

POR UMA CLÍNICA DA REFORMA: CONCEPÇÃO E EXERCÍCIO

Pedro Gabriel Godinho Delgado⁵

Abraço, aqui, os companheiros integrantes desta Mesa e participantes deste encontro, protagonistas do processo de Reforma Psiquiátrica. Agradeço a oportunidade de poder discutir com vocês. Atento à limitação do tempo de 20 minutos, quero propor-lhes um diálogo sobre a clínica da Reforma Psiquiátrica.

Começo dizendo por quê um diálogo. É um diálogo porque o que tenho a dizer se apresenta na forma de uma proposta de conversa, de interlocução com todos os trabalhadores desse campo. Trabalhadores de Saúde Mental imersos no mundo dessa clínica, seja nos CAPS, nas residências terapêuticas, nos centros de convivência, nos postos de saúde e na atenção básica, na rua, na casa, na sala de espera dos Juizados da Infância e da Juventude, em programas de trabalho e renda e na porta de saída das instituições fechadas. Tentando, buscando construir o espaço social para a loucura na cidade, nos diversos lugares onde se exerce essa clínica da Reforma.

Também constituem espaço da realização dessa clínica – com especificidades que comentarei a seguir – as associações, os Conselhos Municipais de Saúde, as numerosas “instâncias de pactuação” no campo do SUS, os inúmeros fóruns intersetoriais de debate e negociação. Considero que, também eles, mais “políticos”, são lugares de exercício dessa clínica no campo da Reforma Psiquiátrica.

E digo que é um diálogo, porque na verdade quero compartilhar com vocês algumas anotações, absolutamente provisórias, que só têm sentido se forem ouvidas e se produzirem o sentido de uma conversa sobre o campo da clínica na Reforma. Portanto, tudo o que eu disser aqui é provisório e contingente, terá sido útil se produzir em vocês o desejo e a invenção, contrapondo formas diferentes de pensar. Este o sentido da forma de diálogo.

Clínica como construção e contingência - Um comentário ou esclarecimento preliminar. - É que a palavra “clínica” tem muito(s) sentido(s). Mas ela não pode ficar com excesso de sentido. Talvez o excesso de sentido da palavra “clínica” nos impeça, a nós todos, de nos tornarmos protagonistas na construção desta nova clínica. Estou de acordo, integralmente, com a Ana Raquel: trata-se de uma nova clínica. De uma clínica em construção. E de uma clínica que só existe porque está em construção. E essa construção não acabará nunca. Portanto, esse diálogo é um diálogo, por definição, incompleto. E por definição imperfeito. Porque fala de um processo de construção que é imperfeito e contingente.

⁵Psiquiatra, Coordenador de Saúde Mental do Ministério de Saúde

Esse primeiro esclarecimento implica dizer, também, que é necessário abrir mão de qualquer sacralização e solenidade em torno da palavra “clínica”. Abrir mão de qualquer ilusão de essencialidade da palavra “clínica”. Como se existisse uma essência da clínica. A clínica é isso ou não é isso, só é tal coisa e não outra coisa. Porque a clínica é essencialmente um esforço imperfeito. E só tem uma direcionalidade irrecorrível, que é a direcionalidade da ética. Da ética de buscar e exercer e suportar isso que a Ana Raquel chamou de os diversos espaços do cuidado. Para ajudar as pessoas a construir o lugar social da loucura. E ajudá-las, também, a conviver com essa experiência, muitas vezes intolerável, que é a dor do sofrimento psíquico. Isso é certo, é preciso. O resto mais é contingente. Mas este certo e preciso já é suficiente para seguirmos trabalhando (no ofício da clínica e do presente diálogo).

Sujeito e relação - O segundo ponto, também preliminar, é que essa clínica se refere a sujeitos. Há um sujeito que tem o ofício do cuidado e há o sujeito que pede esse cuidado. Que recebe esse cuidado. Beneficia-se dele ou não. Ou para quem esse cuidado também pode ser nocivo. Mas de qualquer modo são sujeitos. E são sujeitos também contingentes. São sujeitos que existem em lugares concretos, historicidades concretas, momentos concretos; portanto, é preciso abrir mão de qualquer idéia que fale de uma essencialidade, tanto dessa clínica quanto desse sujeito. Pensar sempre que estamos no terreno do contingente e do provisório. Como condição preliminar, como condição conceitual preliminar, para poder discutir a clínica da Reforma Psiquiátrica.

Por isso penso que a palavra “cuidado”, como foi citada aqui, pode ser uma palavra provisória e útil, que nos ajude a transitar no debate sobre esse trabalho em construção. Ao mesmo tempo em que é um trabalho de ajudar o outro, de construir o lugar social para o outro é, também, uma tarefa a mais, o esforço de construção e desenho de uma nova clínica. Ao mesmo tempo em que enfrentamos todas as situações de inusitado, em que nos defrontamos com toda a insegurança que nos traz a nova clínica, estamos a construí-la e a garantir um caminho aberto para a sua transmissão, para a sua possibilidade de sustentação ao longo do tempo. Então, é uma clínica histórica, contingente, são sujeitos históricos, contingentes, sempre “em relação a”: em relação aos outros, em relação ao momento concreto, em relação à situação histórica dada. Não existe essencialidade. Se existe algo que pode ser dito como sendo um irreduzível da condição desse sujeito seria aquela coisa mais antiga possível, do conhecimento sobre o que é a experiência humana, que resumida numa frase quer dizer: eu sou um homem, um ser humano; e sendo humano, tudo que é humano me interessa. Que é a única forma possível de falar universalmente sobre o que é humano. Uma coisa que é indescritível, mas que convida, convoca imediatamente a uma implicação, ao interesse. Esta é a famosa frase de Terêncio, que diz: sou humano, portanto, nada do que é humano deixa de me interessar. Acho que essa é, talvez, a única possibilidade de uma descrição geral sobre qual a característica desses sujeitos: humanos, imersos na condição humana.

Então, se é uma clínica que é histórica, contingente, construída em relação concreta, com sujeitos concretos, em ambientes e situações concretas, quando falamos de CAPS, residência terapêutica, salas do Juizado de Crianças e Adolescentes, estamos falando das situações concretas onde se dá essa clínica: a rua, a cidade, o “território”, como chamamos. Portanto, ela só pode existir nessas situações concretas, que são sempre diferentes. Não existe um território que seja igual ao outro, como não existe um território em si, um território

como essência. O território também é uma construção dessa clínica. Sendo assim é tudo imperfeito e tudo contingente e temos que nos defrontar, não sem angústia, com isso.

Acho interessante esta fórmula “lugar de produção do cuidado”. Simples assim, imperfeito assim; o que fazemos é transformar o território em lugares de produção do cuidado.

Se se trata mesmo de uma clínica que só existe no território, temos que abrir uma nova agenda de diálogo com todas as tradições do nosso campo, a Saúde Mental. A clínica da Reforma nos exige um diálogo, com protagonismo teórico, com as tradições teóricas de que somos herdeiros. As poderosas tradições teóricas do nosso campo, especialmente a psiquiatria e a psicanálise. Por exemplo, se tal clínica só existe no espaço concreto do território, o conceito de *setting* da Psicanálise, se tomado rigidamente, não será útil, porque pode colocar-se como obstáculo para uma clínica que se dá em espaços fluidos e públicos. Isto é, nem todas as referências teóricas, os grandes conceitos teóricos da tradição que nos forma, se aplicam e são úteis ou operativos para construir a teoria dessa nova clínica.

O território como desamparo - Se aceitamos o argumento de que esta é uma clínica do território, isto significa dizer que tal clínica vai construir, num labor permanente, a relação com o território. O que vai nos trazer diversas indagações, e constituirá, na verdade, uma das mais importantes angústias do nosso ofício. Porque o território é também desamparo. O território não nos garante nada. O território é um desamparo absoluto. Ele está fora daqueles lugares que nos asseguram o exercício da clínica naquelas tradições nas quais fomos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência. O território é, ao mesmo tempo, aproveitando a lembrança inevitável do Guimarães Rosa, o território... “é o mundo”. Se o território é o mundo, se o território é o sertão, ele tem que ser apropriado permanentemente. Esta apropriação é a clínica. Esta apropriação não se dá como uma condição para a clínica. Ela é a clínica mesma. Porque é nesse lugar do território que construiremos o espaço, o lugar social da loucura.

Sendo assim, acho que, também, na descrição do território, é preciso incluir a dimensão política: esta é uma clínica da Saúde Mental, que se dá no campo da política pública, no campo da Saúde Pública, e isso traz conseqüências para a construção desta clínica. Além de ser uma clínica do território é, também, clínica do dia a dia, do cotidiano. Sendo uma clínica do cotidiano ela é uma clínica da banalidade do cotidiano. Ela fala de coisas que antes eram remetidas para uma espécie de lado de fora da clínica. Ela incorpora - mais do que incorpora, valoriza - de uma maneira decisiva aquelas questões que eram consideradas secundárias na clínica. Ou menores. Como menores, se são as questões fundamentais? Que são aquelas relacionadas com a vida do sujeito, com sua casa, seu trabalho, seu mundo familiar, mas também com a experiência que essas pessoas têm do conflito num país que, hoje, é dominado pela cultura da violência. Um parêntese: estamos fazendo um curso para pessoas que trabalham com a Atenção Básica, do qual tenho participado mais diretamente, já é a segunda turma - o discurso do enfrentamento da situação da violência no território está presente em absolutamente todas as pessoas que lidam com essa questão. Então, na verdade, ser uma clínica do cotidiano é ter que se defrontar com tais questões que antes eram colocadas externamente à clínica. E o que eu diria? Que nas poderosas tradições do nosso campo tais eventos permanecem, de certa forma, do lado de fora da clínica. Não é isso? (um resíduo taylorista em nossas equipes multidisciplinares destinava a algumas profissões, nesse campo,

o lidar com esse “resto” cotidiano; até algum tempo atrás era o Serviço Social, que certamente não concorda com esse tipo de reducionismo). Era como se restasse para a clínica apenas uma dimensão, da intersubjetividade pura... como se existisse a intersubjetividade pura. Pois já dissemos que esse sujeito é sempre um sujeito em relação. Portanto, não existe subjetividade fora do território, não existe intersubjetividade fora desse território complexo e, também, fora desse cotidiano que é o tempo da clínica.

Inclusão social, a face visível da política - Outra dimensão desta clínica é a inclusão social. A clínica da Reforma Psiquiátrica é necessariamente uma clínica da inclusão social. Se assim é, não existe outra possibilidade senão, permanentemente, termos uma intervenção direta na produção da inclusão social. Nesse sentido, a discussão sobre clínica e política acaba subsumida por essa questão fundamental. Ora, a inclusão social é matéria da política. A inclusão social é essencialmente uma *démarche* política, num país desigual, estruturalmente desigual. E se essa clínica é da inclusão social, e se ela se dá num território e no plano da política pública, da saúde pública, essa clínica é, necessariamente, uma política.

Porém: esta clínica é uma política, mas não pode ser politizada, no sentido de perder a direção da clínica. Talvez seja este o nosso fio da navalha, porque ela é política, mas é clínica. E essa dimensão da intervenção política é uma dimensão que tem que ser exercida, de certa maneira, junto com a construção mesma da clínica. Eis um desafio que me parece típico do nosso campo. Não pensem vocês que, por exemplo, aquelas que considero as duas grandes tradições teóricas da clínica no campo da Saúde Mental, a psiquiatria e a psicanálise, se defrontam dessa forma com este fio da navalha da clínica e da política. Isso se dá no nosso campo, na Reforma. Isso se dá porque esta clínica é uma clínica do território, do cotidiano e da saúde pública, do campo da Saúde Pública, como foi mencionado. Portanto, temos diante de nós uma tarefa teórica, que não é tão simples. E é uma tarefa que já estamos desenvolvendo na clínica e na política (na clínica da política, e na política da clínica) mas, talvez, não esteja ainda aparecendo na forma de teoria. Certamente este trabalho está em marcha. O trabalho da teoria, também, mas este não pode ser prejudicado pelo recurso a designações. Assim, quando digo que esse é um diálogo sobre a clínica da Reforma não pensem que existe uma “clínica da Reforma” como um conceito construído, como se tal expressão já significasse algo. Porque senão fica parecendo que estou sugerindo apenas um recurso de designação - Clínica da Reforma, clínica do cotidiano, clínica do território - e que esse recurso de designação é em si uma teoria ou é em si uma solução teórica. Pois isso vai atrapalhar nosso esforço teórico de seguir buscando descrições mais densas para aquilo fazemos. Porque vamos continuar fazendo e os nossos pacientes estão aí fazendo conosco. E os nossos pacientes, também, são grandes artífices nessa construção teórica. Vou dar um único exemplo, rapidamente, de um paciente que é um artífice nessa construção teórica.

Psicossocial, e daí ? - Houve um vídeo feito na inauguração de um CAPS, pela oficina de vídeo. O CAPS estava sendo inaugurado mas já existia há algum tempo, como acontece com todos os CAPS. O vídeo era produzido pelos próprios pacientes de uma oficina da qual participavam também técnicos e estudantes. Então eles foram ouvir várias pessoas sobre a inauguração do CAPS, que, como estamos cansados de saber, quer dizer Centro de Atenção Psicossocial, e a pergunta que o repórter-usuário quis fazer a todas as pessoas

presentes foi: - “O que é psicossocial? O que significa psicossocial?” Ai um técnico falou da importância do psíquico e do social, que não existe o psíquico fora do social etc. etc. E um outro falou outra coisa, e outro. Um usuário mencionou que não basta o que a gente sente na mente, mas é importante a nossa vida no dia a dia, etc. Quando o repórter se aproximou de outro usuário que estava lá no canto e lhe perguntaram: o que significa psicossocial para você? Ele: - “Não significa nada; psicossocial não significa nada”. E deu por encerrada a entrevista, pois não estava a fim de muita conversa. Achei interessante ele ter falado assim, foi muito expressivo, além de engraçado, porque, vejam, as palavras não solucionam os nossos problemas. É preciso conviver com a inquietação e a angústia da construção da teoria. O trabalho teórico é, também, uma angústia permanente. O trabalho teórico não se resolve pelo nominalismo, não se resolve pelos vocativos, não se resolve pelas designações. As designações, às vezes, são muito importantes no trabalho político, é necessário dizer. Nós fazemos a clínica da Reforma, a Reforma tem uma clínica, devemos afirmar isto. Até porque as grandes tradições teóricas do nosso campo dizem que não temos clínica, dizem que não fazemos clínica, não é verdade? Que clínica é essa?, perguntam. “Não há clínica, não existe clínica nesse campo” (ou “não é baseada em evidências”, para a corrente mais biomédica). Temos que fugir da pressa em dizer que essa clínica se chama tal ou qual coisa e sustentar esse desconforto. Porque o trabalho teórico é permanente desconforto.

O vasto mundo da clínica - Para concluir queria acrescentar outras perguntas a este diálogo. São perguntas da agenda da Reforma, e com as quais estamos nos defrontando. Primeiro: qual é o tamanho da nossa tarefa nessa clínica?

Se pensarmos em termos de magnitude, sob a amplidão da experiência do sofrimento psíquico, considero oportuna a referência que Miriam fez a Foucault, no sentido de que jamais existirá um momento em que a humanidade vai conviver com a ausência da loucura, esta grande ilusão racionalista do século 18. A ausência da loucura será a ausência da experiência humana sobre a terra. A loucura nesse sentido não é uma contingência, e faz parte da experiência humana. Não existe experiência humana sem a experiência da loucura e sem a experiência do sofrimento psíquico, dessa dor que desatina. Desatina sem doer mas dói. Dói no corpo, dói na alma, dói no espírito, dói no dia a dia. Esta ilusão gerou o monólogo da razão, o alienismo.

Neste diálogo em tempos pós-foucaultianos, podemos dizer que não teremos nunca essa perspectiva que outras áreas de Saúde Pública têm de, por exemplo, solucionar o problema, e viver aquele momento triunfante em que não teremos mais a prevalência de alguma enfermidade. Sabemos que assim não se passa com a loucura ou com o sofrimento psíquico, que são uma condição da existência humana. Por outro lado, temos a questão epidemiológica da magnitude das diversas formas de sofrimento. As psicoses, neuroses graves, formas de apresentação clínica da deficiência mental, uso prejudicial de drogas, e o imenso conjunto de problemas graves que fazem parte da nossa clínica, os “transtornos mentais severos”.

Existe, também, outro campo do sofrimento psíquico com o qual temos que nos defrontar. A Saúde Pública não pode oferecer uma resposta que seja, apenas, para o grande sofrimento psíquico, até porque aquilo que se chama, muito imperfeitamente, na literatura técnica “transtornos mentais menores”, só são menores na pele de quem não os está sofrendo. Os transtornos mentais menores são terrivelmente dolorosos e angustiantes. Temos

que construir respostas efetivas, na clínica e na política, para tais formas de apresentação do sofrimento.

E há o terceiro grupo, que é o grupo do mal-estar mesmo. A vida no território é uma vida que produz freqüentemente angústia. Temos que saber de que maneira a Saúde Mental vai poder contribuir, no sentido da transversalidade das políticas públicas em geral (não no sentido do preventivismo comunitário triunfante dos anos 60 e 70, cuja crítica – da medicalização e psicologização do mal-estar e dos conflitos sociais – deve ser uma permanente referência para nós), para, solidariamente, no plano da cultura e sob a ética da autonomia, produzir lugares para a escuta desse sofrimento difuso, que não se exprime na psicopatologia mais evidente e que não está nas radiografias médicas.

Essa é a primeira pergunta de agenda de urgências da Reforma. Qual o tamanho do desafio da clínica da Reforma, de que modo dimensioná-lo de maneira útil e responsável?

Como construir redes de cuidado abertas, intersetoriais, inseridas na cultura, sensíveis à diversidade, democráticas, além de efetiva?

Clínica da gestão, gestão da clínica - A gestão também é clínica? A gerência do CAPS é uma tarefa clínica? Penso que é. Para mim, a gerência do CAPS, a gestão, estão no campo da clínica. A gestão também é clínica, embora não se reduza à clínica. Se não incorporar uma dimensão clínica, a gestão está fadada ao fracasso. Clínica: o caso, a escuta, a delicadeza, o fascínio da surpresa, mas o rumo. Outra forma de fazer tal pergunta, da clínica da gestão: nós, o CAPS, ou qualquer outro dispositivo estratégico colocado no território, por exemplo, uma equipe do PSF com matriciamento de Saúde Mental, articulados em rede, seremos mesmo capazes de realizar aquilo que chamamos de organizar ou ordenar a demanda do território? Essa é uma questão central: a clínica no território e a clínica do território.

Passei o dia de hoje numa cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, onde as pessoas estão afogadas em números. Quer dizer, lá existe uma rede potente, poderosa, experiente, que exerce uma clínica forte, no sentido de uma clínica que se discute a si mesma, e que, dez anos depois, está afogada em números pelo excesso de pessoas que demandam cuidado, em função, principalmente, desse mal-estar difuso da cultura. Será que conseguiremos? Essa é uma tarefa da clínica ou da gestão? Realizar isso que se chama no texto normativo “ordenar a demanda no território”, de tal maneira que se consiga fazer com que o serviço e a rede, de fato, se ocupem do território e no território. Estou de acordo com uma referência que foi feita, aqui: o CAPS é muito mais importante fora do CAPS do que dentro do CAPS. O CAPS existe para ser fora do CAPS. Mas será que isso é possível de fato? As experiências dos ambulatórios mostraram o contrário. Se se cria um ambulatório de Saúde Mental o problema daqui uma semana será a superlotação. Isto é: existe de fato um território susceptível de uma intervenção, clínico-gerencial, que torne possível organizar uma rede capaz de acolher todos esses problemas?

Uma questão complementar a esta: se existe uma clínica da gestão e da gerência dos serviços, que caminhos trilhar para construir os referenciais teóricos dessa clínica da e na gestão?

Penúltima indagação à moda socrática. Somos capazes mesmo de ampliar o espaço de intervenção dessa clínica até a Atenção Básica? Nossa experiência na Reforma não tem sido, ainda, muito bem sucedida em relação à questão da Atenção Básica. Por quê? Por que

ainda não conseguimos construir um diálogo mais decisivo com a Atenção Básica? Penso que existe aqui uma questão teórica que temos que construir. O impasse – há um evidente impasse, um obstáculo – não é só de natureza política, administrativa e gerencial, mas também teórico.

Finalmente uma última questão. Na construção dessa clínica saberemos mesmo incorporar, criativamente, de modo transformador, inventivo e radical, as duas poderosas tradições do nosso campo, a psiquiatria e a psicanálise? Certamente que existem outras tradições, como o campo ampliado do trabalho social, a reabilitação, outras correntes da psicologia; esta leitura implica uma redução às duas correntes que considero mais influentes no contexto brasileiro, e a que recorro neste diálogo (por isso um diálogo, porque convoca a outras leituras). Seremos capazes, na clínica da Reforma, em relação a estas duas tradições fundamentais do nosso campo, de incorporá-las, territorializar essas duas tradições, como o serviço e a rede já vêm fazendo, para construir uma clínica que não seja, estreitamente, nem a Psiquiatria, nem a Psicanálise, e que não signifique uma negação não-dialética de ambas? Nossa tarefa é imensa, mas quero dizer que a experiência da Reforma tem demonstrado que vale a pena ser enfrentada.

Obrigado.