

Clínica: a palavra negada — sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental

Clinical practice: denied words — on clinical practices in Mental Health substitutive services

Rosana Onocko Campos¹

RESUMO

Este artigo analisa algumas dificuldades e entraves encontrados no Movimento sanitário brasileiro, para a discussão sobre modelagens clínicas nos serviços públicos de saúde. Essa questão é analisada em relação a área de saúde mental e suas especificidades. Propõem-se alguns eixos temáticos para subsidiar a reformulação da clínica nos equipamentos substitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase é colocada na interface com a subjetividade das equipes profissionais que neles trabalham e no papel de suporte do apoiador (supervisor) institucional.

PALAVRAS-CHAVES: *planejamento e gestão em saúde, clínica em saúde mental, serviços substitutivos, subjetividade nas organizações.*

ABSTRACT

This paper analyzes some difficulties and obstacles faced by the Brazilian Sanitary Movement in the discussion of clinical modeling in public health care services. The issue is analyzed with focus on the mental health area and its particularities. Some thematic frameworks are proposed to support the reformulation of the Clinical practice in substitutive equipment to the SUS – Unified Health Care System. The proposals focus on the interface with the subjectivity within the system's professional teams, and on the role of institutional supporters (supervisors).

KEY WORDS: *health-care planning and management, mental health clinical practice, substitutive service, subjectivity in organizations.*

¹ Dra. em Saúde Coletiva – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp Rua Américo de Campos 93 – Cidade universitária – Campinas/ SP e-mail: rosanaoc@mpc.com.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, poucos trabalhos no campo sanitário brasileiro levantaram a importância da clínica nos serviços públicos de saúde. Contudo, poderíamos reconhecer que as questões médicas e sanitárias encontram-se interligadas desde o século XVIII (Snow, Vigilância Sanitária alemã, Wirchow, etc.).

Segundo Foucault (1989) a estruturação da clínica contemporânea aconteceu no século XIX, e, pelo menos na França, a clínica moderna se constituiu sobre bases anátomo-patológicas e morfológicas, ou seja, desde a sua origem estruturou-se como um certo “olhar”.

Já no começo do século XX, com as elaborações de Freud, a escuta entra em cena: o pai da psicanálise dirá que as histéricas têm o que dizer. O advento da psicanálise é o resgate da escuta. Mas essa escuta permanecerá até hoje descolada do olho que examina.

“Freud inventa o espaço psicanalítico no movimento de ruptura com a rotina da consulta médica e a entrevista terapêutica. Aquilo que, como é costume sustenta o vínculo estabelecido no face a face fica agora suspenso: o olhar, a presença frontal dos corpos, sua semiótica postural e gestual” (KÄES, 1997: 50). Assim, criam-se *settings* diferentes para escutar e para ver. O doente é também, e nesse mesmo movimento, cindido na suas dimensões subjetiva e biológica.

Na América Latina, desde a década de sessenta, desenvolveu-se com grande ênfase a epidemiologia social, que deriva em uma medicina social, a qual não conseguiu desenvolver uma proposta clínica. Neste caso, o escopo do olhar abriu-se tanto que já não mais enxergava os indivíduos: os problemas de saúde seriam problemas dos grupos e comunidades. E deve-se reconhecer que, apesar das críticas empreendidas pela medicina social à clínica

NA AMÉRICA LATINA, DESDE A DÉCADA
DE SESENTA, DESENVOLVEU-SE COM
GRANDE ÊNFASE A EPIDEMIOLOGIA SOCIAL,
QUE DERIVA EM UMA MEDICINA SOCIAL,
A QUAL NÃO CONSEGUIU DESENVOLVER
UMA PROPOSTA CLÍNICA

(pela redução do social com que a clínica opera), a própria medicina social, constituída ela mesma sobre bases epidemiológicas, atribuiu-se o direito de definir necessidades sociais, estruturando-se também como um certo “olhar”. Neste enfoque podem ser olhados grupos de risco e comunidades, que jazem a nossa frente para que desvendemos seus segredos e necessidades, mudando de escala: igual à maca de qualquer consultório médico.

A dimensão social continua cindida, pois agora se pode olhar e até escutar as comunidades, mas elas não se encarnam em doentes concretos. No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aparece a figura do conselheiro: o sujeito com voz. Contudo, apesar de um cidadão comum ter direitos garantidos no Conselho Local e, ainda, poder ser ouvido como conselheiro, terá pouco a nos dizer sobre a doença de seu filho quando se encontrar na fila do Centro de Saúde. Os cidadãos devem ser escutados; os doentes, nem tanto.

O Planejamento em Saúde, em seu processo de constituição disciplinar no interior da Saúde Coletiva Brasileira, manteve-se, em geral, afastado das questões clínicas, compartilhando, assim, características gerais do campo da Saúde Coletiva (Onocko, 2001). Contudo, no âmbito dos serviços assistenciais de Saúde, quando saímos do aspecto teleológico e chegamos ao operativo, nos deparamos sempre com uma escolha clínica.

Estamos chamando, aqui, de clínica às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Isto reforça o argumento sobre a especificidade do Planejamento em Saúde: quem quer contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde deve dispor de um certo leque de modelos clínicos, e isto

é uma questão de eficácia. Se o Planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica.

Campos (2000) defende que os serviços de saúde têm uma dupla finalidade: produzir valores de uso (práticas produtoras de saúde, curadoras, cuidadoras e preventivas) e sujeitos trabalhadores mais autônomos e prazerosos. Pensamos o Planejamento em Saúde como dispositivo (Onocko, 1998). Aquilo que, segundo Julliem (1998) propicia, faz advir, ou, segundo Baremlitt (1994), abre espaços para a criação do novo parâmetro. Assim sendo, ele se constitui como uma *práxis*¹ que visa à produção e não somente à ação, e defendemos que essa produção pode, muito bem, ser compromissada com essa dupla finalidade. Assumir tal postura trará conseqüências impactantes sobre nossa prática como planejadores. É preciso resgatar para o Planejamento em Saúde uma preocupação fundamental com os sujeitos que trabalham nos serviços de saúde, com a finalidade de subsidiar um exercício profissional que estimule novas maneiras de subjetivação, e também, uma preocupação com o desenvolvimento de uma reflexão sobre as modelagens clínicas que possam se constituir em suporte para novas práticas.

Essa reflexão sobre a clínica não pode ser amarrada às visões reducionistas predominantes no discurso sanitário. A tradição dessa área tem tratado a clínica como uma prática que não interessa ao campo dos nossos saberes efetivos prévios. Mais ainda, às vezes ela aparece como oposta e estruturalmente contraposta à prevenção e à promoção da saúde.

Contudo, deve-se reconhecer que uma parte da eficácia da Saúde Co-

A TRADIÇÃO DESSA ÁREA TEM
TRATADO A CLÍNICA COMO UMA
PRÁTICA QUE NÃO INTERESSA
AO CAMPO DOS NOSSOS
SABERES EFETIVOS PRÉVIOS

letiva depende, em alguma medida, dos que tratam. Alguns autores propuseram-se a falar em processo de saúde/ doença/ atenção (Menendez, 1992), e, assim, a nosso ver, recolocaram certa ênfase nos serviços assistenciais. Mas, como a área de Planejamento, mesmo no interior da Saúde Coletiva, tem se ocupado dos

serviços de saúde? Como se fossem estabelecimentos e organizações passíveis de serem submetidos a técnicas gerenciais, de maneira semelhante às fábricas de sapatos ou aos serviços de táxi.

Uma evidência disto pode ser encontrada na contratação de 'gerentes' sem nenhuma vinculação prévia com a Saúde para dirigir grandes estabelecimentos assistenciais. No melhor dos casos, os planejadores têm tratado os serviços de saúde como organizações de tipo profissional, em cujo caso tratar-se-ia de intervenções a nível da cultura organizacional, ou comunicativa (Rivera, 1996). Partindo desse olhar, tratar-se-ia de "enxertar" novos valores na organização (como se isso pudesse ser conseguido independentemente das formas de subjetivação ali vigentes), e de impor limites ao reconhecimento do poder diferenciado que os médicos detêm nas organizações de Saúde (o que acaba por reforçar o patrimônio exclusivo dos médicos sobre a clínica, e sustenta a degradação das práticas clínicas sob a forma de procedimentos médicos).

Para a tradição da saúde coletiva, a clínica tradicional opera – predominantemente – no *setting* individual, do encontro singular. Sendo que a própria área de Saúde Coletiva

¹ "Chamamos de *práxis* este fazer no qual os outros são visados como seres autônomos(...) A *práxis* é por certo uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de um tal saber – o que não significa que ela não possa justificar-se)" (Castoriadis 1986: 95).

va estruturou-se contrapondo as práticas coletivas às individuais, é compreensível que o tema da clínica tenha ficado fora de foco para a maioria dos sanitaristas.

Pensamos que uma reflexão sobre a clínica se faz necessária se pretendemos avançar na discussão sobre a eficácia. Campos (1997) propôs as seguintes categorias para repensar a clínica:

Clínica degradada: queixa-conduta, não avalia riscos, não trata a doença, trata sintomas. É a Clínica mais comum nos Pronto-atendimentos, mas, também é a de grande parte de nossa atenção à demanda (encaixes ou programadas) em muitos outros serviços. É esta a clínica da eficiência: produz muitos procedimentos (consultas), porém, com muito pouco questionamento sobre a eficácia (de fato, que grau de produção de saúde acontece nessas consultas?).

Deve-se reconhecer que, após a criação do SUS, a clínica adquiriu também um valor ideológico: ter acesso equivale a possuir cidadania. Mas, quase ninguém se interroga sobre quais tipos de cuidados se tem acesso. Assim, a degradação da clínica tem sido estimulada por essa associação de valores transcendentais: o acesso do cidadão e a eficiência. Paradoxo da extensão de direitos!

Clínica tradicional: trata das doenças enquanto ontologia, na sua

serialidade, o que há de comum nos casos. Nem sempre trabalha com riscos, ainda que devesse; está focada no curar, não na prevenção, nem na reabilitação. Intervir sobre o prognóstico dos casos é cada vez menos freqüente. O sujeito é reduzido a uma doença, no melhor dos casos, ou a um órgão doente. Contudo, e independentemente de sua ênfase no biológico, podemos reconhecer esta como a clínica dos especialistas,

PENSAMOS QUE UMA
REFLEXÃO SOBRE A CLÍNICA
SE FAZ NECESSÁRIA SE
PRETENDEMOS AVANÇAR
NA DISCUSSÃO SOBRE A EFICÁCIA

que estritamente protegidos nos seus *corpus* profissionais, já não podem fazer *práxis* na própria prática e verificar a eficácia do que produzem. Toda vez que a clínica fica fortemente amarrada a prescrições técnicas, restringe-se sua possibilidade de ampliação. Na Saúde Mental, alguns, em nome da clínica, efetivam tais práticas.

Clínica ampliada: (clínica do sujeito) a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença

entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. Seu João está doente e continua a ser trabalhador metalúrgico, obsessivo, pai, etc. Nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social, e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. Campos (2000) entende que as demandas são também manifestação concreta de necessidades sociais produzidas pelo jogo social e histórico, que foram se constituindo, e que aparecem na sua singularização. É evidente que para desenvolver este tipo de clínica a formação do super-especialista fica estreita, pois esta proposta gera tensão nas barreiras disciplinares, estimulando o trabalho em equipe. Trabalho este que vem acontecer como uma nova *práxis* e não mais como aquele lugar idealizado, utópico e que nin-

guém teria visitado jamais, da equipe transdisciplinar perfeita.

Para o Planejamento em Saúde vir a ser uma *práxis* preocupada com o mundo das finalidades e com a eficácia, é preciso que nós, planejadores da Saúde Coletiva, não continuemos surdos às questões relativas aos modelos clínicos. Deveríamos desenvolver reflexões sobre a clínica nas suas múltiplas especialidades: assim, na Saúde Mental, ou no combate às drogas, ou na Saúde da criança, ou da família, ou da mulher, a clínica deveria ser sempre interrogada à luz da sua produção, da sua eficácia. O substantivo clínica seria, assim, sempre plural e adjetivado (Campos, 1997).

O ESPAÇO DA CLÍNICA NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL: UM CONJUNTO VAZIO?

Se a constituição da clínica no espaço dos serviços públicos de saúde relaciona-se com sua produção social e histórica, nos serviços de saúde mental encontraremos uma situação semelhante, ainda que nelas possam ser reconhecidas outras influências, diretamente vinculadas à sua especificidade e à crítica do sistema manicomial que marcou fortemente essa área.

Assim, após a criação do SUS, fortaleceu-se a crítica ao modelo de tratamento asilar, com tudo o que ele acarreta de submissão, isolamento e discriminação negativa. O ímpeto da Luta Antimanicomial criou focos de cegueira, espaços recalçados, nossos próprios pactos denegatórios.² Nisso, nossa luta se assemelha a toda luta.

Como lembra Amarante (1996), na inspiração basagliana a doença é colocada entre parênteses, o olhar

SE A CONSTITUIÇÃO DA CLÍNICA NO ESPAÇO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE RELACIONA-SE COM SUA PRODUÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA, NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL ENCONTRAREMOS UMA SITUAÇÃO SEMELHANTE

deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase é colocada no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente'. Mas, nos diz também esse autor: "a operação 'colocar entre parênteses' é, muitas

das vezes, entendida como a negação da existência da doença, o que em momento algum é cogitado (...)" (Amarante, Idem: 84).

Esta influência, em muitos casos mal interpretada como abolição da doença e da clínica, tem contribuído para um certo esvaziamento da discussão sobre a clínica nos serviços substitutivos de saúde mental.

Na nossa experiência, com supervisão institucional de vários serviços de saúde mental nos últimos anos, temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico.

Na contramão, um sendeiro que se bifurca: em nome da doença e da clínica os ideólogos da psiquiatria organicista continuam a sustentar teses bizarras, como a da origem puramente genética, o tratamento condutista que repete o asilo fora

² "Chamo de pacto denegatório a formação intermediária genérica que, em qualquer vínculo (...) conduz irremediavelmente ao recalque, à recusa, ou à reprovação (...) o que pudesse questionar a formação e a manutenção desse vínculo e dos investimentos do que é objeto" (Kaës, 1991: 27).

dele, a continuidade das camisas de força e, lamentavelmente, até do eletrochoque.

E, alguns psicanalistas que, ainda que bem intencionados, pretendem transformar todo serviço de saúde em uma reprodução do consultório particular, como se o salto entre público e privado pudesse ser dado sem conseqüências. Opera-se, em algumas abordagens, certa 'neurotização' do psicótico: nada se sabe, o sujeito tem que demandar, tomar decisões e advir. Ora, se um psicótico pudesse fazer isso não precisaria de serviços especiais. Sem dúvida, existem concepções clínicas embasando essas práticas. O que se quer ressaltar é a necessidade de se ampliar o debate sobre a clínica possível no serviço público de Saúde Mental. Particularmente sobre uma clínica das psicoses.

No interregno, continuam sofrendo milhares de pacientes psicóticos. Apesar de tudo que temos avançado, ainda, em muitos lugares do país, poucas vezes se oferece a esses usuários, como alternativa terapêutica, algo mais que remédios, uma interação de vez em quando, e, no melhor dos casos, uma luta para ele também se engajar. Diga-se de passagem que, quando isso acontece, a consciência da equipe, entendendo do que se trata, e sem manipular os usuários, pode vir a ser um magnífico recurso terapêutico.

Lentamente, muito mais lentamente do que gostaríamos, os ser-

viços asilares vão sendo substituídos por outros equipamentos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais Dia (HD), equipes de saúde mental no Programa Saúde da Família, etc. Desejamos destacar alguns entraves que identificamos neles, pois, pensamos, não se devem a uma concepção técnica sobre a organização do trabalho, mas a uma impossibilidade que se constitui no intermediário das rela-

REMÉDIO É COM PSIQUIATRA.

ESCUITA É COM PSICÓLOGO.

TRABALHO É COM O

TERAPEUTA-OCUPACIONAL.

INTERCORRÊNCIA CLÍNICA, OUTRA:

NÃO É CONOSCO. SURTO?

VAI TER QUE INTERNAR

ções entre os sujeitos que ali trabalham e seu objeto de trabalho. Assim, coloca-se a questão da subjetividade dos que tratam, de sua inserção institucional, às ameaças narcísicas a que são submetidos pelo próprio fato de trabalharem com pessoas com sofrimento psíquico (Marazino, 1989), (Käes, 1996).

Colocar a doença entre parênteses é trazer para o centro do foco o usuário do serviço. Um usuário que muitas vezes está dissociado, e que

o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar.

Claro, nem todos os lugares funcionam exatamente assim, estamos procurando reconhecer alguns entraves, e sugerir algumas linhas de reflexão para serem aprofundadas.

No fundo, é essa uma postura clínica: crer que fazer consciente algumas coisas resolve outras. Como disse Japiassu: "a consciência não é imediata, porém mediata; não é uma fonte, mas uma tarefa, a tarefa de tornar-se consciente, mais consciente" (Japiassu, 1990:10).

ALGUNS EIXOS PARA PENSAR A CLÍNICA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NA REDE PÚBLICA:

Não propomos estes eixos na pretensão de esgotar a discussão, nem de 'fechar' uma proposta clínica única para os serviços substitutivos. Estamos chamando-os de eixos precisamente por identificá-los como núcleos temáticos, em volta dos quais agrupam-se inúmeras práticas que ocorrem nos mais variados serviços. Ressaltá-los como eixos tem a intenção de criticar a naturalização dessas práticas, resgatar seu valor de uso do ponto de vista do que, de fato, pretende ser produzido. Destacamos a necessida-

de de nos interrogarmos sobre o sentido de nosso trabalho, sobre o valor de nossas práticas, sobre a eficácia.

A crise

Os equipamentos substitutivos: a que será que se destinam? Ou, perguntando a partir de um referencial do Planejamento: para que servem?

Deixando de lado a grande carência de serviços destinados à atenção de pacientes com problemas de drogas e/ou álcool (pois mereceria um estudo particular), na maioria dos casos os serviços de atenção à saúde mental vem se definindo com uma vocação especial para o atendimento de psicóticos e neuróticos graves. Na maioria deles, também, se colocando com maior ou menor ênfase a necessidade de serem – de fato – substitutivos à internação psiquiátrica integral.

Na nossa experiência pessoal, e na maioria dos serviços com que tivemos contato, essa função é cumprida, com variações, porém nunca com taxa zero de internações. Quer dizer que, comparados os pacientes com eles mesmos, a redução da frequência de internações é muito importante depois que se vinculam a algum serviço substitutivo, e considerados o montante de pacientes e a quantidade de encaminhamentos feitos para unidades de internação a taxa é relativamente baixa (num serviço da cidade de Campinas: 1.5% ao mês). Isso quer dizer que, de cada 100 pacientes

acompanhados, menos de dois pacientes serão encaminhados a internação cada mês. Ainda que sem fontes de comparação, parece-nos que é possível sustentar a tese da frequência baixa. (Pois, por exemplo, em um outro serviço que acompanhamos e que funciona ainda na lógica do ambulatório, a taxa é de 3,5% ao mês). Fica claro, portanto, que os serviços substitutivos são definitivamente eficazes em prevenir internações. Ainda assim não pudemos constatar taxa

O QUE TEMOS VISTO ACONTECER COM OS
USUÁRIOS QUE ACABAM SENDO INTERNADOS
É QUE MUITAS VEZES, A INTERNAÇÃO
PRODUZ UMA QUEBRA DE SUA VINCULAÇÃO
COM O SERVIÇO, O QUE REDUNDA EM
POSTERIOR FRAGILIDADE E EXPOSIÇÃO AO
RISCO DE NOVAS INTERNAÇÕES

zero de internação, o que talvez se deva ao fato de nossa experiência acontecer em serviços sem leitos (CAPS, HD, ambulatórios).

O que temos visto acontecer com os usuários que acabam sendo internados é que muitas vezes, a internação produz uma quebra de sua vinculação com o serviço, o que redundava em posterior fragilidade e exposição ao risco de novas internações.

A relação entre os serviços de um sistema de saúde mental é comple-

xa. Mas gostaríamos de salientar que por trás dessa complexidade, localiza-se uma questão fortemente entrelaçada com a concepção clínica que tenhamos da psicose. Tudo isso permeado pelo valor – fortemente ideologizado – de “não internarás”.

Se assumirmos que o momento do surto constitui-se, para pacientes e técnicos, em um momento de fundamental importância, poderemos escapar da simples reiteração do valor ideológico e propor outras saídas. “(...) o surto psicótico, é vivido com enorme angústia, é a falência dos referenciais que sustentavam este indivíduo. Esta quebra joga o sujeito no medo, confusão mental, perda dos limites corporais, nem mesmo o tempo como uma dimensão tem consistência suficiente: deixa de existir como tal” (Carozzo, 1991: 33).

Entendermos este momento colocará para nós a necessidade de qualificar os serviços substitutivos para intervir na crise. E deveremos reconhecer que, em alguns usuários e em algumas situações, a necessidade de resguardo, proteção e contenção serão fortemente colocadas pelo aparecimento do surto. Assim, quando o serviço não dispõe nem mesmo do espaço físico (às vezes também não do psíquico, nem do técnico) para acolher a crise, a única saída que pode ser enxergada pela equipe é encaminhar para internação.

No seu momento de maior sofrimento e fragilidade, o paciente é

exposto a uma quebra extra de seus referenciais e vínculos. Se ele já não reconhece o espaço, irá parar em um espaço que, de fato, ele não conhece, entre pessoas que ele nunca viu, e ser “tratado” por uma equipe que não conhece sua história. Desta forma, a possibilidade de se produzir da crise uma passagem para alguma outra coisa fica prejudicada.

No melhor dos casos, se o usuário consegue no episódio da internação se ligar de alguma maneira a alguém da equipe de internação, logo ele será submetido a uma nova perda. O sistema coloca o imperativo (antimanicomial) dessas Unidades de Internação trabalharem na lógica de uma porta giratória: entrou, melhorou, saiu. Pouquíssimas perguntas em relação a essas três fases: assim, uma experiência dolorida e inesquecível transformar-se-á, por obra do Sistema, em mais um episódio banalizado.

Estamos fazendo esta análise pressupondo como exemplo o melhor dos casos, pois em grande parte do Brasil, ainda não existindo suficiente oferta de Serviços substitutivos, grande número de pacientes psicóticos, com longas histórias de evolução, só conhecem como única experiência terapêutica esse lamentável entra-e-sai em diversas internações. Há alguns anos atrás, em um levantamento realizado numa Unidade de Internação, analisando prontuários numa amostra selecionada aleato-

riamente, constatamos que 70 % dos casos só tiveram essa oferta de tratamento (ou seja, nunca tiveram contato com outro tipo de serviço de saúde mental) e ainda, muitos deles haviam passado a maior parte do último ano internados (lembro de um caso que havia passado em internação 8 meses), somente que então, eles não eram mais asilares, pois o Sistema de financiamento pretende modular internações curtas (para sermos política-

ESSA GRANDE PARCELA DE
PACIENTES PSICÓTICOS NO BRASIL
VIVE NO PIOR DOS MUNDOS:
EM NOME DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO,
ELES NÃO TÊM VÍNCULO,
NEM HISTÓRIA, OU ESPAÇO

mente corretos e antimanicomiais). Essa grande parcela de pacientes psicóticos no Brasil vive no pior dos mundos: em nome da desinstitucionalização, eles não têm vínculo, nem história, ou espaço.

A possibilidade de acompanhar a crise dos usuários está colocada para grande parte dos serviços. Um compromisso com esta questão exigirá da equipe a possibilidade de sustentar sua própria crise. Transformar o surto em passagem, em

algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédios. Para isto ser suportável a própria equipe precisará de cuidados. Sabemos que isto não é sempre fácil no setor público.

Sustentada nessa posição clínica, pensamos ser possível uma primeira diretriz para a organização de um sistema de saúde mental. A da necessidade de trabalhar com equipamentos não intermediários, senão verdadeiramente substitutivos: capazes de preservar o vínculo com seus usuários nos diversos momentos, e sob as diversas fases em que se apresenta seu sofrimento. Fugindo da lógica do entra-e-sai e substituindo-a pela da responsabilização. Para isto acontecer deveria ser possível contar com um apoio institucional para a própria equipe.

A família

É obvio que existem nas famílias dos psicóticos características, condições relacionadas à produção dessa psicose. Como tratá-los fora do manicômio, senão intervindo nesses núcleos familiares, propiciando o restabelecimento de vínculos “*desde algum outro lugar*”. Sem esperar que se façam “*normóticos*” (Hippólito, dixit, 1997); porém que sejam capazes de gastar melhor sua própria vida.

Muitas dessas famílias têm uma relação culposa com a instituciona-

lização do parente. E uma sensação tremendamente doída e contraditória entre querê-los de volta (para mitigar a culpa) e o medo e o incômodo concreto e terrível de ter um louco em casa. No caso dos manicômios brasileiros, esta questão é agravada pelo quadro de pobreza extrema a que estão submetidas muitas dessas famílias.

Penso que várias questões da clínica de crianças de François Dolto (1989, 1996 a, 1996 b) merecem ser exploradas em relação a uma clínica da psicose. Sobretudo tratando-se de pessoas com muitos anos de evolução e em propostas nas quais se pretende recuperar certo vínculo familiar.

Dolto não rejeitava entrevistar terapeuticamente famílias, pais. Outros autores também defendem esta proposta de 'aproveitar-se' da transferência parental, já que, é obvio, não são as crianças as que demandam análise (Manonni, 1980; Rosemberg, 1999). Esta questão é mais ou menos reconhecida no campo da análise de crianças, mas, cremos, não tanto no das psicoses. Todavia, deve-se reconhecer que, frequentemente, os psicóticos tampouco demandam: a sociedade ou a família o fazem em seu nome.

Contudo, no caso de Dolto, o compromisso nunca era com o desejo dos pais (que em geral atuam em nome do desejo de seus próprios pais, o que sustenta tese de alguns autores de que são necessárias várias gerações

para se produzir um psicótico), mas, sim, com o desejo da criança. Ela colocava esses pais na genealogia de sua própria paternidade.

Assim, no caso dos serviços substitutivos, o objetivo declarado de evitar as perdas de laços sociais e familiares coloca o imperativo de tratar também as famílias.

Na maioria dos serviços que conhecemos existe algum espaço destinado a trabalhar com famílias. Porém, muitas vezes, esse espaço,

ASSIM, NO CASO DOS SERVIÇOS
SUBSTITUTIVOS, O OBJETIVO DECLARADO
DE EVITAR AS PERDAS DE LAÇOS SOCIAIS
E FAMILIARES COLOCA O IMPERATIVO
DE TRATAR TAMBÉM AS FAMÍLIAS

fundamental para o sucesso da proposta, é alarmantemente esvaziado de sentido. Fazem-se grupos de família para quase qualquer coisa: informar as famílias da evolução do paciente (o grupo transforma-se em uma degradação eficiente do direito à informação, para não falar da complicada situação na qual é colocado o usuário, pois se está dentro do grupo vê-se tratado como um objeto do qual há que se ter informação, e se está fora vê-se ameaça-

do, exacerbando-se paranóias), pedir informações às famílias sobre os usuários (aí é o mesmo ao avesso: a história não é mais do sujeito, senão a que sua família conta, e as famílias são constrangidas a se exibirem na frente de outras, nos aspectos mais íntimos e doídos – doídos? – de sua relação).

Atribuímos uma parte desta dificuldade à falta de formação; é difícil trabalhar com famílias, e há na rede pública poucas pessoas com essa capacitação específica. Mas outra, e nesse sentido desejamos inserir esta contribuição, está relacionada com a perda de sentido das nossas práticas, com o véu produzido nas equipes, que imprime sua marca acrílica no dia-a-dia dos trabalhadores de saúde. Esquecemos o valor da pergunta "para quê".

"Sabemos que o lugar que coube ao psicótico em sua família foi de carregar algo que nas gerações precedentes foi ficando impossível ser elaborado (...) Se podemos entender a importância muitas vezes vital para este núcleo familiar desta 'função' que o psicótico corporifica, sabemos que os pais, a família não devem ser culpados ou responsabilizados por esta violência. Não foi uma opção (...)" (Carrozzo, 1991: 35).

Assumirmos esta posição permite-nos aceder a uma razão para tratar essas famílias. Essa carga de gerações, que o psicótico encarna é bem pesada. Trabalhar isso com cada família pode vir a ser funda-

mental. Para isso, o espaço tem que ser apropriado. O que a família nos transfere deve ser redirecionado, e isto dificilmente será possível em reuniões multitudinárias.

Podemos assim sugerir outra diretriz para o sistema público: ao se pensar na população alvo de um dado serviço, talvez seja necessário redimensionar a oferta de atendimento incrementando aos usuários potenciais, reservando uma porcentagem para as famílias. Sabendo disso, inclusive, avaliar a necessidade de aprimorar a formação dos profissionais que trabalham na rede pública de maneira específica.

O grupo

Na maioria dos serviços constatamos também a existência de espaços para grupos. Grupos de verbalização, de terapia ocupacional, de trabalho corporal. As variações são inúmeras, e diversas também as correntes ou abordagens em que os terapeutas se inserem. Nada errado: há riqueza nessa diversidade.

O grupo pode ser um espaço privilegiado para vivenciar-se de uma nova maneira as transferências maciças dos psicóticos, *“viver experiências afetivas realmente novas, fundantes, que permitam um cerzido (não perfeito) na trama desta subjetividade”* (Carozzo, Idem: 34). De novo um espaço que possa se constituir em passagem: um lugar no qual algumas coisas possam ser

reparadas, as invasões à própria subjetividade não sejam vividas como mortíferas, e a dificuldade de viver possa ser acompanhada.

Contudo, gostaríamos de salientar o peso da estruturação do serviço público sobre esse dispositivo de tratamento. Se as pessoas que oferecem o grupo não têm clareza de objetivos, o espaço é banalizado, os usuários são ‘encaminhados’ para o grupo e ‘devem ir’, nunca ninguém se perguntando sobre o que tal es-

NA MAIORIA DOS SERVIÇOS
CONSTATAMOS TAMBÉM A EXISTÊNCIA
DE ESPAÇOS PARA GRUPOS. GRUPOS
DE VERBALIZAÇÃO, DE TERAPIA
OCUPACIONAL, DE TRABALHO CORPORAL

paço significa para esse usuário em particular. O grupo transforma-se, assim, em véu sobre o mandato de fazer eficiente o serviço: atende-se a 8 ou 10 pessoas em uma hora (garantindo produtividade), mas se degrada a singularidade dos casos.

Em muitos serviços, os grupos oferecidos modulam, inclusive, quem pode ou não pode ter acesso ao serviço. Parodiando os programas clássicos da saúde pública, oferecem-se unicamente ‘cardápios’

fechados. A paródia está no fato de que na saúde pública, pelo menos, os programas eram baseados em critérios de risco, nos serviços de saúde mental vimos muitas vezes eles se justificarem simplesmente pelo gosto de tal ou qual terapeuta em oferecer isto ou aquilo. Nenhuma interrogação sobre o sentido de nossas práticas.

Temos visto muitos grupos de medicação nos quais realiza-se de fato uma consulta médica coletiva, mera prescrição de receitas, e não um espaço para que os usuários, entre eles, possam, com a ajuda do terapeuta, construir novas relações com os remédios.

O trabalho

Outra questão que mereceria ser resgatada na clínica e explorada com psicóticos é o uso de mediadores diferentes da palavra. Desenhos, tintas, argila... Há coisas de que os loucos não falam. Não podem falar. Todavia, as desenham, as amassam, as vomitam.

Uma paciente pintou durante anos barcos. Metros de tela e quilos de pintura em mares azuis e barcos coloridos. Havia chegado de outra instituição, com anos de internação e sem nenhum dado pessoal nem familiar. Chamavam-na de Rita e resultou ser Maria Aparecida, quando conseguiu recuperar sua carteira de identidade pelas marcas digitais. Anos passou des-Aparecida,

pintando barcos, antes de conseguir contar que havia nascido em uma cidade portuária. Hoje vive com sua família e enviou uma estrela de mar de presente ao serviço. Foram vários litros de tinta que a ajudaram a voltar para casa.

Outro paciente, jovem, delirante e não conseguia falar de nada no setor de casos agudos. Um dia, no trabalho de *colage*, viu em uma revista a foto de um cachorro. E disparou a falar de uma vez em que houve um cachorro, e uma casa, e uma mãe... e saiu da crise.

Com esses exemplos desejamos mostrar uma diferença básica entre o fazer alguma coisa (ou qualquer coisa), e fazer coisas que possam vir a ter sentido para cada usuário. Temos visto numerosas oficinas que – chamando-se de terapêuticas – estruturam-se somente em base do produzido (em termos de produto para a cooperativa vender, por exemplo) e não do que produzem concretamente sobre a singularidade de cada usuário que se encontra inserido na ‘linha’ de produção.

Claro que, na direção de colocar a doença entre parênteses, o fato de estar inserido em uma produção que lhe traz algum pagamento produz efeitos: o usuário deixa de ser uma carga para a família e pode vir a desempenhar outros papéis, que não somente o de enlouquecido da casa. Essa é a parte da intervenção psicossocial que pode e deve ser preservada; o que gostaríamos de ressaltar é

que o espaço da produção, com toda a sua potencialidade, é freqüente e lamentavelmente banalizado. Quais as conseqüências para um psicótico de trabalhar numa linha de produção na qual ele só enxerga um pedaço do produto? Por que muitas das oficinas que ‘dão certo’ trabalham com técnicas que partem do fragmento (papel reciclado, *vitraux*, mosaico) para produzir um objeto? O que está sendo cerzido nessa criação, quando ela pode ser encarada como processo pro-

UM DIA, NO TRABALHO DE *COLAGE*
VIU EM UMA REVISTA A FOTO DE UM
CACHORRO. E DISPAROU A FALAR DE
UMA VEZ EM QUE HOUE UM CACHORRO,
E UMA CASA, E UMA MÃE...
E SAIU DA CRISE

duto de si e do mundo? Pensamos que essas questões não podem desaparecer para a equipe que trata nem para o paciente, sob o risco, já denunciado por outros autores, de a ação social prevalecer sobre a interlocução (Figueiredo, 1997).

Mais uma consideração sobre as conseqüências que poderíamos extrair disto para a estruturação dos serviços públicos: pensarmos espaços nos quais possam, além de dizer, fazer algo. E pensarmos no

trabalho também como produção do sujeito em si, não somente como reprodução material. Procurando sempre que possível a construção de sentido dessa reprodução social, para ela não vir a ser simples adaptação social.

A equipe e o projeto como processo intermediário

Inseridos no campo do planejamento de serviços de saúde, defendemos que **um projeto em um serviço de saúde deve incluir uma proposta clínica**. E também que todo projeto só será possível se explorado a partir da subjetividade da própria equipe em questão (Onocko, 2001).

Se pensamos o Planejamento em Saúde como dispositivo, ele torna-se mais uma exploração do dado do que uma aplicação de receitas tecnológicas prontas. Esta forma de encarar o planejamento ressalta o espaço do Projeto e faz relativo o do Plano.

Enfatizamos que o subjetivo é próprio do projeto, como o técnico o é do plano. O momento que indaga o sentido, o ‘para quê’ das práticas, o momento em que posso desejar projetar(me) com os outros para transformar o real, é o projeto. “O projeto visa sua realização como momento essencial” (Castoriadis, 1986: 97). E este é o momento mais complexo do ponto de vista da constituição da grupalidade, momento no qual consensos e representações diversas virão à tona, assim como con-

flitos e desencontros. O projeto tem permanência, o plano é uma figura fragmentária e provisória. Se tenho um projeto, passar dele ao plano resulta, aí sim, de uma aplicação técnica, depende de um saber prévio e é relativamente fácil de se conseguir.

Como trabalhar em planejamento, ajudando a formular projetos, fazendo de nossa prática uma *práxis*, a não ser admitindo e estimulando os sujeitos que formulam esses projetos a fazerem *práxis* na sua própria prática? Na *práxis*, o sujeito faz a experiência na qual está inserto e a experiência o faz.

Defendemos que a possibilidade de sair da eterna repetição, ousando e reorganizando o trabalho, dependerá:

*“(...) de criar um dispositivo de trabalho e de jogo, que restabeleça, numa **área transicional comum**, a coexistência das conjunções e das disjunções, da continuidade e das rupturas, dos ajustamentos reguladores e das irrupções criadoras, de um espaço **suficientemente subjetivado e relativamente operatório**”* (KAËS, 1991: 39; grifo nosso).

Para Kães, a instauração do espaço psíquico do ser-conjunto se sustenta na possibilidade de se recriar a ilusão institucional, oferecendo referências para a aderência narcísica de seus membros, pois:

“a falha de ilusão institucional priva os sujeitos de uma satisfação importante e debilita o espaço psíquico comum dos investimentos imaginá-

*rios que vão sustentar a realização do **projeto** da instituição”* (Kães, Idem: 34, grifo do autor).

E essa não é uma tarefa fácil nos serviços públicos, muitos dos quais encontram-se burocratizados ou submetidos ao gerenciamento autoritário. A compreensão dos aspectos subjetivos envolvidos pode contribuir para repensar nosso papel como apoiadores das equipes.

Parece irrisório pedir a grupos que se encontram espremidos nas

NADA CONTRA O DIVÃ, MAS TEMOS
CERTEZA DE QUE A CLÍNICA QUE
ALMEJAMOS PARA O SERVIÇO PÚBLICO
NÃO SERÁ CONSTRUÍDA SOMENTE
EM VOLTA DELE

suas próprias dores institucionais, que consigam criar um espaço suficientemente trófico para os usuários. Frequentemente, umas das saídas institucionais a esse sofrimento é o apelo exagerado ao ideológico. Ideologia que funciona aí como falsa consciência, véu obturando a possibilidade de se interrogar sobre o sentido das próprias práticas.

Sobre esse sofrimento o movimento ‘da luta’ não tem tempo para

pensar. O paradoxo, que qualquer estrategista enxergaria é que essa impossibilidade de autocrítica constitui-se em nossa fraqueza. Nunca ficamos tão vulneráveis aos outros como quando não conseguimos nos enxergar. “A distância entre a cultura da instituição e o funcionamento psíquico induzido pela tarefa está na base da dificuldade para instaurar ou manter um espaço psíquico de **contenção**, de **ligação** e de **transformação**” (Kaës, 1991: 36, grifos do autor).

E não é também disso que precisa uma clínica da psicose? Não basta manter a ética da psicanálise na sua lógica privada, oferecendo consultórios ainda que tornados públicos (Figueiredo, 1999: 11). Tratar psicóticos, colocando a doença entre parênteses, fazendo advir uma clínica do sujeito, nos desafia a sermos capazes de mudar nosso *setting*. Nada contra o divã, mas temos certeza de que a clínica que almejamos para o serviço público não será construída somente em volta dele.

Deveríamos criar uma rede de sustentação, de suporte, na qual os pacientes possam experimentar, de novo, suas transferências maciças, com resultados diferentes. Mas destacamos que, para isso, a própria equipe deve ter suporte, *holding* (Winnicott, 1999). Assim, essa função faz parte do novo papel do apoiador institucional. Nos serviços de saúde mental a análise da situação institucional estará sempre fortemen-

te entrelaçada com a discussão clínica. Não é possível discutir casos sem colocar em análise o funcionamento da equipe. A natureza do que ali é tratado faz essa separação indesejável.

Qualquer profissional da saúde precisará de ousadia para sair dos compartimentos estanques dos saberes prévios. A equipe só consegue recriar seus contratos de trabalho se tiver desenvolvido um espaço intermediário suficientemente trófico, de suporte. Assim, o projeto institucional será possível. Pensamos que o projeto, como o brincar, faz parte desses processos intermediários (Onocko, 2001). Como diz Winnicott (1999), referindo-se ao brincar, isso exige um lugar e um tempo. E não se resolve somente refletindo, ou desejando, mas no fazer. Projetar é fazer.

E nós, planejadores, deveremos estudar, compreender e aprimorar nosso entendimento em relação às modelagens clínicas: tomar posição, não sermos mais “neutros”, em relação às propostas clínicas. Nisso consiste nosso *handing*: manejo, e já não mais apenas no domínio de técnicas para preencher planilhas de um plano, que talvez nunca venha a ser executado.

Precisamos assumir declaradamente a necessidade de ampliação da clínica nos serviços públicos de saúde, se não o fizermos, ainda que involuntariamente ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degra-

dação da clínica, a criação de serviços pobres para pobres, e a inviabilidade do Sistema Único de Saúde em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas.

Sustentamos que o Planejamento em Saúde estará sempre ligado às questões advindas das modelagens clínicas e da subjetividade dos grupos que estão em ação.

Tarefa complexa, distinta das que nos foram colocadas na nossa formação como planejadores, difícil e que só pode ser pensada como possível se abirmos o campo do planejamento a outras disciplinas e saberes, e se, assim feito, continuarmos a refletir sobre a nossa própria práxis como planejadores. “Se acaso devemos, eu e os outros, encontrar o fracasso nesse caminho, prefiro o fracasso numa tentativa que tem um sentido a um estado que permanece aquém do fracasso e do não fracasso, que permanece irrisório” (Castoriadis, 1986: 113).

AGRADECIMENTOS

A autora agradece as valiosas críticas e sugestões recebidas para o presente artigo de Fernando Cembranelli, Gastão W. de Sousa Campos, e Stella Maris Chebli.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. D. de C., 1996. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 141 p.
- BAREMBLITT, G., 1992. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos. 204 p.
- CAMPOS, G. W. de S., 1997. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas, mimeo.
- , 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec. 236 p.
- CARROZZO, N., 1991. Campo da criação, campo terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA – *A rua como espaço clínico*. Pp 31-40. São Paulo: Editora escuta.
- CASTORIADIS, C., 1986. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução de Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 418 p.
- DOLTO, F., 1989. *Inconsciente e destinos, seminário de psicanálise de crianças*. Tradução de Dulce Estrada. Rio de Janeiro: Zahar. 193 p.
- , 1996 a. *No Jogo do desejo: ensaios clínicos*. Tradução de Vera Ribeiro. São Paulo: Ática. 295 p.
- , 1996 b. *Quando surge a criança*. Tradução de Marina

- Appenzeller. Campinas: Papirus. 200 p.
- FIGUEIREDO, A. C., 1997. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- FOUCAULT, M., 1989. *El nacimiento de la clínica*. Tradução de Francisca Perujo. México: Siglo XXI Editores. 293 p.
- JAPIASSU, H., 1990. *Paul Ricoeur: filósofo do sentido*, In: RICOEUR, P. – Interpretação e ideologias. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves editora. p. 1-13.
- JULLIEN, F., 1998. *Tratado da eficácia*. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Editora 34. 236 p.
- KAËS, R., 1991. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. & VIDAL, J.P. (Orgs) – *A instituição e as instituições*. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 1-39.
- , 1997. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. Tradução de José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: Casa do Psicólogo livraria e editora. 333 p.
- MARAZINA, I., 1989. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI et al – *Saúdeloucura 1*. São Paulo: Editora Hucitec. Pp 69-74.
- MENENDEZ, E., 1992. Grupo doméstico y proceso de salud/ enfermedad/ atención. Del teoricismo al movimiento contínuo. In: *Cuadernos Médico Sociales No 59*, pp: 3-18. Rosario:CESS.
- MANNONI, M., 1980. *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- ONOCKO, R., 1998. *O Planejamento no Divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP.
- , 2001. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. Tese de doutorado, pós-graduação em Saúde Coletiva, Campinas: DMPS/ FCM/ Unicamp
- RIVERA, F. J., 1996. Gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (3): 357- 372, jul-set.
- ROSEMBERG, A. M. S., 1999. Psicanálise com crianças: a legitimidade de um campo. In: *Revista sobre a infância com problemas. IV (7): 121-131*. São Paulo.
- WINNICOTT, D. W., 1999. *Realidad y Juego*. Tradução de Floreal Maziá. Barcelona: Gedisa. 199 p.