

A FORMAÇÃO PARA A CLÍNICA MENTAL: DESAFIO RADICAL DA REFORMA PSQUIÁTRICA - Partes I e II

Marcus Vinícius de Oliveira Silva

Parte I

Nós estamos aqui mais uma vez nos seminários livres “Clínica, com quê?”, atividade promovida pelo laboratório de estudos vinculados à saúde mental que conta com o apoio do CETAT e que se realiza aqui no espaço cedido pelo CETAT. Nós estamos iniciando o ano de 2014, tivemos uma fase experimental, e depois começamos regularmente as atividades dos nossos seminários. Os nossos seminários são despretensiosos, livres e gratuitos e estão baseados na ideia de que a clínica mental é algo que exige de nós a disposição do compartilhamento. A ideia é criar um espaço de compartilhamento e uma reflexão sobre o fazer com a clínica mental, é um recurso, eu diria que é fundamental para sobrevivência da própria clínica mental.

[1:46](#) Para a clínica mental sobreviver ela precisa ser traduzida em palavras porque essa dimensão simbólica é uma dimensão fundamental no próprio exercício da clínica. Então reunir os pares, reunir com aqueles que como nosso cartaz dizia “enfrentam o boi pelo chifre”, aqueles que estão na lida, aqueles que estão no cotidiano, fazendo esses enfrentamentos, reunirmos os que estão nessa condição e conversarmos sobre isso é condição de sobrevivência da própria clínica mental.

[2:40](#) Então é com essa ideia, com essa intenção e esse interesse que a gente organiza e mantém esse espaço; que bom que vocês vieram pois são as pessoas que vêm para participar do “Clínica, com quê?” é que são a razão e sentido para que o “Clínica, com quê?” possa existir. Da minha parte é um compartilhamento de uma caminhada, com essa matéria e com uma grande disposição de seguir participando do processo de reflexão sobre a clínica que se faz no campo da saúde mental, no campo da reforma psiquiátrica, no campo da luta antimanicomial.

[3:40](#) Eu tenho a convicção de que hoje a tarefa estratégica mais fundamental para o desenvolvimento da reforma psiquiátrica é o desenvolvimento, é a ampliação da competência dos fazeres clínicos. O resto vai ser portaria, instituições criadas,

formalidades mas efetivamente, a reforma psiquiátrica, cada vez mais é disputada na competência clínica, na capacidade de fazer o atendimento a pessoas que sofrem. Entendendo que o que define a clínica é esse binômio, de uma pessoa que sofre, que se dirige a outra pessoa, em busca de lenitivo, de ajuda, de apoio, de reconhecimento de seu sofrimento e a clínica é o que acontece nessa hora que alguém busca alguém porque está com processo aflitivo.

Então as reflexões que nós temos aqui, de alguma forma, têm andado na linha de desglamourização do fazer clínico. Nós temos uma comunidade de trabalhadores de saúde mental, que não param de crescer e se expandir, na medida que a vitória da luta antimanicomial trouxe ampliação dos lugares de atendimento aos loucos, os espaços de trabalho para as pessoas que lidam com profissionais de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais,icineiros de toda natureza, sociólogos, antropólogos, outros tipos que foram sendo agregados a essa equipe, redutores de dano, esse universo de fazeres que se nomeiam com fazeres de saúde mental, essa ampliação desses fazeres, do número de pessoas e essa comunidade de pessoas que se apresentam dizendo “Eu trabalho na saúde mental, eu trabalho com saúde mental”.

[7:11](#) Essa comunidade cresceu muito e os aspectos formativos relacionados com este fazer, nunca foram muito acentuados nos lugares originários onde essas pessoas obtiveram formação, da psicologia, da enfermagem que conheço o lado às vezes retrógrado da formação, eu sinto os efeitos até hoje a enfermagem está muito refratária a qualquer transformações ou paradigmas de cuidar do que ela desenvolve para a saúde biológica geral e que ela quer fazer uma adaptação para o cuidado mental, uma transposição para o cuidado mental (não é nem uma adaptação), nós podemos pensar na formação das assistentes sociais e pesem os modos originários. Aqui na Bahia através e interpretação sobre isso, mas no campo clínico também essa competência não é tão desenvolvida, já que entende-se que o fazer não tá voltado para o aspecto clínico. E assim se eu for, para antropólogos, sociólogos, o tema do como se colocar diante do sofrimento, diante de uma demanda de alguém que sofre, não foi, não é, não tem sido muito desenvolvido com preocupação nos processos formativos dos trabalhadores de saúde mental.

[9:56](#) Então por isso eu falei da desglamourização. A desglamourização corresponde ao esforço de dizer “tá tudo muito bom, bonito, interessante, porém está faltando alguma coisa, está estranho, tá tudo certo mas tá esquisito...”. E aí a

gente vê que essa esquisitice, essa estranheza, se reflete no cotidiano dos encontros, dos que sofrem, com os que supostamente são os seus cuidadores no âmbito das instituições das unidades do serviço que existem para atendê-los. A prática é critério de verdade. A prática é critério de verdade.

Se a gente quer saber sobre a verdade da clínica, a gente tem que perguntar da verdade dos encontros clínicos, sobretudo para os sujeitos que demandam por atenção, porque quando eu disse de glamourização é de que nós, essa comunidade, esses trabalhadores, esse grupo multiprofissional diversificado, nós conseguimos produzir discursos ou muito edulcorados, sobre o que fazemos dizendo que “uau, tá muito legal.. aconteceram coisas muito interessantes, tem sido muito rico” ou conseguimos produzir um discurso de muita desresponsabilização. Mas também não acontece nada e a culpa não é minha, tem alguém que deveria tá fazendo alguma coisa que não sou eu, e por causa disso o serviço não está funcionando.

[12:48](#) Então entre esses dois extremos... Mas é interessante porque quando você vai para os eventos coletivos, dia de luta antimanicomial, palestras, debates, tudo muito charmoso, revestido de um certo heroísmo, de uma certa aula de que todos somos muito melhores do que somos realmente, o esforço é esse. Como a gente pode em comunidade, como a gente pode ser capaz de fazer um acerto de contas com essa dimensão concreta que se traduz nos casos que atendemos, e casos estão sendo atendidos. Nós temos nomeações para fazer sobre o que é que nós fazemos porque somos pessoas de bem e pessoas decentes queremos trabalhar bem e acredito mesmo que somos pessoas empenhadas em produzir um bom trabalho... temos colhido muitos desencontros, eu diria que o espaço desse fazer, um espaço de hoje marcado pela desorientação e desencontro.

[14:55](#) Os resultados da desorientação e do desencontro é a culpabilização da nossa clientela pelos partos resultados do nosso trabalho. Então nosso problema é que as pessoas que atendemos “são difíceis, sem limites, complicadas, pobres demais, sem recursos”, elas tem uma série de características que justificam os limites do nosso sucesso; quando a gente não consegue sucesso a gente fala “ou é a instituição ou é o usuário”.

[15:50](#) E aqui no “Clínica, com quê?” a gente tem feito um esforço de focalizar no tema, nesse pólo fundamental que é o pólo do cuidador, de quem cuida. Perguntando sobre o cuidado, sobre o desafio desse cuidado, e também buscando

esse diagnóstico de desorientação buscando modestamente dizer: esse cuidado pode ser um cuidado que se orienta por alguns princípios, que não são monopólio de área, princípios orientadores de um fazer clínico do campo mental, um fazer que seja exigente, que seja tecnicamente eficiente e eticamente orientado.

[17:20](#) Então eu acho que aí a gente encontraria nosso ideal, nosso ideal de que nós pudéssemos produzir nossa ação no cuidar com essa tranquilidade de saber que estamos produzindo um cuidado tecnicamente eficiente e eticamente orientado. Acredito que se todos os serviços e equipes, reuniões de equipes, na sua dinâmica semanal, pudesse refletir se efetivamente os casos que as estão desafiando, quais são os recursos técnicos necessários para dar conta dele e quais são as observâncias éticas que a gente tem que aplicar a esse caso. E que a gente não queira passar pela tangente, mas que a gente entenda que efetivamente é possível de ser produzido se a clínica estiver orientada acerca dos elementos essenciais que produzem a sua verdade, uma pessoa que cuida, que ocupe seu lugar, que pergunta posso fazer a essa pessoa?

Você sabe ocupar esse lugar? Você está ocupando esse lugar? Você a partir de premissas justas, as suas premissas para ocupar esse lugar estão indo aonde? elas são no trabalho concreto, elas são razoáveis? Há uma expressão em medicina que é assim “ a clínica é soberana” os que são formados em medicina, a clínica é soberana, significa que se tiver gosto muito de citar esse exemplo: médicos estavam fazendo uma operação ele fez antes a tomografia, ultrassom, radiografia, era um paciente que chegou infartado, recebe esse paciente e manda fazer tomografia, mas tem que abrir o peito, com risco de vida, e quando ele abre o peito, consegue se destruir e quando ele vai fazer a costura do músculo cardíaco, o tecido muscular, ele dá o ponto e na hora que apertava o coração esgarçava um pouco... não tem como fechar o coração do sujeito e nessa hora ele manda um auxiliar sair de lá e comprar um tubo de “cola maluca”, “superbonder” e colou o coração do sujeito com superbonder. Isso é um caso verídico. Isso é uma loucura, não é recurso de criatividade da clínica soberana.

[22:12](#) Depois vem toda discussão. Será ético? Será procedimento? Como você explica esse procedimento dentro dessa cirurgia, é um recurso justo, tem substâncias na cola que possa fazer mal, é tóxica ao organismo, como fica.. Imagina a quantidade de coisas depois que o árbitro foi feito e pode ter surgido de

reflexões, inclusive podendo o cidadão responder pelo Conselho Regional de Medicina, ser completamente heterodoxo do ponto de vista do que ele fez, mas do ponto de vista clínico, não há o que reparar nesse sujeito. Tecnicamente eficiente, eticamente orientado salvar a vida do paciente, o recurso é o adesivo, a cola com todos os problemas que tem.

[23:34](#) Então quando se fala que a clínica é soberana, significa isso, a clínica é constituída por um marco, uma ação, um fazer justificado do ponto de vista técnico. Um fazer que tem uma discursividade, uma racionalidade, fundada na racionalidade técnica, ela tem, mas inclusive essa discursividade, fundada na racionalidade técnica que justifica o ato, a intervenção, ela não está acima do ato e da intervenção no que ele é capaz de produzir em direção aos objetivos e portanto à dimensão ética (qual o objetivo? para que é?). Isso é chamado em medicina de um ato heroico. Exige a coragem dos heróis, então é interessante porque isso coloca um lugar fundamental da discursividade, da racionalidade técnica que se produz como a discursividade que sustenta o ato, mas o ato em si mesmo tem uma verdade nos efeitos que ele produz; e essa verdade é que tem que se confrontar, ela não pede licença para ninguém, não se explica, não se justifica, ela é uma verdade no efeito da intervenção da ação que está posta ali.

Então com isso estou convidando a refletir sobre componentes que fazem parte de um pensamento sobre a clínica. Pensar sobre a clínica, não pode ser, não existe um pensamento sobre a clínica que possa estar fora de uma sustentação ética ou de uma sustentação técnica. Pergunto pra vocês: as nossas reuniões de equipe, quando elas desenvolvem discursividades explicitadoras dos fundamentos das bases técnicas da intervenção? Quantas vezes as nossas discussões clínicas são capazes de explicitar o raciocínio ético que o sustenta?

[26:55](#) Então, isso tem estado insuficientemente presente. Esse componente tem estado insuficientemente presente. Isso gera um tipo de reflexão, discussão profissional que é marcada profundamente por lógicas estranhas à clínica. Que lógicas são? Lógicas administrativas, corporativas, lógicas ilógicas. A irracionalidade como um componente que aparece nesse discursividade é um dizer alguma coisa que for examinado na racionalidade, é pobre, insuficiente não se sustenta em nenhum tribunal mais exigente. Mas às vezes como moeda comum na nossa troca de palavras, na reunião de equipe, escuta-se daqui, escuta-se de lá alguém que disse alguma coisa quiçá de onde tirou aquela ideia de jerico, aquela ideia

estapafúrdia. Mas essas coisas aparecem as vezes em reunião com status de que a democracia diz que a gente tem que ouvir todo mundo, que todo mundo tem direito de palavra. Eu gosto sempre de dizer: não tenho compromisso nenhum com a democracia, porque a democracia não se trata disso. “Tem regulamento! Como se diz no morro do rio de janeiro, tem regras, tem regulamento”. Se você está dizendo uma coisa que não se sustenta, desculpe.. você tem CRP, CRM, CREA, você tem um tanto de coisa, passou em concurso... desculpe. Tem regulamento a reflexão clínica.

[29:36](#) Então nós temos que buscar o esforço de produzir o esclarecimento dessas ideias, desses opiniões e pensamentos num campo plural, do nosso campo semântico, o campo do pensamento, o campo retórico que constitui o campo da clínica mental, ele tem muitas fontes. Algumas fontes estruturadas sob o formato de escolas, (formato de escolas como o behaviourismo). Alguém pode dizer: “Quando eu vou fazer a minha intervenção clínica, eu adoto algumas ideias que vem dessa escola, essa escola pensa assim”. As escolas de pensamento existem, a fenomenologia de patrimônio filosófico mais amplo que a reivindicação dos psicólogos, sem escolas psicológicas.

[31:25](#) Ou eu posso dizer que “eu manejo os conhecimentos da psicofarmacologia”, a minha clínica está usando para cuidar dessa pessoa, estou acionando essa reflexão fundada num conhecimento psicofarmacológico. Esse paciente toma lítio há 8 anos e ninguém lhe fez uma dosagem de lítio. Isso se chama crime de responsabilidade. Todo mundo pode ir pra cadeia, está colocando em risco a vida do sujeito...se você ler qualquer bula dessa medicação estará escrito que “está medicação nos testes que foram feitos para avaliar a possibilidade de ser usada por um ser humano, ela exige que aqueles que façam uso continuado, sejam submetidos à mensuração para perceber o nível do sal que compõe essa medicação, na sua corrente sanguínea, porque isso faz mal e pode levar até a morte”.

[33:05](#) Então eu posso usar um conhecimento do campo da psicofarmacologia, estou usando esse conhecimento num debate fundamentalmente que é um debate sobre o bem estar desse cidadão. Então vamos falar sério, vamos tratar o assunto da clínica como algo sério, algo importante vamos ser exigentes, vamos olhar para a miríade de informações que temos, vamos

organizá-las e manejá-las ao bem e interesse visando a produção do bem estar do sujeito que sofre mentalmente. Então é uma convocação obviamente ética.

[34:15](#) Então a clínica tem uma direção técnica que é separada da dimensão ética. Quando você exerce uma função sem saber exatamente sem ter explicitado na forma como você conversa com seus colegas, quais são os princípios que você adota, quando você faz isso, você está privando o seu paciente de se beneficiar da contestação do seu colega. Não é falar “rapaz, nunca ouvi falar sobre isso... no mínimo você vai ter que explicar esse seu pensamento”, não pode ser “ai não, não vou expô-lo”. Não vou expor o paciente! Não posso ter cumplicidade com a ignorância coletiva. Com isso nós fazemos um cumpliciamento com a ignorância coletiva. Vamos nos tornar uma espécie de máfia e não nos sentimos suficientemente preparados e não vamos apertar aqui num nível de exigência que ajuda orientar a ação para a intervenção clínica para que não também venham nos apertar demais.

[36:05](#) “Eu aceito as abobrinhas que você me diz sobre esse caso, e você aceita as minhas”. Eu falo abobrinhas, você fala e o sofrimento do sujeito? Às vezes, apesar das nossas abobrinhas pode até diminuir pelo que nós não sabemos das nossas relações clínicas. Ficamos surpresos, porque nós, a despeito de estarmos produzindo uma convivência muito sustentada a partir das abobrinhas, assistimos surpresos o nosso paciente melhorar por alguma coisa que nós fazemos e nem sabemos o que é, mas ele melhora, apesar de nós pensarmos a melhora e produz um desenvolvimento progressivo numa direção considerada melhor.

[37:16](#) Então isso é muito interessante. É muito interessante porque a desorientação é nossa matéria. Nós trabalhamos com pacientes, com sujeitos cuja sintomatologia mais característica que nos exige é a uma intervenção é desorientação, pessoas desorientadas. Então, nós cuidamos de pessoas desorientadas e às vezes nós somos desorientadamente ativos em direção a pessoas desorientadas. Estou falando um tanto de coisas aqui, que obviamente não se esgota e tem a ver com coisas que já foram trazidas e foram aos poucos colocadas nosso canal chamado “Clínica, com quê?” que tem essa gravação, ela pode ser assistida.

[38:50](#) Quando cotejado uns com o outros coisas que estão sendo ditas, as vezes supondo que foram tratadas e que ficaram insuficientes, eventualmente pode ter havido um outro momento que tratamos e localizado por isso recomendo as

peças que queiram mergulhar um pouco mais, e também fiquei preocupado com de repente ser tomado como muito pretensioso porque “quem produz dificuldade para vender facilidade?”... e como orientação é uma coisa que orienta aqui é de graça todas as terças feiras, e não é conversando comigo mas conversando entre nós. Eu faço essa intervenção e gostaria de ouvi-los, ouvi-las e também quando necessidade pode interromper, discordar, pedir mais esclarecimento, tudo isso tem funcionado assim.

Comentários (40:43)

[40:55](#) Mas então essa reflexão é para dizer, significa que o campo da clínica, nós precisamos edificá-lo melhor, dizendo “Quais são as suas bases?” e obviamente alguém poderá dizer, “mas a clínica psiquiátrica tem suas bases, a clínica psicológica e psicanalítica tem suas bases”. Geralmente quando se escuta isso você está vendo um psicanalista dizendo “mas as boas bases são as da clínica psicanalíticas!, são geralmente pessoas muito preocupadas com a clínica, aliás talvez no campo mental sejam os mais preocupados os que nomeiam assim, os que atribuem... porque efetivamente, entendo um certo conforto porque supostamente são herdeiros de uma certa metodologia, de uma certa tecnologia que faz do exercício da clínica também algo bem mais orientado.

[42:10](#) Então sem dúvida nenhuma, no mercado do pensamento, a psicanálise tem sido de fato muito requisitada porque efetivamente a nossa tradição de uma clínica mental, se torna possível num momento em que o experimento Freudiano de cuidar das pessoas, produz uma certa clareza sobre aspectos relacionados com esse cuidado mental. Isso já foi tratado aqui, é a reflexão sobre a transferência. A transferência criada; a ideia da transferência, não proponho que ninguém tenha que saber tudo sobre transferência mas compreender o fenômeno da transferência, “não quero saber da psicanálise”... Procure saber sobre o fenômeno do vínculo na psicologia social de Pichon Riviere, que também tem lá os elementos derivados, eu sempre digo, a minha impressão é de que Pichon buscou sair fora da captura da transferência imposta pela teoria da psicanálise ele conseguiu dizer “também quero tratar da relação” .

[44:57](#) Mas também poderia dizer para vocês que o Barret também fez orientação psicanalítica, criou um grupo no qual os profissionais a matéria só pobre

nos expomos para os nossos pares, tentando analisar como as nossas dimensões subjetivas interfere com o que vou fazer com as pessoas, o cuidado a oferecer o método Barrett, só para dizer que os fundamentos da clínica incorporam matérias relativas à compreensão do elemento ineliminável da clínica mental que é um tema da relação, um encontro clínico, a relação que se estabelece num encontro clínico, o modo como nós compreendemos a relação. Então é uma matéria que eu correria o risco de ficar repetitivo, retomando a conversa de um novo período, retomando essas bases... é a relação uma compreensão sobre a possibilidade de uma relação clínica, é a compreensão sobre os fenômenos que estão envolvidos no encontro de humanos com certas características, é de não tratar disso como um mistério, não tratar disso como uma caixinha de surpresas, ainda que nós saibamos que as relações são sempre surpreendentes, sempre podemos ser surpreendidos pela relação.

[47:29](#) A ideia de que vão acabar as surpresas com o conhecimento que nós possamos adquirir sobre dinâmicas da relação, vai deixar de ser uma “aventura de um motociclista vendado”, tentando passar; vai deixar de ser uma coisa do campo do milagre. Vai sair do campo do “efeito sazón”, tem um tempero que se chama sazón, a propaganda que dizia “é o amor”, é como as pessoas dizem “é preciso amor. O amor transforma coisas, é feito com muito amor”. Para gente sair de um nível tão elementar, tão básico, de pensar a relação em parâmetros tão ordinários.

[48:50](#) Parâmetros ordinários de gente ordinárias como nós. Parece que está xingando, a gente quando quer desqualificar alguém fala “você é muito ordinário”, ordinário é da ordem, é típico, é igual, “normaloide”, da ordem igual, ordinário, que não tem nada de diferenciação. Tampouco a capacidade para exercer bem a clínica, não vem de uma condição extraordinária, no sentido excepcional, que só alguns tem, que é uma vocação divina, é uma espécie de possessão, que ela consegue desenvolver uma sensibilidade e faz a coisa certa por causa disso.

[50:08](#) Então, nem tão ordinário nem tão extraordinário, nem tão efeito de um charme de um coisa que tem em mim, que as “pessoas gostam muito de mim”, “aceitam muito bem”, “tem um jeitinho de falar com as pessoas”... nem uma coisa, nem outra. Então o caminho seria o caminho de nós buscar os a partir dessa matéria as quais temos tanta intimidade, porque vamos combinar, estamos todos mundo atendendo atendendo gente. Orientados mais ou menos, estamos todos atendendo gente, propomos coisas para as pessoas, é isso que nos une, o nosso

fazer é fazer coisas com pessoas. Será que a gente pode produzir um distanciamento da personalidade que me toma, que me possui, quando estou trabalhando?

Parte II

Outro dia alguém usou uma expressão que me pareceu interessante que diz assim “Produzir uma espécie de um centro de comando das operações, produzir uma instância subjetiva de governo, mas reconhecer talvez uma instância de governo de si, de governo pessoal, mas talvez montar um espaço, um outro espaço que ninguém nasce com ele, que ninguém tem... se não for montado, se não for criado, se não for inventado, um outro espaço mental. Eu vou usar tecnicamente a expressão “uma clivagem mental” entre o eu e o eu mesmo que age, e essa instância, uma instância crítica do eu, uma instância que me vê agindo.

[1:22](#) A psicanálise poderia dizer que estou fazendo uma tentativa de dar ao superego uma utilidade, instrumentalizar teoricamente o super ego, de que teve sua função inibitória, de ter uma função de orientação. Acredito que não seja estranho para ninguém, acho que já opera assim, nós já operamos assim, a não ser aqueles que são muito colados em sua identidade pessoal, que não conseguem se ver... “olha se tá desse jeito, talvez não seja indicado que você esteja nessa função do encontro clínico”, se você não consegue se ver, não deveria estar trabalhando com isso porque alguém que não consegue se ver agindo, não deveria estar trabalhando com isso... para resumir, é um obstáculo pelo processo de produção identificatória. Você diz assim: é muita identificação, é muito especular. Os do registro especular não deveriam trabalhar com isso porque não tem chance de isso dar num bom lugar.

[3:28](#) A caridade não serve como referência para o trabalho com a coisa mental. Quer ser caridoso, vai ser caridoso, o registro de identificação, “o outro sofre, eu sofro, eu quero ajudar o outro”. Na igreja isso funciona muito bem, na igreja é fantástico, eu não sei se produz mal ou bem mas você produz algo que produz, mas nunca a gente faz, no campo ético e técnico na clínica; o modelo da caridade não serve para nada! Atrapalha, impede e impossibilita.

[4:21](#) Vou falar uma coisa que parece muito elementar, mas a minha suposição da desorientação pelos diálogos que estabeleço, pelo que escuto, pelas

reuniões com trabalhadores, pelas equipes que vejo conversando sobre a matéria, as vezes me fazem pensar que tantas almas que fazem parte de certas equipes, estão ali motivadas religiosamente por um ideal de caridade que as torna imprestáveis para o serviço da clínica mental.

[5:20](#) Então é uma coisa pesada e imprestável, não presta, não serve, não tem futuro, não vai acontecer nada de bom e tragédias podem acontecer. No que estou pensando? Estou pensando no trabalho com psicóticos, onde uma pessoa nesse registro possa se colocar, possa viabilizar um processo identificatório do lado de lá e projete o sujeito no lugar de perseguidor, e de que leve um paciente a passar o ato e eventualmente agir com violência contra o sujeito. Pode ser perigoso. “De bem intencionado o inferno tá cheio”. Não dá pra gente sustentar a prática da clínica, com base na boa intenção. “Eu sou uma pessoa boa, eu quero fazer o bem”... não dá !

[6:46](#) Então a matéria da clínica é o que a gente quer desenvolver como reflexão, já deixando estabelecido que certamente essa matéria fala e traduz, versa sobre o tema da relação, do encontro, das condutas adotadas por uma das partes nessa relação, porque do lado de lá do sofredor, pode vir tudo e estará no seu devido lugar.

[7:37](#) Porque essa é a premissa, a premissa que do lado da desorganização do sofrimento pode vir tudo. Pode acontecer tudo e não me cabe do lado de cá exercer uma censura moral sobre o que vem, essa é a censura moral sobre o que vem, não é meu papel porque frustra a minha expectativa, então eu censuro. Isso não.

Hoje nossos serviços estão cheios disso, cheios da tentativa de operar num registro moral, bineriano, a coisa mais atrasada, mais primitiva, no campo do cuidado mental, o registro bineriano, onde eu quero botar o sujeito na ordem, onde eu quero devolver o louco a racionalidade. isso se traduz dizendo “Fulano está sem limite”, falta de limite todo mundo que fala que o paciente está sem limite, é preciso ter muita atenção porque no psicótico, a condição de ser fora do limite é constitutiva da sua condição psíquica, de frequentar espaços fora do limite, eles seriam neuróticos, ele só é psicótico porque o que caracteriza psicicamente porque ele é alguém para o qual a percepção do limite é a questão que o constitui. Limite do eu e o outro, essa balança é muito de difícil apreensão, por isso aquele tem a sensação de que o outro o está invadindo, e quem não tomar cuidado, pode estar invadindo

mesmo. Ele reage a essa invasão ou fica muito bravo porque você não é ele, e agredir o cara.

[10:48](#) Eu falei no centro de tratamento de álcool e drogas, alguns colegas do programa estão aqui, porque a droga nos traz uma reflexão muito interessante sobre essa temática do limite. Ela nos traz uma reflexão, uma tensão para nós, neuróticos. Para nós neuróticos, é muito tenso o jogo da droga com o limite, o movimento com o limite... porque efetivamente, o uso das substâncias com uma disposição de perda do limite é uma condição constitutiva, por isso os usuários são tão duramente, criticados moralmente.

Como é que pode que você que tem seu aparato mental todo certinho, sabedor do certo errado, do limite, como é que você joga fora isso? E ingere coisas que te fazem perder o limite? Ou ingere para perder o limite? Você não quer viver sobre permanentemente, você não suporta talvez seja mais justo, você não suporta viver permanentemente sobre limite... é insuportável o limite que os cuidadores têm que suportar, você cuida de uma pessoa, você cuidador neurótico, seja mais histérico ou mais obsessivo, seja negando... mas que se constitui na sua neurose na sua relação com o limite, com a regulação, a capacidade auto regulatória, a neurose é a capacidade auto regulatória, isso que é a neurose.

[13:55](#) Nada mais neurótico do que ser capaz de se autoregular, não é uma condição humana geral. Os humanos não são por natureza, autorregulados. Os humanos só são autorregulados quando eles decorrem de um devir neurótico, quando eles têm uma história que os conduziu a neurose. Mas tem uns que não foram conduzidos à neurose, foram conduzidos à psicose e tem outros que foram conduzidos a neurose, mas com um custo altíssimo, uma neurose não sustentável.

[14:40](#) Então nós podemos pensar que a ingestão de coisas que me tirem do registro da ordem, seja para alguns sujeitos, seja uma resposta a dinâmica psíquica, que o constitui. Então não é "um doente" tem uns lugares que falam assim, o uso de drogas é uma doença. Uso de drogas é uma carência, não é uma doença; fica patologizando, é uma doença coitado.. não é uma doença, mas é uma expressão carencial. De que ponto de vista? do ponto de vista da neurose. Não posso falar genericamente, porque nós não somos carentes de recursos para suportar. Nós suportamos.

[16:00](#) Supondo que os que suportam porque tem os recursos para suportar, nós podemos pensar que essa palavra como um “pobre coitado”, mas mais assim: desprovido dos recursos para sustentar. Então vejam só como é complicado, fiz uma digressão mais longa mais queria dialogar como o ponto da cidadania de vocês, o tema do limite recorrentemente ele vem pro nosso discurso e ele vem para o nosso discurso e está expressando a nossa debilidade no campo da compreensão clínica da situação, da clínica mental.

[16:58](#) Nós, equipe não temos recursos para compreender essa experiência que nós estamos percebendo diante de nós. Nós não damos conta. Ainda não temos recurso para essa compreensão. Então não sei se vou conseguir voltar onde estava mas vou concluindo essa exposição, para dizer que um tema coloca portanto muita necessidade que a gente evoca muitos elementos que falem sobre esse sujeito que não é igual sujeitos ordinários que não é extraordinário, mas que é um sujeito que recebe um treinamento, que se treina, adquiriu um conhecimento teórico, adquiriu conhecimento de tudo que o impacta subjetivamente, que ajuda a redefinir seus espaços íntimos e que com esse conhecimento que tem esse efeito intelectual e esse efeito subjetivo ele se prepara para ser um agente de cuidados, então é com essa armadura que Jorge reveste, para ser um enfrentador de dragões.

Essa armadura que eu tenho, armadura que tenho é feita de palavras, de pensamentos e que se transformam em sensibilidade, palavras orientadoras de sensibilidade, o que eu tenho para trabalhar na clínica, no polo de quem cuida, são orientações, são ideias que não são minhas, não posso nem dizer: “é desse jeito que eu entendi” temos que ter consensos mais amplos sobre o efeito dessas palavras, portar com diferenças e nuances, transferência e transferência, vínculo é vínculo.

[19:55](#) A palavra serve é pra cobrir um fenômeno, o fenômeno existe. Se você não tiver a palavra você não vê o fenômeno, não se trata de teoria, se trata do fenômeno. Teoria é o que eu escrevo sobre o fenômeno, o fenômeno existe... dizendo de outro modo: lição de Freud: todas as vezes que você se coloca diante de um sujeito em sofrimento e diz para ele “eu me interesso pelo seu sofrimento, estou aqui por causa disso, não farei nenhum juízo de valor sobre o seu sofrimento, estou aqui por causa disso, receberei o seu sofrimento se você quiser me contar sobre ele“. Toda vez que eu fizer isso e sustentar essa posição, tenho chances que se instalam o fenômeno que se chama transferência.

[21:20](#) Não é uma teoria, é uma dimensão da experiência humana. Óbvio que eu posso teorizar, qual a diferença disso que acontece quando eu estou diante de alguém e digo “estou aqui para lhe ouvir, estou interessado em você, pode falar comigo que vou suportar o que tem para me dizer”. Toda vez que digo isso para alguém, pode se instaurar a transferência. Se eu sustentar isso, se eu sustentar essa situação esse outro vai passar atribuir a mim, possibilidades em relação a ele. E é porque atribui a mim possibilidades em relação a ele é que efetivamente terei possibilidades de agir em relação a ele, isso é um fenômeno. É assim que acontece, é uma temática.

[22:40](#) Qual a diferença disso quando eu chego, hoje não mais, mas chegava diante de uma mulher e dizer “Estou muito interessado em você, diga para mim, quero saber de você” não é interessante? é a mesma coisa. E o que acontece com o caso amoroso? A pessoa a quem você dirige isso, vai olhar para você cheio de desconfiança, “sei lá, será que eu confio, tantos me disseram isso, será que não confio?”.

[23:27](#) A mesmíssima coisa que acontece quando numa relação com uma pessoa que sofre você diz “Eu estou querendo saber sobre você, me conte”, olha que competente, “Fala que eu te escuto”.

[23:55](#) Eu estou querendo dizer que o fenômeno da amorosidade humana, é o fenômeno que está na base do fenômeno da transferência, não é teoria. Eu falo sempre assim porque o campo hoje está cheio de prevenção em relação ao conhecimento psicanalítico, é uma lástima porque o conhecimento psicanalítico não morde ninguém, ainda que as instituições que instrumentalizam o conhecimento mordam muito num sentido de uma mordida financeira, custa caro. É uma pena que a mercantilização do conhecimento psicanalítico tenha colocado tantas reservas sobre a própria dinâmica do dinheiro, da desconfiança sobretudo o que envolve o dinheiro. Mas o fenômeno é um fenômeno que foi Freud que descobriu. Já disse a vocês a versão Pichoniana, teoria de três d, no livro Teoria Do Vínculo, tá bem desenhado, não entendeu o conceito de transferência na psicanálise, vá para o teoria dos três d.

[25:43](#) Quer outra forma? Vamos lá pro Barrett para o desenvolvimento da ideia de que o sujeito que vai atender é um sujeito subjetivo, que tem seu mundo subjetivo, que deve cuidar de seu mundo subjetivo para suportar a relação do outro com ele. Vamos para um grupo operativo de Pichon Riviere que está trabalhando

fundamentalmente essa ideia, o que não dá é a gente achar que tem pós graduação em relação porque já namorou muito, porque tem muitos amigos, porque gosta muito de fazer amizade e conversar com pessoas e de que você é um fera nas relações, de que sua família era grande, mora num bairro popular, frequentou o clube da cidade, tinha muitas relações, foi miss simpatia... e que isso lhe dá uma expertise na matéria nas relações e que é com isso que você vai para clínica, está errado.

[27:25](#) É esse o convite, a gente fazer uma reflexão sobre os temas cruciais da clínica, como eu disse a vocês, sempre bom voltar sobre ele. Quanto mais trato disso, mais a gente precisa tratar disso e é esse o engano, me parece tão óbvio que fica obscurecido, estou falando de coisas óbvias mas no cotidiano das equipes, isso fica obscurecido, fica silenciado, apagado que não se dá a perceber que é um problema de relação, a qualidade da relação que nós estabelecemos é que faz o trabalho acontecer e de que se existem ineficiências do trabalho, deficiências na qualidade dos processos de entabulação dessas relações e que não são relações quaisquer.

[28:35](#) Não são relações quaisquer exigem um certo conhecimento e essa matéria, é essa matéria por exemplo uma das matérias fundamentais para clínica, eu acho que para a semana que vem a gente vai dar a sequência num assunto que também dificulta muito e torna bastante difícil que é o tema do diagnóstico diferencial, dos elementos da compreensão, o ponto de partida da reflexão fica facilitado se nós nos colocamos o desafio da psicose. Estou dizendo se a gente se coloca o desafio da psicose, a neurose que é nossa matéria comum, fica mais evidente.

[29:46](#) Então ajuda a gente saber de si, saber de nós neuróticos como neuróticos. Compreender a estrutura da psicose ajuda a produzir uma distinção que elucidada o caráter neurótico que nos constitui, o funcionamento neurótico, o que é isso para além de um xingamento, o que se chama um registro neurótico? um registro do funcionamento psíquico neurótico? Saber da neurose nos ajuda saber da psicose, nos ajuda a saber também da perversão, nos ajuda pensar também nos estados de trânsito e ajuda também pensar um pouco quem são esses que precisam usar coisas para poder suportar de alguma forma, suas existências, quem são esses sujeitos do ponto de vista psíquico? Quem são, do ponto de vista psíquico? Que arranjo é esse? Que estandarte básico poderia orientar o

pensamento da gente fazendo inclusive a distinção não dos sujeitos, mas principalmente das nossas condutas, das nossas ações, dos nossos modos de operar? Então acho que esse é um campo que está carente, precisamos conversar sobre isso.

Comentários

[31:53](#) Acho que um personagem novo que a clínica ampliada criou para agregar ao fazer. E aí nós temos que pensar se o redutor de danos não possa receber elementos analíticos-interpretativos sobre sua própria experiência potencializando ainda mais a sua capacidade de exercer suas condições de funcionamento ou se nós queremos deixar esses diamantes brutos na sua condição bruta... que precisa ser bruto o diamante, ou se diamante pode fazer uma pedra com um anel, mas oferecer os recursos lapidares mínimos que permita esse sujeito a se dar conta de si. Não pode ser sem sujeito e não pode ser com os sujeitos tal qual existem, porque sujeitos tal qual existem, só posso produzir identificação. Eu não acredito que a identificação seria uma condenação dos redutores de danos a um estado de limite e incompreensão de sua experiência, eu não acho que tem nada que tá guardado só porque se formou na universidade.

[33:40](#) Então nosso desafio é produzir uma tradução das nossas teorias compatíveis com os recursos de compreensão e interpretação, problema de tradução, temos que traduzir o conhecimento que existe, de forma a torná-lo não os corpos de conhecimento, mas nas diretrizes. As diretrizes podem ser traduzidas, o foco na relação, trabalhar com o sujeito.

Vamos pensar, a relação tem dois polos, um do lado de cá e outro do lado de lá. O lado de cá o que tem? Mas o que pode ter mais, além de ter e estar... não se trata de diminuir, negar, menosprezar, não se trata de querer fazer uma intelectualização da redução de danos, que é um risco, não se trata de intelectualizar.

[34:48](#) Eu acho que esse problema não é do redutor de danos, é que sobra intelectualismo nos psicólogos, nas assistentes sociais, nos terapeutas ocupacionais sobra intelectualismo. Hoje nós temos um problema na reforma psiquiátrica: “mimimi demais”, intelectualismo demais, conversas sobre formas sofisticadas intelectuais, fascínio por modelos intelectuais que orientam sujeitos que os sujeitos ardam e que

concretamente no fazer não expressa resultado. Tem alguma coisa errada. O intelectualismo matando o terapeuta, matando o agente do cuidado. O intelectualismo posto no lugar da defesa psíquica, recurso para se defender e não entrar em relação. Pode ser tóxico.

[35:49](#) A teoria pode ser tóxica, podemos ter hoje uma das expressões que falei do serviço pode ser isso, toxidez teórica, todo mundo intoxicado teoricamente mas essa toxidez não se revela, da mesma forma a toxidez pode matar o redutor de danos. Talvez seja uma questão de dosar a quantidade do pensamento e, mais do que isso, revelar as relações do pensamento com o afeto, entendeu? Esse mecanismo de pensamento virou afeto e o afeto retroalimenta o pensamento, então dá para fazer uma coisa, dá para fazer uma conversa sincera. Veja que funciona assim mesmo.

[36:48](#) Toda vez que fizer assim, vai funcionar, pode contar histórias desse conceito. “Quer dizer que eu faço isso?”, pode descobrir que também sabe manejar as relações vinculares, ele também pode ser um manejador das relações vinculares, isso não é só pra gente que foi na universidade, que tem diploma. Então não é a tecnificação, não é a teorização, é encontrar um ponto.