

## Uma Clínica Psicológica para este Final de Século

*“Só será possível algo diferente se mudarmos radicalmente o jogo, não se mudarmos algumas peças para continuar jogando o mesmo jogo” - André Breton*

*“A sociedade se inventa a si mesma ao criar suas instituições. Instituir significa fundar, e a sociedade se funda a si mesma cada vez que se institui como cultura.. Este é um dos fenômenos mais surpreendentes: o homem, os homens juntos, se fundam a si mesmos por meios de suas Instituições. (...)” - Octávio Paz*

### I - Por que um projeto “clínico-ético-político”, se somos clínicos?

Este grupo de trabalho, conhecido como Comissão do Projeto Ético-Político, se constituiu ao final da primeira Avaliação Geral da Clínica realizada em âmbito coletivo após um ano de implantação do chamado Novo Projeto da Clínica (set/ out. 95).

As análises feitas naquela avaliação apontaram para o entendimento de que a existência de pontos de estrangulamento no fluxograma, antes de indicarem uma ineficiência desta ou daquela instância, ou mesmo mera “falta de integração” entre as mesmas, refletiam sim um modo de funcionamento institucional paradoxal, que implicava conseqüências clínicas, éticas e políticas. Conforme vem sendo processado incessantemente em vários âmbitos da Clínica, tal paradoxo consiste em que a atual estrutura, inicialmente pensada justamente para operar transformações significativas que permitissem a implantação do novo Projeto, ao contrário, termina por realimentar práticas e concepções de formação que esse mesmo projeto apontava como problemáticas.<sup>1</sup>

Surgiu a necessidade de dar andamento a estas reflexões, tendo por eixo, de um lado, o conhecimento do que realmente se faz hoje em termos de trabalho clínico e, de outro, aquilo que se desejaria e poderia fazer. A explicitação das práticas tal como se dão no fazer cotidiano tem nos permitido avaliar os recursos que temos, mas também pensar as implicações de nossas ações terapêuticas. Estão em jogo diferentes concepções clínicas, mas também e imediatamente seus efeitos, cujo caráter ético e político é constitutivo de qualquer prática social.

Por outro lado, sabemos que essas implicações não são absolutamente óbvias. Ao contrário, tendemos a perceber as práticas sociais do nosso tempo como “naturais” e não como historicamente datadas; como “neutras” politicamente, e portanto respondendo apenas à ética interna de cada concepção clínica. Seria preciso então definir os termos dessa nova equação — ética, política, saúde/doença mental, social, psiquismo, indivíduo, sujeito e subjetividade, se quisermos incluí-los na reflexão sobre o caráter da Clínica e sua função social. Esta tem sido a tarefa deste grupo no último ano, e este texto tem por objetivo comunicar o percurso de discussões que realizamos, bem como disparar questionamentos que possam ser pensados coletivamente.

---

<sup>1</sup>A este respeito remetemos o leitor aos textos de avaliação de 95, à disposição na secretaria da Clínica.

## II - Seremos trabalhadores em Saúde Mental?

Muitas vezes a transformação pretendida pelo Projeto/92/93 é nomeada como “inserção no campo da Saúde Mental” ou “passagem de clínica escola para uma clínica de serviços em Saúde Mental”. Formulação esta provisória, que hoje se revela tanto mais insuficiente na medida em que percebemos claramente que a oposição clínica de serviços/ formação não é absolutamente obrigatória, evidenciando, antes, os efeitos de uma certa concepção de atendimento e também de formação de profissionais psi. Tampouco se trata de opor a uma suposta “ineficiência” atual da Clínica, um ideal de organização administrativamente competente que desse conta de atender cada vez “mais e melhor” .

Como já dissemos, as práticas em saúde mental não são neutras. Ao contrário, estão imbricadas com os movimentos políticos e sociais. Assim, parece-nos fundamental entender o que define historicamente a emergência de um campo dito de Saúde Mental nas suas diferentes práticas, sem o que poderíamos ingenuamente reproduzir algo de que nem mesmo conhecemos as implicações. Foi a partir deste tipo de questionamento que tomamos desde cedo o caminho metodológico da desconstrução, e da conseqüente desnaturalização, do campo da Saúde Mental.

Como se sabe a psiquiatria, especialidade médica tida desde sempre como problemática pela própria medicina (cuja definição de doença vem assentada na localização e visualização anatômica da lesão orgânica), não cansou de se reformular e se reorganizar em busca de uma legitimação. A rapidez com que as sucessivas classificações nosográficas e normatizações de condutas terapêuticas se substituem na psiquiatria é uma eloquente mostra disso (vide CID-9, CID-10, DSM-3, etc.).

A grande reforma psiquiátrica que nos interessa mais imediatamente, se dará, no entanto, no segundo pós guerra, num contexto social e político onde o enorme contingente de internações psiquiátricas e de cronificações perturba os esforços nacionais de reconstrução. Instala-se uma política de recuperação dos “doentes mentais” visando sua reinserção nos processos sociais produtivos, ou seja, uma normalização de sua existência em sociedade. A humanização dos asilos, as terapias grupais e breves, a terapia ocupacional, etc. são recursos criados ou experimentados com esses objetivos. Nesse momento da história da psiquiatria, ela precisa de uma teoria sobre o psiquismo, sobre seu funcionamento dinâmico, para que possa intervir.

Na década de 60, surge nos Estados Unidos da Guerra do Vietnã a conseqüência sistematizada dessa reforma psiquiátrica, que teria enormes repercussões na vida social como um todo, e também, porque não dizê-lo já, uma determinação decisiva na história da Saúde Mental no Brasil: a Psiquiatria Preventiva. Estamos na época do grande boom do uso de drogas, do movimento beatnik, do ressurgimento das gangues de jovens “desviantes”, da revolução sexual, enfim dos grandes problemas que esses novos comportamentos e valores representavam para um governo que se via ameaçado de perder o controle da situação. O presidente Kennedy propõe um Programa de Saúde Mental que se apresenta como alternativa ao modelo psiquiátrico clássico, implicando, no entanto, por seus próprios pressupostos preventivistas, numa extensão do campo de ingerência da psiquiatria: do campo de tratamento da doença mental, mais restrito, para o campo muito mais amplo da Saúde Mental, o que determina que uma infinidade de aspectos da vida social passem à jurisdição psiquiátrica. Por exemplo, os conflitos familiares, as angústias cotidianas (“neuróticas”), as inadequações escolares ou profissionais, etc. Qual o instrumento por excelência da prevenção da “doença mental” do ponto de vista da Psiquiatria? A psicoterapia. As teorias sobre o psiquismo se multiplicam, as linhas de intervenção psicoterápica se diversificam, os grupos - psicoterápicos, profiláticos e de reflexão - têm lugar privilegiado como dispositivo de intervenção.

Segundo Jurandir Freire Costa, esquematicamente, o modelo preventivista postula:

- a) um novo objeto: a Saúde Mental
- b) um novo objetivo: a prevenção da doença mental
- c) um novo sujeito de tratamento: a coletividade
- d) um novo agente profissional: as equipes comunitárias (e, nós acrescentaríamos, as equipes multiprofissionais).
- e) um novo espaço de tratamento: a comunidade
- f) uma nova concepção de personalidade: o indivíduo bio-psico-social

(Costa, 1989, p.24 / Amarante, 1994, p.128)

Nesse barco navegamos ainda hoje, ocorrendo no Brasil, particularmente em São Paulo, um fato curioso: fala-se em Saúde Mental, em prevenção, em indivíduo bio-psico-social, como se falasse do que de mais progressista pode haver no campo da Saúde Mental (que, aliás, continua mantendo essa designação). Justo ao contrário, “a prevenção dos transtornos mentais significa um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, de expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”. A inflexão que faz a passagem da arcaica profilaxia atada ao modelo asilar até o preventivismo contemporâneo, constitui parte do processo ao qual Castel chamou “aggiornamento” (Castel, 1978), que significa a existência de uma “atualização”, de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento de loucos até a moderna “promoção da sanidade mental” como a conhecemos agora.

Nesse processo compete aos saberes psiquiátrico e psicológicos mediatizarem a constituição de um tipo psico-sociológico ideal, o que traduz-se num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas” (Amarante, 1994, p.134-135).

E nossa Clínica Psicológica, a que se propõe?

Será que as diversas teorias e práticas da nossa Clínica não apontariam também para a existência de um “tipo psicológico ideal”, conforme esse ou aquele quadro de valores?

Será que ao falarmos insistentemente em profilaxia, quer dizer, ao mudarmos a ênfase do curativo para o profilático, não estamos justamente nos enredando, ainda mais, nas malhas da normalização e controle social?

Que tipo de instituição de saúde se faz com a manutenção da “Saúde Mental” como objeto de suas práticas?

A desnaturalização do campo da Saúde Mental e de suas práticas privilegiadas, como a psicoterapia, revela uma certa continuidade com o poder psiquiátrico que nos coloca uma série de questionamentos sobre nosso lugar social enquanto profissionais psi. E aqui é sempre bom lembrar que essas questões nos implicam a todos imediatamente, independentemente da linha a que pertencemos.

III- Seria o exame crítico do saber e prática psiquiátricos e psicológicos uma forma de intolerância?

O que é a Psiquiatria? Talvez a resposta mais imediata, mais natural que nos ocorra seja que a Psiquiatria é a especialidade médica que trata das doenças mentais, assim como a Endocrinologia trata das doenças endocrinológicas, por exemplo.

Porém, é mais uma vez o recurso à história que vem complexizar o que parece tão cristalino: a Psiquiatria não nasce com a Medicina. Ao contrário, surge tardia e problematicamente enquanto especialidade por uma razão às vezes desconcertante aos nossos modernos olhos para a loucura: a Doença Mental não existia antes da Psiquiatria. A concepção da loucura enquanto doença é recente na história. Ela data do séc. XVIII e nasce junto com a criação da Psiquiatria, sua condição de existência.

As condições históricas que permitiram, e mesmo exigiram, essa redefinição da loucura e a designação da medicina como instituição socialmente legitimada para exercer seu controle, são complexas.

Resumidamente, podemos mencionar a reordenação social proporcionada pela Revolução Francesa, que ao instalar o Estado de Direito estabeleceu os direitos do cidadão, criando a contradição entre a liberdade do indivíduo e a segurança da sociedade em seu conjunto. O sujeito do direito é por definição um sujeito livre e lúcido, responsável por seus atos, e uma sociedade fundada sobre a idéia de homens racionais é obrigada a excluir a desrazão. Assim, a revolução francesa ao libertar das casas de internação todos os miseráveis, compreendendo que as internações representavam um modelo da antiga opressão, não pôde liberar os loucos, cuja internação tornou-se exceção ao direito do homem.

Se a nova ordem social tenta ordenar a desordem da loucura isolando-a, é necessário criar um novo saber sobre a desrazão, suas causas e seu funcionamento: essa tarefa foi delegada à medicina. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção de terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e remédios. Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizaria esta prática clínica. O asilo é criado tornando-se o lugar adequado para a realização dessa cura (Birman, 1978). Só então a exclusão passa a ter caráter de internação e adquire o significado de uma intervenção médica.

A loucura, interpretada como fenômeno religioso na Idade Média, vista como um mal que vem de fora encarnar o sujeito como possessão, ao ser incorporada ao campo da medicina, passa à categoria de doença mental, fenômeno interno ao sujeito, tornando-se então passível de tratamento.

A Psiquiatria, no decorrer dos sécs. XIX e XX pretendeu legitimar seu saber a partir do modelo médico de doença, o que implicou na tentativa de buscar uma causalidade orgânica demonstrável, tentativa essa sempre fracassada. Nesse sentido, assistimos hoje a uma enorme ofensiva da Psiquiatria, através de um deslizamento da lesão anátomopatológica para a disfunção neuroquímica ou neuroendócrina como causa suficiente para a explicação da loucura. Além disso, cada vez mais comportamentos humanos em sua variedade e singularidade são categorizados como “quadros” que demandam atenção e intervenção psiquiátrica. Por exemplo, no DSM-IV, o último código de classificação de doenças mentais adotado internacionalmente, figura por exemplo o tabagismo!

A incessante reformulação das classificações nosográficas no interior da teoria psiquiátrica refere-se à “atualização”, sempre necessária, de categorizar o que socialmente se percebe como conduta desviada, fora de norma, enquanto patologia. A doença mental como “conduta desviada” exige definir o normal, colocando-se aí toda a ideologia do operador. A psiquiatria se constituiu e se reproduz como agente de custódia daquilo que no social vem

definido enquanto norma. Nesse sentido, embora aparentemente responda a questões de tratamento de doenças, a psiquiatria responde antes a um mandato social de exclusão da diferença.

Assim Pinel, o psiquiatra pioneiro a quem é atribuído o gesto mítico de liberar os loucos das correntes ao declarar que não eram criminosos, mas apenas doentes, defendia a tese, de grande aceitação, de uma etiologia moral das doenças mentais à qual correspondia um “tratamento moral” das mesmas. O paciente era alvo de uma correção, um tratamento de suas “paixões”, sendo sua “cura” obtida através de sua infantilização e culpabilização (Foucault, 1968).

Ora, não é raro testemunharmos hoje situações semelhantes. Um exemplo banal, mas por isso mesmo bem conhecido é o tratamento dispensado às crises, principalmente em mulheres, pejorativamente qualificadas como “histéricas”, como sinônimo de simulação, engano, falta de controle que precisa ser mantido a qualquer custo...

Neste processo se constitui também a Psicologia, que surge no séc. XIX em estreita relação com o processo que culminou com a definição de loucura como doença mental: a nova sociedade liberal precisa de um saber sobre o funcionamento da alma humana, seus limites e possibilidades, já que se assenta sobre a idéia de um tipo social ideal caracterizado pelo uso lúcido e responsável da razão.

É portanto, dupla a operação que funda o modelo asilar: discursiva e política. “Com a tradição crítica – representada originariamente pelo discurso cartesiano no plano do pensamento filosófico e pelo estabelecimento dos hospitais gerais no plano das práticas institucionais – a loucura foi não apenas expulsa do registro da verdade e definida como uma modalidade de erro da razão, como também foi excluída do espaço social.” (Birman, 1989, pg. 135). Enquanto profissionais, toda vez que nos posicionamos como detentores de um saber sobre o “paciente” (nome sugestivo) que nos procura, alienando-o de um saber possível sobre si mesmo, alienando-o de seu próprio desejo, todas as vezes em que atuamos excluindo a diferença, estamos sendo agentes de uma prática asilar. Vemos ainda que a oposição excludente que se costuma fazer entre tratamento medicamentoso, de um lado, e tratamento psicoterápico, de outro, desconsidera as continuidades (éticas, políticas, filosóficas) que se estabelecem já nos momentos de fundação de tais práticas.

#### IV- Por uma Clínica da Subjetividade

O percurso que nos levou da desconstrução da noção de doença mental à desconstrução da noção de saúde mental como “objetos” naturalizados das práticas psi nos coloca em sintonia com vários movimentos em curso no campo da Saúde Pública, mais especificamente no campo da assim chamada Saúde Mental, movimentos que buscam alternativas ao modelo manicomial ainda vigente.

Em relatório parcial de uma pesquisa ainda inédita (Amarante, 199?), Paulo Amarante faz algumas considerações sobre a expressão “alternativo” que aparece em vários documentos, artigos e propostas que tenham por objetivo a transformação do modelo manicomial. Aparentemente consensual, este conceito tem, na verdade, vários significados e é utilizado por “vários segmentos que militam na área de Saúde Mental em busca de reformas para o setor, muito embora representando interesses bastante diversos” (pg. 2). Observa então:

“1) A existência de um amplo movimento de técnicos, dirigentes, professores e investigadores da área, assim como de entidades da sociedade civil, empenhados na redefinição deste campo

teórico e prático de intervenção social, na construção de “alternativas em Saúde Mental” num movimento direcionado a uma reforma psiquiátrica;

2) Na pluralidade de propostas de transformação (pluralidade esta que é bastante significativa na área de Saúde Mental), que são originárias das múltiplas tendências ou correntes que têm referenciais de explicação e compreensão distintas sobre determinadas categorias fundamentais, como por exemplo, sobre o conceito de sujeito/indivíduo, ou sobre a relação do determinismo biológico ou social ou psicológico do processo saúde/enfermidade mental, para ficar apenas em duas, que estabelecem projetos muito específicos de intervenção.” (pg. 2)

Mas nós, trabalhadores da Clínica do Sedes poderíamos levantar duas objeções importantes a este modo de encaminhar e problematizar as principais questões da Clínica hoje.

**1ª objeção:** O que a Clínica do Sedes tem a ver com o campo da Saúde Mental Coletiva, com o campo da Saúde Pública?

É fato que a Clínica do Sedes historicamente vem oferecendo um tipo de serviço voltado a atender dois tipos de demanda:

a) a demanda produzida pela oferta de cursos de especialização em diferentes modalidades de psicoterapia: a demanda dos alunos desses cursos, que se vêem na contingência de testar, experimentar, treinar suas novas capacitações profissionais. Observe-se que esta demanda já é produzida por uma determinada concepção de formação, que postula como fundamentais para a formação clínica - em qualquer que seja a referência teórica em jogo - a teoria, por um lado e a prática clínica por outro. (Que esta prática clínica tenha que ocorrer na Clínica do Instituto já é uma questão que escapa aos propósitos desta análise, neste momento).

b) A demanda de um grande contingente de pessoas que procura os serviços da Clínica - o outro polo do serviço - em busca de “tratamento” para seu sofrimento psíquico, sendo que parcela significativa desta população o faz por não ter condição financeira para buscar um serviço particular e/ou por não conseguir acolhida para este sofrimento na rede pública de saúde. (As condições em que esta demanda é produzida podem se constituir em objeto de pesquisa. Fica aqui a sugestão).

Sobre o primeiro tipo de demanda - a demanda de prática clínica por parte dos alunos dos cursos - será preciso entrar em duas ordens de consideração:

1º) Qual a relação da teoria ensinada nos cursos e as práticas efetivadas na Clínica ?

2º) Qual a função social das diversas especializações em psicoterapia ?

A primeira consideração - relação teoria/prática - nos remete imediatamente a um dos “nós” apontado na Avaliação de Outubro/95, ou seja, de como nossa Clínica acabou se cristalizando em um tipo de clínica-escola que seleciona os pacientes para atendimento de acordo com os pré-requisitos dos cursos: só se atende pessoas mais “normais” em tal curso, em outro só cabem crianças com distúrbios de aprendizagem, em outro adolescentes problemáticos (mas não muito), e assim por diante. Faz-se então um recorte da clientela que possa satisfazer as necessidades dos cursos, que, por sua vez, portanto, acabam por reproduzir sempre os mesmos “ensinamentos” teórico-técnicos, já que excluem todos aqueles que não caibam em suas referências. O paciente passa a ter que se encaixar na teoria e não a teoria trabalhar a partir da clínica.

A Clínica, então, vem servindo mais como um palco para demonstração das teorias ensinadas nos cursos do que como um “laboratório” onde se possa pensar quais as teorias que estão se engendrando a partir das práticas.

O processo de avaliação de Out/95 parece ter levado a que uma parcela expressiva dos

trabalhadores da Clínica tenha feito uma opção política de romper com a clínica - palco - onde se representam teorias, para inaugurar uma clínica pesquisadora, experimentadora, que sabe que suas práticas engendram determinadas realidades psíquicas e sociais, que podem ou não ser teorizáveis, onde se utilizam as diversas teorias como caixas de ferramentas<sup>2</sup> que sirvam para fazer funcionar o dispositivo clínico.

Sobre a segunda consideração - a função social das diversas especializações em psicoterapia - nunca é demais lembrar que os cursos de especialização do Instituto Sedes Sapientiae surgiram, entre outros motivos, como alternativa às chamadas instituições oficiais de “ensino” de psicoterapias: às sociedades “oficiais” de Psicanálise ligadas à IPA, e à Sociedade de Psicodrama. (Coimbra, Cecília, 1995) Por sua opção política, este instituto se propunha, entre outras coisas, a ser um espaço de formação alternativo a um modelo elitista e privatizante de atenção ao sofrimento psíquico. Ainda está para ser escrita a história que revele como, partindo desta proposta, o Instituto Sedes passou a ser um centro de formação que tem por referência privilegiada as práticas psicoterápicas em consultório particular, referência esta que reproduz nos atendimentos realizados na Clínica do Sedes. Nenhum problema com isto, se o modelo do profissional liberal não produzisse a ilusão (para o próprio profissional e para o campo social) de que tal modelo não faz parte de uma ampla estratégia política de atenção à saúde deste ou de outro país qualquer, estratégia esta que, por sua vez, faz parte de um contexto político mais amplo onde se atribuem determinadas funções ao Estado e outras tantas ao livre mercado de oferta de serviços de saúde à população.

Não podendo fazer uma análise mais minuciosa desta questão neste momento, é preciso não esquecer, no entanto, que o Brasil é um dos países do mundo onde existe uma das maiores desigualdades na distribuição de riquezas, sendo reservado à pequena parcela da população que está no topo da pirâmide social o privilégio da escolha de serviços de saúde e educação, que são pagos. O restante da população (a imensa maioria) tem como única possibilidade o recurso aos serviços - de saúde e educação - oferecidos pelo Estado. A estes “costumamos” chamar de públicos, estabelecendo uma sinonímia entre serviço público (em saúde e educação) e serviço para pobres.<sup>3</sup> (E aqui nos re-encontramos com o segundo tipo de demanda explicitado anteriormente - sobre o tipo de população que procura a Clínica do Sedes. Mas certamente não é por esta razão que pensamos na Clínica como estando situada no campo da Saúde Pública.)

Atualmente esse quadro vem se modificando consideravelmente, seja pela retirada cada vez maior do Estado dos encargos da administração da Saúde e da Educação coletivas (efetivação das propostas de uma política neo-liberal), seja pela pauperização crescente da classe média que procura cada vez mais um outro tipo de serviço, crescente nas últimas décadas: o serviço oferecido pelos convênios médicos.

Aí o modelo liberal de exercício das profissões psi entra numa crise de proporções ainda não suficientemente avaliadas: há um esvaziamento crescente dos consultórios particulares, por um lado; por outro, uma desvalorização também crescente desses profissionais na Rede Pública de Saúde.

---

<sup>2</sup>“Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. nada tem a ver com o significante (...) É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma” (citado por Rodrigues, H. de B.C. - As intervenções grupais - Epistemologia ou História das Práticas, pág. 50, 1989 - Foucault, M. e Deleuze, G. - Os Intelectuais e o Poder, in Foucault, M. - *Microfísica do Poder*, R. J., Graal, 1979).

<sup>3</sup>Haveria que se empreender também a uma desnaturalização destes termos público e privado para ampliar os níveis de análise desta questão. Deixamos, porém, apenas indicada mais esta linha de investigação, a ser retomada em algum outro momento.

Certamente, os fatores econômicos não são causa para o novo quadro que se desenha. Só podemos pensá-los como co-produtores dos efeitos que traçam esse quadro. Sigamos um pouco mais em nossa análise.

Vejamos então: a oferta dos “bens” psi teve seu momento de apogeu no Brasil a partir da década de 70. Cecília Coimbra (1995) toma este “boom” como um dos efeitos do período mais repressivo da ditadura militar em que se produziu no campo social uma despolitização dos conflitos, um esvaziamento dos espaços públicos gerando uma simultânea e crescente intimização e privatização dos conflitos: o “mal estar da cultura” deixa de ser referido ao campo social e político e passa a ser exclusivamente referido a um interior de si mesmo, morada última da verdadeira verdade.

As diversas psicoterapias, por sua vez, não apenas reproduziam esse movimento de despolitização e interiorização dos conflitos, como ativamente produziam (e produzem) um modo de subjetivação correspondente a esse movimento - o modo indivíduo, dominante em nossa cultura -, como também passaram a produzir mais e mais espaços de intervenção psi: a infância, a família, a adolescência, o corpo, a gravidez e por aí vai.

E aqui passam a ser formuláveis algumas questões:

- Que efeitos estas práticas psi produziram no campo social?
- Que modos de subjetivação foram produzidos?

Podemos reconhecer um aumento significativo de singularidades, a presença de diferentes subjetividades ou houve apenas a reprodução e produção do modo indivíduo de subjetividade?

- No que este crescimento das práticas psi entre as ofertas de “bens de felicidade” contribuiu para a própria diminuição da procura deste tipo de serviço?

Estas perguntas marcam, por um lado, um horizonte de uma pesquisa contínua. Por outro lado, vale lembrar aqui a análise que Joel Birman faz do “Mal-estar na civilização” de Freud (1993). Nesse artigo, Birman aponta para as três saídas ativamente mais buscadas na cultura ocidental atualmente: as drogas, a religião e os medicamentos “à la” Prozac. As psicoterapias não figurariam mais como uma possibilidade de “salvação” do mal-estar na cultura. (Exceção seja feita a um certo tipo de psicoterapia que mistura elementos mágico/religiosos com a consigna “Conhece-te a ti mesmo”, presente, por exemplo, na chamada terapia das vidas passadas, eleita como mote de uma das novelas atualmente transmitidas pela Globo).

- Que mudanças estão se operando no campo social que acabam produzindo estas estratégias para se lidar com o “mal-estar” (drogas, religião, psicofármacos) e não tanto mais as vias que ofereceriam aos sujeitos supostos caminhos de “auto-conhecimento” e “mudanças pessoais” (as psicoterapias)?

Se as psicoterapias estão hoje em baixa, paradoxalmente o mesmo não acontece com a quantidade de profissionais psi jogados anualmente no mercado. O que temos a oferecer a esta população? Será que continuaremos, como polo de formação que também somos, a ignorar que as saídas analisadas por Birman são produzidas socialmente em resposta às angústias e insatisfações de um certo tipo de subjetividade dominante - o modo indivíduo de subjetivação -, subjetividade serializada que produz a ilusão de liberdade e autonomia individuais, mas que cria incessantemente um jeito de ser gente que transita no mundo como se estivesse dentro de um gigantesco super-mercado? Será que nós, profissionais psi, não temos nada a dizer e a fazer sobre esse estado das coisas e sobre as gentes que viraram coisas?

Dispomos de um instrumento poderosíssimo - uma clínica que pode transitar no campo da formação, da pesquisa e do atendimento -, mas só poderemos continuar a oferecer aos profissionais psi que nos procuram modelos de práticas privatizantes que desconhecem

ativamente as instituições<sup>4</sup> que as constituem?

Se estas questões apontam para a urgência de um processamento coletivo das mesmas, apontam também para uma dimensão do campo de Saúde Pública inusitada, mas no qual, queiramos ou não, estamos implicados<sup>5</sup>.

Estas últimas formulações sugerem algumas linhas de análise para a segunda consideração anteriormente formulada - sobre a função social das especializações em psicoterapia - que poderá servir como disparadores de uma ampla discussão a respeito.

Estas mesmas formulações já abrem para a problematização da segunda possível objeção que nós trabalhadores da clínica, poderíamos levantar sobre este modo de encaminhar as questões da Clínica.

**2ª objeção:** Mas nós, da Clínica do Sedes, não temos nada a dizer sobre o objeto da Psiquiatria. Nosso objeto é o sujeito, ou ainda, nosso objeto sempre foi a subjetividade, ou mesmo, nosso objeto é o indivíduo.

E aqui nos re-encontramos, em primeiro lugar, com a formulação de Paulo Amarante, que aponta como tais categorias - sujeito, indivíduo, subjetividade - são muitas vezes usadas indistintamente, como se tivessem o mesmo sentido, mas que são categorias fundamentais utilizadas em quadros teóricos de referência distintos que, por sua vez, estabelecem propostas distintas de intervenção.

Este também foi um dos pontos levantado em nossa Avaliação de Out/95, de como na Clínica do Sedes “convivem” diferentes concepções de “objeto” das práticas psi, faladas como se guardassem entre si uma relação de sinonímia.

Mas, pode-se ainda objetar, a clínica comporta várias linhas teóricas de abordagem psicoterápica e, obviamente, diferentes práticas e diferentes “objetos” destas práticas. Não nos propomos a conviver com as diferenças?

É verdade, parece que queremos conviver com as diferenças, mas precisamos saber, ao menos, de que diferenças se tratam.

Para tanto, propomos “inverter” um pouco a ordem da equação “a cada teoria corresponde um objeto e uma prática própria”, para formulá-la nos seguintes termos: cada prática engendra um determinado tipo de objeto, produzindo um campo de saber, de domínio e de competências próprias. Esta formulação evidentemente de inspiração foucaultiana, além de seguir o método de análise utilizado principalmente no processo de desnaturalização que fizemos da noção de doença mental, abre um campo de análise de dimensões imprevisíveis, que apenas podemos iniciar.

Vamos iniciar, no entanto, não pelas diferenças - tarefa com a qual as diferentes linhas são convidadas a se ocupar - mas pelas semelhanças.

Segundo Benilton Bezerra Jr. (1989) (dentre vários outros autores que se ocupam desta questão), a experiência subjetiva que temos de um “si mesmo” não é algo já dado, natural, que sempre esteve aí. Essa experiência de si mesmo fundada numa consciência de si é resultado de

---

<sup>4</sup>Instituições aqui devem ser pensadas como “criações históricas de práticas e discursos que instauram campos de real, assim como monopólios de legitimidade: criança/ pedagogia; doença mental/ psiquiatria; saúde/ medicina, etc.” (Rodrigues, Heliana, 1989, pág. 50).

<sup>5</sup>O conceito de implicação aqui está sendo utilizado no sentido que os analistas institucionais dão a este termo, ou seja, os vínculos e nexos que determinado campo de intervenção, incluindo no caso terapeuta e paciente, têm com as diferentes instituições constitutivas desse campo e, obviamente, dessas figuras (terapeuta e paciente).

um conjunto de práticas que a foram moldando durante séculos, produzindo o *homo psychologicus* moderno. Tomando os trabalhos de Mauss, Benilton Bezerra ressalta como a noção de pessoa, ainda que assuma diferentes configurações ao longo da história, apresenta um vetor que atravessa essas configurações: a noção de eu vai sofrendo um processo de individualização e internalização progressivos.

Benilton Bezerra, neste importante artigo vai utilizando referências a diversos autores para mostrar como o modo como nos percebemos como sujeitos livres, autônomos, cuja verdade última encontraria sua morada numa interioridade própria a cada indivíduo, é resultado de um processo secular na história da civilização ocidental.

Para os propósitos deste projeto, no entanto, vale ressaltar e citar o texto de Benilton, numa das referências que este faz às contribuições originais de Foucault na análise deste tema:

“Foucault foi talvez o primeiro a salientar o fato de que o indivíduo moderno era não apenas uma representação, um artefato ideológico da sociedade burguesa em ascensão, mas verdadeiramente um produto da nova modalidade de poder que ela instaura: o poder disciplinar. A inovação de Foucault nesse terreno foi a de mostrar como a marca da determinação histórica emerge no plano da idiosincrasia, produzindo efeitos que o sujeito apreende como sua própria natureza. As técnicas disciplinares revelam, então, não só o lado controlador e repressivo do poder, mas sobretudo sua faceta criadora, produtora de um certo tipo de subjetividade cuja afinidade com a ordem social emergente pode então ser assinalada. Este fenômeno pode ser demonstrado: nos vários processos de individualização que, em torno do século XVIII, se produzem no continente europeu - individualização das figuras do louco, do criminoso, do delinquente, do corpo doente; na criação de instituições<sup>6</sup> voltadas para a manipulação individualizada de seus objetos de intervenção - o asilo psiquiátrico, os reformatórios, as prisões, o hospital, o exército regular; nas práticas individualizadas que sustentam estas instituições - a consulta com o psiquiatra, a individualização da pena, do espaço, a anamnese clínica, o adestramento militar especializado e assim por diante (Foucault, 1987; 1988; 1988a; 1981). No nível do conhecimento, dos saberes, as ciências humanas correspondem a uma das dimensões deste fenômeno de múltiplos tempos e múltiplas faces: a invenção do homem moderno “(ibidem, pag. 230).

O poder disciplinar analisado por Foucault traduz-se também num processo progressivo de **normalização** da vida social que assim produz um determinado modo de subjetivação, dominante em nossa cultura atual - o modo indivíduo.

Esta produção, portanto, é que vai dar condição de possibilidade para a emergência tanto do campo de saber inaugurado pela psicologia, como o campo de saber inaugurado pela psicanálise.

Ora, se tomamos o efeito indivíduo como “objeto” de nossas práticas, se esta configuração particular da subjetividade está no foco da nossa prática clínica e da nossa teoria, estamos justamente tomando por “natural” um “objeto” constituído por uma rede de saberes, poderes e práticas e, com isso nos afastando do ponto principal da questão: os diversos componentes que concorrem para essa produção.

E mais, não estaremos necessariamente formulando nossas questões, ao tomar este indivíduo como natural, de forma a criar novas naturalizações e falsas dicotomias, como por exemplo, quando falamos do **social** (outro ponto levantado na Avaliação de Out./95) como um campo a ser alcançado, como estando no polo oposto ao indivíduo? Falamos até, muitas vezes, de um social determinante de certas características individuais. Mas isto não difere de pensar o social como causa da doença mental, por exemplo. E como vimos exaustivamente, o social-histórico na verdade inventa, produz a figura da doença mental. Nestes termos, o social-

---

<sup>6</sup>O termo instituição aqui está sendo utilizado como sinônimo de estabelecimento.

histórico deve ser pensado também como inventor/ produtor do indivíduo.

Ora, ao mantermos estas naturalizações em nossas práticas e teorias, estamos necessariamente produzindo e reproduzindo um mesmo e só modo de subjetivação - o modo indivíduo.

Sabendo que esta análise apenas se iniciou, que muito temos a discutir e produzir sobre essa questão, ainda assim queremos propor um novo “objeto” para nossas práticas. Queremos propor que nos instalemos num lugar onde possamos pensar a existência de múltiplos modos possíveis de subjetivação. Queremos propor que nosso “objeto” seja a **subjetividade**.

E o que estamos entendendo aqui por subjetividade?

As formulações de Guattari neste campo parecem vir em resposta a várias de nossas inquietações. São dele as seguintes propostas de definição da subjetividade:

“O sujeito, segundo toda uma tradição da filosofia e das ciências humanas, é algo que encontramos como um “être-là”, algo do domínio de uma suposta natureza humana. Proponho ao contrário, a idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida”(Guattari)

Ou ainda:

“Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Para mim, os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção da totalidade de um ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo.

Uma coisa é a individualização do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social.

Descartes quis colar a idéia de subjetividade consciente à idéia de indivíduo (colar a consciência subjetiva à existência do indivíduo) - e estamos nos envenenando com essa equação ao longo de toda a história da filosofia moderna. Nem por isso deixa de ser verdade que os processos de subjetivação são fundamentalmente descentrados em relação à individuação” (ibidem, pag. 31).

As citações poderiam se multiplicar. Não é o caso. “O “caso” que queremos analisar é como ao definir a subjetividade como produzida, fabricada no registro do social, ao pensá-la como “matéria-prima de toda e qualquer produção” (ibidem, pag. 28), isto nos possibilita um locus radicalmente diferente do locus de um **terapeuta “neutro”** na relação com seu **paciente-indivíduo**.

Além de nos possibilitar formular uma clínica que tem “o sócio-histórico como constituinte e não o social como horizonte” (Rodrigues H. ,op. cit., pag. 44), além de podermos formular a “subjetividade como um dos efeitos do social e não como seu outro” (ibidem, pag. 44), estas propostas de definição da subjetividade nos implicam de maneira radicalmente diversa no campo do trabalho clínico: nós, investigadores da subjetividade, inevitavelmente produzimos **efeitos de subjetivação** com nossas práticas; queiramos ou não, nossas práticas servem para repetir o modo de produção da subjetividade dominante<sup>7</sup> ou podem servir para

---

<sup>7</sup>Subjetividade hegemônica ou dominante é um conceito de Guattari que afirma que “...a produção de subjetividades constitui matéria prima de toda e qualquer produção. As forças sociais que administram o capitalismo hoje entendem que a produção de subjetividades talvez seja mais importante que qualquer outro tipo de produção visto produzirem esquemas dominantes de percepção de mundo”. (Guattari, F. ; Rolnik, S., 1986, pag. 40).

produzir múltiplos modos singulares de ser gente.

Estas implicações radicais implodem com um suposto paradigma “científico” sempre almejado por alguns, seja na Psicologia, seja na Psicanálise, ao implodir com as próprias categorias de sujeito e objeto, remetendo-nos a um paradigma ético e político para nossas intervenções/ investigações/produções. Assim, a implosão da categoria de “objeto” operada pela assunção da subjetividade como “objeto” das práticas psi acaba por implodir também as falsas dicotomias sujeito-objeto, terapeuta- paciente, na medida em que esta operação possibilita a abertura de um plano imanente de produção e de inteligibilidade. Será neste plano que poderá ocorrer a emergência de mutações subjetivas nos encontros “terapeuta-paciente”.

“Enquanto privilegiarmos o *epistemológico* e o *técnico* em detrimento do **HISTÓRICO político e micro-político**, não estaremos, necessariamente, legitimando **SABERES-COMPETÊNCIAS-DOMINAÇÕES** ao invés de ampliar campos de **ANÁLISE E INTERVENÇÃO SOCIAL (E ISTO DE PACIENTES E TERAPEUTAS)?”- (Rodrigues, H, 1989)**

## V- O PRIVILÉGIO DAS PRÁTICAS GRUPAIS

Retomemos a proposta fundamental do projeto ético-político da Clínica: “implementar” um centro de atendimento, reflexão e pesquisa clínica em Saúde Mental, visando desenvolver uma praxis inovadora, metodologias e dispositivos terapêuticos alternativos às práticas dominantes e a seus efeitos normativos e alienantes.

Partimos da constatação de que nossos próprios saberes e práticas consagrados não conseguem escapar de produzir o modo de subjetivação dominante. Elegemos, então, o dispositivo grupal, como uma linha de fuga, na aposta de que pudesse ser um dos dispositivos que contemplasse nossos objetivos, assim como servisse de cenário privilegiado para colocarmos em análise nossas práticas e teorias.

Formou-se então um grupo de profissionais na Clínica, de diversos referenciais teóricos e de diversas modalidades de coordenação e experiência com grupos. Nossa tarefa era essa: justificar por que os atendimentos grupais teriam primazia nos atendimentos desta Clínica.

Primeira discussão: o que é dispositivo?

Fomos até Foucault e entre outras coisas, pudemos recuperar que os dispositivos são máquinas de fazer ver e de fazer falar. Então, vamos lá: como será que os grupos nos possibilitarão ver e falar, a nós e a nossos pacientes? Que efeitos os dispositivos grupais terão sobre nossas teorias e práticas?

Dispositivos também são compostos de linhas de forças que atravessam essas linhas de ver e falar mas que são invisíveis e indizíveis, misturam-se a outras. É a dimensão do poder que se compõe com o saber. Quer dizer que não basta termos “boas intenções”, mas tentarmos deslindar que saberes e poderes nos atravessam e exercemos no invisível e no indizível. Mas Foucault não para aí.

Ele descobre, por fim, linhas de subjetivação que compõem um processo, uma forma de produção - a produção de subjetividade -, que ocorre na medida em que um dispositivo a torna possível. É uma linha de fuga em relação às precedentes. É um processo de individuação que incide sobre os grupos ou pessoas e subtrai-se das relações de forças estabelecidas como saberes constituídos.

Isto traz duas consequências importantes: repúdio ao universal e a orientação no sentido

da mudança, da novidade, criatividade, transformação.

Pensamos que assim poderíamos tomar o grupo: como um dispositivo, tentando desembaraçar suas linhas de visibilidade e enunciação, deslindando suas forças de saber e poder, cartografando suas terras desconhecidas, buscando linhas de subjetivação onde o universal esteja sempre sendo desconstruído e a transformação processada.

Tudo muito bem, mas como justificar o privilégio do dispositivo grupal?

Muitas discussões resultam em um texto, e esse texto também aparece como dispositivo.

Cheio de imprecisões, reflexo de nossos atravessamentos, podem ilustrar o aparecimento de linhas de estratificação ou de sedimentação e linhas de atualização ou de criatividade. Processo nunca acabado (só poderia ser assim), nossa tarefa sobre a justificativa pela primazia do dispositivo grupal se justificou aí mesmo: foi nesse grupo de trabalho que muito pudemos ver e falar e constatar um necessário processamento dos poderes/saberes para poder advir a transformação. A perspectiva é, não de uma paralisia pelo despojamento de nossos saberes instituídos e a imprecisão das concepções alcançadas, mas de uma construção de pensares e fazeres críticos, implicados e implicantes.

Segue o que nos foi possível:

Para iniciar devemos responder basicamente a duas questões: o que entendemos por grupo e por que grupo? Certo. Então estamos falando de estrutura e função dos grupos? Mas como falar de estrutura se podemos desconfiar que aí já estamos caindo na armadilha dos enclausuramentos e das dicotomias que segmentarizam os pensamentos em polos de verdades?

Poderíamos mudar as palavras, para sentirmo-nos mais aliviados se falarmos em configuração, uma estrutura provisória que sempre muda de contornos, rizomática quem sabe, mas estaríamos deixando de pensar estruturalmente? A estrutura é imprescindível e inevitável?

Resolvemos deixar assim em fermentação.

Nossas associações sobre o grupo continuam e surgem falas sobre o que acreditávamos que o dispositivo grupal pusesse em movimento: tomada de consciência. Mas, o que é isso? seria atribuir algo a priori que está inconsciente? Um já dado que só precisa ser enunciado? Essa tomada de consciência seria necessária e suficiente?

Algumas colocações defendiam o dispositivo grupal como uma tentativa de escapar de um modo de subjetivação hegemônico impregnado pela idéia do indivíduo, uno, intimista, identitário. Para isso, precisaríamos romper com concepções sobre os grupos que os tratam também sob esse enfoque "o grupo como uma entidade", que proporiem uma falsa resolução das discussões sobre o privado e o público, o indivíduo e a sociedade. Ao invés disso, tratamos o grupo como um cenário privilegiado para a emergência das multiplicidades em cada um, que pudessem criar novas singularidades. Outra polêmica se faz em nosso grupo de trabalho: falar sobre singularidade ao invés de identidade nos leva ao quê? quais as diferenças e consequências? Qual a concepção de homem que estamos adotando?

Um texto de Guattari é citado: *"Identidade e singularidade são duas coisas completamente diferentes. A singularidade é um conceito existencial; já a identidade é um conceito de referência, de circunscrição da realidade a quadros de referência... a identidade é aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável. Ora, o que interessa à subjetividade capitalística, não é o processo de singularização, mas justamente esse resultado do processo, resultado de sua circunscrição a modos de identificação dessa subjetividade dominante"*.

Não podemos afirmar se as várias perspectivas existentes na Clínica - a

fenomenológica-existencial, a psicanalítica, reichiana, construtivista e outras – trabalham com a questão da identidade enquanto fechamento, coisa acabada, ou se referendam um processo ativo e contínuo de recriação de si mesmo, pontos de proximidade com a proposta de singularidade, e do caráter processual da subjetividade. Esta é uma questão a ser colocada constantemente para nossas práticas e teorias, tarefa coletiva a ser realizada pelo conjunto dos trabalhadores da Clínica.

Uma outra inquietação se faz presente e gostaríamos de nomeá-la, pelo menos: não estaríamos correndo o risco de, ao quisermos sair do encarceramento da interioridade, entrar num novo aprisionamento com bandeiras políticas? Risco sempre presente, como tantos outros nem sequer nomeados, sabemos que não existem garantias para as apostas que estamos fazendo com este projeto.

Queríamos muito ter mais espaços do que essas páginas para podermos percorrer o histórico de todos os estudos que se tem feito sobre os grupos, deixar mais visível como o estudo dos fenômenos grupais tem sido explorado pelas concepções dominantes. Citando, rapidamente Romero, R.: *"...os psicossociólogos terminaram como gerentes de relações humanas, organizando artificios para reduzir os conflitos e aplacando as inquietudes daqueles grupos que chegavam a questionar a organização vigente. Desta forma, para citar uma expressão de Osvaldo Saidón, um certo "ópio psicológico" chegou a velar mais do que desvelar, ocultou mais que descobriu, o intrínseco do grupal" (pg. )*

Quem sabe possamos, numa Clínica que se pretende mais do que uma mera prestadora de serviços e reprodutora ou mesmo produtora de práticas atravessadas por concepções alienantes e submetedoras, nos atrever a pensar e fazer grupos, auxiliados por vários autores que se colocam nessa mesma perspectiva. Grupo entendido não como um-todo-formado-de partes, que cumpre a função de intermediar a difícil relação entre outros dois todos - indivíduo e sociedade. Esses saberes sobre os grupos, o indivíduo e a sociedade derivam todos de um mesmo modo de produção totalitária e identitária. Esse modo-indivíduo, indiviso de subjetivação não existiu desde sempre. Ele é datado dos séculos XVII e XVIII e persiste até os nossos dias, derivados do liberalismo econômico, do crescimento das cidades em detrimento das atividades campesinas, da difusão das idéias iluministas, do movimento romântico, da ampliação e difusão do papel do Estado, da separação das esferas pública e privada, das mudanças do papel das instituições como a escola, e do estabelecimento de uma polícia médica.

Os grupos, então, estados de invenção de novas cenas, não garantem por si sós essa invenção. É necessário, para tanto, pensá-los como dispositivos abertos a permanentes conexões, como máquinas, como acontecimentos que, ao irromper, desmancham territórios cristalizados de saberes constituídos. Portanto, diferentemente de muitas tentativas de teorizações sobre os grupos, pretende-se contatá-los, não como verdades-a-serem-apreendidas, mas como um convite a novas conexões, onde o coordenador dos grupos se desloca do lugar de "decifrador" para ocupar o lugar de "conector" ou "plugador" que transforma o grupo dispositivo em instrumento para sua caixa de ferramentas, como o entende Gilles Deleuze. Essa forma de pensar os grupos é uma tentativa de desnaturalizar os lugares absolutizados dos indivíduos no confronto com outros que também se acreditam indivíduos-identitários.

Como diz Foucault: *"o que é preciso é desindividualizar pela multiplicação e pelo deslocamento, pelo agenciamento de combinações diferentes. O grupo não deve ser o elo orgânico que une indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de "desindividualização" (pg. )*

O que importa nessa proposta não é exclusivo dos grupos. Trata-se de colocar em operação modos de produção de subjetividade que escapem dos

modos-indivíduos-privatizantes-intimistas através de modos-grupos-múltiplos-coletivos. E para encerrar, uma feliz citação de Regina Benevides de Barros ( , pg)

*"Às portas do século XXI, quando observamos o crescente processo de individualização e privatização das práticas sociais e psíquicas, pensar "o grupo " nos aparece como possibilidade de colocar em questão a problemática da economia do desejo, dos processos de subjetivação e, quem sabe, chamar a atenção para a urgência de se criar novos laços de solidariedade, de alianças, de cidadania."*

## VI - Justificativa para a criação de um corpo clínico estável na clínica

A idéia de um corpo clínico estável<sup>8</sup> nesta clínica não é nenhum pouco recente. Desde os primórdios do Novo Projeto de Clínica do Instituto (concepção 92/93 e implementação 94) a questão da explicitação de conceitos fundamentais tais como de Saúde/Doença Mental, Clínica Social, Profilaxia, etc., e a questão da constituição de um corpo clínico "estável" que pudesse dar conta de processos clínicos, sempre estiveram postos como componentes fundamentais da possibilidade de transformação da Clínica.

Hoje, podemos até conceber que talvez tenhamos começado a implantação do projeto pelo esqueleto global sem que os músculos e as vísceras estivessem lá para a sustentação do mesmo. Em uma visão de processo, porém, é possível constatar que fizemos naquele momento o que foi possível: "**reformas**" numa clínica que dependia exclusivamente do trabalho terapêutico dos alunos dos cursos, em uma **Instituição** que, como qualquer outra, requeria ser trabalhada para poder assimilar mudanças mais radicais.

Compusemos, sim, um "corpo clínico" para o trabalho de recepção e triagem. Porém o produto deste trabalho, as vivências angustiantes dos triadores e dos centros clínicos com relação à falta de condições de dar destinos razoavelmente satisfatórios para os pacientes e para os processos clínicos por eles iniciados na triagem, nos repunham incessantemente a questão da ausência de um corpo clínico, abrangente, e por conseguinte, ausência de condições para resolver os problemas altamente comprometedores do ponto de vista clínico e ético, por nós sinalizados desde o início.

Em linhas bem resumidas, este foi o pano de fundo do movimento de avaliação realizado em 1995: a angústia diante do pequeno alcance em termos clínicos, das mudanças por nós operadas no conjunto da Clínica; mudanças que, no entanto, produziram repercussões razoáveis no plano mais global do Instituto. Uma angústia calcada na constatação de que **faltava clínica na Clínica**.

O que queremos dizer com: faltava clínica na Clínica?

Certamente, não nos referíamos à falta de atendimento propriamente dito de pacientes. Isto implementávamos. E convém esclarecer que este montante de desconforto dizia e diz respeito à parcela da Clínica que funciona numa relação de dependência muito acentuada com os cursos/departamentos e os seus alunos terapeutas. A parcela Núcleo de Referências funciona de maneira diferente e ali o desconforto é outro: ausência de financiamento para os projetos em execução e não ausência de clínica nos seus projetos.

Com isso, vamos nomeando duas porções desta Clínica: a porção **Clínica de Cursos/Clínica Escola** e a porção **Núcleos de Referências**, cada uma com seu modo singular de funcionamento.

O "modo Núcleo de Referência" a nosso ver é o que mais tem se aproximado de uma **Clínica Social**, alicerçada em um **Projeto** levado a cabo por uma **equipe** multidisciplinar de

---

<sup>8</sup> "estável" aqui no sentido de permanente no tempo e não nas pessoas que o compoñham.

profissionais, **recebendo** pacientes, **triando-os**, discutindo as diversas situações clínicas em **reuniões de equipe**, delineando **projetos terapêuticos** dos mais diversos para cada paciente, designando terapeutas da equipe para o **atendimento**, e **acompanhando** o processo terapêutico a partir de **reuniões clínicas horizontais** sistemáticas, **supervisões** eventuais com profissionais contratados, enfim, **equipe** dando destino às demandas, cuidando do paciente desde o momento em que ele entra até sua saída, alta, transferência para outra instituição, etc.

Este modo de processamento é o que não temos na “porção Clínica Escola”. Esta perspectiva de conjunto está distante do seu horizonte de possibilidades, a permanecer esta estrutura.

Na “porção Clínica Escola”, por mais que tenhamos gestado e implementado mudanças, produzido mecanismos de aproximação com os cursos (através, por ex, da instituição de um responsável de curso pela Clínica que participa das reuniões semanais dos centros clínicos e das reuniões gerais), mecanismos de aproximação com terapeutas e supervisores, coordenadores de projetos específicos de atendimento clínico, e apesar dos efeitos mobilizadores que estas aproximações tenham produzido no interior dos cursos, continuamos muito longe de poder garantir níveis satisfatórios de resolução para os problemas apontados no início da implantação do Novo Projeto e potencializados nos anos subsequentes de funcionamento. Se a isso somamos as novas problemáticas e metas que foram se delineando no decorrer destes tempos, o grau de irresolubilidade fica mais evidente ainda.

Temos conseguido implementar um processamento clínico bastante cuidadoso até o final da triagem. Depois disso a clínica como que se “pulveriza”. Os pacientes são distribuídos para um grande número de terapeutas através de procedimentos quase que administrativos, dado o número de mediações estabelecidas entre o paciente e o terapeuta, e estes terapeutas mantêm-se articulados quase que exclusivamente com os professores e supervisores de seus cursos. Com a Clínica a relação continua ser de comprometedor exterioridade. No máximo, algumas poucas normas são respeitadas.

Ao “receber” e “decidir” solitariamente, no máximo na companhia de seu supervisor, se fica ou não com o paciente, o terapeuta lida com o mesmo como se fosse um paciente “seu”, de consultório particular, objeto a ser “tomado” ou deixado, circunstancialmente alocado numa instituição que desconhece ou conhece muito pouco. As questões institucionais são mantidas “fora” do contexto terapêutico e as normas da Clínica são vistas como burocráticas, impeditivas de um fluxo mais ágil de distribuição de pacientes.

Numa junção como esta, muitas clínicas são exercitadas, muitos modelos de atendimento são postos em prática, modelos que não dialogam para além do espaço solitário de formação dos cursos de origem; muitos pacientes são “tomados” sem que seja possível acompanhar de maneira conseqüente o seu processo clínico-institucional, sem que seja possível “cuidar” de maneira satisfatória do percurso de um paciente que recorreu à Instituição Clínica do Sedes e não a um outro terapeuta em particular.

A “pulverização” da Clínica na porção Clínica Escola, é fruto em grande parte da total desarticulação daqueles que clinicam - os terapeutas alunos - com a Clínica/Projeto mais global de trabalho na área de Saúde Mental, responsável pela vigência de padrões éticos de atendimento, delineados e aprovados pela Instituição Sedes.

Na solidão das “recepções” dos pacientes e dos “segmentos clínicos” a eles proporcionados, muito da Clínica se perde. Pacientes deixam de ser atendidos sem que os centros clínicos tomem conhecimento imediata ou rapidamente para necessárias providências de reencaminhamentos; pacientes gravemente comprometidos continuam na fila de espera dada a concepção corrente de que os alunos terapeutas são inexperientes para dar conta deles; pacientes são “devolvidos” no final do curso por mais que o contrato explicita a responsabilidade do terapeuta com a continuidade dos atendimentos findo o curso, etc., problemas que não se

resolvem, a nosso ver, com “legislações”, “contratos” (que estivemos tentando implementar durante estes tempos) entre partes contratantes que se colocam tão distanciadas entre si.

Uma maior aproximação terapeutas alunos/ Clínica-Projeto, passados dois anos e meio de funcionamento do Novo Projeto, tem se demonstrado impossível apenas mediante normas e procedimentos, reuniões semanais de Centros Clínicos com a participação dos responsáveis de curso pela Clínica, reuniões gerais da Clínica, etc.

O movimento de reflexão sobre nossa prática institucional e seus efeitos, tem nos apontado para a necessidade de implementar mudanças mais radicais no plano da “porção Clínica de Cursos”. É momento, a nosso ver, de ultrapassarmos o atual estágio de organização onde predomina uma “administração” das clínicas dos cursos, clínicas de alunos terapeutas que não têm tido maiores possibilidades de se comprometer com o trabalho de maneira diferente.

Está em perspectiva, neste plano da “Clínica de Cursos”, além de muito mais no plano mais geral da clínica, a possibilidade de ampliação dos horizontes de formação do terapeuta, através da organização e inserção dos mesmos em espaços onde o corpo a corpo com as questões institucionais, que são clínico-ético-políticas, possa ter lugar; espaços de continência, reflexão e troca sobre as dificuldades clínicas e institucionais relativas aos atendimentos específicos inseridos no campo da Saúde Mental em geral; espaços, enfim, onde a Clínica atravesse e seja atravessada por injunções possibilitadoras de processos com continuidade, criatividade em termos de produção de conhecimento e invenção de novos dispositivos. Espaços de trabalho em **equipes clínicas**, coordenadas por profissionais que tenham um envolvimento claro com um projeto de intervenção no campo da Saúde Mental aprovado pelo coletivo do Instituto e que possam dar sustentação e corpo para uma atividade clínica permanente e em permanente análise.

O nosso movimento atual em relação a “porção Clínica Escola” tem sido este:

1º - Trabalhar na direção da inserção dos terapeutas alunos em **equipes clínicas** de trabalho;  
2º - Montar um corpo clínico “estável” de profissionais que teria como uma de suas atividades fundamentais a coordenação destas equipes clínicas e a outra conduzir trabalhos clínicos diretamente. Um movimento de reestruturação através do qual possamos resgatar nossas disposições transformadoras delineadas anteriormente e alcançar objetivos que foram ficando mais claros (os mais antigos) ou tomando forma (os mais novos) no decorrer destes tempos.

Desde o início o sonho/desejo sempre foi o de ir muito além de uma simples “reforma” da Clínica de Cursos (os Núcleos de Referência concebidos desde o início atestam isso). Trata-se agora de dar mais um passo rumo à transformação da Clínica do Sedes como um todo em um espaço de produção, pesquisa, reflexão, análise e crítica dos modelos hegemônicos de atendimento em Saúde Mental. Espaço “laboratório” de pensamentos e de práticas viabilizadoras de uma política de Saúde Mental que seja de questionamento das rotinas burocráticas, da passividade, do caráter repetitivo e serializado dos modos de existência; uma política de enfrentamento dos projetos de remodelagem das subjetividades em vigor na nossa sociedade, rumo à “instauração de um novo modo de produção de subjetividade, uma produção aberta à alteridade, criadora a partir daí de novos sentidos, novas formas de expressão” (Guattari), numa perspectiva ética e não tecnocrática.

### Bibliografia:

1) Amarante, Paulo - Análise dos determinantes e estratégias das Políticas de Saúde Mental - O projeto da reforma psiquiátrica (1976 - 1987/ 1970 - 1990) - Relatório Parcial de Pesquisa - Fiocruz, ENSP, DAPS, NUPES, RJ.

Amarante, Paulo - O Homem e a Serpente - Outras Histórias para a Loucura e a

Psiquiatria - Tese de Doutorado, RJ, 1994.

2) Coimbra, Cecília - *Guardiães da Ordem - Uma Viagem pelas Práticas Psi no Brasil do Milagre*, Ed. \_\_\_\_\_, RJ, 1995.

3) Birman, Joel - *Um Futuro para Psicanálise?* in *Revista Brasileira de Psicanálise*, volume 27, nº 4, São Paulo, 1993.

4) Rodrigues, Heliana de B. de Conde - *As Intervenções Grupais - Epistemologia ou História das Práticas?*, RJ, 1989. (Xerox).

5) Bezerra Jr., Benilton - *Subjetividade Moderna e o Campo da Psicanálise* - in **Freud 50 anos de depois**. Org. Joel Birman, Ed. Relume Dumará, Rio de Janeiro, RJ, 1989.

6) Guattari, F; Rolnik, S. - *Micropolítica - Cartografias do Desejo* - Ed. Vozes, Petrópolis, 1986.

7) Foucault, F. - *Microfísica do Poder* - Graal, RJ, 1979.

8) Costa, Jurandir Freire - *História da Psiquiatria no Brasil* - Xenon Ed., RJ, 1989.

9) Santa Cruz, Maria Ângela - *O Sujeito Silenciado: Uma Crítica às Práticas em "Saúde Mental"*, in *Percurso*, nº 9, Depto. de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae - 1992.

Grupo responsável pela elaboração e escrita do Projeto Clínico-Ético-Político da Clínica do Instituto Sedes Sapientiae, conforme atribuição a ele designada em Reunião Geral (final de 1995)

1. Cleusa Pavan	12. Célia Aratani Nishimura *
2. Judith Berenstein	13. Denise Maria C. Cardellini *
3. Lia Lima Telles Rudge	14. Edson Takeama Miyahara **
4. Luciana Cartocci	15. Maria Elisa Pessoa Labaki *
5. Marcia Regina Porto Ferreira	16. Maria Lúcia Calderoni *
6. Maria Angela Santa Cruz	
7. Maria de Lourdes Trassi Teixeira	
8. Maria Zeneide Monteiro	
9. Mariângela da Fonseca Wechsler	
10. Nayra Cesario Penha Ganhito	
11. Roberta Bertone	

Obs:\* Inclusão no final das discussões não tendo participado da redação do projeto.

\*\* Saída no início do ano 1996, não tendo participado da redação do projeto.