

*Unicamp*  
*Residência Multiprofissional em Saúde Mental e*  
*Coletiva*  
*Faculdade de Ciências Médicas*

*Natália da Costa Pinheiro*

*A (des)construção de uma clínica: o autorizar-se de  
uma enfermeira na saúde mental e coletiva*

*Campinas*

*2016*

*Natália da Costa Pinheiro*

*A (des)construção de uma clínica: o autorizar-se de uma enfermeira na saúde mental e coletiva*

*Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Unicamp, sob orientação do Mestre Bruno Emerich, co-orientação da Doutora Luciana Togni de Lima e Silva Surjus e coordenação da Profa. Dra. Rosana Onocko Campos. Neste trabalho realizo uma reflexão sobre o meu processo de construção e desconstrução da clínica enquanto enfermeira da saúde mental e coletiva, bem como a utilização da psicanálise enquanto norteador de uma práxis.*

*Campinas, 01 de março de 2016.*

**Resumo:** A partir do questionamento sobre o que é uma boa clínica, embarco em um resgate histórico, por meio dos escritos de Foucault, para identificar a origem da clínica moderna, que é governada pelo olhar anatomopatológico. Retomo a concepção da clínica ampliada e reformulada do sujeito, proposta por Campos, na tentativa de desconstruir a hegemonia do olhar anatomopatológico na condução da minha clínica. Em seguida, adentro no universo da psicanálise para sustentar a concepção de sujeito e de inconsciente, a fim de compreender a clínica a partir de outro paradigma. Diante desta explanação, realizo uma reflexão sobre a possibilidade de fazer uso de elementos da clínica defendida por Campos e da clínica defendida por Freud e Lacan para propor a clínica que desejo desconstruir e construir enquanto enfermeira da Saúde Mental e Coletiva.

## ***Sumário***

Introdução	<b>3</b>
Objetivo	<b>4</b>
Metodologia	<b>4</b>
Discussão	<b>5</b>
Conclusão	<b>29</b>
Referências bibliográficas	<b>37</b>

## ***1. Introdução:***

O presente trabalho surge dos seguintes questionamentos: como (des)construir a clínica enquanto enfermeira da Saúde Mental e Coletiva? O que é uma boa clínica? Em busca de uma resposta condizente com o meu processo de formação nos campos acima citados, procurei resgatar a origem da clínica moderna, descrita por Foucault, cujo olhar anatomopatológico instaura-se provocando uma redução e generalização no modo de olhar o enfermo, bem como transforma a morte no fio condutor da compreensão sobre a doença e a vida e direciona a clínica pelo universal (FOUCAULT, 1977). Descubro também que a origem da Saúde Mental se dá pela formação da clínica no campo da psiquiatria que se funda em oposição ao olhar anatomopatológico

Após uma reflexão sobre estes olhares, conduzo minha trajetória para a descoberta de uma clínica ampliada e reformulada do sujeito, que sugere a ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica a partir do olhar para a doença do doente concreto, cuja intervenção leva em consideração a pessoa para além da sua doença, ou seja, incluindo a doença, o contexto e o próprio sujeito (CAMPOS, 1997). Mais adiante, encontro-me com a psicanálise para compreender melhor o conceito de sujeito, que se diferencia do sujeito citado por Campos, 1997, e finalmente procuro trabalhar a convergência entre estas três perspectivas sobre a clínica para desconstruir a hegemonia da clínica tradicional, respaldada pelo olhar anatomopatológico, cujo foco fica na doença e, geralmente, anula o sujeito, bem como construir uma nova possibilidade de clínica enquanto enfermeira da saúde mental e coletiva, cuja doença seja colocada entre parênteses para permitir que a pessoa e seu contexto de vida apareçam. Além disso, por meio da psicanálise, tenho a possibilidade de construir um novo entendimento sobre o adoecimento e a importância de saber que existe um inconsciente que se manifesta no corpo e torna a experiência do sujeito com sua doença singular e, portanto, nos exige enquanto profissionais estratégias e projetos terapêuticos que respeitem essa

subjetividade e seja construído de modo singular, respeitando cada caso, mas sem excluir a importância do cuidado com a doença concreta também. Finalmente, a psicanálise, em especial o Seminário XX, de Jacques Lacan, contribui para minha práxis à medida que trabalha a questão do significante e o quão a relação do sujeito com sua doença está atrelada a essa cadeia de significantes, que levará a um modo particular de significar este processo (LACAN, 1982). Além disso, este seminário trabalha a questão do gozo e do imperativo deste que leva o sujeito as últimas consequências para satisfazê-lo, mesmo que isto implique na deterioração do seu corpo. Tal condição pode nos explicar o por quê muitas vezes os sujeitos que chegam até nós necessitam que sua doença seja reafirmada e não curada (LACAN, 2001). Assim, considero a importância de estar instrumentalizada pelos pilares das diferentes perspectivas clínicas descritas acima para conduzir minha clínica a fim de lidar com estas questões.

## **2. Objetivos:**

- Refletir sobre o processo de construção e desconstrução da clínica enquanto enfermeira da saúde mental e coletiva.
- Refletir sobre as contribuições da psicanálise e da clínica ampliada como norteadoras de uma nova práxis da enfermagem em Saúde Mental.

## **3. Metodologia:**

O presente trabalho visa em parte desconstruir a ideia de existência de um saber universal, portanto, seria contraditório se adotasse uma metodologia que seguisse tal concepção. *“Gadamer afirma a insustentabilidade da ideia de conhecimento universalmente válido, de uma verdade absoluta que poderia ser generalizada a partir de uma experiência particular e histórica”* (BONFIM, 2010, p.77).

Assim, farei uso da Hermenêutica enquanto referencial teórico para sustentar minha metodologia. Entretanto, é importante destacar que *“mais do que uma metodologia, a Hermenêutica é considerada por Gadamer uma postura filosófica, um modo de construção de conhecimento que reconhece a historicidade do pesquisador e o destaque do objeto de estudo a partir da fusão de horizontes - passado-presente - na busca pelas respostas a questões atuais, não compreendidas”* (ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2006. Citado por SURJUS, 2012, p.12).

A teoria Hermenêutica, proposta por Gadamer, procura explicar como é possível escapar do círculo fechado das opiniões prévias. A ideia é que diante de questionamentos e inquietações a cerca de determinada situação ou temática estabeleça-se um diálogo entre o passado, o presente e os diversos pareceres e experiências daqueles que se debruçaram sobre o tema. Dessa forma, a compreensão do que está no texto, da linguagem, precisa da elaboração prévia de um projeto que será constantemente renovado para que se tenha avanço na penetração do sentido. A proposta é manter um constante interpretar até que os conceitos prévios se diluam e sejam substituídos por outros conceitos novos mais adequados ao longo desse processo de comunicação. Aqui se encontra um papel fundamental do diálogo (BONFIM, 2010).

Em suma, a construção deste trabalho se deu a partir do ciclo hermenêutico: imersão prática no serviço, levantamento das questões que emergiram, resgate das tradições que discutem a clínica em saúde mental e o diálogo entre essas diferentes vozes - experiência, autores que já pensaram o tema e as respostas encontradas para as perguntas iniciais.

#### 4. *Discussão:*

### *Capítulo I – Retomada ao mito fundador: a clínica norteadada pelo olhar anatomopatológico*

Michel Foucault, em seu livro *O nascimento da clínica*, escrito em 1977, mais especificamente no capítulo VII, intitulado “Abramos alguns cadáveres”, descreve a passagem da clínica nominalista \_ na qual a história da evolução da doença era acompanhada pela nomeação eficiente daquilo que acontecia aos poucos e pensada a partir dessa série histórica \_ para uma clínica que chega ao clímax com a entrada da anatomopatologia, em que se valoriza o olhar neutro e morto sobre as manifestações, os sintomas, em suma, a geografia do corpo afetado (FOUCAULT, 1977).

Façamos um recorte histórico para compreender como foi possível fundar o conceito da clínica moderna. Com o fim da Idade Média e início do Renascimento, instaurou-se o movimento Iluminista, no qual propuseram a necessidade de afastarem-se dos dogmas pregados pela religião, que por sua vez influenciavam a política, e começaram a cultivar a ciência e a razão como meio de superar a “Idade das Trevas”. Dessa forma, a concepção de clínica afastou-se das explicações místicas, religiosas e empíricas, e buscou explicar a enfermidade e a morte através de meios racionais e científicos.

Se durante a Idade Média tínhamos aquele que se debruçava sobre o enfermo e acompanhava a evolução do mesmo ao longo do tempo, nomeando e descrevendo a série histórica dos acontecimentos sofridos de modo empírico, no Iluminismo temos a construção de uma nova concepção de clínica, na qual ocorre uma fusão da anatomia com a patologia e desta resulta um deslocamento do olhar superficial para um olhar da superfície, cujos conceitos de membranas e tecidos \_ intituladas por Bichat de camadas, que se assemelham anatomicamente e tem a função de atravessar os órgãos, os evolver, dividir, compor e decompor \_ permitem adentrar o interior do corpo e explicar cientificamente a doença. Dessa forma, o olhar anatomopatológico permite a estruturação da doença a partir da investigação no morto (FOUCAULT, 1977).

*“A morte era a única possibilidade de dar à vida uma verdade positiva”* (FOUCAULT, 1977, p.166). Assim, *“Bichat fez mais do que libertar a medicina do medo da morte, ele integrou a morte em um conjunto técnico e conceitual em que ela adquiriu suas características específicas e seu valor fundamental de experiência. De tal modo que o grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anatomoclínico”* (FOUCAULT, 1977, p.167).

Podemos notar nesta nova concepção de clínica que *“da mesma forma que as nosologias tradicionais começavam por uma definição das classes mais gerais, a anatomia patológica começará por uma história de alterações comuns a cada sistema, sejam quais forem o órgão ou região afetada. Assim, Bichat e seus discípulos definiam para os doentes um sistema de classes analíticas em que o elemento da decomposição patológica era o princípio da generalização das espécies mórbidas”* (FOUCAULT, 1977, p.148).

A ascensão da clínica anatomopatológica modificou a noção de espaço e do saber da clínica, pois construiu a ideia de tecido e conseqüentemente a ideia de tecido universal, ou seja, todos os homens possuem o mesmo tipo de tecido. Assim, instaura-se o princípio da homogeneidade tissular e com isso um reducionismo e generalização do modo de olhar o enfermo.

Pinel não gostava da vertente da clínica anatomopatológica, por esse motivo a saúde mental ficou cerca de 150 anos “atrasada” em relação às demais clínicas médicas. Foi por meio da resistência de Pinel ao modelo proposto por Bichat que surgiu a psiquiatria, que também é uma clínica e propõe-se ao conceito de estabelecer a exceção pelo que se subtrai, ou seja, em um ato ético, Pinel coloca para dentro o que está fora. Tal concepção é de grande importância para nós, pois se trata de certa forma justamente de inserir a loucura na sociedade, mesmo que a princípio Pinel tenha utilizado a lógica da construção de manicômios para fazer isso.



Ainda assim, pensar na possibilidade de um espaço de cuidado para aqueles que sofriam de algum transtorno mental, foi um modo de tirar a loucura da invisibilidade marginal. No entanto, tal concepção precisa ser atualizada ao nosso contexto, logo talvez nosso ato ético hoje seja retirar a loucura dos muros fechados dos manicômios e trazê-la para o território, onde possa conviver com a sociedade.

Viganò, 2002, resgata Basaglia para afirmar que o manicômio deve ser abolido e sugere que uma vez extinto devemos manter alguns saberes apreendidos e desenvolvidos nesse processo de fechamento. Mas afinal de contas, quais são estes ensinamentos e saberes? Segundo Viganò, 2002, para o psicótico a vida social pode ser perigosa e persecutória, com isso o muro poderia ser um recurso para defendê-lo disso, nesta perspectiva, se tirássemos o muro o risco era que restasse a perseguição. No entanto, tal conceito precisa ser superado, assim este autor propõe pensar a enfermeira, ou àqueles profissionais que convivem bastante tempo com esses pacientes, como um novo muro do manicômio, um muro vivo, no qual nossa função é fazer barreira à pulsão destrutiva à medida que educamos o paciente para experimentar o prazer (VIGANÒ, 2002). Não sei se educar é o melhor termo, tenho minhas ressalvas para com ele, portanto prefiro pensar que podemos exercer a função de mediador, aquele que acompanha e proporciona vivências extramuros, construindo meios destes sentirem-se seguros inseridos em seus territórios.

O discurso também pode estabilizar o psicótico e auxiliar na substituição do manicômio, que não se resume puramente às estruturas externas. Tem que ser uma estrutura simbólica que dá lugar ao psicótico e este é um dever dos enfermeiros e de todos aqueles que entram na relação com o psicótico (VIGANÒ, 2002).

Nesse momento começo a lembrar-me do meu estar nas moradias. As chamo de moradias, mas institucionalmente são intituladas de Serviço Residencial Terapêutico. Ao longo do ano de 2015, escolhi as moradias da região Leste como campo de atuação. Passei

pelo processo de mudanças desse serviço, no qual ocorreu um desmonte no modelo de organização e funcionamento das mesmas, de forma que as moradias foram absorvidas pelos CAPS III de Campinas-SP. Neste período pude vivenciar o cotidiano dos moradores e profissionais, assim percebi que o trabalho da equipe profissional requer muita delicadeza, afinal, apesar de serem egressos de manicômios em sua maioria, e necessitarem de acompanhamentos terapêuticos singulares e condizentes com suas demandas, trata-se da casa deles, assim, nosso maior esforço era conseguir trabalhar com eles para transformar essas casas em lares (moradias onde respeitássemos o morar, por isso as chamo assim!) e garantir uma assistência de qualidade que não ultrapassasse essa condição. O perfil majoritário dos moradores era de idosos, com comorbidades como diabetes, hipertensão e questões associadas ao envelhecimento, sem falar nas questões relacionadas ao adoecimento psíquico, ou naqueles casos em que não conseguia entender o por quê foram parar em manicômios e após o processo de desinstitucionalização chegaram as moradias. Lembrei-me agora de algumas senhoras surdas que conheci nas moradias, mas que não entendia porque estavam lá, pois não conseguia identificar um adoecimento psíquico de base e, apesar de surdas, faziam-se entender com uma habilidade incrível! Em suma, enquanto enfermeira deparei-me com o desafio de respeitar esse morar sem negligenciar cuidado. Confesso que diante desta condição questionei minha atuação em diversos momentos e escolhi seguir o caminho da construção de uma práxis voltada para a clínica ampliada e para a psicanálise.

Mas voltemos aos muros vivos, dos quais Vigano propunha. Será que a clínica desenvolvida nas moradias não dizia justamente desse esforço para mediar situações nas quais os moradores pudessem experimentar prazer, seja com as saídas aos bailes no centro de convivência, seja nas festas de aniversário organizadas em parceria com o aniversariante, ou no simples fato de conhecer a vizinhança e desempenhar atividades do cotidiano, como fazer compras no mercado ou tomar uma “Fanta uva” na mercearia da esquina? Ou será que estes

moradores já aprenderam a viver longe dos muros e na verdade nos ensinaram o que são esses muros vivos? Talvez essa experiência tenha sido vivenciada por ambos de modo concomitante! Fato é que tal clínica não cabe apenas no olhar anatomopatológico do enfermo e no reducionismo universal e generalista das intervenções do profissional, pois para proporcionar uma clínica condizente, nessas ocasiões é preciso colocar a doença entre parênteses. Quanto à comorbidades por eles apresentadas, meu trabalho consistia muito mais em construir rede com os serviços destinados para tal fim, portanto, os acompanhavam em consultas ao Centro de Saúde ou aos CAPS, por exemplo, ao invés de atendê-los em casa apenas, dessa forma trabalhávamos a inserção deles no território. Além de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde.

## ***Capítulo II – A clínica ampliada e reformulada do sujeito***

O conhecimento científico é de extrema importância para nossa atuação na área da saúde, conhecer os mecanismos de ação da doença e as formas de tratá-la são indispensáveis, mas nossa atuação não pode resumir-se somente a isso. Uma coisa é ter subsídios científicos para nortear nossa ação, a fim de prestar uma assistência de qualidade para aqueles que necessitam, outra coisa é ficarmos restritos a esse saber de modo que o sujeito desaparece e fica evidente apenas sua doença.

*“Uma enfermidade perturba, transforma e até mata sujeitos, contudo, apenas raramente, liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um. A clínica se empobrece toda vez que ignora estas inter-relações, perdendo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos, inclusive” (CAMPOS, 1997, p.5).*

Conforme descrito no capítulo anterior, à medida que a anatomia patológica vai instaurando sua lógica de funcionamento na construção de uma nova concepção de clínica, que por sinal fundamentará os conceitos da clínica moderna, a capacidade de estar ao lado do

enfermo e acompanhar seu processo de adoecimento fica esquecido. Em contrapartida, a doença assume o protagonismo, de modo que o corpo morto direciona o raciocínio clínico e os esforços concentram em delimitar passo a passo o desenvolvimento da doença, bem como os pontos geográficos do corpo precisamente acometidos por ela.

Portanto, na relação entre doença e Sujeito existem muitas posições possíveis. Desde aquelas em que a doença ocupa grandes espaços na existência do Sujeito, até outras em que a enfermidade está no território habitado por essa pessoa, sob a forma de um risco na água, ou direcionado as condições precária de habitação, ou condições insalubres de trabalho, etc. Por outro lado, doenças que se assemelham do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada de acordo com a história e os recursos subjetivos e materiais de cada Sujeito. Assim, nós, profissionais desta área, e os serviços de saúde, precisamos desenvolver estratégias e planos de ação com plasticidade suficiente para atender esta variedade (CAMPOS, 1997).

Parece que o modelo biomédico imagina a existência de uma clínica única, que atua de forma totalizante, de modo que traz um discurso que sustenta a clínica científica e ética, mas que na verdade parece estar presa aos conceitos de uma instituição racional e humana estabelecidos durante o Iluminismo pela clínica anatomopatológica.

Campos sugere a ideia de semblantes, como se houvesse desdobramentos ou ramificações da Clínica. Considera três semblantes principais sobre os quais a Clínica se apresenta, são eles: a Clínica Oficial (Clínica Clínica), a Clínica Degradada e a Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito). Lembrando que a Clínica Degradada e a Clínica Ampliada, sempre, são em relação àquela considerada Oficial (CAMPOS, 1997).

O conceito de Clínica Degradada leva em consideração que contextos socioeconômicos específicos podem interferir na prática clínica e, inclusive, diminuir a potencialidade de resolução dos problemas de saúde. Em suma, o degradado neste sentido se

refere a limites externos impostos à potencia da Clínica Clínica. Aliás, o autor acredita que tal situação agrava-se quando muitos critérios da medicina utilizam estas degradações, decorrentes de interesses econômicos corporativos ou de políticas de saúde muito deficientes, para criticar a Clínica enquanto instituição, ou seja, quando uma empresa médica dificulta o livre-arbítrio dos médicos, ou lhes impõem restrições, independente da gravidade de cada caso, a baixa eficácia das práticas não poderia ser atribuída à clínica em si, mas àquela clínica degradadas por aquelas condições específicas. Portanto, há uma clínica degradada por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder, cujo reconhecimento aqui é a existência de organizações que priorizam seus interesses econômicos ao invés do paciente, dessa forma a lógica política e de poder se sobrepõem à razão da cura ou da reabilitação de pessoas (CAMPOS, 1997).

Trago tal discussão neste trabalho porque ao longo da minha formação percebi que por mais que soubesse a teoria em relação à fisiopatologia de determinada doença, estudasse os efeitos terapêuticos dos fármacos utilizados para trata-la, e construísse um plano de assistência para aquele enfermo, tais medidas eram insuficientes ou parte delas não produzia o resultado esperado. Então ficava a pergunta: o que estava errado? A resposta é simples, isto acontece porque as ações estavam direcionadas apenas para doença e não para o sujeito que estava adoecido naquele momento. Isto porque a concepção anatomopatológica determinou um modo universal de compreender as doenças, mas para contemplarmos as pessoas adoecidas são necessárias intervenções singulares que envolvam o contexto socioeconômico, o território e os mecanismos que tal pessoa encontrou para lidar com o seu processo de adoecimento.

Quando o objeto de estudo e trabalho do campo da saúde e dos profissionais que nele atua fica reduzido, em outras palavras, quando o foco fica na doença e apenas no fragmento do corpo sobre o qual ela incide, isso tem repercussões negativas nos métodos, saberes e

intervenções dos que atuam em tal campo (CAMARGO Jr, 1990. Citado por CAMPOS, 1997). Entre as consequências desse desequilíbrio temos: a possibilidade da Clínica Oficial desresponsabilizar-se pela integralidade dos Sujeitos; a produção de um automatismo mecanicista de saberes e práticas; abordagens unilaterais, direcionadas para a doença e fragmentadas (culminando na propagação de especialidades e na fragmentação demasiada do processo de trabalho); intervenções terapêuticas excessivamente voltadas para a noção de cura, na qual confundem-se a cura com a simples eliminação de sintomas e, no melhor dos casos, com a correção de lesões anatômicas ou funcionais, ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção e, quanto àquelas de reabilitação (CAMPOS, 1997).

*“A capacidade de articulação da Clínica com a Mídia e com o Complexo Médico-Industrial, bem como a capacidade de resolver uma série de problemas de saúde e de aliviar muitos sofrimentos, garante que a Clínica, mesmo quando degradada ainda conserve, por tudo isto, uma instituição importante e influente, um espaço em que as pessoas investem afetos e esperanças, mesmo quando produz alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos, ou seja, mesmo assim, tem grande capacidade de influenciar o imaginário social”* (CAMPOS, 1997, p.8-9).

Como podemos perceber, muitos fatores sustentam esse modelo degradado de Clínica, que foca na doença, esquece o sujeito, fragmenta-o em partes, como um Frankenstein, e dispõe-se a cuidar desse órgão ou tecido lesionado a fim de evitar a morte do organismo, entretanto, com isso mata-se o sujeito.

Adentremos agora a outro semblante da clínica, trata-se da Clínica do Sujeito. Esta é uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais e em sua concreta existência, cuja doença é parte integrante desta existência. Aqui é possível uma abordagem integral no qual o Sujeito,

seu contexto e a enfermidade tornam-se objetos de estudo e intervenção da Clínica. Assim, a ação clínica fica centrada sobre o Sujeito, sendo que este não é somente marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, ou de sofrimento ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico (CAMPOS, 1997).

Na Clínica do Sujeito é possível propor uma nova dialética entre Sujeito e doença, que não é a antidialética positivista da Clínica Degradada \_ que fica com a doença e descarta a responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos \_ nem a revolta ao outro extremo, em que a doença é ignorada, como se não existisse, enquanto está lá produzindo seus efeitos no corpo. Em suma, devemos colocar a doença entre parênteses, para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, levando em consideração o seu contexto, mas assegurando também que o olhar abranja a doença do doente concreto (CAMPOS, 1997).

Concluindo, o saber proposto pela Clínica Oficial nos fornece subsídios para intervir sobre a doença, entretanto, o problema ocorre quando o profissional foca sua intervenção apenas neste Ser da Doença e perde a capacidade de atuar de modo singular em cada caso porque não é mais capaz de encontrar o Ser concreto. Aprender sobre uma práxis pressupõe supor casos que se repetiram mais ou menos iguais, mas existe uma linha tênue entre a ontologia e a ortodoxia, ou seja, sobre estas supostas verdades, pode organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiães e de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a singularidade da vida (CAMPOS, 1997).

A Clínica do Sujeito, ampliada e revisada, desafia e precisa encontrar soluções para estes principais nós críticos que a Clínica Oficial não tem conseguido identificar e resolver. A fragmentação decorrente da especialização tem efeitos ruins, mas como intervir sobre ela sem negar o progressivo desenvolvimento de saberes e de tecnologias? Os conceitos de Campo e Núcleo de saberes e responsabilidades tentam auxiliar nesta travessia. Depois articulá-los às

noções de Equipe (Clínico) de Referência \_ organização do processo de trabalho baseada no Campo, espaço de uma clínica ampliada \_ com aquela de Apoio Especializado Matricial \_ organização horizontal do processo de trabalho em que se tenta combinar especialização com interdisciplinariedade, cujos especialistas apoiam o trabalho do Clínico de Referência conforme o Projeto Terapêutico coordenado pela própria referência, mas elaborado em permanente negociação com a Equipe envolvida na atenção matricial. Além disto, superar a alienação, fragmentação e tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros. Em suma, tais recursos visam desconstruir o modelo degradado e reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práxis a fim de obter-se uma clínica reformulada e ampliada (CAMPOS, 1997).

Campos, 2000, afirma que não tem como escapar à institucionalização do saber e à administração organizada das práticas sociais, mas elas podem ser organizadas de forma democrática, sendo estruturadas de modo que permaneçam abertas a distintos campos de influência. Propõe que o núcleo e o campo são interinfluenciáveis, ou seja, não é possível detectar precisamente os limites entre um e o outro. Entretanto, no núcleo ocorre uma aglutinação de saberes e práticas que compõem certa identidade profissional e disciplinar. Quanto ao campo, este é um espaço com limites imprecisos que exige que cada profissão se apoie umas nas outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Campos, 2000, introduz o conceito de campo segundo Bourdieu (1983,1992), no qual este trabalha o conceito de corpus, para em seguida expor o seu conceito de núcleo e campo de prática ou campo científico. No conceito de corpus (ou disciplinas) do Bourdieu, ocorre a



monopolização do saber e a gestão das práticas por agrupamentos de especialistas levando a uma concentração de poder e a tendência ao fechamento das instituições em torno deste saber. *“A formação de corpus (disciplinas), seja no campo religioso, científico ou político, leva ao fechamento ou institucionalização de parte do campo, com conseqüente criação de aparelhos de controle sobre as práticas sociais a ele referentes”* (CAMPOS, 2000, p.220).

A noção de núcleo indica uma determinada concentração de saberes e de práticas, mas sem romper com a dinâmica do campo (CAMPOS, 2000). O núcleo precisa da constituição das identidades sociais para as profissões e para os campos de saber, mas permite a possibilidade de que isso aconteça de modo mais flexível e aberto (ONOCKO, 1999. Citado por CAMPOS, 2000). Este conceito valoriza a democratização das instituições, na qual ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos funcione como uma possibilidade e não como uma ocorrência automática.

Seguindo esta linha de raciocínio, atrevo-me a divagar um pouco. Voltemos à fusão da anatomia com a patologia, no momento em que Foucault resgata Condillac para falar sobre *“a descoberta de um elementar que é ao mesmo tempo, um universal, e uma leitura metódica que, percorrendo as formas da decomposição, descreve as leis da composição”* (FOUCAULT, 1977, p.146). Note como esse elementar \_ no caso o modo como o olhar anatomopatológico determinou nossa maneira de conduzir a clínica moderna, que pode ser entendida como um corpus, e que também se divide em inúmeras outras disciplinas ou corpus, nomeadas de especializações (formas de decomposição) \_ está inserido na conformação social determinando verdades e delegando poder para quem as detém. Como já mencionado acima, não é a toa que a Clínica Degrada ainda preserva uma legião de seguidores que ambicionam comandar esses corpus e com isso conquistar o poder de reger parte do funcionamento da sociedade!

De certa forma, também podemos pensar que a institucionalização da loucura seguiu a mesma proposta do corpus e também possui seus guardiões, pois à medida que a loucura foi classificada como doença e enquadrada dentro de uma especialidade, a identidade daqueles que sofriam tornou-se a doença e em nome da verdade sobre o tratamento desta, o sujeito desapareceu, emergiu o louco e com ele inúmeras barbáries foram autorizadas em nome de um tratamento!

Agora perceba a importância do conceito de núcleo e campo, proposto por Campos, pois à medida que as fronteiras do campo ficam borradas e demandam que os núcleos se apoiem, também é possível diluir a criação de aparelhos de controle sobre as práticas sociais a ele referentes (CAMPOS, 2000). Tal estratégia facilita a democratização da instituição, e conseqüentemente enfraquece a concentração de poder daqueles que dominariam um saber, com isso, torna-se mais possível combater aqueles que se denominam os detentores de supostas verdades e organizam um sistema de poder hierárquico em nome desta ontologia. Além desse recurso, a proposta de a saúde mental e coletiva poder contar com as estratégias de matriciamento, da participação social, da organização do trabalho por equipes de referências e a função terapeuta e referência reforçam ainda mais essa tentativa de tornar a instituição mais democrática, pois à medida que os saberes precisam ser compartilhados em prol da construção do projeto terapêutico singular e que não existe um único detentor do saber, uma vez que aquele que ocupa o lugar do terapeuta vai depender do vínculo e de cada situação, ou seja, é determinado pelo protagonismo do sujeito e da ampliação da clínica, tal função torna-se rotativa e dilui a construção de um espaço de poder.

### ***Capítulo III – A descoberta do sujeito e o encontro com a psicanálise***

Como deslocar o olhar daquele proposto por Bichat, cujo mesmo “*se fixa sobre o campo do corpo neste curto tempo em que o corpo subsiste como entregue à morte, ou seja, cadáver*” (LACAN, 2001, p.9)?

Lacan (1982), em seu seminário XX, intitulado “Mais, ainda”, mais especificamente no capítulo IV, menciona a descoberta revolucionária de Kepler, da qual farei uso para dizer que ela nos permite uma mudança de paradigma, esta consiste em substituir o *isso gira* por *isso cai*. Nesse momento vocês devem estar pensando o que tem esta frase de tão significativa e subversiva a ponto de nos remetermos a uma mudança de paradigma? Eu explico, em minha humilde interpretação, que ela nos remete a questão de como se vive sem um ponto fixo, afinal, isso gira em elipse, e já põe em questão a função do centro, pois o ponto para onde isso cai, em Kepler, é um ponto da elipse chamado foco, e no ponto simétrico, não há nada. É isto que nos arranca da função imaginária, e no entanto fundada no real, da revolução. O que é produzido na articulação desse novo discurso que emerge como discurso da análise, é que o ponto de partida é tomado sobre a função do significante, bem longe de se admitir, pelo vivido do próprio fato, o que o significante carregue por seus efeitos de significado (LACAN, 1982,).

Ou seja, nos permite desprendermos desse olhar de demarcação do ponto fixo, no caso a enfermidade regida pelo conhecimento mórbido do olhar anatomopatológico, e nos revela que a experiência do processo de adoecer é singular e subjetiva, pois para além de um corpo enfermo existe um inconsciente que estrutura-se, tal como a linguagem, por meio de significantes. Assim, à medida que o sujeito desliza por essa cadeia de significantes, ele nos revela o significado que atribui ao seu adoecer. Logo, fico me perguntando o que seria mais pertinente: propor um cuidado universal e focado apenas na fisiopatologia da doença (ponto fixo), ou no cuidado que considera essa experiência subjetiva, e entende parte das manifestações do corpo como resultado da expressão do inconsciente (“isso cai”)? Olhar ou

escutar? Por que não fazer os dois?! Talvez minha prática deva respaldar-se a um projeto terapêutico singular e que faça sentido para esse sujeito e leve em consideração a arte de *escutar* e *olhar* ao mesmo tempo. Será esse o caminho para evitar uma nova fragmentação? Campos nos mostrou acima que sim, mas o que a psicanálise tem a nos dizer sobre o sujeito?

Lacan retoma a concepção de sujeito proposta por Freud quando este cria a psicanálise. Trata-se de uma revolução, pois Freud abandona a ideia de sujeito uno, proposta pelo Renascimento, e concebe o sujeito clivado, ou seja, ao propor a existência de um inconsciente trabalha com a ideia de sujeito dividido. A partir dessa nova concepção de sujeito, Freud abandona a definição de sujeito cartesiano, tradicional, entendido como uma unidade (uno), que possui uma essência, é individual, racional, autoconsciente e dispõe de livre-arbítrio. Lacan, na sua releitura de Freud, parte da afirmação de René Descartes (*Penso, logo Existo*) e desconstrói o sujeito cartesiano ao propor a seguinte afirmação: “*Penso, não Sou*”, na qual reafirma a ideia de sujeito clivado (Spaltung), no qual existe um inconsciente para além do EU, que não é presenciável, mas move o sujeito. Desta forma, a psicanálise instaura uma nova concepção de sujeito, entretanto, Lacan afirma que tal construção só foi possível a partir da concepção de sujeito construída por Descartes, afinal este permitiu o acesso ao racional e ao método científico e garantiu a Freud desenvolver a experiência analítica e perceber que o reducionismo do sujeito ao racionalismo deixava um resto, ou seja, algo que escapava ao racional. Diante desse resto Freud perguntou-se: o que fazer com o resto? Para onde ele vai? E assim criou a psicanálise, que se ocupou do resto dessa sociedade racional, objetiva, consciente e científica (LACAN, 2003).

O sujeito, para Lacan, é sempre suposto, é um efeito da cadeia significante, ou seja, é aquilo que desliza em uma cadeia de significantes (LACAN, 2003). Lacan afirma que a psicanálise não é uma ciência, mas sim uma práxis.

Parece que Lacan, ao dizer que a psicanálise é uma práxis, converge com Bondía (2002) quando este nos diz que o saber da experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. Assim, a experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida. Ter uma vida própria, pessoal. Quer finalidade melhor que essa para nortear a clínica?!

Lacan, ao propor que o inconsciente se estrutura como uma linguagem, muda totalmente a função do sujeito como existente. O sujeito não é aquele que pensa. O sujeito é propriamente, aquele que engajamos não, como dizemos a ele para encantá-lo, a dizer tudo \_ não se pode dizer tudo\_ mas a dizer besteiras, isto é tudo. É com essas besteiras que vamos fazer a análise, e que entramos no novo sujeito que é do inconsciente. É justamente na medida em que ele não quer mesmo mais pensar que talvez se saberá um pouco mais dele (LACAN, 1982).

O analista é certamente capaz de fazer muito, mas não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá. Ele coloca em movimento um processo que visa solucionar as repressões existentes. Pode supervisionar esse processo, auxiliá-lo, afastar obstáculos em seu caminho, e pode indubitavelmente invalidar grande parte dele. Mas, em geral, uma vez iniciado segue sua própria rota e não permite que, quer a direção que toma, quer a ordem em que colhe seus pontos, lhe sejam prescritas (FREUD, 2010).

Em que ponto e com que material deve o tratamento começar? Deve se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher por onde começará (FREUD, 2010). Mesmo nos estádios posteriores da análise, tem-se de tomar cuidado para não fornecer ao paciente a solução de um sintoma ou a tradução de um desejo até que ele esteja tão próximo delas que só tenha de dar mais um passo para conseguir a explicação por si próprio. Informar o material reprimido à consciência do paciente não fica, no entanto, sem efeito. Ela não produz o resultado desejado de acabar com os sintomas, mas tem outras consequências. A princípio,

desperta resistências, entretanto quando superadas, estabelece um processo de pensamento cuja influência esperada da recordação inconsciente acaba por realizar-se (FREUD, 2010).

A psicanálise requer longos períodos de tempo; períodos maiores do que o paciente espera. Um amigo de Freud escreveu-lhe, certa vez: *“precisamos é de um tratamento curto, conveniente e externo para a neurose obsessiva”*. Freud lhe responde que não pôde oferecer e sente-se envergonhado, então tentou desculpar-se com o comentário de que também os especialistas em doenças internas ficariam contentes com um tratamento para tuberculose ou carcinoma que combinasse essas vantagens. Em seguida Freud conclui: *“abreviar um tratamento analítico é um desejo justificável, mas opõem-se a lentidão com que se realizam as mudanças profundas na mente, em suma, contraria a atemporalidade de nossos processos inconscientes”* (FREUD, 2010, p.145).

Freud enfatiza que alguns anos de prática na psicanálise foram o bastante para convencê-lo de que existe uma forte influência do fator psicogênico na vida cotidiana dos homens e nos processos de adoecimento destes, assim afirma que não existe acaso. (FREUD, 2010).

A prática da medicina sempre esteve acompanhada por doutrinas, no entanto estas foram proclamadas científicas durante um tempo bastante curto no século dezenove. Entretanto, esse fato não as tornou mais científicas, pois as doutrinas científicas invocadas na medicina ditas recentes, na verdade eram resgatadas de uma outra aquisição da ciência, com atraso de vinte anos ou mais. Isto demonstra bem que este recurso só funcionou como substituto, para mascarar, o que anteriormente há que se localizar como uma espécie de filosofia. Considerando a história do médico através das eras, o grande médico, o médico padrão, era um homem de prestígio e autoridade. E o que ocorre entre o médico e o doente, facilmente ilustrada pelas observações de Balint, é que o médico, ao receitar, receita-se a si mesmo. Em suma, a função do organismo humano foi sempre de ser objeto de uma

experimentação segundo o contexto social, e o médico não cumpre apenas a função de cientista fisiologista, pois também é submetido a outros chamados, como o do mundo científico, que deposita em suas mãos todo o arsenal de agentes terapêuticos (químicos e biológicos) capaz de produzir, os coloca à disposição do público e pede ao médico para que seja o distribuidor que testará estes agentes terapêuticos. Diante deste fato, onde está o limite em que o médico deve agir e a quem deve ele responder (LACAN, 2001)?

Antes de prosseguir com esta linha de raciocínio, vou abrir um parêntese para comentar um fato que chama a atenção no discurso do Lacan sobre o lugar da psicanálise na medicina. Sua argumentação se dá focada apenas para a prática da medicina. Diante desse fato fico pensando por que Lacan falou sobre o campo científico da saúde citando somente o médico como detentor e objeto dos interesses desse mundo científico? Como poderíamos expandir suas questões para os outros núcleos do campo da saúde?

Penso ser muita ousadia de minha parte responder na íntegra tais indagações, mas uma vez lançada à dúvida, ficarei atenta para buscar respostas. Por hora vou me ater ao núcleo da enfermagem para desenvolver tais questionamentos.

Seguindo a descrição de Lacan, a história do médico ao longo do tempo, determinou a imagem do médico padrão, repleto de prestígio e autoridade, e tal imagem talvez se deva ao fato da medicina ser a responsável, não só pela construção da clínica moderna, mas pelo modo de organização da sociedade, quanto ao modo de lidar com a vida, a morte e a doença, a partir do olhar anatomopatológico.

Em contrapartida resgato agora a história da enfermagem, para situá-la na organização da sociedade e motivo pelo qual também se encaixa no mesmo movimento descrito por Lacan ao descrever o lugar da psicanálise na medicina.

A enfermagem surgiu como uma resposta intuitiva ao desejo de manter as pessoas saudáveis, proporcionar conforto e proteção aos doentes (não é a toa que a palavra enfermeira

deriva do latim *nutrix* que significa “mãe enfermeira”). Nesta época existia uma relação íntima da religião e do folclore com as artes curativas. Durante a Idade Média surgiu a Imagem Religiosa da Enfermeira, cujas organizações religiosas deram uma oportunidade de trabalho, pela primeira vez na história, para as mulheres, desde que fossem solteiras virgens ou viúvas. Cabia a elas ofertar cuidado e caridade aos doentes, pobres, órfãos, viúvos, idosos, escravos e prisioneiros, no entanto, quanto mais a Enfermagem desenvolvia uma imagem associada à religião, mais rígida era a exigência de disciplina e obediência às ordens médicas e aos chefes religiosos. Assim, as características marcantes de gênero em uma profissão quase que exclusivamente feminina contribuíram com essa imagem de obediência e submissão. Fazia parte da formação advertir as enfermeiras que não era necessário dominar o conhecimento médico, mas realizar tarefas domésticas de rotina, sem julgamento crítico ou iniciativa, com isso garantia-se a subordinação e a dependência de seu trabalho ao médico (NAUDERER, 2005). Desde já percebe-se que tal situação coloca a enfermagem no lugar daquela que auxilia o saber daqueles que se dispunha a cuidar do enfermo, e que a questão de gênero predomina impedindo um protagonismo da profissão.

Durante o Renascimento, período em que ocorre a ascensão dos primórdios da clínica moderna mediante a fusão da anatomia com a patologia, tem-se o início dos “anos negros da enfermagem”, cujo trabalho das mulheres em prol do cuidado dos enfermos foi extinto juntamente com a dissolução das ordens católicas, ou seja, enquanto o saber médico começa a se destacar e conquistar poder, a enfermagem enquanto profissão fica extinta e assume lugar marginal ao ser delegada sua função para as prostitutas e prisioneiras.

Na tentativa de combater o estereótipo da prostituta, a enfermagem acabou por instituir a rigidez moralizante da conduta profissional, bem como direcionou a formação para as práticas hospitalares, reforçando o estereótipo de auxiliar do médico (NAUDERER, 2005).



Assim, a enfermagem é identificada com uma formação religiosa matrilinear e uma formação médica patrilinear e, para distanciar-se de suas origens religiosas, as enfermeiras procuraram especializar-se na tecnicidade, reforçando dessa forma sua associação ao médico, ou seja, tentando desvencilhar-se de um estereótipo acabam caindo em outro (NAUDERER, 2005). Mas vocês devem estar se perguntando o que tudo isso tem haver com o fato de Lacan citar apenas a figura do médico em sua argumentação sobre o lugar da psicanálise na medicina? Elementar meus caros, em sua trajetória histórica a enfermagem adotou em sua formação o mesmo conhecimento científico desenvolvido ao longo dos anos pela medicina, ou seja, também aderiu o olhar anatomopatológico e passou a cuidar da doença. Assim, está tão exposta aos interesses do mundo científico e das verdades absolutas, quanto à medicina, logo se permitam pensar o núcleo da enfermagem submetido à mesma situação do médico citado por Lacan.

Agora voltemos a Lacan, quando este no diz que a sobrevivência da posição propriamente médica está na forma como o médico vai responder à demanda do doente. Quando o enfermo é enviado ao médico ou quando o aborda, nem sempre espera a cura, em alguns casos ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservar sua doença e às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente (LACAN, 2001).

Se a saúde torna-se objeto de uma organização mundial, em que medida ela é produtiva? Como o médico poderá resistir ao movimento de tornar-se empregado desta empresa universal da produtividade? O caminho é trabalhar como a demanda do doente. E no interior desta relação firme em que se produzem tantas coisas é que está a revelação desta dimensão em seu valor original, que nada tem de idealista, mas que é exatamente aquilo que diz: a relação com o gozo do corpo (LACAN, 2001).

O lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial devido a posição da medicina em relação à psicanálise, pois a medicina admite a psicanálise como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos profissionais da saúde. O lugar desta é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extraterritorialidade (LACAN, 2001).

Gosto de habitar o extramuros e o extraterritorial! Agrada-me caminhar pelas margens, pois foi nelas que encontrei a possibilidade de romper com o padrão e desconstruir conceitos para construir novas formas de pensar e praticar minha clínica. Permitam-me expor um poema que diz do desejo de desconstruir o padrão:

### *O menino e a rosa*

*Era uma vez um menininho bastante pequeno que contrastava com a escola bastante grande.*

*Uma manhã, a professora disse:*

*- Hoje nós iremos fazer um desenho.*

*"Que bom!"- pensou o menininho. Ele gostava de desenhar leões, tigres, galinhas, vacas, trens e barcos... Pegou a sua caixa de lápis-de-cor e começou a desenhar.*

*A professora então disse:*

*- Esperem, ainda não é hora de começar!*

*Ela esperou até que todos estivessem prontos.*

*- Agora, disse a professora, nós iremos desenhar flores.*

*"Que bom!". Pensou o menininho. Ele gostava de fazer flores. E começou a desenhar bonitas flores com seus lápis rosa, laranja e azul.*

*A professora disse:*

*- Esperem! Vou mostrar como fazer.*

*E a flor era vermelha com caule verde.*

*- Assim, disse a professora, agora vocês podem começar.*

*O menininho olhou para a flor da professora, então olhou para a sua flor. Gostou mais da sua flor, mas não podia dizer isso... Virou o papel e desenhou uma flor igual a da professora. Era vermelha com caule verde.*

*Num outro dia, quando o menininho estava em aula ao ar livre, a professora disse:*

*- Hoje nós iremos fazer alguma coisa com o barro.*

*"Que bom!". Pensou o menininho. Ele gostava de trabalhar com barro. Podia fazer com ele todos os tipos de coisas: elefantes, camundongos, carros e caminhões. Começou a juntar e amassar a sua bola de barro.*

*Então, a professora disse:*

*- Esperem! Não é hora de começar!*

*Ela esperou até que todos estivessem prontos.*

*- Agora, disse a professora, nós iremos fazer um prato.*

*"Que bom!" - pensou o menininho.*

*Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos.*

*A professora disse:*

*- Esperem! Vou mostrar como se faz. E ela mostrou para todos como fazer um prato fundo.*

*- Assim, disse a professora, agora vocês podem começar.*

*O menininho olhou para o prato da professora, olhou para o próprio prato e gostou mais do seu, mas ele não podia dizer isso. E fez um prato fundo, igual ao da professora.*

*E muito cedo o menininho aprendeu a esperar e a olhar, e a fazer as coisas exatamente como a professora. E muito cedo ele não fazia mais coisas por si próprio.*

*Então, aconteceu que o menininho teve que mudar de escola. Essa escola era ainda maior*

*que a primeira.*

*No primeiro dia a professora disse:*

*- Hoje nós vamos fazer um desenho.*

*"Que bom!" - pensou o menininho e esperou que a professora dissesse o que fazer.*

*Mas a professora não disse nada. Apenas andava pela sala.*

*Então, ela foi até o menininho e disse:*

*- Você não quer desenhar?*

*- Sim, disse o menininho, e o que é que nós vamos fazer?*

*- Eu não sei, até que você o faça, disse a professora.*

*- Como eu posso fazê-lo?*

*- Da maneira que você quiser.*

*- E de que cor?*

*- Qualquer cor, disse a professora.*

*- Se todo mundo fizer o mesmo desenho e usar as mesmas cores, como eu posso saber o que cada um gosta de desenhar?*

*- Eu não sei... disse o menininho.*

*E então, ele começou a desenhar uma flor vermelha com o caule verde.*

*Helen Buckley.*

Mas como escutar o sujeito? O que nos é preciso enquanto profissional da saúde para acessar o sujeito a nossa frente?

*“Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo. Esta lacuna na instrução só pode ser preenchida por um estudo diligente dos jogos travados pelos mestres. As regras que podem ser estabelecidas*

*para o exercício do tratamento psicanalítico acham-se sujeitas a limitações semelhantes. Afinal, a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza de fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica” (FREUD, 2010, p.139).*

Acima, Freud nos dá uma direção e o poema há pouco descrito revela que determinadas conduções acadêmicas podem nos deixar surdos para escutar o sujeito. Aproveito esse gancho, para resgatar o texto do Bondía (2002) e iniciar o exercício de pensar o sujeito e de nos impedir de ficarmos surdos para esta escuta. O sujeito da experiência não é o sujeito da informação, da opinião, do trabalho, do saber, do julgar, do fazer, do poder, do querer, mas sim é um espaço onde tem lugar aos acontecimentos. O sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), nem a “exposição” (nossa maneira de “ex-pormos”), com tudo o que tudo isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada oferta, a quem nada o ameaça, a quem nada o ocorre. O sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião. A palavra experiência tem o ex de exterior, de estrangeiro, de exílio, de estranho e também o ex de existência. A experiência é a passagem de um ser que não tem essência ou razão ou fundamento, mas que simplesmente “ex-iste” de uma forma sempre singular, finita, imanente, contingente. É ex-periência aquilo que nos passa, ou que nos toca, ou que nos

acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação.

Esse é um momento que faço das palavras do Bondía as minhas, e digo que esta foi uma condição crucial para autorizar-me na desconstrução de uma clínica tradicional e na construção de uma nova clínica, na qual sou sujeito da experiência e me disponho a escutar sujeitos e deslocar o olhar da doença para a pessoa (e por que não ao sujeito proposto pela psicanálise?).

Portanto, a discussão que Bondía faz sobre a experiência me fornece subsídios para pensar e ampliar a concepção que a clínica na saúde mental pode ter, cuja fala nos dá acesso às palavras e essas produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. Bondía crê no poder das palavras, na força das palavras, que fazemos coisas com as palavras e, também, que as palavras fazem coisas conosco. As palavras determinam nosso pensamento porque não pensamos com pensamentos, mas com palavras, não pensamos a partir de uma suposta genialidade ou inteligência, mas a partir de nossas palavras. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. E isto, o sentido ou sem-sentido, é algo que tem a ver com as palavras. E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos.

## **5. Conclusão:**

Ao longo da minha formação tenho trilhado uma trajetória mediante aos questionamentos: o que é padrão? Qual é o padrão da enfermagem? Como é possível estabelecer um padrão que caiba todas as pessoas, sem anular a essência de cada uma? Como é possível construir um modelo de ensino padrão que permita a todos aprenderem? E por que

todos tem que aprender as mesmas coisas? Será que em última instância essas perguntas refletem meu questionamento sobre como construir uma clínica que presa pelo singular em contrapartida ao modelo universal?

Carrego estas inquietações há muito tempo, muito antes de ouvir falar do Foucault, Freud e Lacan, mas acredito que não foi à toa que me interessei por estes autores. Muito me incomodava aprender que a enfermeira deveria orientar seus pacientes quanto aos cuidados a realizar mediante determinada doença. Entretanto, basta acompanhar a rotina de trabalho para perceber que a maioria dos pacientes não seguem as orientações prescritas. Chama-me a atenção o poder que tais pacientes atribuem aos profissionais da saúde por acreditarem que dominamos os conhecimentos sobre os mecanismos de ação da doença. De fato aprendemos sobre as doenças, mas como dizia Foucault: *“Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares; se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente, as leis imutáveis que o determinam podem ser rapidamente descobertas”* (FOUCAULT, 1977, p.14). Em outras palavras, “o problema das doenças são os doentes”, que insistem em não responder de acordo com a descrição do curso natural da doença descrito pela clínica convencional, governada pelo olhar anatomopatológico! Os saberes advindos da anatomia, fisiologia, fisiopatologia e farmacologia permitiram avanços no cuidado das doenças, mas se restringirmos o olhar para esses saberes e não colocarmos a doença entre parênteses, nos perderemos a capacidade de enxergar e escutar o sujeito. Aprendemos sobre as doenças, mas se não estivermos advertidos excluímos o sujeito que existe para além da doença, e assim, essa pode tornar-se um problema porque o cuidado que desconsidera o sujeito está fadado ao fracasso, como visto neste trabalho ao falar da clínica degradada.

Foi assim que resolvi procurar outros saberes, que colocam o sujeito como protagonista. Eis que conheci a saúde mental e coletiva e comecei a descobrir novas formas

de cuidado que me proporcionou encontrar novos caminhos para lidar com as inúmeras possibilidades de sofrimento que repercutiam no corpo, mas que iam além das doenças descritas nos livros.

Assim, fui apresentada a psicanálise, que propõe a existência de um inconsciente que nos move e do qual não temos acesso, nem controle, ou seja, a concepção de um indivíduo clivado, que não pensa e por isso é\_ em contradição ao sujeito proposto por Descartes que é movido pela razão, e, portanto, pensa, logo existe. A psicanálise me permitiu extrapolar a clínica que fragmenta a pessoa em tecidos e sistemas, para direcionar a intervenção na doença, e ir além, desbravar as inúmeras possibilidades de enfrentamento dos sujeitos diante do adoecimento. Quanto a Saúde Coletiva, esta me ensinou a olhar para o território no qual as pessoas habitam e o modo como as questões subjetivas estão interligadas ao território concreto que as circundam e o quão tudo isso é determinante no momento que essas pessoas adoecem. Poder ampliar o olhar e utilizá-lo para compor a minha clínica fez toda a diferença. Eis que encontrei um caminho que me fazia sentido e desejei explorar. No entanto, uma vez descoberto tal caminho, parece que não é possível voltar, pois a cada experiência vivida, transformações aconteciam e não era possível agir como antes. Adentrei a um não lugar, onde a regra era tornar-me um sujeito exposto e ocupar o lugar do sujeito suposto saber, pois o saber utilizado para a condução da clínica era singular e dependia de cada sujeito com o qual estava trabalhando. Assim, a construção da clínica fez-se viva e dependente daquele que demandava cuidado. Não existia mais um saber universal, existia apenas o saber que cada pessoa me ensinava ao falar de si e de suas experiências, associado aos conhecimentos teóricos apreendidos na universidade, mas que necessitavam ser modulados diante de cada processo vivido com aquele que estava adoecido.

Começo a estudar Lacan, que fala de um corpo que goza de si, mas aqui não se trata mais daquele corpo fragmentado, dividido por tecido e sistemas. Trata-se de um corpo que



deseja, que é movido pelo inconsciente e que é barrado pela linguagem e por esse motivo manifesta-se por sintomas e códigos que precisam ser decifrados, mas para isso precisa falar, o que vier à cabeça, por livre associação, e em meio a isso o sujeito escapa e se faz presente.

Assim aprendi que *“uma prática e uma disciplina têm seus dias contados se perdem o rumo de sua utilidade social para se preocuparem apenas com sua própria reprodução. Seu primeiro compromisso não é com “a psicanálise”, nem com Freud, Melanie Klein, Lacan ou qualquer outro chefe de escola, nem com a instituição na qual você se formou. Seu primeiro compromisso é com as pessoas que confiam em você e trazem-lhe uma queixa que pede para ser escutada e, por que não, resolvida. Ou, mais geralmente, seu primeiro compromisso é com a comunidade na qual você presta serviços. E o compromisso é de prestar o melhor serviço possível”* (CALLIGARIS, 2008, p.97).

Os ensinamentos que emergiram ao longo das leituras e reflexões dos autores utilizados neste trabalho mostraram-me a possibilidade de vivenciar e encontrar respostas para conduzir o atendimento da senhora L. Afinal, foi diante da impossibilidade de melhora da sua queixa (a voz era fraca, muitas vezes chegava a sumir e tinha mal estar durante os atendimentos), apesar de estar em tratamento fonoaudiológico, que nos perguntamos o que estava escapando?

L., sexo feminino, 49 anos, foi diagnosticada com uma fenda fusiforme ântero-posterior e disfonia espasmódica, apresentava uma voz bitonal, ressonância laringo-faríngea, pitch agudo e ataque vocal brusco. Nesta hora fico feliz de ter trabalhado com fonoaudiólogas que me explicaram e ajudaram a entender tudo isso! Resumindo, L tinha uma voz fraca e desagradável de ouvir, decorrente de um problema nas cordas vocais, e que dificultava seu modo de interagir com as pessoas ao seu redor, causando grande incômodo e sentimento de menos valia. L. trabalhava como empregada doméstica e quando a conheci relatava que tinha uma jornada de trabalho intensa e pouco descansava, além de submeter-se a certas condições

de trabalho complicadas. A mesma referia que tal disфонia começou na primeira infância e agravou-se na menarca, que ocorreu aos 7 anos, estabilizou por um tempo e agravou novamente na menopausa (aos 37anos), segundo relatos colhidos. Por esse motivo iniciou tratamento no serviço no qual estava alocada. L. sentia-se envergonhada e triste por causa do aspecto da voz e as sucessivas falhas durante a emissão da voz quando ia conversar, além disso, estava sempre tensa durante os atendimentos, e queixava-se de dores no ombro, escápulas e pescoço. Conduzimos o caso por meio da concepção da clínica ampliada, da integralidade e singularidade do sujeito, em suma, focamos a pessoa e não sua doença. Ampliamos o objeto de saber e de intervenção da clínica ao trabalhar com a dialética entre o sujeito e sua doença (CAMPOS, 1997). Assim, dispus-me a escutá-la a fim de compreender melhor suas queixas, seu contexto de vida, sua condição de trabalho, e as significações que atribuía ao seu adoecer e a sua vida. Destinamos um tempo do atendimento para que L. falasse sobre seu cotidiano, sua vida e o que mais desejasse, pois entendia que esse seria o caminho que nos daria pistas para propor intervenções e estratégias para construir um projeto terapêutico singular. Afinal, *“as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação, além de nomear o que somos, fazemos, pensamos e sentimos”* (BONDÍA, 2002, p.21). Optamos por uma clínica que permitiu ao sujeito falar, ser tocado por essa experiência e ter a possibilidade de desfazer o nó que existia entre sua imagem corporal, que é a síntese das suas experiências emocionais inconsciente, e o seu esquema corporal, que reporta o corpo atual no espaço à experiência imediata, no caso a disфонia (DOLTO, 2001). Em suma, colocamos a doença entre parênteses para reinserir integralmente a paciente em cena, sem esquecermos de intervir na enfermidade (CAMPOS, 1997). Ao longo do ano a voz de L. foi gravada antes e após início dos atendimentos conjuntos, que realizei junto com a graduanda em fonoaudiologia, e em diversos momentos durante as sessões terapêuticas. Considero um avanço L. ter autorizado que

gravássemos sua voz, pois quando iniciamos os atendimentos a mesma tinha pavor da ideia, e revelava todo seu incômodo com a possibilidade de ouvir a própria voz. As gravações foram analisadas a fim de acompanhar a evolução do tratamento de L, e para isso o núcleo da fonoaudiologia utilizou parâmetros acústicos e perceptivo-auditivos, bem como os dois momentos foram comparados. Quanto a minha atuação nuclear, chamava-me a atenção às queixas álgicas, os episódios no qual a mesma referia tontura e inclusive alguns desmaios, a ausência de fome, a intensa jornada de trabalho, os episódios de insônia e dois episódios no qual me disse que “sua língua enrolou, teve sensação de pânico e não conseguia falar” (SIC), sendo que neste último os sintomas eram pontuais e remetiram rapidamente quando a mesma rezava, sem necessidade de intervenção com profissionais da saúde. Ao fim de quatro meses de atendimento conjunto, L. apresentou grande melhora, não apenas na qualidade vocal, como em outros aspectos da vida, assim como as queixas que apresentava de mal estar, inclusive ao realizar os exercícios vocais, foram sanadas. Ela referiu encontrar nos atendimentos um espaço para cuidar de si, onde não existiam outras preocupações. Em relação à qualidade vocal, apresentou diminuição no grau global da disфонia. Com as técnicas, o ataque vocal brusco foi amenizado, e a bitonalidade reduzida, ou seja, os aspectos desagradáveis da voz melhorou e L. não tinha mais vergonha de conversar, inclusive melhorou sua capacidade de interação com as outras pessoas. Em alguns momentos, durante a fala, a bitonalidade desvanecia deixando sua voz mais grave, menos rouca e menos tensa. L. também apresentou uma mudança considerável quanto ao enfrentamento de seus problemas, passou a cuidar mais de si, melhorou sua relação com o trabalho, no qual diminuiu a jornada de trabalho e conquistou seus direitos trabalhistas. Também amenizou os sentimentos de menos valia. Assim, concluímos que a clínica ampliada, conduzida de modo multiprofissional e prezando pela integralidade do sujeito, inclusive no atendimento de disfonias psicogênicas, contribuiu significativamente na evolução do caso. Este caso nos permitiu compreender que o espaço

terapêutico vai além daquele que se dispõe a ofertar uma clínica convencional, com técnicas fonoaudiológicas e intervenções de enfermagem focadas somente na queixa orgânica, pois ao considerarmos o sujeito, sua integralidade e o território no qual estava inserido nossas intervenções foram potencializadas e muito mais resolutivas.

Diante desta experiência pergunto-me se nesta ocasião nos deparamos com o resto, descrito anteriormente por Freud, pois ao dar voz a esse sujeito, ou seja, coloca-lo para falar por meio da livre associação de ideias, a fim de permitir capturar manifestações do inconsciente e permitir que a paciente acessasse novos significados para seus significantes, a mesma apresentou melhora. Em suma, tal melhora se deu quando iniciamos um atendimento conjunto que se dispôs a olhar para pessoa que estava a nossa frente, e não sua doença, e permitiu que a mesma falasse sobre sua vida enquanto realizava a terapias de voz. Logo, a mesma trouxe associações sobre seu processo de adoecimento e fatos marcantes de sua vida, inclusive nos mostrou o quanto sua queixa estava associada a questões subjetivas. Assim, à medida que narrava tais fatos, fazia essas associações, dava novos sentidos para os mesmo e paralelamente sua voz melhorava. Diante dessa afirmação arrisco-me a dizer que a condução do caso, ou seja, minha clínica se deu, pelo viés de permitir a paciente e, a mim também, conduzir um saber por meio da experiência que se produzia a todo o momento em ato.



*“a experiência é aquilo que nos passa, nos acontece e nos toca”* (BONDÍA, 2002).

Nota: Quadros feitos pelo Almir (Mirs Monstrengo)



*“A experiência é aquilo que nos transforma”* (BONDÍA, 2002).

Nota: Quadro feito pelo Almir (Mirs Monstrengo)

***Referências bibliográficas:***

- BONDÍA, J.L. **Notas sobre a experiência e o saber da experiência.** Em: Revista Brasileira de Educação. n.19, p.20-28, 2002.
- BONFIM, V.S. **Gadamer e a experiência hermenêutica.** Rev. CEJ. n.49, p.76-82, 2010.
- CAMARGO, Jr. **(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica.** Rio de Janeiro, dissertação de mestrado Instituto de Medicina Social da UERJ. 1990.
- CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos.** Rio de Janeiro: Editora Elsevier, p. 97-98, 2008.
- CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 1997. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/2015-03-26-12-56-10/file/8-a-clinica-do-sujeito-por-uma-clinica-reformulada-e-ampliada>. Acesso em: 08/12/15.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.5(2), p.219-230, 2000.
- DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo.** 2ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, p. 1-37. 2004.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** 1ª Ed Brasileira. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, p. 14; 141-168, 1977.
- FREUD, S. **Obras completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia, (“O caso Schereber”), Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913).** São Paulo: Companhia das Letras, v.10, p.163-192, 2010.
- LACAN, J. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed 2003.
- LACAN, J. **O lugar da psicanálise na medicina.** Em: Opção Lacaniana. n.32, 2001.
- LACAN, J. **O seminário XX.** Rio de Janeiro: Zahar editores. v.20, 1982.
- NAUDERER, T.M., LIMA, M.A.D.S. **Imagem da enfermeira: revisão da literatura.** Rev. REBEn, v.58 (1), p.74-77, 2005.
- ONOCKO CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Caderno de Saúde Pública. n.22; v.5, p.1053-1062. 2006.
- SURJUS, L.T.L.S. **Deficiência intelectual e saúde mental: quando a fronteira vira território.** Campinas, dissertação de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2004.

VIGANÒ, C. **Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira.** Em: CliniCAPS [online], v.1, n.3, 2007. Disponível em:

[http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_03\\_art\\_01.html](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_03_art_01.html). Acesso em: 23/01/2016.