

REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA NO ESPAÇO PÚBLICO

Questions about the Clinical Mental Health in Public Institutions

Nina Isabel Soalheiro¹

Artigo encaminhado: 25/01/2015
Aceito para publicação: 08/04/2015

RESUMO

O artigo apresenta reflexões sobre a clínica no espaço público, a partir das contribuições do pensamento foucaultiano e da pertinência de suas críticas à forma de constituição e validação do saber psiquiátrico. Discute o contexto pós-asilar do projeto contemporâneo da saúde mental para a rede pública, incluindo os limites de uma visão técnico/científica da experiência da loucura, a superação de uma psiquiatria construída sobre o silêncio da palavra do louco e a premissa de uma separação radical razão entre e loucura. Apresenta relatos e fragmentos de narrativas para caracterizar uma clínica pensada para o espaço público, que não seja invasiva, que respeite as inúmeras formas de viver e que se constitua como uma busca compartilhada de formas de superação da paralisia do sofrimento.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção Psicossocial; Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This article presents some questions about clinical work in the public institutions, from the contributions of Foucault's thought and relevance of their criticism of the way of establishment and validation of psychiatric knowledge. Discussing the post asylum context of the mental health contemporary project for the public sector, including the limits of a technical/scientific view of the experience of madness, the overcoming of

¹ Doutora em Saúde Pública/Saúde Mental pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP/Fiocruz. Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz e colaboradora do Laboratório de Pesquisas em Saúde Mental/LAPS/ENSP/Fiocruz. E-mail: ninasoalheiro@fiocruz.br

psychiatry built over the silence of madmen and the premises of a radical separation between reason and madness. Also are presented narrative reports characterizing a non-invasive clinic projected to the public space that respects the innumerable ways of living and constitutes a shared search of paths toward overcoming the paralysis caused by suffering.

Keywords: Mental health; Psychosocial care; Psychiatric reform.

Alguma coisa intranquã estava sucedendo. (...) Vários anos ruãam, as gemas amarelas escorriam. Expulsa de seus prãprios dias, parecia-lhe que as pessoas na rua eram periclitantes, que se mantinham por um mìnimo equilãbrio à tona da escuridão (...) O que chamava de crise viera afinal.

Clarice Lispector em *Amor*²

1 INTRODUÇÃO

Aprendemos com Foucault que um dos princípios que fundamentam o hospital é o isolamento da *verdadeira doença*. Para ele, o alienismo partia da premissa de que “o doente deixado em liberdade no seu meio, na sua família, naquilo que o cercava, com o seu regime, seus hábitos, seus preconceitos, suas ilusões”, seria afetado por algo complexo, um emaranhado, “uma espécie de doença contra a natureza, ao mesmo tempo, a mistura de várias doenças, e o empecilho para que a *verdadeira doença* pudesse se produzir na autenticidade de sua natureza” (FOUCAULT, 1979a). Dessa forma, o asilo conjuga clausura e disciplina para a decifração da doença e seu tratamento moral.

Assim, no contexto de uma psiquiatria pós-asilar, estamos nós, de novo, nos confrontando com o emaranhado interminável de uma doença complexa, tentando a superação de uma psiquiatria construída sobre o silêncio da palavra do louco e a premissa de uma separação radical entre razão e loucura. Uma psiquiatria que Foucault identifica como um “*monólogo da razão sobre a loucura*” (FOUCAULT, 1994). O que não tem se mostrado uma tarefa fácil, porque, como ele já nos

² Fragmento do conto “Amor” de Clarice Lispector in *Laços de Família*, Editora Rocco: Rio de Janeiro, 1998:19

alertava, todo o aparato de saber que usamos para decifrar esta palavra, toda a rede de novas instituições criadas para escutá-la, representam um risco permanente de perpetuar essa separação.

Num certo momento, Foucault atribui à antipsiquiatria – apontando Thomas Szasz, Ronald Laing, David Cooper e Franco Basaglia como seus autores fundamentais – o mérito de tentar desfazer este discurso, “dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura, levando-a até o fim, numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade” (FOUCAULT, 1979b).

Retomando aqui um pouco da tradição da antipsiquiatria, esta associa a experiência da esquizofrenia com pressões e exigências contraditórias e paradoxais impostas por situações de vida insustentáveis. Seus autores ressaltam o fato de que os psiquiatras prestam pouca atenção à experiência do paciente, preocupados apenas em supô-las irreais ou inválidas. Criticam os rituais do exame psiquiátrico e o diagnóstico como uma sentença que incide sobre a experiência de sofrimento classificando-a como doença. E defendem a importância do acompanhamento psicoterápico, entendido como uma pesquisa, uma busca, uma experiência partilhada (LAING, 1974).

Nessa perspectiva, o tema das antipsiquiatrias em Michel Foucault nos remete a certa pertinência de suas críticas à constituição do saber psiquiátrico e aos valores que sustentam sua prática, reflexões que consideramos fundamentais para a constituição do projeto contemporâneo da saúde mental na rede pública. Um projeto que inclui o esforço de compreensão dos limites de uma visão técnico/científica da experiência da loucura e a dimensão de violência inerente ao ato psiquiátrico. Uma clínica que, na nossa perspectiva, busca compreender e intervir naquilo que Laing define como essencial: **o que acontece entre as pessoas** (LAING, 1988).

Críticas que encontramos atualizadas na vivência dos pacientes, na convivência com sujeitos em plena *revolução da experiência de si*, indivíduos em crise, que ousam se perguntar, buscar caminhos próprios, recusando-se submeter às verdades que a psiquiatria e a sociedade sempre insistiram em universalizar. E que, muitas vezes, obstinadamente, insistem em jamais reconhecer sua experiência como doença, ou qualquer doença que lhes seja imposta.

2 Memórias, crise, fragmentações

O louco vai ser sempre o outro. Alguns dos nossos pacientes perguntam-nos se estão alegres demais, ou se deixam ficar alegres em demasia... Apenas por um tempo. Para estes aprendemos que a crise representa o rompimento de amarras da vida, uma coragem súbita, o enfrentamento de seus algozes, ou mesmo uma libertação das *prisões que escolheram para viver* (LESSING, 1996). Mas com o tempo vem a razão, difícil saber a medida, o momento da volta...

Filhos se rebelam contra o domínio da mãe, muitas vezes gritando que nós a tiremos da sua vida, que nós as internemos ou façamos qualquer coisa para libertá-los daquele amor incondicional, por isso dominador. As mesmas mães que permanecem mudas ou inconformadas ao seu lado, ou que, no desespero de salvá-los, enfrentam os mandatários da violência, apresentando receitas, passes, provas para elas inquestionáveis da doença dos filhos. Pessoas para quem a violência do nosso ato, das seringas, da cena dos bombeiros, muitas vezes vira uma ferida jamais cicatrizada. Mães e filhos, adultos e crianças, que resistem com dignidade a toda forma de violência e miséria.

Às vezes encontramos pacientes que passam a vida sem serem notados, encarcerados em mundos próprios, até irromper a violência que revolve os afetos. Pessoas que catam cuidadosamente minúsculos restos em seu entorno para construir seu mundo, se acomodando no meio de milhares de minúsculos objetos seriados, restos de lixo, objetos que compõem uma vida e que parecem sustentar uma importante construção. Pacientes atormentados por diálogos intermináveis com Deus ou acuados por vozes descoordenadas e tirânicas. Alguns desfilam diante de nós seqüências de palavras de indescritível beleza poética.

As crises são paralisantes, de uma tristeza sem fim, de uma demora sem fim... Às vezes violentas, uma violência afetiva que varre todos os laços, quebra todos os vasos, deixando muitos cacos. Documentos queimados, perdidos, jogados fora em protesto contra toda e qualquer identidade, muitas identidades. Ou, às vezes, vem depressa, colorida, varrendo tudo em torno. Crianças assustadas olham suas mães irreconhecíveis. Unhas coloridas, vestido decotados, muita música, muita dança, muito sexo. Mas sempre tem a hora de voltar, mais não pode... Muita devastação e muita dor. Uma reconstrução difícil, dolorosa, lenta, que demanda muito cuidado.

Penso especialmente na importância e na delicadeza do nosso trabalho

clínico quando um paciente me fala - uma fala progressivamente mais inteligível a mim - do seu *voltão*, andanças diárias, um *voltão* pelo seu território. Reconhece nosso encontro, colocando-o na seqüência de alguns raros amigos no percurso, pessoas que descreve como *criativos*, e que, por isso, interessam a ele. Quando gosta da conversa, dá uma parada, mas para em seguida continuar seu *voltão*. Mas, uma certa hora queixa de cansaço. Pede ajuda, tem medo, quer se comunicar. Confessa que quer fazer algo das pedrinhas seriadas que junta há muitos anos no seu quarto. Por que não um mosaico? Tem vontade de fazer coisas para mostrar a alguém, de não ficar só, olhando aquilo tudo sozinho durante horas, dias, anos... Mas, da mesma forma, me ensina que tudo tem que ser muito demorado, que o seu tempo é lento. Contudo, deixa claro, nas suas palavras, que é ele que *abre portas e ensina as saídas*.

3 Uma nova dialética entre sujeito e doença

Campos (2005) polemizando sobre o projeto de uma clínica da saúde pública ressalta a insuficiência da afirmação de que todo fenômeno seria complexo, todo conceito polissêmico e todo campo de saber interdisciplinar. Criticando a idéia de que haveria uma inteligência coletiva que apagaria as profissões e as especialidades, o autor afirma que a saúde, assim como todo pensamento comprometido com algum tipo de prática - política, clínica, sanitária, profissional - estaria obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Para ele a Saúde Pública tem tradição normativa e legal, impõe limites e constrangimentos em função disso e não haveria como mudar esse fato.

O autor define a saúde como uma finalidade, algo que se procura defender ou construir, um objetivo que se persegue. Dessa forma, a clínica e as estratégias de saúde coletiva agiriam sobre a doença, o risco de adoecer e as vulnerabilidades induzidas por situações inerentes às pessoas ou ao contexto em que vivem. E aí começariam os nossos problemas, porque saúde implica também intensidade, modos como se gasta a própria vida, possibilidades de gozo, de prazer, de felicidade. O estilo de vida, as condições de vida e de saúde são, por isso, uma mescla do que cada sujeito faz com sua vida e do que as instituições e organizações fazem da vida dele.

Confessadamente partindo de Basaglia, fala da importância de buscar uma nova dialética entre sujeito e doença, acentuando que, se nesta relação entre

doença e sujeito haveria muitas posições possíveis, também haveria, de fato, na prática, numerosas clínicas. Propõe uma clínica do sujeito - ampliada e revisada, revista - que incluiria a doença, o contexto, e o próprio sujeito. Para ele, se pensarmos a doença como uma abstração que comporta uma regularidade que nunca se repete exatamente igual, isso não nos livraria de construir um saber sobre as *regularidades possíveis* e criar condições institucionais favoráveis à troca de informação e à construção coletiva dos projetos terapêuticos, sem diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou imprevisto.

Lancetti (2006), por sua vez, nos convida a pensar sobre uma Clínica Peripatética, que se daria no ir e vir, se constituindo como um conjunto de estratégias destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais. O autor propõe repensar os *settings* e os cenários, descrevendo uma série de experiências clínicas nas quais as situações seriam móveis, feita de percursos e transposições de espaços e tempos institucionais que sejam férteis para a produção de subjetividade e cidadania. E, sobretudo, movidas pelo esforço de inovação em tratamentos que porventura se encontrem burocratizados, sem descobertas, repetitivos.

Uma clínica que visa criar possibilidades de encontro com as pessoas - em especial os pacientes psicóticos ou com alterações psíquicas graves. Empreendimentos onde se buscaria a conexão com pessoas, atividades e locais, depois do colapso provocado pelo surto. Reflexões que nos remetem a uma atitude de busca de eficácia e de ruptura em relação a práticas segmentarizadas e burocráticas, onde o acolhimento e a escuta do sofrimento se somariam às múltiplas atividades coletivas. Uma clínica em movimento, onde os percursos às vezes seriam poéticos, outras vezes dramáticos ou mesmo patéticos.

O autor nos aponta que, na prática, há de fato uma tendência de cronificação dos CAPS, quando criamos coletivos altamente repetitivos. Para ele, os CAPS têm envelhecido prematuramente, criando rotinas segmentarizadas, relações infantilizadas, onde os profissionais - regidos pelas dificuldades - se enclausuram em diversas formas de corporativismo, onde os recursos se reduzem e se repetem. Propõe como saída a ação combinada, a socialização do conhecimento e a distribuição de saberes, no estabelecimento de uma relação continuada de cuidado, que deve construir um percurso clínico dentro do território geográfico e existencial das pessoas que pretendemos ajudar.

Algo que em seu prefácio ao mesmo livro, Pelbart (2006) aponta como a pergunta fundamental em relação à potência desse encontro: Como investir na autonomia e não na infantilização dos sujeitos, como suscitar em suas vidas o acontecimento inédito, como introduzir a surpresa, senão pela ascendência afetiva, entrando com o próprio corpo, mobilizando o entorno, inventando conjuntamente uma linha de fuga, um agenciamento coletivo?

4 Algumas reflexões sobre a clínica no espaço público

A tradição Basagliana (2005), que queremos tão viva em nossas práticas, concebe a doença mental como uma contradição do homem que pode ser verificada em qualquer tipo de sociedade, admitindo que cada sociedade faz da doença aquilo que mais lhe convém e que, o que identifica como a *face social da doença*, será determinante em sua evolução. Para Basaglia é nesse sentido que se pode falar de uma estreita relação entre psiquiatria e política, entre psiquiatria e ordem pública. Para ele, se é verdade que a política não cura os doentes mentais, por sua vez, o adoecimento e seus códigos interpretativos tem um caráter político preciso.

Para Basaglia, quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, pois a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença. Nesse sentido, ele fala da necessidade de estarmos diante desse sofrimento como algo que devemos enfrentar – sem instrumentos, sem defesas – para apreender o mundo de necessidades do qual provém e para remetê-lo à história da qual foi banido, no momento mesmo em que foi definido como doença. Um encontro que não se dá sem nos relacionarmos com essa angústia e esse sofrimento sem objetificá-los automaticamente nos esquemas da doença.

Para Kinoshita (1997) a discussão sobre o que é o sofrimento psíquico não pode evitar o debate filosófico e metafísico, sobre o que é a doença, o ser da doença. Ressalta o caráter do sofrimento como a expressão viva de alguém, da dor de um ser humano, e, numa referência a Canguilhem (2011), refuta uma visão ocidental da saúde, entendida como o *silêncio dos órgãos*. Critica os que trabalham com uma idéia ontológica de doença, na qual ela deve ser combatida, extirpada, sem concebê-la como expressão de um sofrimento.

Na visão do autor a saúde estaria exatamente nesta reserva: seria essa potencialidade que o ser vivo tem dentro de si. A saúde se manifesta exatamente no risco de estar doente e o sujeito se mostra saudável superando esse limite. Por isso

ressalta que a doença - em especial a doença mental - entendida como uma limitação, seria uma questão paradoxal. O sujeito, mesmo doente, pode estar saudável, na medida em que busca continuamente superar-se. Uma compreensão que parte da constatação de que as pessoas vão se tornando saudáveis, na medida mesmo da superação da inércia do sofrimento.

Um processo que, para Leonardo Boff (2004) exige o testemunho e a presença de quem cuida. Nele encontramos uma referência à relação, desde a etimologia da palavra, entre cuidado e cura, já que o humano se definiria justamente pela necessidade de cuidados desde o nascimento até a morte. Partindo da constatação inevitável de que *tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver*, o autor chama a atenção para o fato de que, no nosso tempo, haveria um abandono da reverência indispensável para cuidar da vida e de sua fragilidade. O que nos permite pensar com o autor uma concepção de cuidado, onde cuidar, mais que um ato, é uma atitude: de ocupação, de preocupação, de responsabilização, e de envolvimento afetivo com o outro.

Com esses autores, as nossas reflexões se encaminham para o cuidado como um encontro, que traz a experiência da doença para a dimensão da vida. Uma aproximação entre a loucura e a vida que traz em si, sobretudo, uma revalorização da vida, para além das instituições. Uma prática que quer se sustentar fora do *monólogo da razão sobre a loucura*, dos abusos de poder, do diagnóstico como sentença. Uma clínica que busca um processo compartilhado, onde realmente importa o que acontece entre as pessoas. Uma clínica política e crítica do seu projeto, do seu lugar no espaço público, aqui entendido enquanto um espaço construído pelas subjetividades e sociabilidades, resultantes da interação entre indivíduos e coletivos que buscam novas práticas e instituições que comportem a vida com liberdade.

Dessa forma, o presente trabalho tenta ressaltar a importância da busca de uma linguagem que supere a psicopatologia puramente classificatória, o uso irracional e sem crítica dos psicofármacos, resgatando a experiência do adoecimento, se valendo de todos os instrumentos possíveis de comunicação coletiva para o tratamento. Uma clínica que não seja invasiva, que respeite as inúmeras formas de viver, que se movimente contra a paralisia do sofrimento.

Uma clínica em saúde mental pensada para a rede pública, utopia de um novo lugar social para a diversidade e a diferença, movimento pela transformação da

vida (AMARANTE, 2007).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em Saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: Ética do humano - Compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAMPOS, Gastão W. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2005.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979a: p.119.

_____. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979b: p.128.

_____. *Dits et Écrits*. Volume I. Paris: Gallimard, 1994: p.160.

KINOSHITA, Tikanori. In Clínica Psicossocial: Terapias, intervenções, questões teóricas. Recife: Ed. Universitária UFGP, 1997.

Lancetti, Antonio. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006

LAING, Ronald D. A Política da Experiência e a Ave-do-Paraíso. Petrópolis: Vozes, 1974.

_____. A Voz da Experiência: Experiência, Ciência e Psiquiatria. Petrópolis: Vozes, 1988: p.12.

LESSING, D., (1996). Prisões que Escolhemos para Viver. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.