

A CLÍNICA AMPLIADA DA "COISA MENTAL": DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SUBSTITUTIVIDADE - PARTE I

A intenção desse programa é ser voltado aos profissionais que atuam na saúde mental. A intenção é discutir a clínica que se faz no âmbito do que se chama da rede psicossocial. Essa clínica é sempre uma clínica muito desafiadora. É uma clínica que surge com o desafio da substitutividade e da desinstitucionalização. Dois desafios. É uma clínica que com o decorrer do tempo foi ganhando o adjetivo de ampliada.

(1:48) Quando a gente fala clínica ampliada, quando esse adjetivo se associa a ideia de clínica, é porque denuncia que existia uma clínica restrita. Porque o contrário de ampliada é restrito, então existia uma clínica restrita.

(2:21) Existia uma tradição de clínica mental feita até o advento da reforma psiquiátrica e que após o advento da reforma psiquiátrica, o compromisso da desinstitucionalização e da substitutividade,. “Desinstitucionalização por quê?” Porque é preciso rever o modo instituído, institucionalizado, de lidar com pessoas com transtorno mental. “Que modo era esse?” o modo manicomial. Então uma clínica desinstitucionalizante se faz a partir de uma crítica histórica ao que foi a institucionalização manicomial. Ela tem o compromisso de ser uma clínica desinstitucionalizante, que faça a superação daquilo que a clínica institucionalizada, a clínica do cuidar com pessoas com transtorno mental feita nos manicômios tinha produzido até então.

Ela é uma clínica substitutiva, porque assume o compromisso de substituir as formas de fazer o que até então existiam pra cuidar das pessoas portadoras de transtorno mental. Substituir as ideias, os pensamentos, substituir os valores, as práticas. Então ela é uma clínica, de algum modo, ao mesmo tempo desinstitucionalizante e substitutiva.

(4:35) A reforma psiquiátrica só faz sentido nessa perspectiva. A reforma psiquiátrica brasileira é uma reforma que nasce na perspectiva movida pelo conceito, pela ideia, pela bandeira do antimanicomial. Então como um efeito da proposta antimanicomial, o combate, a luta contra os manicômios, vai gerar um dos segmentos, é um segmento técnico: um segmento do fazer clínico.

Nesse segmento, o antimanicomial é cultura, antimanicomial é arte,

antimanicomial é ética, antimanicomial é um modo de compreender a vida, antimanicomial é política, antimanicomial é muito amplo, tem sua expressão no campo jurídico, no campo legal, o antimanicomial é muito diversificado nas consequências.

Eu gosto de frisar sempre que o antimanicomial, ele produz um efeito na cultura, todos os âmbitos são tocados por essa ideia do antimanicomial. São tocados, são sensibilizados por essa ideia do antimanicomial.

Mas então, um dos segmentos que eu chamo às vezes de “a prova dos nove”, “a hora que a porca torce o rabo”, é a hora que você tem que demonstrar que você é capaz de produzir uma resposta, do ponto de vista clínico, que seja capaz de ser uma resposta desinstitucionalizante e substitutiva. Então a clínica que vai se construir e que a gente chama de clínica ampliada, é uma revisão sobre o que até então foi feito nos modos de lidar com as pessoas portadoras de transtornos mentais para que assim se estabelecer uma nova prática, novos fazeres.

(7:17) Importante dizer que essa clínica ampliada não veio para revogar todo conhecimento que existiu antes dela, mas veio suspender as autoridades que esses conhecimentos tinham na “praça”. O conhecimento da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia, da enfermagem, do direito. Todas essas áreas de conhecimento, a luta antimanicomial, a perspectiva de construção dessa clínica ampliada, ela não nega os conhecimentos que existiram até então, mas suspende a autoridade desses conhecimentos, para exercer uma crítica sobre esses conhecimentos. E exercer uma crítica sobre esses conhecimentos é ver o que é aproveitável, ver o que é que tem utilidade desses conhecimentos.

(8:41) “O que é útil da psiquiatria?” Penso eu, dentro da minha modesta experiência, a fenomenologia, que instrui uma certa leitura psicopatológica, ela parece muito interessante porque ela fala, tenta ter a intenção, teve a intenção de produzir uma psicopatologia que dialogasse dentro do ponto de vista da ontologia do sujeito da experiência, dos modos de sentir. Então essa fenomenologia até que pode ser legal. Pode dar umas ideias boas, não é?

(9:37) Estamos falando alguns encontros nossos, estamos esquematizando a questão do vínculo. De uma expressão importante que é a temática do vínculo. Sem dúvida nenhuma, a psicanálise tem papel importante ao colaborar para essa clínica ampliada, porque a psicanálise formulou conceito de transferência. Então o

conceito de transferência, ampliando esse conceito, agregando, revendo criticamente esse conceito, pode ser muito útil para pensar a questão do vínculo. Então não se trata de negar os conhecimentos que precederam, mas se trata de suspender a autoridade.

Significa que área de conhecimento nenhum vai poder funcionar com na base da “carteirada”. “Eu sou psiquiatra”, “Desenrole sua psiquiatria pra gente ver o que é bom. O que é da sua psiquiatria que só serve para produzir hospício. Mais do mesmo! A gente já produziu!”. Produzir hospício é muito fácil. Produzir formas de trancar pessoas, produzir formas de segregar pessoas, produzir formas de invalidar as pessoas, isso não serve para nós.

(11:20) A psiquiatria que vem tentar devolver esses costumes, esses pensamentos, esses valores, essas ideias, e reintroduzir essas ideias válidas no campo da clínica ampliada, a gente vai dar risada, a gente vai barrar. “Não topamos, isso não serve para nós!”. Não se trata de abolir a importância do conhecimento sistematizado, do conhecimento teórico, do conhecimento técnico sistematizado, mas se trata de questionar, arguir, suspeitar da sua autoridade, em nome de uma reinterpretação crítica desses conhecimentos para ver o que passa no crivo de desinstitucionalização e da substitutividade.

(12:30) Então essa bobagem de corporativismo, esse corporativismo infrutífero e cansado, estéreo. Esse corporativismo “os psicólogos”, “os enfermeiros”, “as assistentes sociais”, “os terapeutas ocupacionais”, “os psiquiatras”, “o meu lugar”, “a minha prática”, “nós, nós...”, nada! Não tem essa história de ter “nós”. Isso é corporativismo! Isso não vai levar a evolução do trabalho na perspectiva da clínica ampliada.

(13:19) Eu costumo dizer que Emerson, uma pessoa que gosto muito, fez uma contribuição importante, uma reflexão sobre a noção de núcleo e de campo. O Emerson, querendo nos dizer dessa clínica ampliada, dessa nova forma de conviver nas profissões em um campo comum, numa perspectiva da multiprofissionalidade (equipes multiprofissionais de saúde mental, essa é uma novidade do processo da reforma). Até então era monoprofissionais ou equipe biprofissionais psiquiatras e enfermeiros no hospício. Os psiquiatras mandam, os enfermeiros obedecem, a psiquiatria dentro do hospício. Sujeição da enfermagem a psiquiatria dentro do hospício.

(14:35) A reforma psiquiátrica introduz a ideia da multiprofissionalidade, equipe multiprofissional de saúde mental. Então convoca psicólogos, médicos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, depois amplia. Convoca também profissionais das ciências sociais, convoca profissionais da área da educação física, em algumas experiências até convocam, inclusive um profissional que não é nem de nível superior, mas cria novas categorias. Em alguns lugares até tem a categoria de oficinairo, que é uma pessoa que não tem uma formação universitária (ou as vezes tem). Redutor de danos já vem em uma segunda geração. A reforma psiquiátrica convoca também os redutores de danos, com essas novas categorias. Mas isso tudo é pra dizer do conceito de equipe multiprofissional, que é essa ideia que não vai ser mais um domínio de uma profissão, mas o domínio de várias.

(16:04) Qual a ideia de uma equipe multiprofissional? É que vamos ter múltiplos saberes concorrendo para esse fazer. O problema para a ideia da multiprofissionalidade é de que aqueles que já conquistaram seu lugar, no “time titular”, por exemplo médicos, psicólogos, enfermeiros, assistente social, terapeuta ocupacional (time titular). Reservas podem ter ou podem não ter. Eventuais temos educação física, cientistas sociais, pedagogos, professores de educação artística, músico terapeutas. Nós temos essa equipe. Terapeutas ocupacionais fazem parte da “equipe titular”, os antropólogos, são os cientistas sociais, fazem parte dessa equipe que eu estou dizendo.

(17:27) Por que eu estou brincando com essa metáfora de titulares? Para dizer assim, que tem certas coisas que a clínica ampliada trouxe, para a ideia da equipe multiprofissional, algumas são saberes e fazeres que tinham alguma tradição no campo. Tradição nem sempre boa, tradição não quer dizer boa.

(17:58) Terapia ocupacional nasceu dentro do hospício. A ideia é de que a loucura sai pelo suor. Se eu pusesse a pessoa para trabalhar, a loucura iria sair trabalhando. Estou brincando, mas a ideia de que gente doida deixar de ser doido. Não são boas tradições necessariamente. A tradição da psiquiatria, a tradição madrinha de que para tratar alguém tem que trancar, fechar, excluir da convivência social é a única forma de tratar das pessoas.

(18:33) Então não quer dizer de que o fato dessas profissões terem mais tradição no campo da equipe multiprofissional, não quer dizer que a tradição dela

seja boa, mas “antiguidade é posto”. No exército pelo menos funciona assim. antiguidade é posto: “Os que tem posição” .

(19:04) Então nesse sentido, essa parte da equipe, que eu brinquei chamando de titular, se sente mais “dona”, porque ela tem mais tradição. Mas essa tradição não tem necessariamente a ver com capacidade, competência ou com contribuição, que efetivamente, desde as suas áreas profissionais, desde as suas áreas do conhecimento teórico de suas profissões e que tem feito contribuições muito significativas e sistemáticas para a clínica ampliada.

(19:45) Interessantíssimo é o fato de que elas se sintam “mais titulares”, “mais donas da bola” do que os outros que estão entrando e tentando sempre com mais humildade, tateando, ‘não sei, estou entrando, não sei se posso dar palpite, não me sinto seguro’. O monopólio da conversa, a tradição da conversa da equipe multiprofissional é sempre num dialeto que gosto sempre de acentuar. Nesse dialeto, o 'psiquiatrês' através do conhecimento da (principalmente) nosografia psiquiátrica, o “psicologuês” e o “psicanalítiquês” também tem muita moral. O “enfermeirês”, tem alguma moral, o “terapeuta ocupacionês” também tem alguma moral, porque são profissões que se estruturaram dentro de tradições dentro do campo da saúde, e que dentro do campo da psiquiatria, do campo do que veio chamar saúde mental, elas foram beneficiadas por esse conhecimento. Por outro lado, os que estão entrando e querem contribuir, encontram como obstáculo a forma do que os que estavam já estabelecidos se sentem “donos da bola”. Então você que é da área da educação física, você se sente, deve sentir isso. Tem discurso que pode e você que tá em falta disso. Quer dizer: “quando você prepara equipes, tem que aprender o que eu sei”. O que sei é que sou psicólogo, sou psiquiatra, você tem que aprender um pouco disso que sabemos. “O que é que você sabe de psicopatologia? Não sabe nada? Coitado!”, “O que você sabe de psicofarmacologia? Não sabe nada? Coitado!”, “O que que você sabe de psicoterapia? Não sabe nada? Coitado!”.

(22:27) Por outro lado o psiquiatra também diz assim: o que que você sabe de psicofármaco? “Não sabe nada! Nenhum de vocês sabe nada sobre isso. “Quem sabe sou eu”. Alguém pode até dizer “eu sei”, mas quem assina, quem dá receita, quem prescreve “sou eu”. Também nós temos que pensar que esse conhecimento funciona também como uma forma de tráfico de poder político dentro das equipes.

Assim entram novos profissionais.

(23:30) Então quem que inventou isso, de o que que vai salvar os outros do hospício é que a gente junte profissionais e várias categorias profissionais? Eu costumo falar que a equipe multiprofissional, ela pode ser uma armadilha. Uma armadilha que captura os imaginários do que delas participam, imaginários sobre o saber, sobre o poder. Imaginários que não tem nada a ver com a eficácia, com a efetividade da participação de um determinado profissional na equipe multiprofissional.

(24:22) Assim estou dizendo, que existem equipes multiprofissionais que o psiquiatra não faria falta nenhuma, que o psicólogo não faria falta nenhuma, que a enfermeira não faria falta nenhuma. Tem tanta gente que está trabalhando em saúde mental, que não faria falta nenhuma. Sobre nenhum aspecto não faria falta. Nem pelo aspecto do seu capital de conhecimento, não faria falta pela sua dificuldade de operacionalizar qualquer coisa de útil, de significativo relativo à proposta de uma clínica ampliada. E não faria falta inclusive porque é um ser humano, às vezes muito desprezível. Porque está trabalhando na equipe de saúde mental tem chancela de que é alguém, gente muito mentalmente, muito pouco avalisável, gente muito sintomática, gente produzindo sintoma fazendo parte da equipe.

(25:38) Então essas coisas todas, elas existem. Então a gente fala às vezes da dificuldade, a dificuldade às vezes é que a equipe multiprofissional é uma armadilha. Os trabalhadores de saúde mental, nós precisamos ter coragem de arguir o fetiche da equipe multiprofissional. Nós temos coragem de arguir de juntar gente, a partir de competências chanceladas e designadas pelo currículo, ou pelo diploma, ou pela chancela universitária. Então nós precisamos pensar que a configuração do processo de trabalho, em saúde mental, precisa ser arguida, essa ideia de que nós somos agora, siameses, que “todo lugar precisa ter psiquiatra porque só ele prescreve”.

(26:44) Então a ideia de fato de “toda equipe de saúde mental, não pode ter equipe de saúde mental sem psiquiatra, é só ele que prescreve” . Se a gente quiser fazer saúde mental quem tem apoio das drogas, nós não podemos fazer sem a presença de um psiquiatra, porque legalmente só ele tem a autorização para prescrever; mas tirando isso, que se chama de prerrogativa. As profissões são assim, é uma prerrogativa da profissão, mas tirando essa prerrogativa da profissão,

da prescrição, nenhum outro profissional de saúde mental e dos novos fazem falta a priori.

(27:46) São áreas imprescindíveis a priori. O personagem é tomado a profissão, aquilo que a profissão apresenta como face pública. Aquilo que a escola de enfermagem produz como enfermeiro, aquilo como a faculdade de psicologia produz como psicólogo, salvas exceções, aquilo que a maior parte das escolas tem produzido como enfermeiros, psicólogos, como assistente social, como terapeuta ocupacional, como educador físico, como antropólogo, não oferecem a “prioristicamente”, nenhuma garantia de que a presença de alguém, saindo dessa formação é imprescindível para a equipe multiprofissional funcionar. Sobretudo se a equipe multiprofissional estiver comprometida com a produção de uma clínica que, seguindo o princípio da reforma psiquiátrica, antimanicomial, seja desinstitucionalizante e seja capaz de substituir ao manicômio.

(29:30) Então dito isso, que é uma falta, que eu sei que estou falando coisas aqui duras, é porque eu acho que só vamos conseguir avançar se a gente for capaz de superar o que é ficção. Reforma psiquiátrica precisa ser desinstitucionalizada. Essa reflexão que estou fazendo sobre equipe multiprofissional e de saúde mental, e a reforma psiquiátrica, acho que é uma reflexão desinstitucionalizante, ou seja, não estou comendo cartório nenhum, de chancela universitária do MEC, de direitos adquiridos pela constituição federal, não posso negar nada disso, mas não estou comendo de nada disso. Não estou aceitando essas verdades ficcionais, os artigos que ajudam a manter equipes de serviços que não são capazes de produzir o que deveriam produzir e não são capazes muitas vezes, como comecei a reflexão sobre as equipes multiprofissionais em saúde mental, a minha hipótese é de que nós estamos diante uma armadilha, de uma arapuca.

(31:10) E se a gente quiser fazer uma reflexão para avançar na reforma psiquiátrica, para desinstitucionalizar a reforma psiquiátrica, nós temos que por os “dedos na ferida” ou os “pingos nos i's”, nós temos que arguir isso. Dizer “alguém quer contestar? alguém quer justificar para mim que é imprescindível, que tem coisas que são essenciais, que a história garantiu?”, enfim, que as pessoas que apresentarem justificativas para contraditar o que eu estou propondo como reflexão aqui é isso. É para isso que exercitar um pensamento que seja útil para isso andar; “qual que é o nosso grande problema?” eu não sei o de vocês, mas é que os doidos

viviam trancados nos hospícios e muitos ainda vivem! Muitos de nós, muitos dos pais novos vêm de certa forma permeando por pugnando por uma transformação dessas relações onde as pessoas que sofrem mentalmente tem como resposta a internação manicomial.

(32:58) A internação hospitalar, a internação. Muitos de nós, desde os mais antigos ou os mais novos, estamos fazendo a reflexão sobre sofisticadas formas de recriação da velha masmorra, do velho hospício, do velho asilo mental, do velho manicômio, as modernas enfermarias psiquiátricas. Aqui é bom, pois estamos falando com um professor aposentado da UFBA, e nós um belo caso disso é que a 3B, a grande mudança qual foi, era que era 3A e passou para 3B, na história dela, é que um pequeno manicômio dentro do Hospital das Clínicas, um lugar onde se pratica uma péssima assistência psiquiátrica, uma deplorável assistência psiquiátrica. Eu diria para você que a eletroconvulsoterapia produzir num espaço que comporta discussão de eletroconvulsoterapia, poderia ser objeto da nossa disputa, mas não. Criticamente se pratica eletroconvulsoterapia, é na afirmação na crença absoluta, “é tecnologia por excelência para fazer o cuidar das pessoas que sofrem mentalmente”.

(34:55) O mal que faz treinar futuros psiquiatras dessa forma, é muito maior que apenas o bem. Então digamos ele aprender bem uma técnica que se aprenda sobre todos os cuidados, para evitar que uma sessão de eletrochoque seja mais nociva do que ela já é, isso é normal dentro do mal, um mal menor, mas não! E você banalizar ideia de que tudo que as pessoas não tem de habilidades para o desenvolvimento de uma intervenção clínica, elas concentram estamos falando da eletroconvulsoterapia, estão lá nas prescrições como já encontrei, prescrições de dez anos de carbonato de lítio sem um exame para dosar aquele lítio no sangue.

(36:13) E aí a gente tem depois, uma curiosa relação como posso dizer, demonstrada, fica de sugestão para algum de vocês mais modernos aí, entre a idade de óbito dos nossos usuários de serviços de saúde mental, uma investigação sobre a expectativa de vida de consumidores de antipsicóticos, anticonvulsivantes e a expectativa de vida desse grupo populacional. Tá aí uma sugestão para os epidemiologistas e que investigam a minha relação empírica com o campo, ela informa com muito susto, daqueles que tem sobretudo da geração que viveu nos hospícios, essa geração que viveu nos hospícios que ela tem uma faixa

de mortalidade por volta dos 50 anos, as vezes não chega a isso. Morrem muitos jovens que fazem usos continuados de medicações psiquiátricas e psicofármacos prescritos muitas vezes sem regulações. todos nós sabemos, é só pegar o prontuário dos nossos pacientes, Os esquemas de medicação as vezes são escalafobéticos. “Eu dou uma dosagem de haldol e dou mais haldol”. Hoje a prerrogativa para a manipulação de um dos campos farmacológicos mais simples, toda vez que existem os mais rudimentares de toda medicina. Rudimentares se a gente leva em consideração um numero de substâncias e as combinações entre essas substancias, vamos ver o repertório é bastante simples, eu diria até que qualquer sujeito de inteligência mediana pode manejar esse conhecimento com quatro ou cinco meses, se é um treinamento relativamente simples.

(40:00) Então, os poderes que estão associados, eles não tem correlação com a eficácia com a contribuição, qualidade que essas diversas profissões podem oferecer.

(Comentário)

(40:57) Originalmente, a psiquiatria produziu como máquina de tratamento o hospício. O hospício era a máquina de tratamento, a tecnologia de tratamento. O tratamento era ficar internado num hospício, num hospício se faziam coisas, e essas coisas eram feitas (já citei a terapia ocupacional, e sua condição originária o seu fazer no âmbito dos hospícios, através da ideia da laborterapia. Depois passada também a ressocialização no âmbito dos presídios se eu tenho gente amontoadada e fechada num lugar, “é melhor arranjar alguma coisa pra essa gente fazer”, (uma ocupação). Então é uma a ideia de ocupar as pessoas é uma condição que trata, faz muito sentido numa ideologia do capitalismo no qual “todos os que nascem usam todos os meios de produção, estão condenados a vender a sua força de trabalho”. Na sociedade onde vender a força de trabalho era a condição de ser uma pessoa digna , fazer parte, ser capaz de trocar, comprar e vender; então a ideia do trabalho nos hospícios, ela tem uma origem muito suspeita.

(42:50) As profissões tem origem muito suspeita. A enfermagem psiquiátrica, talvez merecesse um capítulo mais interessante. Porque dizem " É verdade, Pinel colocou todos lá dentro mas agora é um hospital". É o auxiliar de Pinel, que é o proto-enfermeiro, que trabalhava com Pinel, é o que fazia os arranjos e que tinha as

impressões. Pinel teve os louros de dizer varias coisas, filosofar sobre aquela máquina que estava engendrando, mas que supostamente o enfermeiro o personagem que veio proto-enfermeiro psiquiátrico teria sido o formulador dos arranjos do conhecimento e de que passa o dia ate hoje, passavam os dias dentro do hospício, pessoal da enfermagem que lidava.

(44:17) Então você tem ai um momento em que a máquina de tratar é o próprio manicômio. Isso só vai ser revertido no fim dos anos cinquenta, no pós guerra portanto, com o advento do início dos anos cinquenta, com o advento das primeiras tecnologias que efetivamente sem saber muito como, são capazes de produzir alterações no quadro da doença. Tudo o que se fazia, a balmo-terapia, imagens fantásticas, ou banho-terapia, que são máquinas de tomar banho, máquinas que passam girando e uma das giradas ele enfia a cabeça dentro d'água, outras que amarram, banham para descolar a pele desse sujeito, a pele começa a descolar, tudo são experimentações. Efetivamente são tentativas que hoje nos parecem muito estranhas, exóticas, que eram tentativas de tratar.

(45:56) Mas só no fim dos anos quarenta e início dos anos cinquenta é que as duas tecnologias inaugurais, com o poder de produzir interferências, é quando a psiquiatria vai começar a “se sentir uma medicina”. Quando não depende do hospício como maquina de tratar para se afirmar, se emancipar, para se descolar do hospital. Vai cair por exemplo a ideia da psiquiatria literal.

E essas duas tecnologias foram a convulsoterapia, a ideia de que originalmente o choque insulínico teria o poder de produzir um tipo de convulsão no sujeito, e essa convulsão (no resgate do sujeito), ele apresentaria alterações comportamentais remissivas, sintomáticas, que seriam interessantes.

A outra tecnologia, mais especifica é a eletroconvulsoterapia, que vai ser o top de linha da convulso terapia. Numa outra ponta, outra pesquisa, nós vamos ter o advento das primeiras drogas antipsicotizantes, entre as quais o nosso maior figura, tão antigo , tão pioneiros como um dos que foram de segunda geração de que foram desenvolvidas a ideia existem drogas que são capazes de produzir um efeito neurológico, que é capaz de produzir alguma forma de remissão sintomática.

(48:16) Só nesse momento é que nós vamos ter a ideia do psiquiatra liberal, um cara que pode sair do hospício e continua tratando doidos. Para essa história ficar justa, tem que se dizer que nos fins do século dezenove, em Viena, um cidadão

também neurologista está fazendo investigação com os exportadores e com os internos nos hospícios. Esse cidadão é o Sigmund Freud, que vai numa pesquisa de cunho particular produzir um acervo importante fundando um outro campo que é o campo da psicanálise e que vai ser patrona de uma outra tradição de cuidado, mantendo a psiquiatria a ideia de um especialista. Mas questiona Freud se o especialista dele pode já não estar servindo a nenhuma igreja, nem a igreja do ponto de vista instituição religiosa que é crítica ao debate com Fister que queria instrumentalizar a psicanálise na igreja protestante que fazia parte, ele diz “Eu suspeito, mas suspeito também da medicina”.