federal y la promulgación de la Ley de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

---

<sup>19</sup> Pereira Furtado; Onocko Campos, RT. A Transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental. Año VIII, N° 1, marzo 2005. P 109-122.

## Llegar llegando:

¿Qué sabía de allá antes de viajar?

Sabía que la atención de salud mental esta organizada distinto que en Argentina, porque los casos que considerados graves, como psicosis, histerias con tendencia al acting, urgencias subjetivas, en lugar de ser atendidos en el tercer nivel de complejidad, se los atiende en los barrios, en Centros de Atención Psicosocial<sup>20</sup>, tratando de derivar para internación a dispositivos específicos la menor cantidad de casos posibles y sólo como último recurso. También sabía que en las instituciones de salud se trabaja para la participación de los trabajadores y de los usuarios en los procesos de toma de decisiones y que se trata de tener en cuenta la subjetividad de ambos sectores. Sabía que en Campinas se encuentra la UNICAMP, una universidad estatal que cuenta con un departamento de salud colectiva<sup>21</sup> con docentes de renombre internacional y del cual salen formados excelentes profesionales, los escritos de dichos docentes los leemos en Argentina. Además sabía que en Campinas hay una importante organización de dichos Centros de Atención Psicosocial que llevan a la práctica los principios plasmados en la ley de salud mental. Sabía también que allá mi instructora sería una rosarina, Rosana Onocko, a quien admiré desde que leí, por su modo de relacionar el psicoanálisis con la salud colectiva, con lo público y con la investigación.

Había estudiado portugués durante algunos meses, había leído algunos artículos sobre la modalidad de gestión en salud en Brasil y otros que hacían un retrabajo sobre la problemática de la subjetividad de los trabajadores...había recorrido las calles de Campinas por Google Earth...y con eso me alcanzaba para pensar que la experiencia iba a ser enriquecedora.

Llegué a Campinas de noche...el Sr. que estaba sentado al lado mío en el avión me ofreció que su hija me lleve desde el aeropuerto hasta el centro de la ciudad y me indique un taxi de confianza...primer acto en Brasil: confié y acepté...en portugués. Llegué a una mansión que era la pensión donde había reservado una cama en una habitación compartida entre 3 con un baño cada 5 personas. Allá estaba lleno de argentinos estudiantes universitarios...duré 5 días...y acepté otra invitación...a vivir con un grupo de brasileros que estaban haciendo el doctorado en salud colectiva...experiencia inolvidable, conversaciones hiper-interesantes...muy agradecida...a una chica...Ana Luiza Oliveira...que como un torbellino, me saludó, se presentó y me invitó a vivir con ellos...y siguió compartiendo, como un torbellino, 3 hermosos meses...

Brasil me despabiló con espontaneidades inusitadas, con tantas variedades de verdes que jamás hubiera imaginado que podían existir, me empalagó de golosinas extra dulces, me reconfortó con saludos de un beso en cada mejilla y medio abrazo, que me daban la impresión de estar más cerca de la gente que tenía al lado. En realidad, ahora que lo pienso,

---

<sup>20</sup> <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

<sup>21</sup> <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamentos/departamento-de-saude-coletiva>

casi todas las personas con las que me relacioné eran del ámbito de la salud colectiva... y no puedo saber si es esta característica propia de Brasil, de Campinas, o del acolhimento (recepción) propia de la salud colectiva. Aunque si intento aplicar algo de lo aprendido... podría pensar que así como nuestra subjetividad forma parte de nuestro modo de realizar la praxis... esa misma praxis también moldea nuestra forma de receptividad.

Ese acolhimento, esa recepción... es muy especial. En el Caps se realiza sin turno, sin espera, a cualquier persona del barrio que se acerque a pedir asistencia o ayuda. Esa receptividad tiene un fundamento: "es un concepto entre lo técnico y lo político, porque es la acción que concretiza el programa político en la acción técnica en salud."<sup>22</sup> Explican Belloni y Figueiredo que esta recepción tiene relación con el acceso tanto geográfico como organizacional de la población al servicio, con la actitud de escucha y relación de los trabajadores hacia los usuarios, con la técnica de trabajo en equipo, la capacitación, los saberes, el proyecto institucional y la modalidad de acompañamiento del usuario después o de seguimiento del mismo en caso de ser derivado, es decir la continuidad posterior del cuidado.

Antes de continuar el relato me gustaría frenar para comentar el concepto de praxis que recién nombré. Onocko<sup>23</sup> retoma y trabaja este concepto de Castoriadis: como un hacer en el cual el otro o los otros son vistos como seres autónomos, la praxis misma se vincula al desarrollo de la autonomía. Onocko propone para trabajar valerse "de los saberes efectivos previos para buscar consejo con nosotros mismos y ponerlos a funcionar en la inmediatez de la situación dada." Este concepto... creo... lo entendí en la vivencia misma... en ese recorrido: supervisión en la UNICAMP, charla con compañeros, escuchar en el Caps, participar de las reuniones de equipo y en las supervisiones del Caps. Ese recorrido de la vivencia es geográfico, de un traslado efectivo del cuerpo, es mental, de aplicación y aprendizaje, es subjetivo de marcas que se viven y se adoptan, que se resignifican.

La Unicamp es inmensa... tiene dos millones de metros cuadrados... tiene un colectivo interno que transporta personal y alumnos de una punta a otra... cuyo colectivero me ayudó a encontrar la Facultad de Medicina.

Me recibió Rosana... con una sonrisa indispensable... no es tan fácil llegar hasta allá... en varios sentidos... organizarse una rotación, irse... llegar a Brasil, a Campinas, a la facultad... y su gesto pareció entender todo eso. Mi primera clase, fue clase de tantas cosas: había un "Encuentro de Salud Colectiva al mediodía" en donde habló el presidente de la ABRASCO (Asociación Brasileña de Salud Colectiva). Aquel hombre, sin saberlo, habló entre otras cuestiones, de aquello que yo más quería entender... el encuentro entre el saber clínico, la práctica clínica individual y la salud colectiva; el usuario como ciudadano. Habló de fortalecer la utilidad de la elaboración científica en los problemas reales de la clínica. Me fui feliz... porque también ésa había sido mi primera prueba de encuentro con una charla académica en portugués y sentía que había entendido bastante.

---

<sup>22</sup> Belloni, M ; Figueiredo, AC. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento- uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. En: Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ. Río de Janeiro. 2007.

<sup>23</sup> Onocko Campos, RT. La praxis: posible hilo de Ariadna en el labirinto tecnológico. En: La planificación en el labirinto. Un viaje hermenéutico. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2007.

El grupo de aprimorandos (son como concurrentes) también fue muy receptivo. Ellos habían empezado su trayecto de formación llamado "Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva": actualización en salud mental y salud colectiva, a principio del año. Dicho recorrido tiene un año de duración y ellos reciben un dinero básico que alcanza aproximadamente para pagarse una cama en una pensión o casa de estudiantes y el transporte. Ellos se autodenominan aprimorandos...que en español podría traducirse como "actualizantes" o algo así. Me gustaba llamarlos aprimorandos...el grupo era muy bueno, cálido, bien dispuesto y trabajador...en el resonar de las palabras...en mi lengua madre... me sentía que les estaba diciendo algo en relación al primor. Que según el diccionario de la Real Academia Española significa: Destreza, habilidad, esmero o excelencia en hacer o decir algo. Arte, belleza y hermosura de la obra ejecutada con él. Persona de buenas cualidades. Primacía, principalidad. Etimológicamente viene de primus en latín y significa excelente, primero y de allí derivan palabras como primavera. Encontré en esos chicos buenos compañeros, interesantes interlocutores y sensibles amigos. Fueron ellos los que me guiaron y acompañaron en el conocimiento de cada Caps. Sentí la buena voluntad en ese recorrido, la invitación sincera a quedarme en el Caps en el que cada uno de ellos estaba rotando.

A partir de ahí la rutina se organizó... los lunes por la mañana un encuentro en la Unicamp con los aprimorandos para asistir a las supervisiones de Rosana y a la tarde clases con Rosana, Gastao Campos u otros docentes. El resto de los primeros diez días fue ir a conocer los Caps. Conocí ocho Caps, una Unidad Básica de Salud y el Hospital Cândido Ferreira. Cada uno de estos lugares con su clima institucional particular, me recibieron siempre con buena voluntad para responder mis preguntas, para explicarme el funcionamiento del lugar y dejarme participar en alguna actividad. En ese recorrido, encontré diferencias, equipos más o menos psicoanalíticos, más o menos democráticos, Caps con más o menos puertas con llave, ofrecimiento de talleres, algunos sustentados directamente por la municipalidad y otros a través del Hospital Cândido Ferreira, algunos ubicados en casa humildes, otros ubicados en grandes casonas de estilo. Caps en donde los usuarios abrazaban y besaban más a los miembros de equipo, otros en los que la distancia era mayor. Caps con reglas más flexibles o más duras, etc. Luego elegí en cuál quería participar el resto de la rotación y continué yendo a ese de lunes a viernes de 8 a 16 horas, salvo los lunes por la mañana y los miércoles por la tarde que teníamos clases en la UNICAMP.

Digo en cuál quería participar...porque fue eso...yo iba como observadora...pero me encontré a mí misma participando, opinando, preguntando...fueron varios encuentros...tres meses de encuentros y desencuentros...me encontré con un equipo abierto a escuchar y a responder...fue un encuentro entre mis ganas de participar y su apertura a dejarme hacerlo...fue un desencuentro de mí misma con ciertas formas que yo traía de pensar la atención y la clínica...en la despedida la gestora del Caps me dijo que llegué llegando...yo no entendí la expresión...en realidad creo que uno siempre está un poco llegando a algo y un poco yéndose de algo...alguien me explicó que llegar llegando es llegar con actitud, con libertad...había en Brasil una forma de decir algo que hago...que cayó bien...pero no en cualquier cultura es así.

*"La democracia es, por lo tanto, la posibilidad de ejercicio del poder: tener acceso a la información, formar parte de discusiones y en la toma de decisiones. La democracia es, al*

*mismo tiempo, una construcción y una institución.” “Socializar estas habilidades es una forma concreta de disminuir la distancia entre gobernantes y gobernados, como también para asegurar la formación de compromiso entre el interés público (expresado en las necesidades sociales) y el privado (expresado por los trabajadores).” Campos<sup>24</sup>.*

---

<sup>24</sup> Campos, GW. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. P. 36. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2009.

## De pintores, herramientas y jaulas: CAPS David.

Hubo uno de esos Caps que me interesó más...Caps David<sup>25</sup> era el menos lindo, el que estaba en uno de los barrios más pobres, tenía que tomar dos colectivos para llegar hasta allí y la aprimoranda que rotaba allí parecía la menos interesada en que me quedara con ella. Ese Caps tenía fama de ser el que mejor aplicaba los principios que regían la política en la práctica, el que menos internaba, el más ejemplar. No voy a dedicar más de un renglón a la pregunta de qué en mi subjetividad me llevó a elegir el más complicado en unos aspectos y el mejor en otros...sólo voy a decir que algunas de esas circunstancias más complicadas se fueron allanando...con la buena voluntad de Camila Almeida, una de las aprimorandas que se ofreció para llevarme en auto por las mañanas. Esas caronas (significa dar un jeito para llevar de pasada a alguien con el auto), se transformaron en una serie de charlas sobre las instituciones, el poder, los grupos, la psicopatología, la clínica y la vida. En ese camino diario asfaltamos una amistad. Y...respecto de aquella aprimoranda que rotaba por Caps David...pienso en Beatriz Sousa y se me pianta un lagrimón. Es difícil para un aprimorando hacerse un lugar en el Caps. En junio, cuando yo llegué, ella estaba ya casi ubicándose en el grupo de profesionales, tener que acompañar a que una extranjera tenga algún lugar en la rutina institucional no era tarea fácil para ella. Pero, encontré en Bea una generosidad institucional y vincular hermosa, una cómplice intelectual, y una gran confidente y amiga.

En una de las supervisiones Rosana planteó la tarea de hacer un itinerario, ellos ya lo habían hecho al inicio de año y era momento de volver a hacerlo. Cada aprimorando (y yo también) preparó para el próximo encuentro un texto en el que se ponía en relación su trabajo en el Caps, su participación en el aprimoramiento y su historia personal, aquello de su vida, de su posición subjetiva, de su momento vital, de su fantasma que participó en la determinación del recorrido que lo llevó a estar en ese aprimoramiento, en ese momento y de ese modo.

*“La realización personal de los trabajadores pasa a ser también un objetivo de la institución y no un simple medio para aumentar la producción. Una institución que produce, sí, pero produce valores de uso y sujetos. Para esto, es necesario una teoría sobre la producción de sujetos que no se acabe en la primera infancia. Los espacios institucionales, las relaciones de trabajo y de producción también producen subjetividad todo el tiempo (Campos, 2000). No estamos ‘listos’ al salir del Edipo, ni podemos cambiar y transformarnos solamente en el diván del psicoanalista.” Onocko<sup>26</sup>.*

---

<sup>25</sup> [http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/Caps\\_david/Caps\\_david.htm](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/Caps_david/Caps_david.htm)

<sup>26</sup> Onocko Campos, RT. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H, comp. Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.

Fue una experiencia muy especial compartir la lectura de nuestros itinerarios, hubo allí un acto de cada uno...un texto...donde cada uno eligió qué compartir...donar al grupo unas palabras significativas, exponerse ante los otros con cierta medida, hubo ahí un dar de cada uno que favoreció el encuentro, no sólo desde lo especular o lo imaginario...hubo ahí algo del poner en palabras que fue sentenciado por el Otro grupal...hubo un momento para nombrarse de cierto modo, para presentarse de otra manera...para re-inscribirse en el encuentro con un colectivo de trabajo. En aquel texto que escribí condensé muchas cuestiones...he aquí un recorte para desglosar:

*“Llegué y las golondrinas estampadas en piedra de las veredas de Barao Geraldo me llevaron casi volando hasta la Unicamp, que a esta altura y amistosamente ya es “Unicampi”. Y los ojos no me alcanzaban para ver el lugar, el verde y los edificios... Conocí los Caps y conocí monitores jugando dominó, incentivando la ronda, conocí señoras profesionales seguras de su lugar de caridad diciéndole a los locos que hay que esconder la tristeza, conocí espacios llenos de sol, llamados convivencia donde se puede estar un rato acompañando las miradas perdidas, conocí talleres para crear con lata, con mosaico o con palabras bolsillos inventados para guardar lo que excede, conocí camas sin colchón para evitar el descanso fuera de hora, conocí personas que se quedan un tiempo impago para crear un Caps que florece, vi un paciente atado y vi profesionales girando con un paciente completamente desorganizado tratando de encontrar un tiempo que haga de borde, conocí una combi que iba a una casa para encontrar un hombre autista que se quedo sin cárcel de algodón o sin su madre. Conocí un Caps con menos llaves y con un cuadro con una casa pintada, de la que salen muchas casas como de un árbol las ramas, recordé (...) todos los espacios que me funcionaron como casa y me quedé en ese Caps, en el que una usuaria gritaba como loca y no se la internó en una guardia de hospital, sino que se le hizo una casa en alguna oreja. ...Y escuche sobre la crisis del sistema de salud, escuche sobre despidos y escuche el dolor de una ilusión de otros que estaba siendo desguazada.”*

Para explicar un poco el párrafo anterior: sobre los “monitores”, quisiera contar que son una especie de acompañantes que pasan tiempo con los usuarios en el espacio de convivencia, incentivan conversaciones, actividades grupales, acompañan en cuestiones singulares.

¿Por qué digo en algún momento que la ilusión de otros estaba siendo desguazada? Cuando llegué a Campinas el aire del ámbito de la salud estaba alborotado. Seiscientos cincuenta trabajadores contratados por convenio entre el municipio y el Hospital Cândido Ferreira estaban por ser despedidos. Yo no entendía muy bien por qué. Había manifestaciones de trabajadores en las calles, carteles en los Caps...enojos, angustias, movilización. Una de las apurimandas Annelise Denzin me ayudó a entender mejor la situación. El problema había empezado en diciembre del 2011 cuando el Tribunal de Cuentas del Estado de San Pablo encontró irregularidades en la renovación de esos convenios del 2008. Por lo que el municipio se comprometió con el Ministerio Público a regularizar con concursos públicos dicha situación. Por eso se dejó de pagar esos convenios y se llamó a concursos...yo había

llegado en el intermedio entre una cosa y otra, donde los tiempos burocráticos, los de los trabajadores y los de los usuarios estaban desencontrados<sup>27</sup>.

Pero principalmente a partir de este extracto de mi itinerario, además de servir para ejemplificar la diferencia entre un Caps y otro y explicar por qué elegí conocer más en profundidad Caps David, me gustaría ampliar un poco más la descripción del Caps en el que pasé la mayor parte de la rotación:



El Caps David comenzó a funcionar en julio del 2003, trabaja como referencia y en conjunto con cinco Centros de Salud, en un área programática de ciento veinte mil habitantes atiende a trescientos cincuenta usuarios aproximadamente. Al principio no atendían las 24 horas y cuando un paciente tenía que permanecer por la noche, lo enviaban después de las 16 horas a otro Caps cercano. A partir del 2007 empiezan a funcionar las 24 horas lo que les permite atender a los pacientes en los diferentes momentos y ante las diferentes necesidades por un equipo que él ya conoce y que ya lo conoce a él. Además esto posibilita mantener el usuario cerca de su familia y capacitar a la misma para sobrellevar las situaciones de crisis. Gracias a esto las internaciones suelen ser más breves y la crisis se resuelve más rápido y hasta se pueden realizar breves internaciones de una noche con fines preventivos.

El espacio cuenta con seis camas un patio delantero y uno trasero, dos habitaciones, aproximadamente cinco baños, una sala de enfermería, una de prácticas de enfermería, una farmacia, un salón de belleza, un bazar-ropero, dos cocinas, una secretaría, dos salas de reunión, una sala de tv, una biblioteca, un atelier de arte y dos consultorios.

Además cuentan con una pequeña combi para traslados de 8 a 16 horas que comparten con otros Caps, la cual se utiliza para trasladar el personal a hacer atención en domicilio, traer a usuarios que no pueden llegar por sus propios medios y llevarlos a sus casas, trasladar los

---

<sup>27</sup> <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2012/09/um-mes-apos-demissoes-campinas-deixa-de-repor-31-dos-medicos.html>

usuarios y el equipo a algunos talleres que se realizan en instalaciones municipales por fuera del Caps.

El sistema de guardias es organizado con rotaciones de ocho horas por turno, cada turno lo cubren un técnico en enfermería más un psicólogo o terapeuta ocupacional o enfermero. Por la noche son dos técnicos de enfermería ya que el resto del equipo no está. Las guardias funcionan todo el tiempo, todos los días, los fines de semana y feriados el Caps funciona sólo con esquema de guardias.

Una serie de conceptos elaborados por Gastao Wagner de Sousa Campos<sup>28</sup> fundamentan estrategias y modos de labor institucional que se implementan en los distintos niveles de salud en Campinas. Sería bueno tener en cuenta estas definiciones que fundamentan las prácticas que se describirán luego:

- Colectivo organizado: agrupamiento que tienen como objetivo y como tarea la producción de algún bien o servicio y que en alguna medida consigue analizar y deliberar sobre su trabajo.
- Función Paideia: En una institución la producción de valores de uso se produce en forma simultánea a la co-producción del sujeto y del colectivo organizado. Esta segunda dimensión de la tarea productiva es la función Paideia.
- Método Paideia: Es una forma de analizar y gerenciar personas que trabajan en conjunto. Dicho método propone trabajar desde la co-gestión. Es decir entender la gestión como tarea del colectivo y no de una minoría poderosa o de especialistas. Propone el método de la rueda como espacio democrático y modo de operacionalizar la co-gestión, sería entonces éste un método activador del factor Paideia, y tendría sus orígenes es las técnicas de trabajo con niños en las escuelas, del constructivismo socio – histórico en pedagogía y de la capacidad de resistencia que implica la samba. La rueda funciona en espacios colectivos que son lugares y tiempos a través de los cuales los grupos intervienen en los sistemas productivos.
- El Método Paideia es una tecnología social ya que se propone construir capacidad de análisis y de co-gestión para que los agrupamientos puedan lidiar con la producción de bienes y con su propia constitución.
- Apoyo Paideia: es un método de trabajo en la labor asistencial, con un modelo de atención singularizado y personalizado en el que cada profesional o cada equipo se vincula con un conjunto definido de personas bajo su responsabilidad, creando un sistema de referencia entre equipo y usuario. Esto mejora la eficacia y la eficiencia del trabajo y amplía la clínica.
- Unidades de Producción<sup>29</sup>: se trata de eliminar los departamentos y secciones organizados según las profesiones y crear otras Unidades que sean más acordes con

---

<sup>28</sup>Campos, GW. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2009.

<sup>29</sup> Campos GW. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. P. 90. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos aires. 2009.

las lógicas específicas de cada proceso de trabajo. Equipo multiprofesional involucrado en un mismo tipo de trabajo, producto u objetivo.

Palabras como gestión y co-gestión aparecían todo el tiempo. Considerando que el programa de aprimoramento arraiga en cuestiones de salud colectiva sería bueno puntuar algunas cuestiones en relación a cómo la UNICAMP investiga y los Caps y el SUS en general aplican estos conceptos. Para ello voy a tomar un texto de Rosana Onocko<sup>30</sup> sobre la gestión y a extraer de allí algunos conceptos: la autora plantea que la autogestión es una utopía, un sin lugar. Realizarla llevaría a ubicarla en un lugar y por lo tanto caería en grados de co-gestión. La autogestión se mantendría siempre como lo buscado y produciría por lo tanto movimiento, desestabilización de lo instituido. Onocko recuerda una doble lectura del término gestión: como gestionar y como gestar. Propone que para desarrollar la versión más gestacional del término gestión sería necesario crear e instituir espacios en los que se pueda experimentar la toma de decisiones colectivas. Espacios en los que sea posible formular proyectos, que sean capaces de procesar aquellos que les llega y tener un grado de análisis de la implicación con aquello que producen. Según Onocko la gestión implica el ofrecimiento de arreglos y dispositivos.

**Arreglos:** *“Tienen una cierta estructuración y permanencia: la máquina de producir control (...) opera como flujo continuo. Por eso trabajamos intentando desarrollar arreglos que tienen la potencialidad de producir ese flujo en la dirección contraria.”*

- Colegiados de gestión y unidades de producción: Esto implica una nueva estructura organizacional en la que todos aquellos que trabajan con un mismo objeto (en salud siempre son sujetos), producen lo mismo, constituyen una Unidad de Producción y trabajan juntos bajo el mismo comando gerencial: un espacio colegiado de deliberación y discusión clínica. Los coordinadores de esas Unidades, constituyen el Colegiado Gestor de la organización. En estos espacios se debaten cuestiones de campo, es decir de la tarea común de la unidad de producción.
- Apoyo Matricial: Es un soporte técnico especializado, desvinculado de las líneas de mando. Aporta a la identidad profesional que muchas veces se siente amenazada en los espacios multiprofesionales. Aquí se debaten cuestiones de núcleo de las tareas más específicas de cada especialista.
- Equipo de Referencia y adscripción del usuario. Todo usuario tiene un profesional de referencia responsable por su tratamiento. Esto genera mayor confianza y participación de los usuarios en su tratamiento, generando un efecto desalienante ya que propicia el compromiso con el paciente y dificulta las respuestas estereotipadas.

---

<sup>30</sup> Onocko Campos, RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. En: Campos GWS, org. Saúde Paidéia. Hucitec. San Pablo. 2003.

Onocko Campos, RT. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H, comp. Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.

**Dispositivos:** Lo importante en éstos es su funcionamiento, tienden a ser transitorios y subvertir las líneas de poder. Incluyen: Cursos, supervisiones institucionales, asambleas, grupos de tareas específicas, etc.

Según Onocko es importante tener un área de relaciones intersubjetivas que permita que la diferencia no sea vivida como mortal. *“El desplazamiento del yo al nosotros es paradigmático del malestar freudiano. Todos tendrán que pagar un precio para que la ilusión del trabajo común pueda ser recreada”*. Esto no se realiza sin dolor y por lo tanto es necesario un apoyador o supervisor institucional que brinde soporte y manejo a través de los analizadores y los arreglos institucionales. Para poder trabajar con otros es necesario no sólo tener una planificación en común sino tener un proyecto común, poder proyectar(me) con otros.

Una de las cuestiones que más intenté aprender en esta rotación es como vincular la clínica a la salud colectiva. Esta cuestión la trabaja claramente Onocko<sup>31</sup>. Ella hace hincapié en la necesidad de ampliar ciertas visiones reduccionistas del discurso sanitario, a veces más centrado en dar un papel de ciudadano al usuario que en reflexionar sobre la importancia de su tratamiento clínico, como si éste fuese opuesto o contrapuesto a la prevención y promoción de la salud. La autora refiere haber notado un vaciamiento de las discusiones clínicas en los servicios sustitutivos de salud mental y retoma una diferenciación de modalidades de clínica de Campos:

- Clínica Degradada: Trabaja a partir de: a ciertas quejas, ciertas conductas. No evalúa la enfermedad, ni los riesgos, sólo los síntomas.
- Clínica Tradicional: Se focaliza en curar enfermedades a partir de encontrar lo común y seriado de las mismas.
- Clínica Ampliada: Tiene en cuenta la subjetividad. La enfermedad sería algo que entra en la vida del sujeto.

Caps David realiza apoyo matricial a los Centros de Salud con los que trabaja. Eso significa que personal especializado del Caps va al centro de salud y participa de las reuniones de equipo asesorando al personal de allí en los casos de salud mental, sean estos pacientes que asisten al Caps o no. Así se ha logrado estrechar los vínculos, intercambiar saberes, facilitar la responsabilización de los servicios en los casos de salud mental y ampliar su visión hacia cuestiones subjetivas del proceso salud enfermedad favoreciendo una atención integral.

Se hace difícil describir ordenadamente la vida de múltiples espacios de trabajo, atención, reflexión y creación que se van entramando en el Caps para formar una red, los barrotes de cierta jaula, una jaula que se puede ir a usar al espacio físico del Caps o que se puede incorporar y llevar invisible habilitándose cada usuario a posarse entre rama y rama.

En Caps David la semana empieza los lunes con la asamblea después hay taller de realización de jabones, taller de cine y grupo de familia.

---

<sup>31</sup> Onocko Campos, RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate. v. 25. n. 58, P. 98-111, maio/ago. Rio de Janeiro. 2001.

Los martes hay asamblea de residencia terapéutica, caminatas, abre el salón de belleza, hay clases de Lian Gong y reunión del Grupo de Referencia I, por la tarde abre el bazar, funciona el Grupo GAM, hay taller de velas y reunión del Grupo de Referencia III y taller de radio.

Los miércoles hay taller de bordado, de cocina, Reunión de Grupo de Referencia IV y una vez al mes está el grupo de quédese sabiendo, por la tarde hay taller de mosaico, de lectura, Reunión de Grupo de Referencia II y fútbol.

Los jueves si bien los usuarios asisten al Caps, no hay actividades programadas, funciona sólo una guardia y el resto de los trabajadores tienen reunión de equipo, supervisión y reunión de mini-equipos, antes de esto hay reunión de Conselho Gestor (algo que podría llamarse la mini-comisión directiva integrada por representantes de los núcleos de trabajo y los mini-equipos que acompañan más de cerca al gestor en su labor).

Los viernes abre el salón de belleza, el taller de juegos, el taller de danza y a la tarde están el taller de música y el de filosofía de lo cotidiano.

Además hay tratamientos psiquiátricos, psicológicos y de terapia ocupacional individuales a diario.

¿Qué es todo este enjambre de actividades? Para comprenderlo mejor: el equipo está compuesto por un psiquiatra (estaban por integrarse más cuando me fui) y tres residentes de psiquiatría, cinco psicólogas, tres terapeutas ocupacionales, seis enfermeros, una asistente social, once auxiliares de enfermería, once técnicos de enfermería, una técnica en farmacia, dos administrativas, cinco empleadas de limpieza, cinco empleados de seguridad y una coordinadora. Dicho equipo se subdivide en cuatro mini equipos de referencia cada uno de estos compuesto por: un terapeuta ocupacional, uno o dos psicólogos, un residente de psiquiatría, uno o dos enfermeros y algunos técnicos en enfermería.

Cada mini equipo atiende una subregión geográfica y se relaciona con un Centro de Salud. Además cada mini equipo organiza una reunión semanal llamada "Grupo de Referencia" con todos los usuarios que atiende. En esas reuniones se discute con los usuarios los tratamientos de cada uno, las dificultades que cada uno tiene con la participación en el Caps, con el tratamiento farmacológico, con sus lazos familiares y afectivos. Cada usuario tiene un profesional de referencia que es a quién se dirige ante una duda o problema durante la semana y es también con el que pacta su "Proyecto Terapéutico Individual". Cuando ingresa un nuevo usuario al Caps, el grupo de referencia que le corresponde discute de acuerdo a las características del mismo un proyecto terapéutico: qué se le va a ofrecer. Luego el profesional de referencia lo discute con el usuario y lo modifican en conjunto.

Dicho Proyecto Terapéutico Individual, es lo que hace que ese usuario esté en ese dispositivo por algo en especial, y de un modo único y singular. Para armarlo se tienen en cuenta: la historia del sujeto, su diagnóstico presuntivo, las situaciones que lo han descompensado y aquellas que lo han compensado, sus gustos y preferencias, sus posibilidades y potencialidades. El proyecto incluye: el horario en qué asistirá al Caps, cómo llegará y como se irá, las atenciones o tratamientos de psicología, trabajo social, terapia ocupacional y/o psiquiatría que recibirá, los talleres en los que participará, las intervenciones con la familia y principalmente cuál será el objetivo por el cual ese paciente asistirá y hasta cuándo.

Respecto de los espacios en los que los usuarios pueden participar: La asamblea es un espacio que, como todos en el Caps, es libre y no obligatorio, en ella se discuten problemáticas de convivencia, propuestas de cambios en el funcionamiento, modalidad de trabajo, etc. Participan usuarios y trabajadores del Caps.

El taller de jabones está coordinado por dos terapeutas ocupacionales y es uno de los pocos cuyos productos están realizados especialmente para ser destinados a la venta. Es un taller de generación de rienda y su producción es más de tipo estandarizada y se vende en una feria artesanal municipal en la que el Caps tiene un stand junto con otro Caps.

El taller de cine funciona en la biblioteca, un grupo de usuarios coordinados por una enfermera eligen películas y las ven, luego charlan y debaten sobre el tema.

El grupo de familia es coordinado por una psicóloga, psicoanalista lacaniana, ella escucha la versión de la historia del lado de los familiares, les brinda la posibilidad de contar lo que tuvieron que pasar hasta poder consultar, los miedos, los enojos. Escucha también la historia de cada uno de estos miembros de la familia. Además da explicaciones fáciles y comprensibles de lo acontecido en relación al diagnóstico y a la psicopatología, ayuda a armar una estrategia familiar para soportar la situación y que no terminen rechazando al paciente en la casa. Gabí, la psicóloga, maneja excelentemente el grupo, arma un semblante de amabilidad, de cuidado y receptividad par escuchar a estas personas, teniendo en la base un fundamento teórico claro de lo que hace, el diálogo entre los familiares está permitido a modo de un encuentro de semejanzas y diferencias en las historias...lo entendí como un espacio de identificación y separación.

La residencia terapéutica queda a dos cuadras aproximadamente del Caps, es una casa con un living, una cocina, un patio, tres habitaciones y dos baños. Allí viven pacientes que han pasado su vida en manicomios, han perdido el contacto con sus familias y no están en condiciones de proveerse un techo. Ellos viven solos, en una residencia no asistida (aunque las hay asistidas también). Algunos participan de las actividades del Caps y otros no. Se organizan la compra de alimentos con la ayuda de una trabajadora social que los acompaña a hacer los mandados. Tienen una asamblea semanal en la que se conversan cuestiones de convivencia, para realizarla un equipo del Caps se traslada hasta la residencia. Reciben a veces algunos alimentos secos básicos del Caps y el resto lo compran ellos con su subsidio. El alquiler, teléfono, luz y gas lo paga la municipalidad.

Las caminatas son por la zona del Caps o en un parque cercano y las coordina personal de enfermería favoreciendo la conversación por el camino.

El taller de Lian Gong es como una serie de movimiento de gimnasia lenta con música y está coordinado por una psicóloga. Lian Gong<sup>32</sup> es una serie de ejercicios terapéuticos y de cuidado de la salud desarrollados por el Dr. Zhuang Yuan Ming en los años 70'S a partir de la antigua medicina china tradicional, acupuntura, técnicas de masajes y artes. Está pensado para combatir las formas modernas del estrés debidas a posturas corporales inadecuadas.

---

<sup>32</sup> <http://www.liangong.org/liangong.htm>

El salón de belleza es un espacio coordinado por el personal de enfermería dónde los pacientes se cortan y/o pintan las uñas, se tiñen y /o cortan el pelo, se afeitan, etc. Dichas prácticas son realizadas por una enfermera o por los usuarios mismos con el material del salón y bajo el cuidado del personal de enfermería.

El bazar es una especie de ropero con donaciones donde los usuarios pueden comprar ropa a precios económicos o hacer trueque. Es coordinado por personal de enfermería y reglado con horarios de apertura y cierre, los usuarios no intercambian entre sí sino mediados por el bazar unos donan, otros compran o cambian al bazar y quien no está conforme espera que reabra el bazar para deshacer o cambiar la operación.

El Grupo GAM es un grupo de gestión autónoma de medicación donde los pacientes hacen preguntas sobre las mismas, los síntomas secundarios, etc.

El taller de velas está pensado para los usuarios que trabajan o van a la escuela y se brinda en un horario bastante tarde para quienes están ocupados en otros horarios. Se trabaja la creatividad con los colores, aromas y texturas.

El taller de radio se realiza en el centro de convivencia, donde hay una sala de grabación y los cortos se pasan por la radio del Hospital Cándido Ferreira. Se centra en un tema y cada uno da su opinión, se entre vistan personas, se cantan canciones con instrumentos musicales en vivo. Los temas a tratar son propuestos por el coordinador pero se deciden entre todos.

El taller de bordado si bien es coordinado por una terapeuta ocupacional, participan algunas señoras desde hace mucho tiempo, así que casi que se les brinda el material y el espacio físico y temporal y ellas trabajan solas.

El taller de cocina funciona preparando el plato del día. Se elige la semana anterior en conjunto que se va a preparar, cuando llegan los participantes van a hacer las compras, y se distribuyen las tareas en la cocina. Lo preparado se vende a los usuarios que quieran comer un plato especial ese día, al personal del Caps y a veces al Centro de Salud. El costo del plato es cubierto con el precio de venta, con dicho dinero se compran los ingredientes para la semana siguiente. Todos los meses con el dinero recaudado se realiza una torta para los cumpleaños del mes. Otros años se habían decidido en el grupo otras cosas para hacer con el dinero sobrante a modo de ganancia: repartirlo entre los participantes del taller, pagarse un paseo a algún lugar a fin de año, etc.

El taller de quédese sabiendo está organizado por una técnica en enfermería y una psicóloga y es una especie de charla sobre algún tema de salud de interés como el dengue o la diabetes.

El taller de mosaico está coordinado por dos terapeutas ocupacionales, cada usuario escoge una pieza para decorar y luego puede llevársela. Ellas enseñan la técnica y ayudan en las tareas más complejas cuando la motricidad del usuario está afectada.

El taller de lectura no tiene un funcionamiento muy seguido pero sucede en la biblioteca con material que allí se encuentra o que llevan los usuarios o la tallerista. Se lee y se comenta.

El taller de futbol, son partidos de futbol en los que juegan mezclados usuarios y trabajadores, a veces se hacen torneos inter- Caps.

El taller de juegos funciona con juegos que hay en el Caps o que llevan las talleristas. Tiene algunos días en los que funciona con mayor organización, por ejemplo una vez llevaron una wii y los usuarios podían mover su cuerpo y verlo en espejo, su movimiento en la pantalla, competir entre ellos, estaban los que querían jugar y los que no, etc. Otros días la idea era jugar al truco o a la canasta y fomentar los vínculos en los patios o espacios de convivencia.

El taller de danza, funciona con una serie de aparatos de música, parlantes ecualizadores auriculares tipo DJ donde los usuarios pueden bailar libremente o participar en la parte de DJ.

El taller de música funciona cantando canciones populares, utilizando instrumentos y a veces haciendo ejercicios corporales con la música. Se trae un tallerista de afuera especialmente. Es uno de los únicos talleres en los que esto sucede, el resto de los talleres es dado por personal del Caps. El taller de filosofía del cotidiano es un taller de debate y favorecimiento del diálogo.

Otros Caps tienen otros talleres los cuales se organizan en función de la voluntad y los saberes del personal pero con un fundamento de su utilidad. Algunos son una constante como los de mosaico, el salón de belleza, el bazar, el de música, por ejemplo.

## Caso por caso o pájaro por pájaro:

Quisiera comentar algunas viñetas clínicas a modo de ejemplificación del trabajo en el Caps:

De cómo se enlazan los saberes en el espacio de supervisión:

P llega al Caps derivada de un Centro de Salud de emergencia por amenazas de autoeliminación. Dice que no quiere vivir más y hace puchero casi como una niña. Su aspecto es bastante masculinizado, es decir que se corta el pelo y se viste como un varón. P está enojada con su marido. En una primera instancia pareciera que dicho enojo tiene relación con que el marido afirma que va a quedarse con la tenencia de su hija, sin embargo las cosas eran más complejas...ella quería que su marido se fuera de la casa y quedarse en esa casa con la hija, esto era porque el marido no le prestaba atención, según ella casi no estaban juntos. Por otro lado cuenta que se casa sin estar enamorada, para salir de la casa de la tía en la que vivía, a su vez ese es el único lugar al que puede volver cuando decide irse de su hogar conyugal. Esto lo cuenta en un relato desordenado y alternado con frases como me quiero matar, me voy a matar, me voy a tirar de un puente, dichas con desafío y puchero. Se enoja porque se le ha dicho que se quede a dormir en el Caps unos días y no se le da el alta, pero al mismo tiempo dice que en la casa se va a quitar la vida. Llega hasta traer cuchillos al Caps y amenazar con cortarse allí, en una de estas oportunidades, en la que la negociación se hizo imposible se llamó a la policía. El personal está desorientado y enojado. En cierta oportunidad la directora del Caps se quedó encerrada con ella charlando durante más de una hora para tratar de que entregue un cuchillo. Se solicita una supervisión. P, habla con distintas personas en el patio que funciona como ambiente de convivencia, tiene además su psicóloga, su psiquiatra y su referencia. En el espacio de supervisión la psicóloga expone el caso y el resto va aportando lo que sabe de acuerdo a lo que ha conversado con la paciente. La historia de P se reconstruye y la estrategia institucional toma otro rumbo. P entre sus decires transmite la idea de que no siente ningún lugar como propio, de que no ama a su marido, para el no quiere ni feminizarse ni ubicarse como objeto de deseo. Se establece que no se la obligará a quedar internada en el Caps, sino que por el contrario tratará de ofrecérsele el espacio como un lugar al que puede ir cuando no sepa donde ir, en su psicoterapia se trabajará su historia y la relación con este hombre. Se le aclarará que en tanto amenace con quitarse la vida va a haber que tomar alguna medida para cuidarla.

De cómo se sostiene un sujeto con la convicción y el afecto de un equipo:

El Sr. P es un hombre de unos 60 años de edad, con antecedentes de abuso de alcohol, casi no habla, está muy adelgazado, participa medio balbuceando del taller de música. Cuando lo vi me pareció la presentificación de la muerte, el hombre está completamente demacrado, no quiere nada y siempre se queja, sólo quiere fumar. Vivía en la residencia terapéutica y se le tuvo que amputar unos dedos del pie por el tabaquismo, entonces pasó a vivir en el Caps hasta cicatrizar, por las curaciones que había que hacerle. Luego el cuadro empeoró y hubo que amputarle más aún, pero el usuario no quiere dejar de fumar,

aún comprendiendo los riesgos de eso. Me sorprendió, realmente me sorprendió... el cariño que le tenía el equipo...lo sostenía como sujeto. Se le compraban y entregaban cigarrillos, se conversaba con él para que traté de fumarlos de a mitades. Se lo llevaba y traía en silla de ruedas una vez al día a la residencia terapéutica para que se sienta un rato en su casa. Se organizó una salida con la trabajadora social hasta el shopping para que pueda comprarse un pantalón a su gusto, se lo incluyó en las asambleas de la residencia...y ese hombre que para mí era casi un cadáver se fue reapropiando de su condición subjetiva, tomando la palabra en la asamblea, discutiendo con compañeros y profesionales sobre las decisiones del hogar, aún con un diagnóstico de cáncer en la mitad de todo esto... decidió seguir fumando y el equipo lo siguió sosteniendo. Eso, ir a la esquina a tomar caldo de caña, y charlar un poco era realmente lo único placentero que ese hombre, desvinculado de su familia, reducido a un cuerpo desintegrándose y anclado en una silla de ruedas podía hacer.

De los gritos a las tortas...pero sin internación hospitalaria:

M estaba en el Caps la primera vez que fui. Estaba completamente exaltada, gritando por los pasillos, peleando con el personal y tirando blísters de medicación por los aires. M vive con sus hijas, que ya no dan más, están agotadas de su madre que discute todo, se mete en todo, no quiere tomar la medicación, no las deja dormir por las noches. M no quiere quedar internada en el Caps ni tomar remedios, cree que no los necesita, que dios la va a ayudar y la entiende, lleva la biblia a todos lados. No se llamó a la ambulancia para que la internen en un psiquiátrico, se conversó largo y tendido con ella. Se acordó que venga todos los días al Caps y que acepté medicación. Al principio no quería participar de ningún taller, se quedaba leyendo la biblia en el patio, hasta que ella se dio cuenta de que sabía cocinar mejor que todos nosotros y vino al taller de cocina, desde su lugar de saber. Empezó por hacer tortas en la cocina fuera de hora, lo cual se le concedió, y terminó participando del taller. Fue difícil hacer que pueda participar con otros, que pueda aceptar ceder ante la mayoría, con algunos enojos, se integró bastante al grupo, quedándose a limpiar a su gusto la cocina cuando todos se iban.

Del rechazo del inconsciente a proyectarse un futuro:

T es un joven de unos 30 años, con consumo de marihuana. Llegó al Caps exaltado, hipomaniaco contando cómo se comió todos los ingredientes de las pizzas en la pizzería en la que trabaja, orgulloso de que no lo despiden y que hace lo que quiere porque es el que más rápido entrega las pizzas. Aunque se presenta con semblante de malo y de rebelde el equipo sabe, ya lo conoce, que es sensible al trato respetuoso. En tanto uno se dirige a él con respeto, acepta dialogar. Es así como acepta reiniciar su tratamiento medicamentoso y quedarse en el Caps, el equipo escucha los problemas que tiene en su casa con su familia y su dificultad para alquilarse algo ahora, y propone... él acepta quedarse. Pero no se aguanta estar encerrado, así que la aprimoranda se ofrece para acompañarlo en caminatas por el barrio, T puede hablar de su hija, de su ex mujer...y contando su historia va soñando un futuro, hasta que se va del Caps porque necesita trabajar para lograr esos sueños.

Apostar al contacto aunque sea en puntas de pie:

José María es hijo de José y de María. María murió y este hombre autista de unos 30 años con una muñeca de un hada en una mano y la mirada asustada quedó al cuidado de su padre y su tía. Desde el Centro de Salud convocaron al equipo del Caps Integración. Tuve la posibilidad, en mi visita a dicho Caps, de ir en la combi con dos psicólogos y una

trabajadora social a visitar a la familia. El padre contaba que José María casi no salía antes y que ahora está contento porque él lo deja ir a la esquina a jugar con unas hamacas. La madre hacía todo y este padre voluntarioso no sabe bien cómo manejar la situación. La asistente social lo asesora para hacerle una pensión a su hijo, la psicóloga lo escucha y orienta en su angustia. Luego ambos psicólogos pasan a charlar un rato en privado con José María. Por ahora la idea es establecer el contacto y no que vaya al Caps sino que cuente con el equipo. José María, casi sin un nombre más propio que el de los padres, caminando sólo con las puntas de los pies apoyadas, tiene ahora a su alcance un equipo de profesionales que lo ayude a enmarcarse, a circular entre hamacas, a reconstruir su jaula invisible, en un mundo sin su madre, aún con la parte que él prefiera apoyar de sus pies en la tierra.

El paraíso de la Salud Mental no existe. Pero algo muy bueno puede construirse. Yo estuve en Campinas, Brasil es muy grande. Estando allá me enteré que los manicomios no habían sido desmantelados del todo y que se estaban haciendo denuncias al respecto. Un ejemplo fue lo sucedido en noviembre del 2012 con el Hospital Psiquiátrico Vera Cruz con 450 internos de la ciudad de Sorocaba, en San Pablo. La justicia decretó la intervención del lugar por las autoridades municipales ya que los internos estaban viviendo en condiciones inhumanas, pacientes desnudos, mal alimentados, durmiendo en camas sin colchón y sin recibir tratamiento. Una situación similar ocurrió en marzo de 2013 con los hospitales San Domingo y Casa de Salud esperanza del estado de Minas Geraes cuya gestión quedó a cargo de la secretaría de salud por 18 meses hasta que sus servicios sean sustituidos por la red sustitutiva. Entre las dos instituciones tenían 300 pacientes y recibían 400 mil reales de subsidio del Estado. Había internados un 70 % de crónicos, un 15 de judiciales y un 15 de agudos. El Movimiento de Reforma no ha finalizado...



## Volver no volviendo o renovando la jaula propia:

*"La cronicidad es una adhesión a un programa de vida impuesto, decidido por fuera de cualquier expresión subjetiva."* Viganó<sup>33</sup>.

Esta frase me parece disparadora de algunas cuestiones. Podemos pensar que la cronicidad se vincula a querer adaptar a los sujetos al mundo en lugar de construir con el sujeto y la comunidad un mundo habitable y de respeto a las diferentes jaulas que circulan en él. Intentar adaptar un psicótico al mundo sería cronificarlo en una posición de sometimiento al goce del Otro.

La cronicidad también puede ser sostener a un sujeto desenjaulado por ahí...chocándose en el mundo con un goce desubjetivado que le viene de lo real sin herramientas ni estrategias para hacer algo con eso.

La cronicidad también es adherirse a una escuela o línea teórica al modo de un dogma y no poder ir rearmando la jaula de acuerdo a las verdades que se nos aparecen y se nos esconden. Es tal vez en este sentido en el que mi rotación en Brasil me descronificó un poco. Tal vez era necesario escuchar en otro idioma, en otra cultura, recortada de mi cotidiano, para escuchar otras cosas. Cosas no completamente desvinculadas de mis búsquedas, pero encontradas otras.

Andamos también con nuestra jaula- fantasma-yo circulando en la institución, pero como trabajadores de la misma, teniendo también nuestras dificultades internas para hacer con la diferencia...el trabajo con otros siempre trae complejidades. Por esto también me interesaron estos textos en los que Onocko<sup>34</sup> destaca la importancia de estudiar y reflexionar sobre la subjetividad de los trabajadores en el equipo. Recalca que muchas veces hay dificultades de los equipos para trabajar en conjunto, para comunicarse o sus discusiones pueden tornarse excesivamente ideologizadas. Según Onocko, esos síntomas institucionales son producidos por la propia realidad del trabajo, por el contacto permanente con el dolor y la muerte y las dificultades de simbolización que nos provocan situaciones como la pobreza extrema. Para la autora no se trata solamente de crear espacios de charla e intercambios auto-reflexivos que propicien la democratización y el mayor análisis de las prácticas. Se trata de entender que esos espacios son también lugares de presentación de una puesta en escena de estados pulsionales inconcientes

Pero esos no son los únicos factores de malestar en la institución, según Onocko los trabajadores de la salud que menos formación técnica tienen están más expuestos al

---

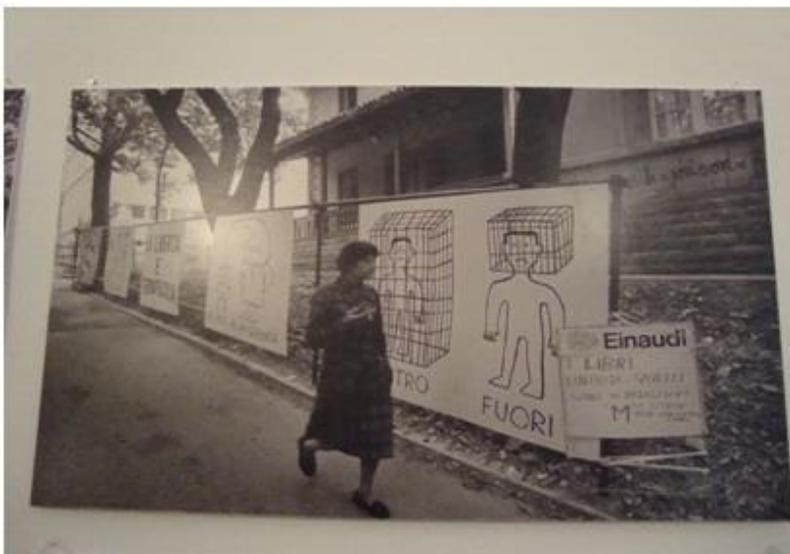
<sup>33</sup> Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Revista Curinga. Minas Gerais. N° 13. P. 39-48. Septiembre. 1999.

<sup>34</sup> Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciência & saúde coletiva 10 (3): 573-583, 2005.

sufrimiento psíquico. Lo cual se presenta de diversos modos: Cuando hay inseguridad técnica toda demanda aparece amplificada, se hace imposible discernir riesgos y urgencias. Todo se torna tan intenso que para aplacar esa angustia todo suele ser banalizado, burocratizado, favoreciendo el poder médico en las instituciones. Un mayor saber técnico favorecería entonces la salud del usuario y del trabajador mismo. Entonces creo que con el saber técnico del psicoanálisis no alcanza, que es necesario encontrar la forma de trabajar cada vez más en un mejor encuentro con los diferentes saberes...aunque ese encuentro esté hecho de desencuentros mismos...hay algo del orden de la disposición a hacer con los demás que resta omnipotencia a los saberes, eso calma angustias e impide escapes por la vía de la burocratización o la desviación del problema.

En el trabajo con las psicosis no se trata de andar rehabilitando a mansalva, ni salir a pintar las paredes, ni cantar todos juntos, ni salir a dar una vuelta a la manzana. Según Tenorio<sup>35</sup> la psicosis es un modo de existencia. La atención psicosocial es una interferencia consentida en el cotidiano de un habitante de la polis. Se trata de intervenir en el territorio, eso significa que no es sólo en el barrio, sino en un conjunto de referencias socioculturales y económicas del cotidiano del sujeto, de su inserción en el mundo. El territorio es territorio subjetivo. La atención psicosocial es: alivio de síntomas, apoyo a la familia, soporte social, creación de alternativas de trabajo, vivienda y recreación, referencia institucional permanente, producción de sujeto. Se trata de que cada sujeto logre una mejor gestión de su vida. Autonomía...no es autosuficiencia ni independencia...es poder participar de intercambios...es dosificar las dependencias, es lograr un ordenamiento de la vida.

La clínica no se puede dejar de lado, la internación sin justificativo psicopatológico no es el único modo de exclusión, sino que lo es también la anulación simbólica del poder de verdad de la palabra del sujeto. El síntoma ha de tener lugar, ya que eclipsa el sujeto pero también lo representa. Por eso estoy en desacuerdo con que en la siguiente foto de la reforma italiana el sujeto de la jaula en la cabeza esté triste:



<sup>35</sup> Tenorio, F. A clínica da reforma psiquiátrica. En: A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Ed Rios Ambiciosos. Río de Janeiro. 2001.

La cuestión no es andar desenjaulados...nadie anda así por la vida, es demasiado pedir eso de la atención a un psicótico. Es necesario ampliar la clínica, para dejar más claro qué es la clínica ampliada cito a Campos<sup>36</sup>:

*“Colocar la enfermedad entre paréntesis es un ejercicio óptimo para quebrar la omnipotencia de los médicos, pero no siempre ayuda al enfermo. Evita que sufra iatrogenia, intervenciones exageradas, pero no, necesariamente mejora su relación con el mundo.” “...la dolencia entre paréntesis, como si no existiera, cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos.”*

*“Una enfermedad perturba, transforma y hasta mata Sujetos; con todo, apenas por excepción liquida a todas las demás dimensiones de la existencia de cada uno.”*

*“La clínica se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones perdiendo, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos.”*

*“Se sugiere por lo tanto una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al Sujeto y su Contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica.”*

Viganó<sup>37</sup> marca el forzamiento que significa una rehabilitación que intente resolver los síntomas negativos, sin prestar atención a los síntomas positivos, porque de este modo lo que el lazo social proporciona al sujeto para rehabilitarlo permanecerá dentro de la serie de los objetos proporcionados por el Otro materno. Es necesario reactivar la relación del sujeto con el Otro, de forma que esa relación se pueda sustentar en la realidad. *“Una rehabilitación que renuncie al tratamiento en el nivel de la comunicación, de la comunicación de sus síntomas será una rehabilitación impotente en el nivel de la dolencia.”*

Que culturalmente podamos aceptar la diversidad de jaulas...de eso se trata también. Explica Tenorio<sup>38</sup> que la cuestión no es que el sujeto exista a pesar de sus desvíos, sino en ellos mismos...donde Eso era, yo (como sujeto) debe advenir, es necesario encontrar una existencia de sujeto...soportable...lo más feliz posible...con lo inconsciente allí...articulando alguna modalidad de yo.

No se vuelve, volver no existe, es imposible...ya lo he dicho...se llega llegando, todo el tiempo... a nuevos momentos subjetivos... renuevo mi jaula y me quedo con lo vivido y lo aprendido.

---

<sup>36</sup> Campos GW. Clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. P. 74 y 76. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2009.

<sup>37</sup> Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Revista Curinga. Minas Gerais. N° 13. P. 39-48. Septiembre. 1999.

<sup>38</sup> Tenorio, F. A clínica da reforma psiquiátrica. En: A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Ed Rios Ambiciosos. Río de Janeiro. 2001.

## Bibliografía:

- Belloni, M ; Figueiredo, AC. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento- uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. En: Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ. Río de Janeiro. 2007.
- Campos GW. Clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. P. 74 y 76. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2009.
- Campos GW. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. P. 90. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos aires. 2009.
- Campos, GW. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos . Lugar Editorial. Buenos Aires. 2009.
- Canal Globo: <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2012/09/um-mes-apos-demissoes-campinas-deixa-de-repor-31-dos-medicos.html>
- Coletivo Saúde Mental Campinas. Trancar Não é Tratar! Panfleto con el apoyo del Conselho Regional de Psicologia SP.
- Figueiredo MD, Santos DVD. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações. En: Onocko Campos, RT; Furtado, JP; Passos, E; Benevides, R org. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. Aderaldo & Rothschild. P. 155-162. San Pablo. 2008.
- Fleury, S. Modelos de reforma de la salud en América Latina. P. 182-189. En: Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Spinelli, H Comp. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.
- Gobierno de Campinas: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>
- Gobierno de Campinas: [http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/Caps\\_david/Caps\\_david.htm](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/Caps_david/Caps_david.htm)
- Gobierno de Campinas: <http://www.campinas.sp.gov.br/sobre-campinas/informacoes-turisticas.php>
- Gobierno de Rosario: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/caracteristicas/estadistica1.jsp>
- Hospital Cândido Ferreira: <http://www.candido.org.br/content/blogcategory/14/44/>

- LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Capital Federal. 2010: <http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Lian Gong. Org: <http://www.liangong.org/liangong.htm>
- Miller, J. Dos dimensiones clínicas síntoma y fantasma. p 20. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1989.
- Moreira, M; Escorel, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-8123.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>.
- Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva* 10 (3): 573-583, 2005.
- Onocko Campos, RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. En: Campos GWS, org. *Saúde Paidéia*. Hucitec. San Pablo. 2003.
- Onocko Campos, RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. v. 25. n. 58, P. 98-111, maio/ago. Rio de Janeiro. 2001.
- Onocko Campos, RT. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H, comp. *Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.
- Onocko Campos, RT. La praxis: posible hilo de Ariadna en el labirinto tecnológico. En: *La planificación en el labirinto. Un viaje hermenéutico*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2007.
- Pereira Furtado; Onocko Campos, RT. A Transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. Año VIII, N° 1, marzo 2005. P 109-122.
- Prevert, J. *Paroles Palabras*. p 157. Compañía General Fabril Editora. Buenos Aires. 1960.

- Rabinovich, D. La teoría del yo en la obra de Jaques Lacan. P 79. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1989.
- Rodrigo, A. Atrave(r)s(e)ar el fantasma: La función de la falta en el lazo social. <http://www.efba.org/efbaonline/rodrigo-05.htm>
- Tenorio, F. A clínica da reforma psiquiátrica. En: A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Ed Rios Ambiciosos. Río de Janeiro. 2001.
- UNICAMP: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamentos/departamento-de-saude-coletiva>
- Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Revista Curinga. Minas Gerais. N° 13. P. 39-48. Septiembre. 1999.